

ONUSIDA 2019

DIRECTRICES

Monitoreo Global del SIDA 2020

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

Índice

Prólogo	5
Resumen de indicadores para el Monitoreo Global del SIDA	7
Abreviaturas y acrónimos	11
Introducción	12
Objetivo y contexto	12
Historial de la presentación de informes	13
Implementación del monitoreo a nivel nacional	15
Construcción de indicadores nacionales	15
Herramientas de medición y fuentes de datos	15
Estimaciones de Spectrum	16
Importar datos de Spectrum al Monitoreo Global del SIDA	17
Numeradores y denominadores	19
Desglose de los datos, especialmente por sexo y edad	19
Datos subnacionales	20
Datos de encuestas recientes y representativos	20
Interpretación y análisis	21
Rol de la sociedad civil y las comunidades	21
Directrices para la presentación de datos	22
Herramienta para la presentación de informes y presentación de los datos	22
Proceso de presentación de informes a nivel nacional: acciones necesarias	24
Proceso de validación de datos para 2020	26
Notas de validación adicional por indicador	28
Resumen de los cambios al conjunto de indicadores para el informe de 2020	29
Organizaciones y respuestas dirigidas por poblaciones clave	32

Se ruega entregar los datos de los indicadores a través del sitio web del Monitoreo Global del SIDA (aidsreportingtool.unaids.org) antes del día 31 de marzo de 2020.

Las estimaciones modeladas del VIH mediante el programa informático actualizado Spectrum se deben entregar antes del 25 de marzo de 2020.

Compromiso 1: Garantizar que los 30 millones de personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento mediante el cumplimiento de los objetivos 90-90-90 antes de 2020

1.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	34
1.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	36
1.3	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida	38
1.4	Diagnóstico tardío del VIH	41
1.5	Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales	42
1.6	Mortalidad relacionada con el SIDA	44
1.7	Volumen y positividad de la prueba del VIH	45

Compromiso 2: Eliminar los nuevos casos de infección por VIH en niños antes de 2020 y garantizar que 1,6 millones de niños tienen acceso al tratamiento para el VIH antes de 2018

2.1	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	47
2.2	Transmisión maternoinfantil del VIH	49
2.3	Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	51
2.4	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	54
2.5	Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	56
2.6	Pruebas de VIH en mujeres embarazadas	57

Compromiso 3: Garantizar el acceso a los programas combinados de prevención, incluyendo la profilaxis pre-exposición, la circuncisión médica masculina voluntaria, la reducción de daños y los preservativos a, al menos, el 90 % de la población antes de 2020, especialmente las mujeres jóvenes y las adolescentes en países de alta prevalencia y las poblaciones clave: homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, profesionales del sexo y sus clientes, personas que se inyectan droga y personas privadas de libertad

3.1	Incidencia del VIH	59
3.2	Estimaciones sobre el tamaño de poblaciones clave (A-E)	61
3.3	Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	62
3.4	Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A-D)	64
3.5	Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	66
3.6A	Uso del preservativo entre los profesionales del sexo	68
3.6B	Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	70
3.6C	Uso del preservativo entre las personas que usan drogas inyectables	72
3.6D	Uso del preservativo entre las personas transgénero	74

3.7	Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-E)	76
3.8	Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que usan drogas inyectables	78
3.9	Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables	80
3.10	Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	82
3.11	Sífilis activa entre profesionales del sexo	83
3.12	Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	84
3.13	Programas de prevención del VIH en prisiones	85
3.14	Hepatitis vírica entre grupos de población clave	86
3.15	Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PrEP)	87
3.16	Prevalencia de la circuncisión masculina	89
3.17	Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	90
3.18	Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	92
3.19	Distribución de preservativos	93

Compromiso 4: Eliminar las desigualdades de género y todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave antes de 2020

4.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	95
4.2	Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y discriminación (A-D)	97
4.3	Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de una pareja íntima	99
4.4	Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud	101

Compromiso 5: Garantizar que el 90 % de los jóvenes tiene las habilidades, los conocimientos y la capacidad de protegerse del VIH y puede acceder a los sistemas de salud sexual y reproductiva antes de 2020 a fin de reducir el número de nuevos casos de infección por VIH en adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100 000 al año

5.1	Personas jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	103
5.2	Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos	104

Compromiso 8: Garantizar que las inversiones en VIH para 2020 aumentan a 26 000 millones de dólares estadounidenses, incluido un cuarto para la prevención del VIH y un 6 % para promoción social

8.1	Presupuestos públicos destinados al VIH aprobados y ejecutados	106
8.2	Volumen y precios de antirretrovirales por régimen	107
8.3	Gasto total en VIH por fuente y para programas clave	108

Compromiso 10: Comprometerse a evitar que el SIDA permanezca en la sombra mediante la introducción de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluido el tratamiento para la tuberculosis, el cáncer cervical y las hepatitis B y C

10.1	Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis	112
10.2	Proporción de personas que viven con VIH recién inscritas en El tratamiento para el VIH con TB activa	114
10.3	Proporción de personas que viven con VIH recién inscritas en el tratamiento para el VIH que inician la terapia preventiva para la TB	115
10.4	Hombres con cuadros de secreción uretral	117
10.5	Gonorrea entre la población masculina	118
10.6	Pruebas de hepatitis C	119
10.7	Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHC que inicial el tratamiento para el VHC	120
10.8	Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH	121

Guía para completar el ICPN 122

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales 128

Anexo 1. Bibliografía seleccionada 159

Anexo 2. Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados 160

Anexo 3. Volúmenes y precios unitarios de antirretrovirales adquiridos por régimen 161

Anexo 4. Matriz de financiamiento del gasto total en VIH y programas clave por fuente de financiación 162

Anexo 5. Orientaciones adicionales sobre los indicadores del VIH y la tuberculosis 169

Prólogo

Los datos sobre el VIH y SIDA de 2019 reportados en 2020 tendrán especial importancia para la respuesta global al SIDA:

- Constituirán la base de la **cuenta atrás de 12 meses** hacia el progreso y la rendición de cuentas de los países en relación con las **metas de Acción Acelerada 2020**—un peldaño para alcanzar el fin del SIDA como amenaza para la salud pública para 2030.
- Se utilizarán para establecer las Metas Global sobre SIDA a 2025. El establecimiento de metas para 2025 informará los planes estratégicos nacionales sobre el sida de los próximos años.
- Serán la base para el desarrollo en 2020 de la próxima Estrategia Mundial sobre SIDA, 2021-2030.
- La preparación de las estimaciones nacionales y subnacionales sobre el VIH que se incorporan a los informes del GAM estarán disponible simultáneamente para la preparación y revisión de subvenciones y planes operativos para los países que participan en el ciclo de este año de movilización de recursos del Fondo Mundial y el PEPFAR.

Invitamos a su país a presentar sus datos de monitoreo y un informe narrativo para el año que termina en diciembre de 2019. **Cuento con sus esfuerzos especiales para reportar los datos de su país a través de la herramienta de reporte en línea GAM antes del 31 de marzo de 2020.** *La puntualidad y la calidad* de los informes del 31 de marzo de este año serán *cruciales* para garantizar una validación rápida y eficaz, de modo que los datos de cada país se tengan plenamente en cuenta durante las actividades críticas de 2020 mencionadas anteriormente. **Vemos esto como la ventana de oportunidad para influir en la agenda del sida para la próxima década, con el fin de acabar con el sida como una amenaza para la salud pública para el año 2030.** Sabemos que cuando el mundo se reúna para las conferencias SIDA 2020 y VIH 2020 en julio, la gente estará esperando estos datos críticos y actualizaciones sobre la respuesta.

Este documento de orientación establece los indicadores para el monitoreo de la Declaración Política sobre el fin del SIDA de 2016. El proceso de Monitoreo Global del SIDA (GAM, por sus siglas en inglés) ha sido mencionado a menudo como un punto de referencia para mecanismos internacionales de rendición de cuentas exitosos. **Las siguientes lecciones de rondas de informes anteriores pueden ser útiles para su próxima presentación de informes, ya que proporcionan una hoja de ruta basada en la evidencia para la presentación de informes de forma oportuna, de alta calidad y completos a un ritmo acelerado y racionalizado:**

1. **Un proceso de consulta nacional durante el primer trimestre del año** acelera la consolidación y validación de los datos; esto reduce la necesidad de intercambiar sobre los detalles, o volver a las fuentes original de los datos;
2. **El involucramiento de la Sociedad civil** en la consulta es crítico, especialmente al responder sobre preguntas relacionadas a leyes y políticas, y asegurar que todos los socios relevantes estén involucrados y desempeñen su rol importante tanto en la implementación como en la presentación de informes;
3. **La participación oportuna de los proveedores de datos desde principios de año (enero)** ayuda a garantizar que los datos se comuniquen a tiempo y que sean de la más alta calidad y precisión.

Estas directrices describen con más detalle los pasos para recolectar, analizar, compartir y reportar los datos, y el siguiente diagrama de flujo ayuda a resumir el proceso.



Los datos reportados de los países de años anteriores son accesibles y están disponibles a través de AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>). El indicador GAM establecido para los informes de 2020 se modifica mínimamente, incluyendo un nuevo indicador y eliminando tres indicadores. La orientación técnica sobre el proceso de presentación de informes de 2020 se envía electrónicamente a los relatores de los países y está disponible en el sitio web del ONUSIDA. Su oficina puede enviar cualquier pregunta a AIDSreporting@unaids.org.

Los datos reportados servirán para informar al Secretario General y a la Asamblea General sobre los progresos realizados en la respuesta al sida, y contribuirán a una mejor comprensión de la respuesta del país a la epidemia.

Solicito su apoyo constante para mantener el excelente historial de presentación de informes nacionales sobre la respuesta mundial al SIDA. Sigue siendo uno de los principales mecanismos internacionales de rendición de cuentas sobre cualquier compromiso mundial.

Shannon Hader, MD MPH
Directora Ejecutiva Adjunta, Programas

ONUSIDA

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 el número de personas recientemente 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 los 30 millones de personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento mediante el cumplimiento de los objetivos 90-90-90 antes de 2020*

.....
Compromiso con los objetivos 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 Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
- ➔ 1.4 Diagnóstico tardío del VIH
- ➔ 1.5 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales
- ➔ 1.6 Mortalidad relacionada con el SIDA
- ➔ 1.7 Volumen y positividad de la prueba del VIH

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

COMPROMISO 2: *Eliminar los nuevos casos de infección por VIH en niños antes de 2020 y garantizar que 1,6 millones de niños tienen acceso al tratamiento para el VIH antes de 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

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):

- ➔ Número de nuevas infecciones por el VIH entre niños (véase 3.1 Incidencia del VIH)
- ➔ Tratamiento del VIH entre niños: terapia antirretroviral (véase 1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral)

COMPROMISO 3: *Garantizar el acceso a los programas combinados de prevención, incluyendo la profilaxis pre-exposición, la circuncisión médica masculina voluntaria, la reducción de daños y los preservativos a, al menos, el 90 % de la población antes de 2020, especialmente las mujeres jóvenes y las adolescentes en países de alta prevalencia y las poblaciones clave: homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, profesionales del sexo y sus clientes, personas que se inyectan droga y personas privadas de libertad*

.....

➔ 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 y las profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y los presos

➔ 3.2 Estimaciones sobre el tamaño 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 del VIH entre grupos de población clave

3.4A Pruebas del VIH entre profesionales del sexo

3.4B Pruebas del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

3.4C Pruebas del VIH en personas que usan drogas inyectables

3.4D Pruebas del VIH entre las personas transgénero

➔ 3.5 Cobertura de terapia antirretroviral 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 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 se inyectan drogas

➔ 3.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables 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

Presos

➔ 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
- ➔ 3.19 Preservativos distribuidos

COMPROMISO 4: Eliminar las desigualdades de género y todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave antes de 2020

- ➔ 4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH
- ➔ 4.2 Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y discriminación
 - 4.2A Evitación de los servicios de salud por parte de los profesionales del sexo por causa del estigma y la discriminación
 - 4.2B Evitación de los servicios de salud por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación

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

- 4.2D Evitación de los servicios de salud por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación

Garantizar el acceso universal y económicamente asequible a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios relacionados con el VIH, para las mujeres

- ➔ 4.3 Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de una pareja íntima
Porcentaje de países que reportan datos desglosados por sexo (producto analítico en la herramienta de reporte 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 con el VIH en servicios de salud

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

ICPN

COMPROMISO 5: Garantizar que el 90 % de los jóvenes tiene las habilidades, los conocimientos y la capacidad de protegerse del VIH y puede acceder a los sistemas de salud sexual y reproductiva antes de 2020 a fin de reducir el número de nuevos casos de infección por VIH en 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

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):

- ➔ Mujeres de entre 15 y 24 años de edad que acaban de contraer el VIH (véase 3.1 Incidencia del VIH)
- ➔ Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo entre mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (véase 3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo)

COMPROMISO 6: Garantizar que el 75 % de las personas que viven con, en riesgo de o se ven afectadas por el VIH reciben protección social relacionada con el VIH antes de 2020

Indicadores que se deben incluir en la Vigilancia Global del SIDA

ICPN

COMPROMISO 7: Garantizar que la comunidad presta al menos el 30 % de los servicios antes de 2020

Indicadores que se deben incluir en la Vigilancia Global del SIDA

ICPN

COMPROMISO 8: Garantizar que las inversiones en VIH para 2020 aumentan a 26 000 millones de dólares estadounidenses, incluido un cuarto para la prevención del VIH y un 6 % para promoción social

- ➔ 8.1 Presupuestos públicos destinados al VIH aprobados y ejecutados
- ➔ 8.2 Volumen y precios de antirretrovirales por régimen
- ➔ 8.3 Gasto total relativo al VIH

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

- 8.3A Gasto en pruebas y asesoramiento sobre el VIH
- 8.3B Gasto en terapias antirretrovirales
- 8.3C Gasto en vigilancia de laboratorio específica para VIH
- 8.3D Gasto relativo a TB y VIH
- 8.3E Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada

- 8.3F Gasto en prevención de la transmisión vertical del VIH
- 8.3G Gasto en promociones sociales
- 8.3H Gasto total en transferencias de efectivo a mujeres y chicas jóvenes

COMPROMISO 9: Capacitar a las personas que viven con, en riesgo de o se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y puedan acceder a servicios legales a fin de evitar y hacer frente a las violaciones de derechos humanos

ICPN

COMPROMISO 10: Comprometerse a evitar que el SIDA permanezca en la sombra mediante la introducción de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluido el tratamiento para la tuberculosis, el cáncer cervical y las hepatitis B y C

Reducir en un 75 % el número de muertes por tuberculosis en personas que viven con VIH 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 que comenzaron terapia preventiva para TB

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):

- ➔ 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 C

- ➔ 10.6 Pruebas de hepatitis C
- ➔ 10.7 Personas coinfectadas con VIH y VHC que inician tratamiento para el VHC

Cáncer de cuello de útero

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

Indicadores adicionales relacionados con este objetivo pero recopilados en otro lugar por la Organización Mundial de la Salud:

- ➔ Vacunación para VPH

Abreviaturas y acrónimos

3TC	lamivudina
AZT	zidovudina
DTG	dolutegravir
EFV	efavirenz
FTC	emtricitabina
GAM	Monitoreo Global del SIDA
ICPN	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales
INNTI	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
INTI	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
ITS	infecciones de transmisión sexual
LPV/r	lopinavir reforzado con ritonavir
MEGAS	Medición del Gasto Nacional relativo al SIDA
NVP	nevirapina
ODS	objetivo de desarrollo sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PAV	pruebas y asesoramiento sobre VIH
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPoE	profilaxis posterior a la exposición
PPrE	profilaxis previa a la exposición
RPR	reagina plasmática rápida
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGL	sistema de información de gestión logística
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir disoproxil fumarato
TPHA	prueba de hemaglutinación del treponema pallidum
TPPA	prueba de aglutinación de partículas para treponema pallidum
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	virus de la hepatitis B
VHC	virus de la hepatitis C
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Introducción

Objetivo y contexto

El objetivo de este documento es ofrecer directrices a los programas nacionales de SIDA y a los socios sobre el uso de indicadores con los que medir e informar de la respuesta frente al VIH del país.

La Declaración política de 2016 para poner fin del SIDA se adoptó en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) sobre el SIDA celebrada en junio de 2016. Basada 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: Intensificación de nuestros esfuerzos para eliminar el VIH y el SIDA) la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA da el mandato a ONUSIDA de apoyar a los países a informar sobre los compromisos que contiene.

La Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA se centra en el período de cinco años que finaliza en 2021, pero también abarca el período de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (hasta 2030) y la integración de la respuesta mundial al VIH en la agenda de desarrollo más amplia. Además del ODS 3, que se centra en la salud, hay varios objetivos estrechamente relacionados con el VIH y el SIDA (más información sobre los ODS en https://www.unaids.org/en/AIDS_SDGs).

Figura 1:
Los ODS



Fuente: <https://sustainabledevelopment.un.org/>

Si bien los gobiernos adoptaron la Declaración Política para poner fin al SIDA de 2016, su visión se extiende mucho más allá del sector público, para incluir al sector privado, asociaciones sindicales o laborales, organizaciones basadas en la fe, 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 indica en la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA, una respuesta exitosa ante el SIDA debe cuantificarse mediante la consecución de objetivos concretos delimitados temporalmente. Exigen un atento monitoreo de los avances 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 acciones que sirvan para acelerar la consecución de las metas.

El Monitoreo Global del SIDA de 2020 representa el cuarto año de enfoque hacia los ODS. También es el cuarto año de informes sobre el marco de monitoreo del VIH para 2016-2021.

Se alienta a los países a integrar indicadores en sus esfuerzos de monitoreo continuo. Esos indicadores están diseñados para ayudar a evaluar el estado de la respuesta y los avances nacionales realizados para la consecución de los objetivos nacionales en materia de VIH. Contribuirán a mejorar la comprensión de la respuesta global a la epidemia del VIH, incluidos los avances realizados para alcanzar los objetivos mundiales establecidos tanto en la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA como en los ODS.¹

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. Los países también deben desarrollar indicadores nacionales y de programa que recojan los objetivos específicos tanto de su plan estratégico nacional para el VIH como de su contexto particular. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA y sus socios están revisando las *Directrices de información estratégica consolidada para el VIH en el sector de la salud* de 2015, que proporcionan más indicadores programáticos.² La edición revisada se publicará en 2020.

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 acerca de los indicadores sobre el Monitoreo Global del SIDA dedica espacio a cada indicador, dando razones para su inclusión y proporcionando métodos de recopilación, interpretación y medición de cada indicador. También se abordan los puntos fuertes y débiles de cada uno de ellos.

Formato de los informes

Para los informes en 2020, se requiere la presentación de los indicadores, el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA. También se alienta a los países a presentar un informe narrativo cuando presenten datos del Monitoreo Global del SIDA: la herramienta en línea incorpora una plantilla para crear un informe narrativo que consiste en breves resúmenes narrativos para cada compromiso. Alternativamente, los países pueden presentar un informe nacional reciente, si está disponible. A continuación, ONUSIDA publicará el informe narrativo con la aprobación del país.

Los datos sobre indicadores se consideran una parte integral de cada presentación de informes sobre avances nacionales. Por este motivo, 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 implementación del monitoreo a nivel nacional.

Los datos sobre indicadores del Monitoreo Global del SIDA deberán enviarse a través del sitio web establecido para la presentación de informes (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) para favorecer la exhaustividad y la calidad de los datos y facilitar su procesamiento y análisis en los planos nacional, regional y mundial. **La fecha límite para la presentación de informes a través de este sitio web es el día 31 de marzo de 2020.**

Los cambios que se aplican en esta ronda de presentación de informes (en comparación con la ronda del año 2019) se sintetizan en las páginas 29-31.

Estas directrices definen íntegramente todos los indicadores que se utilizan para el Monitoreo Global del SIDA. Los procedimientos mencionados en el presente manual han de seguirse a fin de recopilar y calcular la información necesaria para cada indicador.

Los datos sobre indicadores estarán disponibles en aidsinfo.unaids.org tras un proceso de depuración, validación y conciliación. Debe tenerse presente que estarán disponibles correcciones y actualizaciones en los datos sobre indicadores tras su validación en AIDSInfo, y esas correcciones y actualizaciones pueden no estar reflejadas en los informes narrativos.

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.
- Una justificación para el indicador.
- Un numerador, un denominador y un cálculo.
- Desglose 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 las siguientes:

- 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.
- Sistemas de vigilancia de casos de VIH.
- Modelos matemáticos.
- 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.

Las organizaciones de la 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, basadas en la fe 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 monitoreo 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 los 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.

Estimaciones de Spectrum

Una herramienta importante para generar denominadores utilizados en los informes del Monitoreo Global del SIDA es el paquete informático Spectrum. Spectrum permite a los países crear estimaciones a nivel de la población de personas que viven con el VIH, mujeres embarazadas que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical del VIH y niños expuestos al VIH que necesitan pruebas virológicas.³ Además, Spectrum permite a los países estimar nuevas infecciones por el VIH, la incidencia del VIH (el indicador ODS), las muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA y la tasa de transmisión materno-infantil, indicadores que son difíciles de medir directamente. Los archivos de Spectrum se actualizan cada año utilizando los datos programáticos y de vigilancia más recientes.

En 2020, los archivos Spectrum se desarrollarán de forma simultánea al envío de datos del indicador mediante el sistema de Monitoreo Global del Sida. Los archivos finales de Spectrum deben ser presentados el 25 de marzo de 2020. Los equipos de los países recibirán información sobre el proceso de estimaciones de 2020 en noviembre de 2019.

Como en años anteriores, los países tienen la opción de importar datos de Spectrum en la herramienta en línea del Monitoreo Global del SIDA para determinados indicadores, simplificando así el proceso de completar la entrada de datos en la herramienta en línea. Este paso reduce tanto la entrada de datos requerida como la posibilidad de errores y mejora la coherencia de los datos entre los dos sistemas. En 2020, los datos de los Indicadores 1.1, 1.2 y 1.3, incluido el desglose de edad detallado, se reportarán en Spectrum y luego se importarán a la herramienta de informes en línea del Monitoreo Global del SIDA para los países con archivos finales de Spectrum.

Los archivos Spectrum son creados por un equipo de expertos nacionales entrenados en el programa informático. A continuación, ONUSIDA revisa estos archivos para controlar la calidad. Es fundamental que el equipo responsable de introducir datos en la herramienta del Monitoreo Global del SIDA importe las estimaciones finales desarrolladas por el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.

Importar datos de Spectrum en el Monitoreo Global del SIDA

Spectrum incluye una herramienta sencilla para exportar las estimaciones requeridas para el Monitoreo Global del SIDA. Los equipos de estimaciones nacionales deberán exportar sus resultados de Spectrum a un archivo .CSV que el punto focal del Monitoreo Global del SIDA pueda importar a esta herramienta. La importación de las estimaciones de Spectrum puede realizarse en cualquier punto e incluso múltiples veces durante la entrada de datos en la herramienta en línea del Monitoreo Global del SIDA.

Una vez que el país haya acordado el archivo Spectrum final, estos datos finales se deben importar a la herramienta de reporte en línea. ONUSIDA verificará que el archivo final de Spectrum coincida con lo que se incluyó en el Monitoreo Global del SIDA y de realizar un seguimiento con el equipo de país si existen discrepancias.

La importación de las estimaciones en la herramienta del Monitoreo Global del SIDA requiere la comunicación entre los equipos nacionales de estimaciones y el punto focal del Monitoreo Global del SIDA (si son personas diferentes) para garantizar que se utilice el archivo final.

Consejos para importar resultados de Spectrum:

- Antes del proceso de importación, el punto focal del Monitoreo Global del SIDA debe identificar qué indicadores deben importarse respondiendo **Sí** a la pregunta **Tomar datos del archivo final de Spectrum**. Cualquier dato ya introducido para estos indicadores seleccionados se borrará y será reemplazado por los datos de Spectrum durante el proceso de importación.
- Incluso si las cifras nacionales para los Indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 2.3 y 3.1 fueran importadas de Spectrum, el punto focal del Monitoreo Global del SIDA deberá revisar las páginas de entrada de datos de estos indicadores para introducir datos adicionales específicos para ciudades, según estén disponibles.

Instrucciones para el *equipo nacional de estimaciones* para exportar datos de Spectrum:

1. Abra el programa informático Spectrum, pero no abra el archivo de país.
2. Seleccione **Herramientas** en las pestañas que aparecen en la parte superior de la página y, a continuación, **Más herramientas**.
3. En **AIM**, seleccione **GAM**. Spectrum abrirá un cuadro de diálogo.
4. Haga clic en **Añadir**, seleccione su archivo nacional (o archivos subnacionales, si están disponibles) y, a continuación, haga clic en **Abrir**.
5. Seleccione **Establecer nombre de archivo de resultados GAM**. Seleccione el directorio donde desea guardar el archivo .CSV. Dé un nombre claro al archivo que refleje el nombre del archivo Spectrum y, a continuación, haga clic en **Guardar**.

Tabla 1

Calendario para las estimaciones de Spectrum y el informe GAM 2020

Fechas*	Actividad	Responsable
Diciembre-marzo	Desarrollar el archivo Spectrum y hacer que ONUSIDA lo revise	Equipo nacional de estimaciones
15-29 de marzo	Enviar el archivo .CSV con las estimaciones finales de Spectrum a la persona de contacto de la Vigilancia Global del SIDA	Equipo nacional de estimaciones
15-29 de marzo	Importar las estimaciones de Spectrum a la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA para su revisión final	Punto focal del Monitoreo Global del SIDA
15-29 de marzo	Celebrar una reunión con las partes interesadas para aprobar el envío del informe del Monitoreo Global del SIDA	Punto focal del Monitoreo Global del SIDA
25 de marzo	Enviar el archivo de Spectrum final a ONUSIDA	Equipo nacional de estimaciones
31 de marzo	Enviar los datos del Monitoreo Global del SIDA	Punto focal del Monitoreo Global del SIDA
1-15 de abril	Comparar el archivo final Spectrum con los datos entregados para el Monitoreo Global del SIDA y hacer un seguimiento con el país en caso de que existieran discrepancias	Equipo global de estimaciones
1-30 de abril	Actualizar el archivo .CSV de Spectrum importado, si fuera necesario	Punto focal del Monitoreo Global del SIDA o equipo global de estimaciones
1 de mayo	Enviar el resumen de los resultados de estimaciones al coordinador nacional de SIDA para aprobación	Equipo global de estimaciones
1-10 de mayo	Revisar los resultados de Spectrum y enviar la autorización a ONUSIDA	Equipo nacional de estimaciones

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

6. Haga clic en **Procesar** para generar el archivo .CSV.
7. Envíe por correo electrónico el archivo .CSV a su punto focal del Monitoreo Global del SIDA o siga las siguientes instrucciones si es usted es esa persona.

Instrucciones para el *punto focal del Monitoreo Global del SIDA*/informante nacional para importar el archivo de Spectrum a la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA:

1. Inicie sesión en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA (<https://aidsreportingtool.unaids.org>).
2. Seleccione **Importar desde Spectrum** desde el menú superior.
3. Seleccione **Elegir archivo** y elija el archivo .CSV que se exportará desde Spectrum.
4. Haga clic en **Vista previa**.
5. El sistema enumerará todos los datos del indicador del archivo importado, junto con los datos que se hayan introducido en el sistema. Puede seleccionar qué conjunto de datos se va a utilizar marcando **Utilizar datos introducidos** o **Tomar datos importados de Spectrum**.
6. Haga clic en **Guardar** para guardar la configuración y los conjuntos de datos que haya elegido importar o haga clic en **Cancelar** para cancelar el proceso de importación.
7. Si ha seleccionado utilizar los datos introducidos en lugar de tomar los datos de Spectrum, asegúrese de volver a las pantallas de entrada de datos de esos indicadores para revisar e introducir los datos que falten.

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

- 1.1 Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico (para 2010-2019).
 - Todos los grupos de edad detallados, <15, 15+ (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+) por sexo.
- 1.2 Personas que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral (para 2010-2019).
 - Todos los grupos de edad detallados, <15, 15+ (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+) por sexo.
- 1.3 Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida (para 2010-2019).
 - Todos los grupos de edad detallados, <15, 15+ (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+) por sexo.
- 1.6 Mortalidad a causa del Sida por cada 100 000 (para 2010-2019).
 - Todos, <5, 5-14, 15+, por sexo.
- 2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos (para 2011-2019).
 - Solo el denominador: Regímenes y cobertura.
- 2.2 Tasa de transmisión materno-infantil (para 2010-2019).
- 2.3 Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (para 2010-2019).
- 3.1 Incidencia de VIH por cada 1000 población no infectada (para 2010-2019).
 - 0-99+, 15-49, 15-24, 50+, por sexo.
 - Todas las edades, <15.

Numeradores y denominadores

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

Desglose de los datos, especialmente por sexo y edad

Una de las lecciones fundamentales aprendidas de previas rondas de reporte fue la de la importancia de obtener datos desglosados: por ejemplo, desglosados según sexo y edad, y para poblaciones o ubicaciones geográficas específicas. 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 monitorear el acceso a servicios, la equidad de dicho acceso, la pertinencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados (sobre todo por sexo y edad, y para poblaciones clave específicas) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de monitoreo y evaluación. Si es posible, también han de realizarse análisis de la equidad.⁴

Las dinámicas de género pueden resultar evidentes a partir de datos epidemiológicos desglosados por sexo y edad, así como mediante indicadores de comportamiento. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para garantizar que se obtengan los datos desglosados a escala subnacional, también a nivel de centros y proyectos. Deberá hacerse un especial esfuerzo para el seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones de sociedad civil y de la comunidad o del sector privado que participen en la respuesta nacional al SIDA deben ser asesorados sobre la importancia de desglosar los datos y dar prioridad a su recopilación y difusión durante las operaciones en curso.

La herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA (GAM) identifica claramente los datos desglosados necesarios para informar con precisión sobre el numerador y el denominador de cada indicador. Cuando corresponda, todos los datos deberán desglosarse por sexo y edad. Para los indicadores 1.1, 1.2 y 1.3, se solicitan datos detallados desglosados por edad. Estos grupos de edad detallados pueden mejorar nuestra comprensión de la epidemia del VIH. Por ejemplo, los datos de grupos de edad detallados desglosados permiten que los países evalúen el alcance en que difiere la cobertura del programa, incluido el porcentaje de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento, entre los adolescentes de entre 10 y 19 años y los jóvenes de entre 15 y 24 años. Si se producen dificultades en la recopilación de datos desglosados, 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 conjuntos más grandes de datos, aunque la localización de los datos varía de un país a otro. Los países deben procurar la asistencia técnica del sistema de las Naciones Unidas (incluidas las oficinas nacionales de ONUSIDA, de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [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 y la comunidad 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. Esos datos adicionales permitirán un análisis situacional más amplio de los diferentes indicadores desde una perspectiva de género. Estos datos pueden introducirse en el cuadro de **Datos relacionados con este tema**, que se encuentra en la página de cada indicador, en la herramienta de reporte en línea.

Datos subnacionales

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

Desde mediados de 2014, la herramienta de reportes en línea ha permitido a los usuarios enviar datos subnacionales o datos para sitios específicos para indicadores seleccionados. Para determinados indicadores, la herramienta también solicita a los usuarios que envíen datos sobre ciudades de alta carga o aquellas identificadas como ciudades de acción acelerada que se han comprometido a terminar con el SIDA para 2030. Estos datos se utilizan para evaluar los avances en la respuesta al VIH en estas ciudades. Cuando se recopilan datos a nivel de ciudad para su presentación, se recomienda consultar a las contrapartes relevantes de la ciudad.

Datos de encuestas recientes y representativos

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

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

Al calcular los indicadores tomando como base las encuestas de poblaciones clave, garantizar que las muestras son representativas del grupo general supone una gran dificultad desde el punto de vista técnico. Se están elaborando métodos para conseguir un muestreo representativo de dichas poblaciones (p. ej., un muestreo dirigido por los propios encuestados), pero mientras se perfeccionan estos métodos, los países tal vez no puedan confiar en la representatividad de las muestras usadas para las encuestas de los grupos de población clave con mayor riesgo de exposición al VIH. Por lo tanto, se recomienda a los países que presenten los datos para estos indicadores usando la encuesta de los grupos de población clave más reciente, que haya sido revisada y avalada por expertos técnicos del país, tales como grupos de trabajo técnico de monitoreo y evaluación o consejos nacionales de investigación. Se alienta a los países a informar acerca de todas las encuestas recientes de alta calidad de poblaciones clave, por sitio, en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA, junto con el numerador, el denominador y el tamaño de la muestra.

Uno de los desafíos a la hora de desarrollar estimaciones de la carga de la enfermedad y planificar las necesidades de los programas es comprender el tamaño de las poblaciones clave. Se pide a los países que presenten las estimaciones del tamaño de poblaciones clave y que indiquen los métodos y las estimaciones específicas a nivel de ciudad o provincia que se hayan calculado empíricamente. Algunos países que disponen de estimaciones empíricas del tamaño nacional de las poblaciones clave también pueden aportar datos agrupados del programa de prevención. Si un país puede informar sobre un indicador con datos del programa nacional, esto debe anotarse en el cuadro de **Región para la que se realizó la última estimación**.

Interpretación y análisis

Este manual aborda cada indicador y sus puntos fuertes y débiles. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la información, ya que explica cómo analizar cada indicador y cualquier cuestión que pueda surgir al respecto. Los puntos planteados en esta sección deben revisarse para confirmar la idoneidad de los hallazgos para cada indicador, antes de finalizar el informe y escribir el informe narrativo.

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 esta sección proporcionan información adicional sobre el valor de ciertos indicadores, al tiempo que reconocen que los países varían en diversos temas, como la relación entre los costes y los ingresos locales, los estándares de calidad y la variación en los regímenes de tratamiento.

Después de recopilar sus datos, se recomienda encarecidamente a los países que continúen analizando sus hallazgos. Esto les permitirá comprender mejor su respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorarla. Los países deben observar detalladamente los vínculos entre las políticas, la asignación y la eficiencia de los recursos, la implementación de los programas del VIH, el cambio verificable en el comportamiento y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país cuenta con una política de reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, ¿tiene también programas sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Si estos programas están en funcionamiento, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente como para reducir 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.

Rol de la sociedad civil y las comunidades

La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de SIDA en los países de todo el mundo y el amplio alcance de la experiencia de las organizaciones 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 y comisiones nacionales del SIDA (o sus equivalentes) deben buscar insumos del espectro completo de la sociedad civil y la comunidad, incluidas las ONG, redes de personas que viven con el VIH, organizaciones basadas en la fe, mujeres, jóvenes, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores a nivel nacional que fundamentan los informes sobre los compromisos en la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016. No está de más insistir en la importancia de lograr la participación del espectro completo de la sociedad civil y la comunidad, incluidas las personas que viven con el VIH. La sociedad civil y las comunidades tienen muchas voces y representan muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad a la hora de realizar el monitoreo y la evaluación de la respuesta de un país al SIDA.

Los comités nacionales sobre el SIDA o sus equivalentes deberán proporcionar a la sociedad civil y a las organizaciones comunitarias un fácil acceso a los planes de recopilación de datos, incluidos los denominadores. También se debe desarrollar un mecanismo sencillo para enviar y evaluar la información. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad a participar también en talleres de alcance nacional para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de presentación de informes nacionales.

Los representantes de la sociedad civil y la comunidad de cada país deberán tener la oportunidad suficiente de revisar y comentar los datos antes de que se finalicen y se envíen. Asimismo, el informe que se presente al ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para garantizar que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

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

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

Como en rondas anteriores, ONUSIDA aceptará informes sombra, pero no está previsto que sea un proceso paralelo de presentación de informes para la sociedad civil y las comunidades: siempre que sea posible, ONUSIDA fomenta la integración de la sociedad civil y las comunidades en los procesos de presentación de informes nacionales, como se ha descrito anteriormente. Más bien, los informes sombra están destinados a proporcionar una perspectiva alternativa, si: (a) se cree firmemente que la sociedad civil y las comunidades no se han incluido adecuadamente en el proceso de presentación de informes nacionales; (b) los gobiernos no presentan un informe, o (c) los datos proporcionados por el gobierno difieren considerablemente de los datos recopilados por la sociedad civil y las comunidades mientras dan seguimiento a los avances del gobierno en la prestación de servicios. Los informes sombra pueden presentarse a través de la dirección de correo electrónico aidsreporting@unaids.org.

Directrices para la presentación de datos

Los países que necesiten información adicional sobre la recopilación de datos para los indicadores del Monitoreo Global del SIDA, la herramienta de presentación de informes o los mecanismos de presentación deben buscar asistencia técnica de sus asesores de información estratégica de ONUSIDA, las oficinas de UNICEF o de la OMS, o los grupos de trabajo de monitoreo y evaluación del VIH en su país. El Departamento de Información Estratégica de ONUSIDA también puede proporcionar apoyo; está disponible a través del correo electrónico AIDSreporting@unaids.org.

Herramienta para la presentación de informes y presentación de los datos

Los datos de los indicadores, los informes narrativos nacionales, el ICPN interino y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA deben enviarse en línea antes del 31 de marzo de 2020, utilizando la herramienta de reporte global: <https://aidsreportingtool.unaids.org>.

Cada país identifica un punto focal nacional responsable de acceder a esta herramienta e introducir la información: el informante nacional. Los propios países también tienen la posibilidad de añadir o designar a varios informantes, en caso de que los datos provengan de diversas fuentes o estructuras de reporte.

Los informantes nacionales pueden acceder a la herramienta utilizando las mismas credenciales que emplearon en la ronda de informes anterior. También pueden extender estos derechos a otros, si así lo desean. Se solicita a los nuevos informantes nacionales que se registren en línea como editores de su país. Los registros se aprueban basándose en la comunicación oficial con el país. Los editores pueden añadir y modificar la información que haya de enviarse. Al igual que en los últimos años, el informante 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. Los tutoriales electrónicos sobre cómo registrarse para abrir una cuenta de usuario o cómo administrar cuentas de usuario

están disponibles en el sitio web del Monitoreo Global del SIDA (<https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

Se alienta a los países a que envíen datos para todos los indicadores cuando estén disponibles. Si los países no envían datos sobre un indicador, deben especificar si se debe a que el indicador no se considera relevante para la epidemia o a que no hay datos recientes y apropiados disponibles. Los países pueden definir rápidamente la relevancia o la disponibilidad de los datos de cada indicador a través de la pantalla **Seleccionar indicadores relevantes**.

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

De modo similar, a los países con una baja prevalencia del VIH se les alienta a recopilar datos sobre conductas sexuales entre la población joven como forma de hacer un seguimiento de las 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. Esto se identifica en las definiciones de indicadores correspondientes en estas directrices.

ONUSIDA recomienda encarecidamente que los países utilicen estos indicadores dentro de sus sistemas nacionales de monitoreo y evaluación. Si un determinado país está utilizando un indicador alternativo para monitorear el asunto en cuestión, puede utilizarse el cuadro para comentarios de **Datos relacionados con este tema** de la herramienta de reporte en línea a fin de describir ese indicador (incluyendo una definición completa y el método de medición) y proporcionar los datos que estén disponibles sobre él.

Se pide a los países que, siempre que sea posible, presenten copias de los informes primarios (o enlaces a dichos informes) de los que se extrajeron los datos correspondientes a los respectivos indicadores. Estos informes se pueden enviar a través de la herramienta de reporte en línea. Esto facilitará la interpretación de los datos, incluido el análisis de tendencias y la comparación entre países.

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

La barra de progreso de entrada de datos, que muestra el porcentaje de indicadores que se han completado, se encuentra en la página principal de la lista de indicadores. Cuando el progreso de la entrada de datos alcanza el 100 %, el informante nacional puede hacer clic en el botón **Enviar** para completar el proceso de envío, bloqueando los datos del país en la herramienta de informes en línea. ONUSIDA revisará los datos y solicitará aclaraciones, si fuera necesario. Si ONUSIDA tiene preguntas sobre estos datos, los indicadores específicos se abrirán de nuevo para que los países respondan a las consultas y editen sus respuestas.

Los informantes nacionales pueden importar datos de Spectrum en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA, antes de hacer clic en el botón **Enviar**. Esto les da la oportunidad de revisar los datos importados y confirmar su inclusión en el informe del Monitoreo Global del SIDA. Si se finalizan los archivos de Spectrum después de la presentación del informe del Monitoreo Global del SIDA, los informantes nacionales pueden solicitar que se abra su herramienta en línea de GAM para el proceso de importación, entre el 1 de abril y el 1 de mayo. Otra alternativa es que ONUSIDA importe automáticamente los datos de archivos Spectrum aprobados, proporcionados por el equipo nacional de estimaciones sobre el 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 reporte en línea puede notificarse a AIDSreporting@unaids.org.

Proceso de presentación de informes a nivel nacional: acciones necesarias

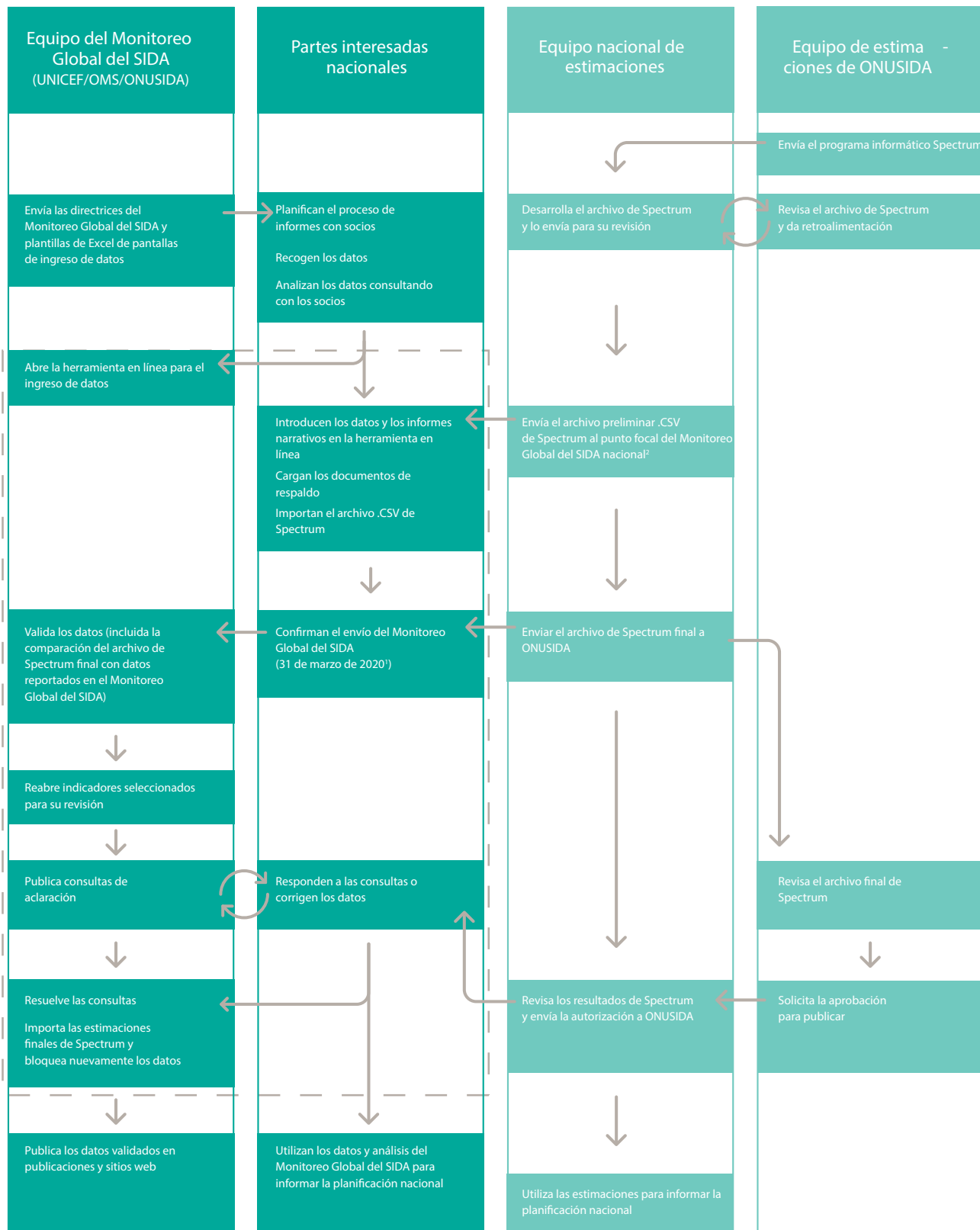
Es esencial que los informes estén completos para que puedan informar las respuestas nacionales y contribuyan a la respuesta global a la epidémica. Se insta a los países a establecer plazos y fechas clave para concluir las tareas necesarias. A continuación, se muestra una lista de acciones sugeridas para facilitar la finalización del informe.

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

1. Identificar a la persona que coordinará el proceso de presentación del informe y enviar el nombre y la información de contacto al ONUSIDA (a la dirección de correo electrónico AIDSreporting@unaids.org) antes del **1 de febrero de 2020**.
2. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación con el Monitoreo Global del SIDA.
3. Identificar una persona que coordine el ICPN interino.
4. Desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos sobre indicadores del Monitoreo Global del SIDA, el ICPN interino y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA, incluyendo un cronograma y las funciones del Comité Nacional del SIDA (o equivalente), de otros organismos públicos, y de la 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:
 - o Reunirse con el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.
 - o Alinear el calendario de recopilación de datos con lo siguiente:
 - 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 las 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, las comunidades y los socios internacionales, lo que incluye:
 - o 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.
 - o Verificación de los datos.
 - o Completar el ICPN interino (consulte la página 122 para obtener más orientación).
7. Solicitar al equipo nacional de estimaciones que proporcione el archivo .CSV final con las estimaciones del programa Spectrum.
8. Introducir los datos para indicadores, el ICPN interino y de la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global 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.

Figure 2

Global AIDS Monitoring reporting process



¹ Para conocer otras fechas importantes, consulte la página 17.

² Para obtener una lista de los indicadores que se pueden importar desde Spectrum, consulte la página 18.

10. Lleve a cabo un taller de validación para analizar los datos de los indicadores, incluidos el gasto relacionado con el SIDA y el ICPN, junto con organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil, las comunidades y los socios internacionales. Esto se realiza para: (a) identificar los avances, las lagunas, los desafíos y los próximos pasos para lograr cada uno de los 10 compromisos de acción acelerada y los objetivos ampliados para poner fin al SIDA de aquí a 2030, y (b) llegar a un consenso sobre la presentación nacional del Monitoreo Global 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 de reporte en línea.
11. Enviar los datos introducidos.
12. Subir el archivo final de Spectrum a la carpeta de estimaciones nacionales designada en o antes del día **25 de marzo de 2020**.
13. Enviar los datos de todos los indicadores, las respuestas del ICPN interino, las respuestas a la Encuesta sobre medicamentos y diagnóstico del SIDA, y los resúmenes narrativos por cada compromiso en o antes del día **31 de marzo de 2020**.
14. Responder de manera oportuna a las consultas sobre el envío que serán publicadas en la herramienta de reporte en línea por ONUSIDA, OMS o UNICEF, o aquellas enviadas por AIDSreporting@unaids.org al punto focal nacional del Monitoreo Global del SIDA.

Los datos que se presenten deberán ser validados y conciliados entre todos los socios relevantes del país. La herramienta de reporte en línea apoya este proceso, 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 reporte, y de ese modo ha permitido que el proceso de consulta y validación con las partes interesadas sea más rápido y más detallado.

Proceso de validación de datos para 2020

Después de que los países hayan enviado el informe de Monitoreo Global del SIDA a través de la herramienta en línea, ONUSIDA, con el apoyo de 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 (según se describen en las directrices del Monitoreo Global del SIDA).

Los datos que se presenten mediante el Monitoreo Global del SIDA se publicarán a través de AIDSInfo y se utilizarán para análisis mundiales y regionales. Por este motivo, los datos deberán resultar comparables entre países y responder a las definiciones convenidas mundialmente de los indicadores utilizados para dar seguimiento a los compromisos políticos mundiales.

Si los países no cuentan con datos que correspondan de forma exacta con la definición del indicador, 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. Sin embargo, por las razones ya mencionadas, estos datos no serán publicados en AIDSInfo ni se incluirán en el análisis mundial.

Durante el proceso de revisión, ONUSIDA contactará con el punto focal nacional del Monitoreo Global del SIDA, para solicitar aclaraciones o revisiones a los datos presentados a través de esta herramienta. La validación de los datos se lleva a cabo en diferentes pasos:

- UNICEF y ONUSIDA armonizan las bases de datos de encuestas.
- Las personas de contacto sobre indicadores de las sedes centrales de UNICEF, la OMS y ONUSIDA llevan a cabo una revisión inicial y apuntan consultas preliminares.

- Los equipos de apoyo regional de ONUSIDA examinan los reportes y revisan dichas consultas preliminares.
- La Secretaría de ONUSIDA introduce las consultas en la herramienta de reporte en línea.
- La Secretaría de ONUSIDA y los equipos regionales de apoyo hacen 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 la coherencia de las cifras reportadas, lo que incluye comprobar que la suma de los datos desglosados corresponda 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 reportados a través del Monitoreo Global del SIDA. Si hay datos que ya han 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 numeradores, denominadores y datos desglosados con los datos de encuestas disponibles.
- 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 de 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 correspondan con la suma de todas las preguntas.

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

- Verifique que las estimaciones corresponden al archivo final de Spectrum enviado a ONUSIDA.
- Verificar la coherencia de las cifras reportadas, lo que incluye comprobar que la suma de los datos desglosados corresponda con el valor total.
- 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

Para los siguientes indicadores, también se considerarán los siguientes puntos:

Estimaciones del tamaño 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 de adquisición y farmacias nacionales son coherentes con el número indicado de personas que reciben tratamiento utilizando los registros del programa o los sistemas de información sanitaria.
- Revisar los resultados de cualquier evaluación reciente de calidad de datos y ajustar las cifras, según sea necesario.
- Asegurarse de que solo se cuenten las personas que se encuentran actualmente en tratamiento. Se deben excluir del recuento específicamente:
 - Las personas que hayan fallecido.
 - Las personas que hayan emigrado.
 - Las personas que hayan dejado del tratamiento y no lo estén recibiendo en otras partes del país.
 - Las personas que hayan sido perdidas al seguimiento.

Nota: A partir de 2020, la definición de «pérdida de seguimiento» cambiará para incluir a aquellos a los que no se haya visto en los 30 días posteriores a su última visita programada o recogida de pastillas (a diferencia de la definición anterior de 90 días).

Resumen de los cambios al conjunto de indicadores para el informe de 2020

Para los informes en 2020, se requiere la presentación de los datos sobre los indicadores, el ICPN interino y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA. El informe narrativo es opcional.

Sobre la base de las recomendaciones del Grupo de Asesoría Técnica sobre el Monitoreo Global después de su revisión del Monitoreo Global del SIDA, y teniendo en cuenta otras aportaciones de las partes interesadas, se han modificado algunos indicadores. Un indicador ha sido añadido.

A continuación, se resumen los cambios correspondientes a la ronda de reporte de 2020:

- Se ha introducido un indicador (3.19 Preservativos distribuidos) para informar sobre la cantidad de preservativos masculinos y femeninos distribuidos.
- Se han eliminado tres indicadores del marco de indicadores del Monitoreo Global del SIDA: retención en terapia antirretroviral a los 12 meses, pruebas de hepatitis B y la proporción de personas coinfectadas con VIH y hepatitis B que reciben tratamiento combinado.
- Lo que antes era el Indicador 8.1 Gastos totales relativos al VIH y los Anexos 2 4 ahora se divide en tres indicadores que mantienen el mismo contenido: 8.1 Presupuesto público nacional para el VIH, 8.2 Antirretrovirales: precios unitarios y volumen, y 8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos, que se informarán en la matriz de financiación del SIDA.
- Se han actualizado trece indicadores para el reporte de este año:
 - 1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.
 - o Ahora, los países con poblaciones >250 000 pueden informar sobre este indicador de acuerdo con el desglose detallado por edad para adultos de 15 años más (cuando estén disponibles dentro de Spectrum).
 - o La definición de «pérdida al seguimiento» de las personas que no reciben tratamiento ha cambiado de 90 a 30 días: las personas que no hayan sido atendidas en los 30 días posteriores a su última cita en la clínica o que no hayan recogido el tratamiento no debe considerarse que estén actualmente en tratamiento.
 - o Un desglose solicitado para el Indicador 1.2 (la cantidad de personas que han iniciado recientemente el tratamiento) se ha ampliado para recoger el número de personas que habían dejado previamente el tratamiento, o que habían sido perdidas al seguimiento, y que han reiniciado el tratamiento durante el período del informe.
 - 1.4 Personas que viven con el VIH que tienen una carga viral suprimida.
 - o Para los años actuales y anteriores, los países que informan la supresión de la carga viral en umbrales inferiores a 1000 copias/ml deben aplicar un sencillo ajuste para generar estimaciones de las tasas esperadas correspondientes de supresión viral en un umbral de 1000 copias/ml. Para los países con poblaciones >250 000, este ajuste se realizará directamente en Spectrum.

- o Se ha cambiado la recomendación anterior de que los países con cobertura de pruebas de carga viral por encima del 90 % no ajusten la supresión entre la población no analizada. Según la nueva recomendación, todos los países con una cobertura de pruebas del 50 % o más deben calcular la supresión de la carga viral total como la proporción de personas que se realizaron la prueba y tienen una carga viral suprimida, multiplicada por el número de personas en tratamiento.
- 1.8 Volumen y positividad de la prueba del VIH.
 - o Las clínicas de planificación familiar se han agregado como desglose en las pruebas a nivel de centros.
- 3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero.
 - o Se ha agregado un plazo de los últimos seis meses al denominador.
- 3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH.
 - o Se ha revisado el formato de este indicador, dividiéndolo en dos partes por fuente de datos: encuestas y datos del programa.
 - o Se ha agregado una opción para proporcionar datos desglosados por proveedor de servicios (público, organizaciones dirigidas por poblaciones clave y otras entidades como organizaciones privadas con y sin fines de lucro).
- 3.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables.
 - o Se ha agregado una opción para proporcionar datos desglosados por proveedor de servicios (público, organizaciones dirigidas por poblaciones clave y otras entidades como organizaciones privadas con y sin fines de lucro).
- 3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos.
 - o Se ha agregado una opción para proporcionar datos desglosados por proveedor de servicios (público, organizaciones dirigidas por poblaciones clave y otras entidades como organizaciones privadas con y sin fines de lucro).
- 3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PrEP).
 - o Se han añadido las personas privadas de libertad como población clave para el desglose.
- 3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina.
 - o El grupo de edad de 25 – 29 años se ha incluido en el desglose recomendado por edad.
- 3.17 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente.
 - o El grupo de edad de 25 – 29 años se ha incluido en el desglose recomendado por edad.
- 10.2 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa.
 - o Este indicador se ha modificado para referirse a las personas que viven con el VIH que se hayan inscrito recientemente para recibir el tratamiento del VIH en lugar de la atención del VIH.
- 10.3 Personas que viven con VIH que comenzaron terapia preventiva para TB.
 - o Este indicador se ha modificado para referirse a las personas que viven con el VIH que se hayan inscrito recientemente para recibir el tratamiento del VIH en lugar de la atención del VIH.

- 10.8 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH.
 - o Este indicador se ha ampliado para incluir a todas las mujeres que viven con el VIH, en lugar de solo las mujeres que viven con el VIH de entre 30 y 49 años.
 - o Se ha agregado el desglose por edad (15-29 y 30-49) y para las mujeres que se hicieron la prueba en el último año.

ONUSIDA está trabajando con organizaciones clave en el marco del Grupo de Asesoría Técnico sobre el Monitoreo Global para armonizar esos nuevos indicadores con estándares internacionales. La intención e estos indicadores de reporte global es ofrecer datos estandarizados para su comparación entre países y para permitir su agregación a nivel mundial.

Organizaciones y respuestas dirigidas por poblaciones clave

Monitoreo de la proporción de servicios seleccionados de prevención que están dirigidos por poblaciones clave en el Monitoreo Global del SIDA 2020

Para la ronda de informes del Monitoreo Global del SIDA 2020, se ha incluido un desglose adicional para los Indicadores 3.7, 3.9 y 3.10. Estos indicadores se obtienen de los datos del programa de los países para indicar la proporción del total de servicios prestados por tipo de proveedor. Las opciones para el tipo de proveedor son organizaciones públicas, organizaciones dirigidas por poblaciones clave u otras entidades (como organizaciones privadas con y sin fines de lucro, incluidas las organizaciones no gubernamentales basadas en la fe e internacionales).

El propósito de este desglose es hacer un seguimiento de la proporción de servicios de prevención proporcionados por organizaciones dirigidas por poblaciones clave, lo que incluye: (a) intervenciones individuales de prevención del VIH diseñadas para cada población clave; (b) distribución de preservativos y lubricantes; (c) distribución de agujas y jeringuillas, y (d) terapia de sustitución de opiáceos.

Definiciones

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

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

El informe sobre los Indicadores 3.7, 3.9 y 3.10 se centra en estas cuatro poblaciones clave – profesionales del sexo, hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas y personas transgénero – y su participación en la prestación de los servicios de prevención del VIH seleccionados. ONUSIDA reconoce que los datos desglosados que se reportan aquí son un subconjunto de la información acerca de todos los servicios prestados por las comunidades, pero proporcionan información valiosa para monitorear el compromiso en la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA.

Cómo aplicar la definición de organizaciones dirigidas por poblaciones clave

Al determinar cuáles de las organizaciones o redes que proporcionan los servicios descritos en los Indicadores 3.7, 3.9 y 3.10 son organizaciones dirigidas por poblaciones clave, los países deben considerar los siguientes criterios (que se basan en la definición anterior):

- La mayoría de la estructura de dirección de la organización está compuesta por individuos que se identifican como pertenecientes a la población clave mencionada en el indicador.
- La mayoría de los líderes, el personal, los portavoces y los voluntarios de la organización o red son miembros de poblaciones clave.

- La mayoría de los clientes, miembros o personas constituyentes de la organización o red son de una o varias poblaciones clave.
- La organización o red tiene uno o varios mecanismos para rendir cuentas ante las comunidades de poblaciones clave a la que responde.

Se recomienda encarecidamente realizar este ejercicio en estrecha consulta con las comunidades de hombres, mujeres y personas transgénero profesionales del sexo, hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas y personas transgénero a nivel nacional, subnacional y local. También se puede consultar a las redes regionales y mundiales dirigidas por poblaciones clave sobre mejores prácticas de enfoques para comprometerse significativamente con las comunidades a nivel de país.

Con frecuencia, las organizaciones y redes dirigidas por poblaciones clave son blanco de violencia y vandalismo debido a la criminalización o al estigma y la discriminación a los que enfrentan, y se deben hacer todos los esfuerzos para proteger su seguridad. Esto incluye proteger la información sobre sus líderes y empleados, la situación física de sus oficinas y las zonas donde se reúnen para realizar actividades de divulgación. Esta información debe tratarse con el mismo nivel de confidencialidad que el de las personas que reciben servicios.

Antecedentes

La Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA estableció un compromiso global para garantizar que al menos el 30 % de todos los servicios prestados estén dirigidos por la comunidad para 2030. Desde la primera ronda del Monitoreo Global del SIDA tras la adopción de la Declaración Política para poner fin al SIDA, se ha realizado un seguimiento de las leyes y políticas existentes que facilitan la prestación de servicios por parte de las organizaciones comunitarias, mediante el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN). El Indicador 3.7 (sobre programas de prevención diseñados para cada una de las poblaciones clave) incluía una solicitud para que los países proporcionasen información sobre el número de centros de prestación de servicios de prevención que eran gestionados por el programa nacional, el gobierno o la comunidad. Sin embargo, la Declaración Política para poner fin al SIDA no incluye ninguna definición explícita de "dirigida por la comunidad", lo que ha representado un desafío para monitorear los avances con respecto a este compromiso y para determinar a qué organizaciones y programas cubre.

En su 43ª reunión celebrada en diciembre de 2018, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA pidió el desarrollo de una definición compartida de respuestas dirigidas por la comunidad. Para avanzar en esta tarea, ONUSIDA convocó una reunión los días 17 y 18 de junio en Montreux, Suiza, en la que se reunieron representantes de personas que viven con el VIH, hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, profesionales del sexo, personas que usan drogas, organizaciones de mujeres, activistas del tratamiento y personas que viven con tuberculosis. Los participantes desarrollaron definiciones de organizaciones y respuestas dirigidas por la comunidad, junto con las subdefiniciones de organizaciones y respuestas dirigidas por poblaciones clave (utilizadas anteriormente).

Tras esta consulta a los expertos, se estableció un equipo de trabajo para la puesta en práctica de las respuestas dirigidas por la comunidad del VIH. Se está trabajando para determinar la aplicación adicional de estas definiciones con el fin de monitorear la cobertura de servicios que no sean de prevención y determinar la financiación para las respuestas dirigidas por la comunidad.

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 de notificación

Qué mide

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

Justificación

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

Esta medición es el primer 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

Nota: Desde 2019, los países cuya población sea superior a 250.000 habitantes deberán informar sobre este indicador por grupos de rango de edad y sexo en Spectrum. Se importarán los resultados a la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida una vez que se finalice el archivo nacional. Datos sobre ciudades u otras áreas administrativas de importancia se seguirán reportando a través de la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida.

Método de medición

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

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

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

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

Sobre métodos de vigilancia de casos. Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2014, y se elimina del numerador a las personas que han fallecido o emigrado o cuyo seguimiento se haya perdido. Solamente se deben contabilizar los casos de diagnóstico de VIH confirmados, aunque los países deben asegurarse del ajuste de las demoras en procesos de notificación incluyendo una estimación del número de personas diagnosticadas pero que aún no han sido reportadas en el último año natural (si fuera necesario). Se deben introducir mecanismos para deduplicar a personas de las que se haya informado en múltiples ocasiones o desde múltiples centros.

2. Estimaciones modeladas

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

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

En los países con datos de encuesta sobre la población en los hogares que recojan directamente el número de participantes VIH-positivos que conocen su estado serológico o el número de personas VIH-positivas que declara no haberse sometido nunca a las pruebas, ONUSIDA recomienda (a partir de 2018) que se modele el primer 90 con Shiny First 90 (<https://shiny.dide.imperial.ac.uk/shiny90/>). Si desea más información sobre la herramienta, incluyendo los datos necesarios, visite el enlace anterior.

No se deben reportar las estimaciones del primer 90 que se basen solamente en el conocimiento del estado serológico autonotificado o en datos de encuestas de población en los hogares anteriores sobre el historial de pruebas.

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

Al estimar el número de niños que conocen su estado en países con estimaciones modeladas basadas en datos de encuestas en hogares. Dado que las encuestas en hogares con frecuencia están restringidas a encuestados que se hallan en edad reproductiva, puede ser necesario construir una estimación independiente del conocimiento del estado serológico entre niños (0-14 años) utilizando datos de programas para conseguir una estimación general (p. ej.: todas las edades). En este caso, ONUSIDA recomienda que los países utilicen el número de niños en tratamiento, tal y como se indica en el Indicador 1.2, como medición indirecta. Este enfoque constituye la medida más conservadora del conocimiento del estado entre la población.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos.
 - Según esté disponible: Desglose por edad y sexo detallados: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos; por género (hombres, mujeres y otro género) para adultos.
 - 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 herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida para que se provea información para la ciudad capital y para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas con mayor carga del VIH o aquellas que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Fortalezas y debilidades

Método de información basado en casos

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

- El sistema ha estado en marcha durante el tiempo suficiente como para que se haya informado de todas las personas que hayan sido diagnosticadas con el VIH y que siguen aún con vida.
- Existen mecanismos oportunos y completos para informar de casos de nuevos diagnósticos al sistema desde todos los centros que ofrecen pruebas de diagnóstico del VIH.
- 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 en los siguientes casos:

- 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).

Estimaciones modeladas

La precisión de las estimaciones modeladas del primer 90 dependerá de la calidad de los datos de cada país y de la precisión de las suposiciones subyacentes de cada modelo. Los países deben revisar la calidad de los datos ingresados junto a ONUSIDA y el enfoque de modelaje seleccionado a fin de determinar el alcance de las sobrestimaciones o subestimaciones modeladas del conocimiento del estado serológico en las personas que viven con el VIH en el país.

Información adicional

Consolidated 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).

Spectrum. En: Avenir Health [Internet]. Glastonbury (CT): Avenir health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

The DHS Program: Demographic and Health Surveys [página web]. Rockville (MD): ICF; c2019 (<http://dhsprogram.com>).

1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

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

Qué mide

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

Justificación

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

El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 1.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo 90 del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90 % de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2020.

Numerador

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

Denominador

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

o

Número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico (para determinar el segundo 90)

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2018, los países cuya población sea superior a 250.000 habitantes deberán informar sobre este indicador por grupos de rango de edad amplios y detallados en Spectrum. Se importarán los resultados a la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida una vez que se finalice el archivo nacional. Los informes sobre ciudades u otras áreas administrativas de importancia se seguirán realizando en la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida.

Método de medición

Para el numerador. El numerador se genera contabilizando el número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación. El numerador debe incluir a las personas que reciben terapia antirretroviral en el sector privado (si hay datos disponibles). El recuento deberá incluir a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral para toda la vida. No debe contabilizarse a las mujeres que toman medicamentos antirretrovirales únicamente para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y la profilaxis posterior a la exposición (p. ej.: opción B).

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

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

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

Para el denominador. Los modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para estimar el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Para el número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, consulte el Indicador 1.1 si desea más información sobre el denominador.

Frecuencia de medición

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

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Los datos notificados para edad o sexo desconocidos se deben asignar a las celdas de datos desglosados por edad y sexo utilizando la misma distribución de los datos con la edad y el sexo conocidos.
- Desglose por grupos de edad detallados para niños: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños; y por grupos de edad y sexo detallados para adultos: 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años.
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
- Número de personas que inician la terapia antirretroviral por primera vez durante el año de notificación. Este desglose debe contabilizar únicamente a las personas que nunca antes habían recibido tratamiento. Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.
- Número de personas que reinician la terapia antirretroviral durante el año de reporte después de haber suspendido el tratamiento o de haberse clasificado su seguimiento como perdido. Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.

Información adicional solicitada

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

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

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

Para todos los países, proporcione datos subnacionales (si están disponibles) desglosados por áreas administrativas, así como datos específicos por ciudad. 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 independiente para esto. También puede enviar la versión digital de cualquier informe utilizando la herramienta de carga.

Fortalezas y debilidades

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

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

Información adicional

Treatment and care. En: who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2019 (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

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

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

Qué mide

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

Justificación

La supresión viral entre las personas que viven con el VIH proporciona un punto de referencia para monitorizar los objetivos mundiales a lo largo del tiempo y comparar los avances en todos los países con respecto a la erradicación de la epidemia del SIDA. Cuando se considera como una proporción del número de personas en tratamiento (el numerador del Indicador 1.2), este indicador monitoriza el tercer 90 de los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA: que el 90 % de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan carga viral suprimida para 2020.

Numerador

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

Denominador

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

O

Número estimado de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento (para determinar el progreso hacia el tercer 90).

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2018, los países cuya población sea superior a 250 000 habitantes deberán reportar sobre este indicador por grupos de edad amplios en Spectrum. Se importarán los resultados a la herramienta de reporte del Monitoreo Global del SIDA, una vez que se finalice el archivo nacional. La presentación de informes sobre ciudades y otras áreas administrativas de importancia se seguirá realizando en la herramienta de informes de Monitoreo Global del SIDA.

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 distribución de aquellos que tengan entre 50 copias/ml y menos de 1000 copias/ml puede influir en los resultados, por lo que se requiere un ajuste adicional. A partir de 2019, ONUSIDA recomienda que los países ajusten la detección a un umbral más bajo. Esto se realiza de acuerdo con la fórmula:

$$y \left(\frac{6 - \log(1000)}{6 - \log(t_1)} \right)^{1.5}$$

En este caso, y es el nivel de supresión viral registrado y t_1 el umbral alternativo que se utilizó. Este ajuste se realizará automáticamente en Spectrum o en la herramienta de reporte, si es necesario.

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

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

Para el numerador. Los países deben informar acerca del número estimado de personas, a nivel nacional, que tienen una carga viral suprimida durante el período del informe, si la cobertura de las pruebas de carga viral (es decir, el número de personas sometidas a pruebas rutinarias entre todas las personas en tratamiento) es del 50 % o más.

Para los países que informan que la cobertura de las pruebas de carga viral es inferior al 50 %, solo se debe reportar el número de pruebas rutinarias de carga viral. No suele ser posible estimar el porcentaje de personas que viven con el VIH o aquellos en tratamiento que tienen carga viral suprimida cuando las pruebas de carga viral no están disponibles de forma rutinaria. Los países que deseen utilizar datos con una cobertura de pruebas de carga viral inferior al 50 % deben discutirlo con ONUSIDA para determinar si el porcentaje de la población que ha conseguido la supresión tiene un nivel similar al de la población sin acceso a las pruebas.

Los países solo deben incluir los datos obtenidos en las pruebas rutinarias, en lugar de pruebas dirigidas, entre las personas en tratamiento. Por ejemplo, no deben incluirse los resultados de una persona si la prueba se realizó antes del inicio del tratamiento o cuando se sospechaba un fracaso del tratamiento. Si se realizan pruebas de carga viral repetidamente para una persona durante el año, solo se debe usar el último resultado de la prueba de rutina.

En los países con una cobertura de las pruebas de carga viral del 50 % o superior, se debe reportar el número estimado de personas que tienen la carga viral suprimida. Esto se calcula a partir del número de personas examinadas que tienen la carga viral suprimida, multiplicado por el número total de personas en tratamiento. Esto supone que los niveles de supresión en la población no sometida a las pruebas son los mismos que en la población que se ha sometido a la prueba.

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

Cuando la supresión de la carga viral en la población que no se ha sometido a la prueba no sea similar a la de la población que se ha sometido a la prueba, póngase en contacto con ONUSIDA para discutir los enfoques de estimación de este recuento.

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

Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer 90, consulte el Indicador 1.2.

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

Para el numerador. La proporción con carga viral suprimida que se reporta entre las personas que dieron positivo en la encuesta debe multiplicarse por la cantidad total de personas que se estima viven con el VIH a nivel nacional para obtener el número total de personas que tienen una carga viral suprimida. Este valor puede exagerar un poco la cantidad de personas con una carga viral suprimida entre las que reciben tratamiento, ya que se incluirán algunas personas que suprimen el virus de forma natural y no reciben tratamiento. Si se utilizan datos de una encuesta de resistencia adquirida a los medicamentos contra el VIH, se pueden usar los datos de cohortes de 12 o 48 meses. Los datos de los indicadores de alerta temprana solo deben utilizarse para generar estadísticas agregadas nacionales si: a) Todas las clínicas de un país, o una muestra aleatoria, reportaron datos de indicadores de alerta temprana que incluyen al menos el 70 % del tamaño general estimado de la muestra entre las clínicas muestreadas;

ó (b) Si se utilizó un muestreo conveniente de clínicas, se puede reportar una estadística agregada nacional si los datos de las clínicas incluidas en la muestra incluyen al menos el 70 % de la población elegible en el país (consulte la página 8 del anexo EWI: guía de muestreo) (1).

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

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer 90, consulte el Indicador 1.2.

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer 90, consulte el Indicador 1.2.

Frecuencia de la medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos; los datos reportados para edad o sexo desconocidos se deben asignar a las celdas de datos desglosados por edad y sexo utilizando la misma distribución de los datos con la edad y el sexo conocidos. Estos ajustes deben anotarse en el cuadro de información adicional.
- Según esté disponible. Desglose detallado por edad y sexo: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos; por género (hombres, mujeres y otro género) para adultos.
- 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 herramienta de reporte para el Monitoreo Global del SIDA para que se provea en él información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen 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 viral en relación con todas las personas que reciben terapia antirretroviral o de muestras nacionalmente representativas, esta medición ofrece importante información sobre observancia del tratamiento, eficacia de los tratamientos y riesgo de transmisión del VIH a niveles individuales y programáticos. A pesar de la importancia del indicador, pueden surgir varios desafíos al monitorizarlo con precisión utilizando los datos del programa actualmente disponibles. En primer lugar, debido a que la capacidad de monitorización de la carga viral se está ampliando, pero sigue siendo limitada en entornos de bajos ingresos, las estimaciones de la supresión de la carga viral en la población que se realiza la prueba pueden no ser representativas de la población no evaluada cuando se mide a través de datos del programa. Este es especialmente el caso, si la ampliación de las pruebas está sesgada a sitios de mayor o menor rendimiento. Al asumir que los niveles de supresión de la carga viral son los mismos en la población analizada y no analizada, 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 identificar posibles fallos del 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 objetivo.

Un tercer desafío cuando se usan datos de programas de rutina es que los datos de las pruebas de carga viral solo se informan para el subconjunto de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esto puede subestimar la supresión general del nivel de 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. 2.ª ed. 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>).

Treatment and Care. En: who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

Referencias

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva; World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf, accessed 29 October 2019).

1.4 Diagnóstico tardío del VIH

Porcentaje y número de adultos y niños recientemente diagnosticados con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ y <350 células/mm³ durante el periodo del que se informa

Qué mide

Personas que no han recibido un diagnóstico del VIH temprano

Justificación

Según los países van ampliando sus servicios para el VIH, resulta importante monitorear si las personas son diagnosticadas en una fase más temprana y qué porcentaje de personas siguen siendo diagnosticadas en fases tardías. El diagnóstico tardío es perjudicial para la salud de las personas, y aquellas que tienen un recuento inferior de células CD4 son más propensas a transmitir el virus.

Numerador

1. Número de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ en el momento del diagnóstico.
 2. Número de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <350 células/mm³ en el momento del diagnóstico.
-

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. Las personas con un recuento de células CD4 solamente deben incluirse si se realizó la prueba en un plazo de un mes tras la fecha del diagnóstico.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 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/mm³ y las personas que viven con VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 era inferior a 350 células/mm³ en el periodo del informe. Informar sobre el número de personas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 350 células/mm³ también debe incluir aquellas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 200 células/mm³.

Explicación del denominador

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

Puntos fuertes y débiles

Puede que este indicador no distinga entre personas que recibieron un diagnóstico tardío y las que recibieron tratamiento y atención tardías estando disponible la prueba CD4. Diferenciar ambas situaciones requiere conocer la 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, aunque es posible que el diagnóstico tardío y una vinculación tardía a la atención médica coincidan en una misma persona. Se deben revisar en la medida de lo posible el historial de pruebas de detección del VIH y los registros clínicos para excluir el recuento de las personas ya diagnosticadas en una fecha anterior y que solamente desean un diagnóstico adicional o de confirmación. Por último, puede que este indicador no incluya a todos los individuos diagnosticados durante el periodo en que se informa si hay importantes retrasos en la notificación de los datos del diagnóstico o en el resultado de las pruebas de recuento de células CD4.

1.5 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 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 terapia antirretroviral, se hace importante garantizar que los medicamentos antirretrovirales estén disponibles para las personas que los necesitan. La terapia antirretroviral es 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

Número 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

Esta 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 monitorea 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

Anual

Desglose

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 terapia antirretroviral: 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. Se puede aprovechar la situación para determinar si el sistema de información de gestión logística está funcionando bien.

En algunas situaciones, el simple monitoreo de casos de desabastecimiento puede llevar a resultados equívocos, ya que una determinada instalación puede mantener reservas de medicamentos 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 medicamentos 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).

1.6 Mortalidad relacionada con el sida

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

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 periodo del que se informa dividido por la población (por grupos de 100.000), también se incluye en las directrices de información estratégica consolidadas sobre el VIH y el sector sanitario.

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador por 100.000

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 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 de incertidumbre alrededor de ese número y cargar una copia electrónica del informe que describa el modo en que se haya calculado esa cifra.

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Consolidated 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).

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

1.7 Volumen y positividad de la prueba del VIH

El número de pruebas del VIH efectuadas (volumen de pruebas) y el porcentaje de resultados VIH-positivos diagnosticados (positividad) en el año natural

Qué mide

Las tendencias en la cantidad de pruebas del VIH efectuadas y la eficacia del alcance de los servicios de pruebas para el VIH a personas que viven con el VIH.

Justificación

El volumen de pruebas y los datos sobre la positividad son útiles para el monitoreo del programa. Conocer la cantidad de personas que se someten a la prueba cada año y la modalidad de las pruebas o la realización de autodiagnósticos es esencial para prever y planificar los recursos de productos básicos y de personal. Los datos de positividad entre las personas que se han sometido a la prueba y han recibido el resultado pueden ayudar a validar el número de personas identificadas como nuevos casos diagnosticados mediante los sistemas de notificación habituales y las estimaciones de la prevalencia del VIH en los datos de encuestas. Por último, cuando los datos se desglosan por edad, sexo, modalidad de la prueba y estado serológico, resultan útiles para evaluar la eficacia de los servicios de pruebas para el VIH y subsanar las lagunas en diversos entornos, contextos y poblaciones.

Además de las actividades de monitoreo del programa, el modelo ONUSIDA integra datos como los volúmenes de pruebas anuales y las tasas de positividad para monitorear el progreso hacia el primer 90 (90 % de las personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico). Este modelo se emplea principalmente en países con sistemas de notificación de casos débiles que además tienen encuestas nacionales sobre el VIH basadas en la población (consulte el Indicador 1.1).

Numerador

El número de pruebas efectuadas para las cuales se notifica un resultado VIH-positivo a una persona (positividad)

Denominador

El número de pruebas efectuadas para las cuales la persona recibe los resultados (volumen de pruebas)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador deben recopilarse de los registros del programa de servicios de pruebas para el VIH, los diarios y formularios de notificación de forma trimestral o anual. Los datos notificados deben ser un recuento de la cantidad de pruebas efectuadas cuando se notifican los resultados a la persona, y no el número de personas individuales que se realizaron la prueba al menos una vez durante el año natural. Por ejemplo: si una persona que vive con el VIH se somete a una prueba una vez en un vehículo de pruebas móvil y después se somete a otra prueba en una clínica en el mismo año natural, debe contabilizarse dos veces en el numerador y en el denominador. En un escenario alternativo, si una persona recibe un resultado negativo en un centro de asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) y posteriormente recibe un resultado positivo en una prueba iniciada por el proveedor, solamente debe contabilizarse una vez en el numerador, pero dos veces en el denominador.

Tenga en cuenta que solamente se deben contabilizar las pruebas en las que se haya devuelto un resultado a la persona en cuestión. Asimismo, se debe contabilizar solamente una vez en el numerador y en el denominador cuando una persona se someta a una prueba, aunque se realicen hasta tres análisis para confirmar un diagnóstico VIH-positivo de acuerdo con el algoritmo de pruebas nacional.

Indique por separado la cantidad de equipos de autodiagnóstico suministrados y distribuidos en el año natural (cuando esté disponible). Los equipos de autodiagnóstico suministrados hacen referencia a la cantidad de equipos de autodiagnóstico adquiridos (no distribuidos ni utilizados) por el gobierno en un año, incluyendo (entre otros) los donados. No deben contabilizarse los equipos de autodiagnóstico suministrados a través de otros canales, como el sector privado; que se deben especificar en los comentarios. Los equipos de autodiagnóstico distribuidos equivalen al número total de equipos de autodiagnóstico distribuidos en un año, no el número total de personas que se han autodiagnosticado, ni el número total de personas que han recibido un equipo de autodiagnóstico (ya que se puede suministrar más de un equipo a cada persona). No es necesario realizar un desglose por sexo o edad ni informar de la positividad en los datos de distribución o adquisición de equipos de autodiagnóstico.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos.
- Modalidad de prueba.
 - Notificación de servicios de pruebas para el VIH a nivel de comunidad:
 - o Pruebas móviles (p. ej.: en autobuses o instalaciones de pruebas temporales);
 - o Centros de asesoramiento y pruebas voluntarias (no incluyen las instalaciones sanitarias).
 - o Otras pruebas basadas en la comunidad.
 - Pruebas a nivel de instalaciones:
 - o Prueba iniciada por el proveedor en clínicas o instalaciones de emergencia.
 - o Centros de atención prenatal (incluyendo en el periodo de parto o en el parto mismo).
 - o Centros de asesoramiento y pruebas voluntarias (incluyen en las instalaciones sanitarias).
 - o Centros de planificación familiar.
 - o Otras pruebas a nivel de instalaciones.

Nota: Si no se pueden desglosar los volúmenes de prueba y positividad por modalidad, especifique los números generales.

Información adicional solicitada

Proporcione información en el recuadro de comentarios sobre campañas o tendencias de pruebas nacionales en las estrategias de pruebas que puedan explicar los cambios en los volúmenes de prueba en comparación con los años anteriores. Si están disponibles los datos de las tasas de repetición de pruebas en personas VIH-negativas y VIH-positivas, también proporciónelos en el recuadro de comentarios.

Fortalezas y debilidades

No todos los países tiene identificadores únicos o sistemas subyacentes para deduplicar la repetición de pruebas entre particulares. En consecuencia, este indicador no se puede comparar directamente con el conocimiento del estado serológico (como se mide en el Indicador 1.1). Las personas que reciben un resultado positivo pueden realizarse una prueba de confirmación adicional, y las personas VIH-negativas pueden repetir la prueba durante el año.

A medida que avanzan los sistemas de información sobre el VIH, es importante ser capaz de desglosar las pruebas de acuerdo con el historial de pruebas anterior (p. ej.: personas que nunca se han sometido a una prueba, personas que recibieron un resultado VIH-negativo en su última prueba y personas que ya conocen su estado serológico positivo y buscan o desean una prueba de confirmación). En los próximos años se puede ampliar este indicador para solicitar esta información y comprender mejor los patrones de eficacia y la eficacia de los servicios de pruebas para el VIH.

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).

2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador. 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 en clínicas prenatales.

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Explicación del numerador

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

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

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

Explicación del denominador

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

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

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

Fortalezas y debilidades

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

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

El desglose según resultados de las pruebas no puede utilizarse como medición indirecta de las tasas mundiales de transmisión maternoinfantil 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, las tasas bajas de resultados positivos en esas pruebas entre los recién nacidos sometidos a estas no indicarán necesariamente el 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 del seguimiento a niños expuestos al VIH y formar a los profesionales sanitarios para que sepan reconocer las señales y síntomas de la infección temprana por el VIH en niños expuestos al virus, especialmente si el acceso a pruebas virológicas es limitado. La inadecuada gestión de suministros puede afectar negativamente al valor que resulte para este indicador y reducir de forma significativa el acceso a pruebas sobre VIH para los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH. Los países deberán garantizar que estén en funcionamiento los sistemas y herramientas adecuados, especialmente herramientas para sistemas de información de gestión logística, para aprovisionarse, distribuir y gestionar los suministros a nivel de centros sanitarios, de distrito y central.

Información adicional

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

Información adicional

Progress reports on HIV. En: who.int [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en>).

MER indicator reference guide, version 2.4 [Internet]. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); 2019 (<https://datim.zendesk.com/hc/en-us/articles/360000084446-MER-Indicator-Reference-Guides>).

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

2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH

Porcentaje estimado de nuevos casos de infección por el VIH entre niños/as por transmisión maternoinfantil entre las mujeres que viven con el VIH y dieron a luz en los últimos 12 meses

Qué mide

Cuando se compara con valores de años anteriores, este indicador muestra los efectos de la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres para reducir la transmisión 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 de niños que viven con el VIH deberá disminuir a medida que se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión maternoinfantil y el uso de regímenes más eficaces.

Numerador

Número estimado de niños que contraen la infección por VIH por transmisión maternoinfantil en los 12 meses anteriores

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Lo ideal es que este indicador se midiera mediante programas que identificaran la infección por VIH en niños pequeños. No obstante, estos programas no suelen ser capaces de identificar las infecciones en niños de mujeres que pasaron a ser seropositivas durante la lactancia o de aquellas no identificadas como mujeres que viven con el VIH en la atención prenatal. Las estimaciones modeladas se utilizan en informes mundiales en entornos en los que no hay resultados finales a nivel de población disponibles.

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 lo siguiente:

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Ninguno

Información adicional solicitada

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

Fortalezas y debilidades

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 la tasa 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 múltiples dificultades:

1. El seguimiento de binomios madre-hijo resulta difícil, especialmente a nivel nacional, a causa de demoras en el envío de información y las múltiples instalaciones sanitarias que cada pareja madre-hijo puede visitar para recibir el amplio elenco de servicios que se ofrecen para la prevención de la transmisión 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.
4. La mayoría de los valores medidos de forma más directa no incluyen a las mujeres que pasan a ser seropositivas durante la lactancia.

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

Este indicador no captura los esfuerzos 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 hacerse esfuerzos para monitorear su impacto evaluando directamente el porcentaje de niños que viven con el VIH que se da entre los nacidos de mujeres que viven con el VIH. Todos los países deberán esforzarse para monitorear el estado serológico y la supervivencia de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH, información que se recopilará durante las visitas de atención sanitaria de seguimiento.

Información adicional

Publications on HIV monitoring and evaluation. En: who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2019 (<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 recibieron tratamiento antirretroviral 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 del inicio en medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas que viven con el VIH para reducir la transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo y el parto. Cuando se desglosa 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 permite determinar el nivel de adhesión a los diferentes regímenes.

Justificación

Proporcionar medicamentos antirretrovirales a una mujer que vive con el VIH, ya sea antes de la concepción o durante el embarazo o el parto, puede reducir considerablemente el riesgo de la transmisión maternoinfantil. Esta intervención es más eficaz si se proporcionan medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y la lactancia, y si se emplean prácticas de parto seguras y una lactancia más segura. Este indicador se puede utilizar para: (a) hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos nacionales y mundiales de eliminación de la transmisión maternoinfantil; (b) informar la planificación estratégica y políticas; (c) apoyar los esfuerzos de abogacía; y (d) aprovechar recursos para acelerar la ampliación. Dado que este indicador únicamente cuantifica a las mujeres que han comenzado a tomar medicamentos antirretrovirales, no constituye una medida auténtica del éxito del programa.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión 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.

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
- El numerador debe desglosarse por los regímenes 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 información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen 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 categorías siguientes. Cada mujer solo se debe contabilizar una vez en una de las celdas:

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

Desglose por definiciones de regímenes

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

El numerador deberá coincidir con los valores incluidos en Spectrum o, en caso contrario, se remitirá de forma automática una consulta solicitando al equipo de revisar los valores para que coincidan.

Monitoreo Global del Sida

- Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso
- Mujeres que ya recibían tratamiento antes de su embarazo

Spectrum

Opción B+: terapia antirretroviral iniciada durante el embarazo actual (se divide entre las mujeres que iniciaron terapia antirretroviral menos de cuatro semanas antes del parto y las mujeres que comenzaron más de cuatro semanas antes del parto)

Opción B+: terapia antirretroviral iniciada durante el embarazo actual

O, si ha seleccionado otros regímenes, deben incorporarse a Spectrum en las siguientes categorías:

1. Profilaxis farmacológica antiretroviral 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
2. AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)	Opción A: AZT materna
3. Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto.	Dosis única de nevirapina
4. 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. 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 estimar el denominador: un modelo de estimaciones, como es el programa informático 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 en centros de atención prenatal).

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

Fortalezas y debilidades

Se anima a los países a rastrear y notificar 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 y reportar estos datos, deberían establecer uno. Se deben hacer esfuerzos para eliminar a las mujeres contabilizadas dos veces en los sistemas de información. Un determinante crítico de la efectividad de los regímenes de transmisión maternoinfantil es si las mujeres tienen carga viral suprimida cuando conciben a sus hijos. Por lo tanto, es esencial que se desglosen los registros de la prevención de la transmisión maternoinfantil por si una mujer ya estaba recibiendo tratamiento antirretroviral cuando llegó a 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 monitorear la cobertura de este servicio también lo son. Para acceder a información al respecto, pueden consultarse las siguientes publicaciones:

Publications on mother-to-child transmission of HIV. En: who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud c2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>).

Publications on HIV monitoring and evaluation. En: who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2019 (<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 monitorear 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 maternoinfantil 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 maternoinfantil 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 maternoinfantil 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 prueba 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 en base a datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar si se consideran representativos de la situación nacional. Deberán especificarse las fuentes y cobertura de los datos que utilice el país (por ejemplo 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 prueba. Si están disponibles a la vez resultados de pruebas treponemales y no treponemales sobre una determinada persona, deberá definirse la positividad a la sífilis como resultado positivo en ambas pruebas.

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 sífilis 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 (desglose) 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 de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si no están disponibles datos sobre programas nacionales, se pueden reportar datos de 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 y reportarlos a la OMS.

Desglose

- 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 monitorear 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.

Programas que 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 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 Tasa 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 y reportarlos a la OMS.

Desglose

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 crea dificultades para la vigilancia. 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 las tasas 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 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres embarazadas con estado serológico conocido

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

Estado de VIH / resultados de pruebas:

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

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

- Ciudades (opcional).
- Mujeres embarazadas que usan drogas inyectables.

Información adicional solicitada

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

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 información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Fortalezas y debilidades

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

Información adicional

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

3.1 Incidencia del VIH

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

Qué mide

Avances para poner fin a la epidemia de sida

Justificación

El objetivo fundamental de la respuesta mundial al sida es reducir el número de personas que contraen la infección por VIH a menos de 200.000 personas para el año 2030. Monitorear la tasa de personas que contraen la infección a lo largo del tiempo sirve para cuantificar los avances hacia este objetivo. Este indicador es uno de los 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 modelaje matemática, como son Spectrum y el AIDS Epidemic Model. Esos modelos pueden incorporar encuestas sobre VIH geográficos y poblacionales, vigilancia, notificación de casos, mortalidad, datos de programas y clínicos, y, en algunos casos, supuestos sobre conductas de riesgo y transmisión del VIH. En algunos casos, los países pueden desear triangular esos datos con otras fuentes de estimaciones sobre el número de personas que contraen la infección, lo que incluye estimaciones poblacionales seriales sobre prevalencia del VIH o estimaciones sobre la prevalencia del VIH entre poblaciones jóvenes recientemente expuestas.

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Sexo (hombres y mujeres)
 - Edad (0-14 años, 15-24 años, 15-49 años y 50+ años)
 - 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 cargar una copia electrónica del informe que describa el modo en que se haya calculado esa cifra.

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

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 tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Consolidated 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).

Spectrum software. 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.

Desglose

- 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 el desglose por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. También puede subir una hoja de cálculo Excel con estos datos en lugar de introducirlos en la herramienta en línea. 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 explícitamente estimaciones de áreas reducidas para las áreas relevantes. Indique en el campo de comentarios si se ha llegado a un consenso entre las diversas partes interesadas para las estimaciones de tamaño reportadas.

Información adicional

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

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.
- C. 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, 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 datos de programas de pruebas del 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 las personas privadas de libertad.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- **A, C, D and 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 el desglose por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. También puede subir una hoja de cálculo Excel con estos datos en lugar de introducirlos en la herramienta en línea. 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, desglosadas 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 ese desglose 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 desglosadas.

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 escasos 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 desglose. Si se encuesta a personas transgénero en encuestas de 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 los que se criminalizan comportamientos de alto riesgo en relación con la transmisión del VIH, existe el potencial de una alta prevalencia del VIH y de una "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).

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 VIH en hombres que tienen relaciones sexuales 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 se sometió por última vez a la prueba de VIH?	<6 meses			
	6-12 meses			
	>12 meses			

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

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

A--D: Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).

A--D: Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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 tomar medidas posteriores 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 significado, 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 un periodo de referencia de 12 meses, el anterior indicador sobre estas pruebas médicas no tenía en cuenta 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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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 alinearán 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

Desglose

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

A-D: Edad (<25 años y 25+ años)

A-E: Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

Información adicional solicitada

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

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 originado 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 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

Desglose

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

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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

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

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

En rondas de presentación de informes previas, diversos países han dado cuenta del uso del preservativo entre subpoblaciones de mujeres transgénero en el campo adicional incluido para comentarios en la herramienta de reporte en línea para el Monitoreo Global del Sida. Esto 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

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

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=B897C0E7C775974A6FF941C1C5940AFC?sequence=1).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre los hombres 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

Desglose

- Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).
 - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
-

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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 hay datos disponibles sobre diferentes periodos, como pueden ser los tres o los doce meses anteriores, deberá incluirse esa información en los metadatos que se incluyan en la sección para comentarios y observaciones de la herramienta de presentación de informes.

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

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

Información adicional

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

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=B897C0E7C775974A6FF941C1C5940AFC?sequence=1).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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

A las personas que usan drogas inyectables se les plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Ha usado usted drogas inyectables 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

Desglose

- Género (mujeres, hombres y transgénero).
 - Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).
 - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
-

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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 inyectables 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 inyectables; (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

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, ONUSIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017 (<https://www.inpud.net/en/duit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-people-who-inject-drugs>).

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=B897C0E7C775974A6FF941C1C5940AFC?sequence=1).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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 última pareja con quien se tuvo sexo penetrativo se considera un indicador confiable de comportamiento a largo plazo.

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (hombre transgénero o mujer transgénero).
 - Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).
 - Ciudades.
-

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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

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

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

En previas rondas de presentación de informes, diversos países han dado cuenta del uso del preservativo entre subpoblaciones de mujeres transgénero en el campo adicional incluido para comentarios en la herramienta de reporte en línea para el Monitoreo Global del Sida. Esto 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

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2016 (<https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Key%20populations/TRANSIT.pdf>).

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=B897C0E7C775974A6FF941C1C5940AFC?sequence=1).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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.

Cada subindicador está dividido en dos partes. Favor reportar ambas partes. Las encuestas y los datos del programa se consideran complementarios.

PARTE I. Vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

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 en una población clave que reportan haber recibido dos o más de las intervenciones preventivas que se enumeran

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Porcentaje de encuestados que reportan haber recibido como mínimo dos de los siguientes servicios de prevención del VIH a través de organizaciones no gubernamentales, 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)
-

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).
 - Género (hombres, mujeres y transgénero).
-

Fortalezas y debilidades

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.

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 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

PARTE II. Datos de programas

Qué mide

Personas de grupos de población clave alcanzadas por intervenciones de prevención del VIH destinadas a la población clave

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 en una población clave alcanzadas por intervenciones de prevención del VIH destinadas a la población clave

Denominador

Número de personas en la población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Número de personas en una población clave alcanzadas por intervenciones de prevención del VIH individuales destinadas a la población clave y lo siguiente:

- Para profesionales del sexo, hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero: número de preservativos y lubricantes distribuidos.
- Para personas que usan drogas inyectables: número de jeringuillas distribuidas.

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

Para el denominador: Estimación validada del tamaño de la población

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Tipo de proveedor (sector público, organización dirigida por poblaciones clave u otras entidades (como organizaciones privadas comerciales y sin ánimo de lucro, entre las que se incluyen religiosas, internacionales y no gubernamentales)). Consulte la página 32 si desea información adicional.
-

Fortalezas y debilidades

Los datos de programas ofrecen un panorama nacional de la medida en que los programas están ofreciendo servicios nacionalmente. Aunque los datos de programas reflejan un compromiso nacional con la prestación de servicios entre las comunidades de grupos de población clave especificadas, no reflejan de forma precisa a las personas a las que se ofrecen los servicios en cuestión y, 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 que han tenido contacto con 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 las 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 (por ejemplo, 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 en 5 provincias, y tiene un total de 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 organización no gubernamental).

Indique el número total de trabajadores de alcance a pares activos al momento del reporte para cada población clave.

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 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

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 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 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

Desglose

- 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 el desglose 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).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007

(http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf). Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 (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-peoplewho-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/operationalguidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people/operationalguidelines-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 al año por cada persona que usa drogas inyectables mediante programas de facilitación de agujas y jeringuillas

Qué mide

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

Justificación

El consumo de drogas inyectables constituye la principal vía de transmisión para alrededor de un 12 % de las personas que contraen el VIH en todo el mundo. Prevenir la transmisión del VIH causada por el consumo de drogas inyectables 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 Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (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 la prevención del VIH para personas que usan drogas inyectables, y hay abundantes pruebas científicas que apoyan su eficacia en la prevención del avance del VIH.

Numerador

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

Denominador

Número de personas que consumen drogas inyectables en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Datos del programa utilizados para contabilizar el número de agujas y jeringuillas distribuidas

Para el denominador: Estimación del número de personas que consumen drogas inyectables en el país

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Tipo de proveedor (por ejemplo: sector público, organización dirigida por poblaciones clave u otras entidades (como organizaciones privadas comerciales y sin ánimo de lucro, entre las que se incluyen religiosas, internacionales y no gubernamentales)). Consulte la página 32 si desea información adicional.
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose 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 para publicar información.

Fortalezas y debilidades

Existen algunas dificultades en el proceso de contabilización de 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 sobre las 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: Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 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 (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf).

Needle and syringe programmes, En: who.int [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2019 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

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

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).

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=B897C0E7C775974A6FF941C1C5940AFC?sequence=1).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

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 inyectables. 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: Estimación de tamaño de los usuarios de opiáceos o personas que usan drogas inyectables.

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero).
- Edad (menor de 25 años y mayor de 25 años).
- Tipo de proveedor (por ejemplo: sector público, organización dirigida por poblaciones clave u otras entidades (como organizaciones privadas comerciales y sin ánimo de lucro, entre las que se incluyen religiosas, internacionales y no gubernamentales)). Consulte la página 32 si desea información adicional.
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.

Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. También puede subir una hoja de cálculo Excel con estos datos en lugar de introducirlos en la herramienta en línea. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta para publicar información.

Fortalezas y debilidades

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

Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUSIDA. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

Para conocer un conjunto de indicadores completo mundialmente consensuado sobre las personas que usan drogas inyectables, véase:

People who inject drugs. En: who.int [Internet]. 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 TPFA 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.

Desglose

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 recopilaron, 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.

Desglose

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

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

Dada la natural rotación que se da en la mayor parte de los sistemas penitenciarios, todos los datos de programas ofrecerán una instantánea sobre un 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 sindemia.

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

Desglose

- 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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>).

3.15 Personas que reciben PrEP

Número de personas que reciben profilaxis oral previa a la exposición (PrEP) 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 PrEP 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 el desglose de los datos, este indicador se propondrá también monitorear la disponibilidad y el uso según población (edad, sexo grupos de población clave).

El uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas que son VIH negativas antes de exposiciones al VIH 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 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 y 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 a fin de 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 investigación o medios privados, pero que la reciben de acuerdo con los estándares de OMS/ONUSIDA.

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 desglosados 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.

Desglose

- 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, personas transgénero y presos)
 - 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, acceso: 15 de noviembre de 2016).

Indicadores sobre circuncisión masculina

Los indicadores 3.16 y 3.17 se requieren de 16 países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemia heterosexual generalizada: Botswana, Etiopía, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina

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

Qué mide

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

Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Las recomendaciones de la OMS/ONUSIDA enfatizan que la circuncisión masculina debe considerarse una intervención eficaz para la prevención del VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, con alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de la circuncisión masculina.

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15-19 años, 20-24 años, 25-29 años y 25-49 años)
 - Fuente o persona que lleva a cabo el procedimiento de circuncisión: sistema sanitario formalizado o tradicional
 - 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 ONUSIDA; 2009 (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, junto con varios estudios posteriores a los ensayos, han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA resaltan que se deberá considerar la circuncisión masculina como una intervención eficaz de la prevención del VIH en países y regiones con epidemia heterosexual y alta prevalencia del VIH.

Numerador

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

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Registros y formularios de información de centros sanitarios, datos de programas, sistemas de información sanitaria

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Edad (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 25–49 y más de 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 información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

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

Fortalezas y debilidades

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

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

Se recomienda un desglose adicional a nivel de país:

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

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

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

Información adicional

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

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

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

3.19 Número de preservativos distribuidos anualmente

Número de preservativos distribuidos en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en dos subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

No corresponde.

No corresponde.

Cálculo

No corresponde.

No corresponde.

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Proveedor (público, privado y organizaciones no gubernamentales).
- 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 información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica (como aquellas que tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030).

Fortalezas y debilidades

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

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

Información adicional

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

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

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 exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH. Este indicador no cuantifica directamente los casos de discriminación sino que cuantifica las actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos (u omisiones) discriminatorios. Uno de los elementos del indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados por formas de discriminación que se producen en una determinada institución y el otro cuantifica distanciamientos sociales o expresiones conductuales de prejuicios. El indicador compuesto puede supervisarse como una medición clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de actos de discriminación relacionados con el VIH dentro de la población general. Este indicador puede contribuir a comprender adicionalmente y mejorar las intervenciones relacionadas con actos de discriminación relacionados con el VIH mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que muestran actitudes discriminatorias, permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y poniendo de relieve áreas prioritarias de actuación.

Numerador

Número de encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que responden "no" a alguna de las dos preguntas

Denominador

Número de todos los encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que han oído hablar del VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Este indicador se construye sobre las respuestas a las siguientes preguntas recibidas en una encuesta sobre población general de encuestados que han oído hablar del VIH.

- ¿Compraría usted verduras frescas de manos de un vendedor si usted supiese que esa persona tiene el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
 - ¿Piensa usted que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela junto con niños que no están infectados por el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
-

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15-19 años. 20-24 años y 25-49 años)
 - Sexo
 - Se requieren respuestas para cada pregunta (con base en el mismo denominador), así como la respuesta consolidada para el indicador compuesto.
-

Explicación del numerador

Los encuestados que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán ser excluidos del numerador y del denominador. También deberá excluirse a los participantes que respondan "no lo sé / no estoy seguro/a / depende" y a quienes rechacen responder. Las respuestas afirmativas y negativas a cada una de las preguntas pueden no sumar el 100% si algunos participantes responden "no lo sé" o si faltan valores. En consecuencia, calcular el porcentaje de personas que responden "no" a esta pregunta sustrayendo el porcentaje de respuestas afirmativas del total de 100% resultaría equivocado.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador cuantifica actitudes discriminatorias y el apoyo a políticas discriminatorias.

La cuestión sobre compra de verduras es prácticamente idéntica a la que se utiliza en una Encuesta sobre Demografía y Salud para la vigilancia de "actitudes de aceptación" sobre las personas que viven con el VIH, lo que permite una vigilancia continuada de las tendencias. Esta pregunta, no obstante, se centra en las respuestas "no" (actitudes discriminatorias) más que en las respuestas "sí" (actitudes de aceptación), lo que mejora las anteriores mediciones para el indicador "actitudes de aceptación", dado que es aplicable a entornos con alta y con baja prevalencia del VIH, a países de ingresos altos, medios y bajos, y también es relevante en ámbitos culturalmente diversos. Las mediciones individuales y el indicador compuesto no se basan en que el entrevistado haya observado actos flagrantes de discriminación cometidos contra personas que viven con el VIH, que son raros y de difícil medición en muchos contextos. Por contra, las mediciones individuales y el indicador compuesto valoran las actitudes de una determinada persona que pueden influir más directamente en las conductas.

Las preguntas recomendadas evalúan el grado de aceptación de situaciones hipotéticas, más que cuantificar casos de discriminación de que se haya podido ser testigo. Se puede producir un sesgo de deseabilidad social, lo que puede llevar a una infravaloración de actitudes discriminatorias. No existen mecanismos para examinar la frecuencia con que se producen actos de discriminación, ni tampoco su severidad.

Idealmente, además de realizarse encuestas que sirvan para cuantificar la prevalencia de actitudes discriminatorias en una determinada comunidad, deberán recopilarse datos cualitativos para dar cuenta de los orígenes de esos actos discriminatorios. También sería aconsejable recopilar datos de forma rutinaria sobre las personas que viven con el VIH sobre sus experiencias de estigmatización y discriminación a través del proceso Índice de Estigma en personas que viven con VIH (www.stigmaindex.org) y comparar las conclusiones con los datos que se deriven del indicador sobre actitudes discriminatorias.

Información adicional

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).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Washington DC y Londres: International Center for Research on Women and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl. 2) (<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:

- Evitación de los servicios de salud por parte de los profesionales del sexo por causa del estigma y la discriminación
- Evitación de los servicios de salud por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación
- Evitación de los servicios de salud por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación
- 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 negativas 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:

- Evitación de servicios de salud entre todos los encuestados.
- Evitación de pruebas de VIH entre los encuestados que reportaron no haber tenido una prueba de VIH en los últimos 12 meses.
- 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.
- 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:

¿ Ha evitado usted acceder a (i) centros sanitarios, (ii) servicios de pruebas sobre VIH, (iii) atención sanitaria del VIH* o (iv) tratamiento para el VIH en los últimos 12 meses por alguno de los siguientes motivos?

- Por tener miedo o estar preocupado/a debido al estigma.
- Por tener miedo o preocupación de que alguien sepa que yo soy o hago (insertar comportamiento).
- Miedo o preocupación relacionada con la violencia o con violencia ya experimentada.
- Miedo o preocupación relacionada con actos de acoso policial o arrestos, o actos de acoso policial o arrestos ya sufridos.

Hay varias formas de preguntar por la evitación de acudir a los servicios por miedo al estigma y a la discriminación dependiendo del país/encuesta., Los aquí indicados son ejemplos de la manera de formular estas preguntas.

*Entre los encuestados que hayan mencionado que viven con el VIH en las encuestas que pregunten por el estado serológico.

Denominador

Número de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

- 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_fina_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).

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).

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, 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

Desglose

- 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 HIV. 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).

Unite with women—unite against violence and HIV. Ginebra: ONUSIDA; 2014 (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).

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 exacerba los riesgos y priva a las personas de sus derechos y sus derechos, lo que alimenta la epidemia del VIH.

El estigma es la atribución de características indeseables a un individuo o grupo que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. A menudo conduce a 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 pregunta⁵

Denominador

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH⁶

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

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

- Tipo de servicio de salud (VIH, o no relacionado al VIH).
- Género (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 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años o más de 15 años).

⁵ 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.

⁶ Si desea más información sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH, visite <http://www.stigmaindex.org/>.

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, 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

Desglose

- Edad (15-19 años y 20-24 años)
- Sexo (hombres y mujeres)

Explicación del numerador

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

5.2 Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años de edad) que han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos

Qué mide

Avances hacia ampliar la capacidad de las mujeres y niñas adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva utilizando los métodos más eficaces

Justificación

Este indicador aborda los avances conseguidos a la hora de ampliar la capacidad de las mujeres y las adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, y de poder ejercer su derecho a controlar y decidir libremente sobre cuestiones relacionadas con su sexualidad y su salud sexual y reproductiva. Refleja el derecho de las mujeres y las adolescentes de decidir si quieren tener hijos y cuándo tenerlos, y de tener a su alcance métodos para llevar a cabo esa decisión.

Este indicador también se utiliza para cuantificar los avances en relación con el objetivo 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se propone garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye servicios de planificación familiar, información y educación, e integrar la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales para el año 2030.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son también un punto de entrada para los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH, y su integración será fundamental para garantizar la sostenibilidad de los servicios relacionados con el VIH.

Numerador

Número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que utilizan métodos anticonceptivos modernos

Denominador

Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen una demanda para planificación familiar

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuestas sobre Demografía y Salud u otras encuestas representativas)

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

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 [vídeo]. 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 Presupuesto público nacional para el VIH

Presupuesto para programas de VIH y SIDA de fuentes públicas nacionales

Qué mide

Monitorea el presupuesto gubernamental asignado y ejecutado destinado a programas de VIH, junto con las tendencias percibidas a corto plazo en el presupuesto (es decir, el presupuesto del año siguiente).

Se debe reportar de los recursos públicos nacionales totales asignados y ejecutados para el VIH desde los niveles central y subnacional.

Justificación

Los recursos nacionales han contribuido significativamente al panorama de financiación del VIH en la última década. En los últimos años, los recursos nacionales han representado más de la mitad de los recursos financieros totales para el VIH en países de ingresos bajos y medios.

El seguimiento de los presupuestos públicos nacionales y sus previsiones a corto plazo tienen como objetivo fomentar los esfuerzos mundiales para movilizar recursos a fin de alcanzar los objetivos para poner fin al SIDA de aquí a 2030.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisas y valores monetarios, y variables categóricas que indican la magnitud del cambio para representar previsiones a corto plazo del panorama de financiación nacional.

Cálculo

Presupuestos planificados y ejecutados por cada año fiscal.

El departamento correspondiente de estadísticas financieras del gobierno mantiene los presupuestos asignados a varios sectores. Muchos países pueden tener presupuestos destinados a programas de VIH y SIDA, mientras que otros pueden tener presupuestos para esas actividades en diferentes sectores.

El indicador tiene como objetivo recoger el presupuesto para actividades de VIH y SIDA asignadas a través de fuentes de financiación propias del gobierno. Deben excluirse las actividades presupuestadas financiadas mediante transferencias de ayuda externa de entidades extranjeras.

Prácticamente todos los países tienen un presupuesto público destinado al VIH, aunque no todos los gastos relativos al VIH se deriven de los presupuestos. El alcance de los presupuestos puede diferir ocasionalmente entre países, pero las tendencias resultan útiles para el análisis en el país.

Método de medición

Análisis de presupuestos

Nota: La previsión a corto plazo para el próximo año fiscal debe reportarse basándose en la información obtenida a través de las estadísticas financieras del gobierno, el Ministerio de Salud o la Comisión Nacional del SIDA.

Frecuencia de la medición

Anualmente, para el año fiscal

Desglose

- Presupuestos por nivel de gobierno (es decir, nacional/federal, provincial/estatal/distrito o municipio/ciudad/local) según corresponda en cada país.
 - Si existen unidades presupuestarias segmentadas (por ejemplo, instituciones de la seguridad social u organismos nacionales contra el SIDA), se deben reportar por separado.
-

Puntos fuertes y débiles

Los datos pueden ser de gran calidad en países que tienen presupuestos destinados al VIH. Cuando no hay presupuestos específicos para el VIH, puede ser necesaria la coordinación entre los departamentos gubernamentales encargados de la salud y el bienestar social. Cuando la provisión de servicios está integrada en los centros sanitarios, dichos gastos no se identificarán fácilmente en los presupuestos asignados.

Información adicional

Anexo 1

8.2 Antirretrovirales: precios unitarios y volumen

Qué mide

Los precios unitarios de promedio de los regímenes antirretrovirales para el programa de VIH de un país y el volumen de adquisición asociado

Justificación

Los precios unitarios de promedio y el volumen de adquisición de productos antirretrovirales ayudan a monitorear las dinámicas del mercado de los medicamentos antirretrovirales y respaldan el proceso de triangulación de aquellas personas que se reporta están en terapia antirretroviral.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

El precio unitario de promedio por paquete de régimen en USD y el número absoluto de paquetes adquiridos en un período determinado.

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Sistemas de gestión de compras y cadena de suministro

Herramientas para la recopilación de datos

Sistema de información de gestión logística

Frecuencia de la medición

Anual

Desglose

- Por lotes de adquisición. El número de paquetes adquiridos debe proporcionarse para cada lote de adquisición de un régimen/formulación. Cuando no existen datos de nivel de lote, se debe reportar el precio unitario anual de promedio y el número total de paquetes adquiridos anualmente para este indicador.
-

Puntos fuertes y débiles

Los sistemas de gestión de la cadena de suministro de adquisiciones de los países mantienen información sobre la adquisición de productos de salud a nivel central. En algunos países, hay sistemas de información de gestión logística que monitorean los datos de productos básicos a nivel del centro de salud. Estos sistemas de información pueden proporcionar los datos para reportar este indicador.

Información adicional

Anexo 2

8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos

Gasto nacional e internacional relativo al VIH por categoría de programa y fuente de financiación

Qué mide

Gastos en el país relativos a programas y servicios de VIH por fuente, de manera estandarizada y comparable, de acuerdo con categorías mutuamente excluyentes. El gasto relativo al VIH por programas o servicios reportados para este indicador deberá resultar coherente con el número de personas que hayan recibido servicios (de los que se informe en otras partes del Monitoreo Global del SIDA).

Justificación

El indicador sobre el que se ha de reportar es el gasto total y subtotal relativo al VIH por categorías de programas o de servicios y por fuentes de financiación. Hay ocho subindicadores centrales que corresponden al Compromiso 8. Se describen en el anexo 3.

A finales de 2018, la disponibilidad de recursos internacionales y nacionales para la respuesta al VIH alcanzó un estimado de 19 000 millones de USD (según su valor al cambio de 2016) en países de ingresos bajos y medios. Hacer realidad los objetivos nacionales y mundiales requiere un mayor enfoque, más recursos y mejor eficacia y efectividad de los programas para ofrecer los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH, con el fin de reducir la incidencia del virus y alargar la vida.

Resulta esencial identificar fuentes de financiación sostenibles y a largo plazo, lo que incluye la movilización de recursos nacionales, para mantener y aprovechar los éxitos ya conseguidos. No obstante, cubrir las brechas que existen en financiación y buscar una eficiente asignación de recursos únicamente puede conseguirse evaluando y gestionando los recursos disponibles y el uso que se hace de ellos.

La cuantificación de flujos financieros y del gasto ayuda a considerar la cuestión de a quién benefician los programas de VIH y definir la situación actual de asignaciones para los programas y servicios sobre el VIH que se centren en grupos de población clave u otros grupos específicos de población.

La gran mayoría de las categorías de gastos relativos al SIDA (o CGS, según las clasificaciones de la Medición del Gasto Nacional relativo al Sida [MEGAS]) o los subindicadores se extraen de los marcos existentes y ahora se estructuran en torno a los 10 compromisos derivados de la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA. La necesidad de recursos para los países de ingresos bajos y medios condujo a un objetivo para movilizar al menos 26 200 millones de USD (según su valor al cambio de 2016) para 2020.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisa y valores monetarios

Cálculo

Para producir datos de gastos, deben aplicarse los principios de contabilidad social y costes. Las correspondientes reglas, marcos de trabajo y principios se describen en los manuales y directrices específicos (se incluyen los correspondientes enlaces seguidamente).

El cálculo de cada servicio/programa o subindicador puede presentar características individuales para garantizar la adecuada contabilización de todos los componentes (por ejemplo, costes directos y compartidos de la provisión de servicios) y evitar dobles contabilizaciones; esos cálculos pueden ser diferentes según cada fuente de financiación y modalidad de prestación de servicios (o incluso según cada proveedor de servicios). Hay orientaciones ulteriores disponibles en las respectivas directrices y manuales que se enumeran al final de esta sección.

La cuantificación se limita a los gastos internos del país, empleando fondos de asistencia internacional para el desarrollo y los gastos incurridos 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 del gasto nacional interno relativo al VIH.

Los registros financieros y sobre programas procedentes de proveedores de servicios o de organizaciones de prestación de servicios son la base para la recopilación de datos.

Existen discrepancias significativas documentadas entre las asignaciones presupuestarias y los gastos reales. No se recomienda el análisis presupuestario como base única para reportar del gasto nacional total relativo al VIH.

Una buena práctica es validar los gastos financiados por fuentes de financiación internacionales, fuentes de financiación nacionales y agentes financiadores, así como en relación con todas las partes interesadas.

Método de medición

Primario:

- MEGAS.

Alternativo:

- Análisis de presupuestos.
- Sistema de Cuentas de salud de 2011 (SHA-2011, por sus siglas en inglés) con módulo de VIH.

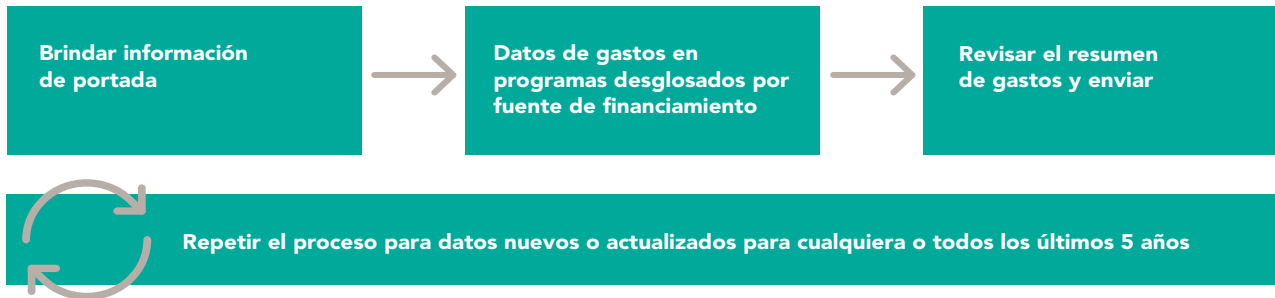
Nota:

- Cuando no hay una MEGAS disponible, los países pueden utilizar los resultados generados centralmente del sistema de informes de gastos del PEPFAR.
- Las cuentas de salud que utilizan el marco SHA-2011 con distribución completa de la enfermedad intentan recoger elementos de alto nivel de los CGS de la MEGAS. Sin embargo, dependiendo de los objetivos de un determinado ejercicio de seguimiento de recursos, el SHA-2011 puede informar, o no, de la totalidad del gasto nacional (desglosado por programa), según se requiera. El marco contable SHA-2011 puede tener que ser complementado por principios sólidos sobre costes para desglosar la parte correspondiente al VIH de los costes conjuntos en que haya incurrido el sistema.

Herramientas para la recopilación de datos

Los países elaboran sus informes sobre gastos relativos al VIH por categorías de programas/servicios centrales y fuentes de financiación utilizando la matriz de financiación nacional. Se incluye un elenco de categorías completo de programas en el anexo 2. Si los países han desarrollado una MEGAS completa y adecuada, completar la matriz de financiación constituye solamente una plantilla de resultados del ejercicio. Si los países han desarrollado cuentas de salud utilizando el marco SHA-2011, pueden rellenarse las celdas de la matriz de financiación, en particular sobre recursos internacionales, y, en algunos casos, para las fuentes de financiación nacionales públicas y privadas.

Flujo del proceso para reportar este indicador



Los datos modificados de años anteriores pueden ser reportados si los datos reportados en años anteriores fueron preliminares.

Frecuencia de la medición

Anualmente, para el año natural o fiscal. Dado que los resultados de cualquier ejercicio contable pueden demorarse más allá de la fecha límite para la presentación del informe anual, los países podrán enviar resultados preliminares, que luego serán sustituidos cuando estén disponibles los resultados definitivos. En este ciclo de presentación de informes, se sugiere que los países presenten todo el conjunto de informes anuales definitivos disponibles sobre los últimos cinco años, indicando su estatus de preliminares o definitivos y si vienen a sustituir a informes previos. No resulta necesario volver a presentar datos ya enviados en informes previos y que no hayan sufrido cambios. Puede contactarse con ONUSIDA para recibir asistencia si el país desea enviar informes modificados recientemente o definitivos sobre gastos anteriores a 2015.

Desglose

- Fuente de financiación.
 - Categorías de programas sobre VIH y SIDA.
 - Para los subindicadores seleccionados, se alienta a los países a reportar sobre los gastos en los productos más destacados en cada uno de los programas relevantes que representan subindicadores, según lo permitan los datos. El reporte del gasto total por programa es aceptable si no se conoce el desglose, pero existe la certeza de que se incluyen tanto los productos básicos como los costes de prestación de servicios.
-

Puntos fuertes y débiles

Los países que han implementado adecuadamente una MEGAS completa pueden llenar la plantilla con una tabla de resultados del ejercicio de la MEGAS. Las estimaciones nacionales definitivas deberán ser validadas con las diferentes partes interesadas y ser trianguladas para incrementar su fiabilidad y validez.

Los países que hayan implementado un ejercicio anual de SHA-2011 pueden necesitar garantizar que las claves de asignación utilizadas para hacer una estimación del gasto sobre VIH a través del sistema sanitario se actualizan y permiten datos granulares para fuentes nacionales. Este proceso puede no utilizar datos certificados, como exigen algunos principios contables. Los países que acaben de empezar el proceso de informes de salud plenamente distributivos necesitan validar los resultados con otras fuentes ya existentes y con todas las partes interesadas para incrementar la fiabilidad y validez de las estimaciones, en particular su nivel total, potenciales duplicaciones y elementos de gasto significativos no contabilizados. Los países que utilicen cuentas de salud deben agregar gastos no relacionados con la salud y asegurar que se notifiquen gastos coherentes relativos al VIH, en particular para los costes compartidos en el sistema de salud. La implementación de las cuentas de salud precisa de planificación a medio y largo plazo, exige un uso intensivo de recursos y depende de la coordinación entre los contables sanitarios y los gestores de los programas.

Los países que utilicen el análisis presupuestario deben asegurarse de que los presupuestos asignados se gasten según lo previsto; las estimaciones de los gastos en los que no se incurre utilizando un presupuesto asignado deben agregarse a cada subtotal, según corresponda.

Los países tienen la opción de informar sobre: (a) costes por separado (entrega de productos y servicios) si disponen de los datos; (b) en un solo coste (si es lo que hay disponible), o (c) un total desglosado que incluya tanto los productos básicos como la prestación de servicios.

Listado de subindicadores básicos y metadatos estadísticos asociados

Gasto total relativo al VIH	Fuente de financiación o categoría de servicio/programa	No corresponde	Gasto total 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
Subindicadores	Desglose	Población objetivo	Qué mide
A. Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH (no dirigidos; productos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Población general bajo indicaciones específicas	<p>Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH se utilizan para referirse a todos los servicios relacionados con las pruebas que se proporcionan junto con el asesoramiento, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas y asesoramiento sobre el VIH iniciados por el cliente. ▪ Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor. ▪ Pruebas y asesoramiento sobre el VIH como parte de una campaña, a través de servicios de extensión o mediante pruebas a domicilio. <p>Deberá informarse de forma independiente de los gastos directos en la adquisición de reactivos para pruebas de laboratorio y pruebas rápidas en relación con otros costes (según disponibilidad).</p>
B. Gasto sobre terapia antirretroviral (adultos y población pediátrica; productos específicos por separado)	Fuente de financiación, adultos y niños (menores de 15 años)	Personas que viven con el VIH	<p>Terapia antirretroviral.</p> <p>Gasto directo en la adquisición de antirretrovirales, independientemente de otros costes (según disponibilidad).</p> <p>Precios unitarios y volumen de productos adquiridos/distribuidos.</p>
C. Gasto en monitoreo de laboratorio específica para VIH (productos específicos por separado)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	<p>Servicios de diagnóstico relacionados con el monitoreo clínica del VIH.</p> <p>Gastos directos en la compra de reactivos de laboratorio para su uso en la determinación de los recuentos de células CD4+ y la cuantificación de la carga viral, por separado de los costes asociados con otros productos y la prestación de servicios (según disponibilidad).</p>
D. Gasto relativo a la tuberculosis (TB) y al VIH (productos específicos por separado)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH y personas que viven con TB	<p>Exámenes, monitoreo clínico, servicios de laboratorio relacionados, tratamiento y prevención de TB (incluida isoniacida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa) y pruebas de detección y remisión de pacientes de centros médicos que tratan la TB para pruebas y atención clínica sobre VIH.</p> <p>Gastos directos en la adquisición de medicamentos para el tratamiento y prevención de la TB (incluida isoniacida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa), independientemente de otros productos médicos y de costes relativos a la prestación de servicios (según disponibilidad).</p>

<p>E. Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada (productos específicos por separado)</p>	<p>Fuente de financiación, los cinco pilares de la prevención combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad, exclusivamente en países con alta prevalencia del VIH). ▪ Circuncisión masculina médica voluntaria (exclusivamente en países con alta prevalencia). ▪ Profilaxis previa a la exposición (PrEP) estratificada según grupos de población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo; personas que usan drogas inyectables; personas transgénero; privados de libertad; mujeres jóvenes y niñas adolescentes, y parejas serodiscordantes). ▪ Preservativos (sin especificar). ▪ Prevención entre poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, profesionales del sexo, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y privados de libertad). 	<p>Población general, grupos de población clave</p>	<p>Este subconjunto de servicios de prevención se etiqueta y define como prevención combinada. El resto de servicios de prevención del VIH se habrán de especificar dentro de las categorías de la matriz de financiación nacional como parte de servicios de prevención más amplios.</p> <p>Este subconjunto incluye servicios de prevención diseñados específicamente y proporcionados para cada una de las poblaciones clave, incluidos los servicios de prevención para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujeres jóvenes y niñas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad) en países con alta prevalencia. ▪ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. ▪ Profesionales del sexo y sus clientes. ▪ Personas que usan drogas inyectables. ▪ Circuncisión masculina médica voluntaria. ▪ Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave. ▪ Promoción del uso de preservativos y distribución entre la población en general. <p>Gastos directos en la adquisición de preservativos, agujas y jeringuillas, y medicamentos para terapias de sustitución por separado (según disponibilidad).</p>
<p>F. Gasto en prevención de la transmisión vertical del VIH (productos específicos por separado)</p>	<p>Fuente de financiación</p>	<p>Mujeres embarazadas y recién nacidos</p>	<p>Actividades dirigidas a la eliminación de nuevas infecciones por VIH en niños, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de VIH en mujeres embarazadas. ▪ Terapia antirretroviral para mujeres embarazadas que viven con el VIH. ▪ Medicamentos antirretrovirales para recién nacidos. ▪ Prácticas de parto seguras. ▪ Apoyo y asesoramiento con respecto a la nutrición materna y la lactancia materna exclusiva. <p>Nota: Cuando una mujer que vive con el VIH recibe terapia antirretroviral como parte de su tratamiento antes de saber que está embarazada, este tratamiento debe incluirse en la terapia antirretroviral para adultos en lugar de para prevenir la transmisión maternoinfantil.</p>
<p>G. Gasto en facilitadores sociales</p>	<p>Fuente de financiación</p>	<p>No corresponde</p>	<p>Actividades para apoyar la implementación de programas básicos, según se define en el Marco de Inversión de ONUSIDA, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromiso político y defensa. ▪ Medios de comunicación masiva. ▪ Leyes, políticas legales y prácticas. ▪ Movilización de la comunidad. ▪ Reducción del estigma. ▪ Programas de derechos humanos
<p>H. Gasto total en transferencias de efectivo a mujeres jóvenes y niñas (10-24 años, en países con alta prevalencia)</p>	<p>Fuente de financiación</p>	<p>Mujeres jóvenes y niñas (10-24 años)</p>	<p>Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (10-24 años). Se define como una sinergia del desarrollo con implicaciones para la prevención del VIH.</p>

Información adicional

Para acceder a pautas, herramientas marco y clasificaciones para las MEGAS, póngase en contacto con AIDSSpending@unaids.org

Los informes de Cuentas de salud están disponibles en la Global Health Expenditure Database (Base de Datos sobre Gasto Sanitario Global) de la Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Eurostat. HEDIC – Health expenditures by diseases and conditions. 2016 edition [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>).

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. El tratamiento de la tuberculosis y la terapia antirretroviral tempranas son claves para reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis asociada al VIH, y deben ser la principal prioridad para el Programa del sida y el Programa Nacional de tuberculosis. Por lo tanto, es muy 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.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: registros e informes sobre terapia antirretroviral en centros sanitarios; herramientas de monitoreo de programas. Recuento total de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB (como indican los registros de TB) y terapia antirretroviral, o aquellos que ya reciben terapia antirretroviral (como indican los registros de terapia antirretroviral). La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de tuberculosis en las unidades de gestión básica pertinentes antes de consolidarse y reportarse.

Para el denominador: datos de programas y estimaciones sobre el número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. La OMS calcula estimaciones anuales del número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. Las estimaciones del 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 2017 están disponibles en <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Consulte el Anexo 5 para más información sobre la construcción de este indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros, conciliarse con los registros de tuberculosis y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente, y reportar de ellos de forma anual. Se deberá reportar datos y estimaciones del año más reciente para el que estén disponibles.

Desglose

- 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 y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen 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/mm³) 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).

Global tuberculosis report 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (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 tuberculosis (TB) activa expresado como porcentaje de las que recientemente inscritas en tratamiento para el VIH durante el periodo de notificación

Qué mide

La carga de TB activa entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en tratamiento para el VIH por primera vez. También cuantifica indirectamente los esfuerzos para detectar de forma temprana la TB asociada a VIH.

Justificación

Los objetivos principales 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, es especialmente importante en el momento en que esas personas se inscriben en los servicios, ya que el riesgo de cuadros de TB no detectados es mayor entre pacientes que se inscriben en el tratamiento que entre los que ya están recibiendo terapias antirretrovirales. Además, las personas con TB que se inscriben en servicios de atención médica y que viven con el VIH pueden tener menor conocimiento de los síntomas y de la importancia de la detección temprana y el tratamiento, por lo que es posible que no busquen atención médica para síntomas generales o específicos de la tuberculosis. Una búsqueda intensificada de casos ofrece la oportunidad de formar a las personas que viven con el VIH y de permitir detectar antes los cuadros de TB. Todas las personas que viven con el VIH en las que se detecte TB deberán iniciar tratamiento contra TB de forma inmediata y terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes (si aún no están recibiendo terapia antirretroviral).

Numerador

Número total de personas que viven con el VIH recientemente registradas en el tratamiento del VIH con TB activa durante el periodo de notificación

Denominador

Número total de personas recientemente registradas en el tratamiento del VIH (es decir, aquellas registradas para terapia antirretroviral durante el periodo de notificación)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El resultado de las actuaciones de investigación sobre TB en personas que viven con el VIH de las que se supone que padecen TB deberá registrarse en las tarjetas de terapia antirretroviral para el VIH (en la columna sobre "Investigaciones" en la sección Encuentros) y en los registros sobre terapias antirretrovirales (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente). De modo similar, los pacientes de TB que sean VIH-positivos deberán ser inscritos en tratamiento para el VIH y deberá registrarse su situación en relación con la enfermedad de la tuberculosis en la tarjeta y registros sobre terapia antirretroviral.

Para el numerador. A la conclusión del periodo de notificación, contabilizar el número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito por primera vez en tratamiento para el VIH que tienen TB activa.

Para el denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH y se registran por primera vez para recibir tratamiento para el VIH (es decir, aquellas que empezaron terapia antirretroviral durante el periodo de notificación).

La información sobre el estado de la tuberculosis en los registros de terapias antirretrovirales deberá actualizarse y conciliarse con los registros sobre TB en las unidades básicas de gestión relevantes antes de su consolidación y presentación a niveles superiores.

Consulte el Anexo 5 para más información sobre la construcción de este indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deberán registrarse diariamente y notificarse a nivel nacional o subnacional como parte de los procedimientos de información trimestral de rutina. Asimismo, los datos deberán enviarse de forma anual al ONUSIDA.

Desglose

- 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 información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Fortalezas y debilidades

Revisar las tendencias en TB entre las personas que viven con el VIH que se registran por primera vez para el tratamiento durante un determinado periodo puede ofrecer información útil sobre: (a) la carga de TB que se da entre ellas; y (b) la eficacia de los esfuerzos que se hacen para detectar y tratar cuadros de tuberculosis asociados con el VIH de forma pronta.

Este indicador puede subestimar la actual carga de TB asociada con el VIH ya que puede excluir a: (a) pacientes que sean detectados a través de pruebas y asesoramiento sobre el VIH iniciados por el proveedor sanitario pero no inscritos en tratamiento del VIH (b) o que hayan difundido formas de TB, que permanezcan asintomáticos y que se pasaron por alto durante pruebas rutinarias de detección de TB. Un valor alto en este indicador puede denotar altos índices de TB o pruebas de detección de TB eficaces y también programas de pruebas sobre VIH eficaces, mientras que un valor bajo puede reflejar malas prácticas de detección de TB o de las pruebas sobre el VIH, o también actuaciones de control sobre TB exitosas. En consecuencia, este indicador deberá interpretarse de forma cautelosa.

Información adicional

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

10.3 Personas que viven con VIH que comenzaron terapia preventiva para tuberculosis

Número de personas que iniciaron tratamiento para infección latente de tuberculosis (TB), expresado como un porcentaje del número total de personas recién inscritas en tratamiento del VIH durante el periodo de reporte

Qué mide

La medida en que las personas que viven con el VIH que se inscriben por primera vez en tratamiento para el VIH también empiezan el tratamiento para infecciones latentes de TB.

Justificación

Todas las personas que reciben tratamiento para el VIH deben ser cribadas respecto a la TB en cada visita, utilizando un algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (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, independientemente de si reciben terapia antirretroviral o no.

Numerador

Número total de personas que viven con el VIH que se registran por primera vez en tratamiento del VIH que empiezan el tratamiento para infección latente de TB durante el periodo de reporte.

Si están disponibles, se deben introducir también los datos del número total de personas que viven con el VIH y están actualmente registradas en tratamiento del VIH que empiezan el tratamiento para infección latente de TB durante el periodo de reporte.

Denominador

Número total de personas que se registran por primera vez en tratamiento del VIH (es decir, aquellas registradas para terapia antirretroviral durante el periodo de reporte). Este denominador debe ser el mismo que el del Indicador 10.2.

Si están disponibles, se deben introducir también los datos del número total de personas que están actualmente registradas en tratamiento 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 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 tratamiento para el VIH durante el periodo de notificación 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 se inscriben por primera vez en servicios de terapia antirretroviral durante el periodo de notificación.

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. Este 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.

Consulte el Anexo 5 para más información sobre la construcción de este indicador.

Además, reporte el porcentaje de personas que viven con el VIH que están actualmente inscritas en tratamiento para el VIH y que iniciaron terapia preventiva para TB durante el periodo de reporte:

Numerador. Recuento del número de personas que viven con el VIH y están actualmente registradas para recibir tratamiento para el VIH y empezaron terapia preventiva de tuberculosis durante el periodo del que se informa.

Denominador. Recuento del número de personas que viven con el VIH y están actualmente registradas para recibir tratamiento del VIH durante el periodo de reporte.

Frecuencia de medición

Los datos deberán registrarse diariamente y notificarse trimestralmente a nivel nacional o subnacional. Deberán consolidarse anualmente y notificarse ante el ONUSIDA.

Desglose

- 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 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).

Fortalezas y debilidades

Este indicador cuantifica la cobertura de las terapias preventivas para TB entre las personas que son inscritas para recibir tratamiento 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 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

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.

Desglose

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

Desglose

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 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

Desglose

- 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 e 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 desglosado 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.

10.7 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

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

Desglose

- 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, desglosado 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 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

Proporción de mujeres que viven con el VIH que comunican haber sido sometidas a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino utilizando alguno de los siguientes métodos médicos: inspección con ácido acético (VIA, por sus siglas en inglés), citología vaginal o prueba del 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 uterino

Justificación

Con una estimación de 570 000 casos y 311 000 muertes en todo el mundo en 2018, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente y la cuarta causa de fallecimiento por cáncer en mujeres. Se trata del segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres que viven en países de ingresos bajos o medios.

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 las que pueden tratarse y curarse fácilmente. 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 uterino 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 uterino y a desarrollar cánceres invasivos. El cáncer de cuello uterino invasivo es una condición definitiva del sida y el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres que viven con el VIH. En comparación con las mujeres VIH-negativas, las mujeres que viven con el VIH tienen una probabilidad cinco veces superior a desarrollar cáncer de cuello uterino invasivo. Por eso, 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 uterino en esos países.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que comunican no haber sido nunca sometidas a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino utilizando alguno de los siguientes métodos: inspección con ácido acético (VIA, por sus siglas en inglés), citología vaginal o prueba del virus del papiloma humano (VPH)

Denominador

Todas las mujeres encuestadas que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

- Encuestas poblacionales representativas del país.
 - Datos programáticos: Si no cuenta con el número de mujeres que viven con el VIH (de 30 a 49 años) que alguna vez se han sometido a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, también puede proporcionar el número de mujeres con resultado VIH-positivo que se sometieron a pruebas para detectar cáncer de cuello uterino.
-

Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse como mínimo cada cinco años

Desglose

- Edad (15-29, 30-49).
 - Se realizaron la prueba en el último año.
-

Fortalezas y debilidades

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 uterino, 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).

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1).

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).

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;0:1-31.

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).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interno de 2020

Introducción

La vigilancia de políticas ha formado parte de los procedimientos de información mundial sobre el sida desde el año 2003 y ha sido implementado cada dos años, por última vez en 2018 a través del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales [ICPN] interino, y posteriormente en 2019 a través del ICPN completo. El ICPN es un componente integral del Monitoreo Global del Sida cuyo objetivo es medir el progreso en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y legislación relativas a la respuesta frente al VIH. Se propone lograr esto a través de:

- Promover consultas y diálogo entre partes interesadas clave a nivel nacional, especialmente los gobiernos, la sociedad civil y las comunidades para captar sus perspectivas sobre la respuesta frente al sida.
- Apoyar a los países en la evaluación de su situación y respuesta a la epidemia del VIH y detectar barreras, brechas y elementos que ayuden a fortalecer esa respuesta.
- Recopilar datos sobre el entorno legal y de políticas relacionados con la respuesta frente al sida.

Las respuestas monitorean directamente u ofrecen un contexto sobre los avances para la consecución de los 10 compromisos de Acción Acelerada y los objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030.

El ICPN ha de ser completado y presentado como parte de los informes del Monitoreo Global del Sida cada dos años. Este marco de tiempo refleja la consideración de que es previsible que los cambios en legislación, políticas y regulaciones se produzcan de forma lenta, y la necesidad de monitoreo más frecuente puede ser limitada.

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

En 2017, después de un amplio proceso consultivo, se integró por primera vez en la presentación de informes del Monitoreo Global del Sida un nuevo cuestionario y un nuevo procedimiento para completarlo. De acuerdo con la experiencia en la presentación de informes en 2017, 2018 y 2019, se ha refinado aún más la redacción de algunas de las preguntas para la preparación de informes interinos en 2020.

Estructura del ICPN

El ICPN tiene dos partes. La Parte A deberá ser completada por autoridades nacionales, y la Parte B deberá ser completada por socios de la sociedad civil, las comunidades y otros socios no gubernamentales que participen en la respuesta nacional frente al sida. En los informes de años intermedios, el ICPN interino solamente incluye un subconjunto de las preguntas de la Parte A.

Las preguntas del ICPN interino se estructuran en torno a los 10 compromisos de Acción Acelerada y los objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030.⁷

Pasos propuestos para la recopilación y validación de datos

El proceso que se describe a continuación para completar el ICPN deberá estar integrado con el plan y el plazo de cada país para el proceso de reporte del Monitoreo Global del SIDA completo.

Aunque las preguntas de la Parte B del ICPN, que han de ser completadas por socios de la sociedad civil, las comunidades y otros socios no gubernamentales que participen en la respuesta, no se incluyen en el ICPN interino, se anima a los países a asegurar la participación de la sociedad civil y las comunidades en el proceso de reporte.

1. Establecer un grupo de trabajo para acompañar el proceso de presentación de informes relativos al ICPN. Puede ser un grupo técnico de trabajo multisectorial de monitoreo y evaluación ya establecido.
2. Identificar una persona que coordine la cumplimentación del cuestionario.
3. El grupo de trabajo del ICPN lleva 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 ICPN implicando a expertos relevantes y para evitar la influencia de potenciales sesgos o prejuicios en el proceso de presentación de informes. Con ello se puede garantizar que los informes reflejen 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 ICPN 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:

- o Ministerio de Salud o su equivalente.
- o Ministerio de Educación o su equivalente.
- o Ministerio para las Cuestiones de Género o su equivalente.
- o Ministerio de Justicia o su equivalente.
- o Ministerio de Comercio o su equivalente.
- o Representantes de las personas que viven con el VIH, entre ellas mujeres y personas jóvenes que viven con el VIH.
- o Representantes de los diversos grupos de poblaciones clave.
- o Organizaciones bilaterales y multilaterales que participan en la respuesta frente al VIH.
- o Otras organizaciones o fundaciones no gubernamentales que participan en la respuesta al VIH.
- o 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 las que se entre en contacto en este proceso:

- Nombre.
- Datos de contacto.

- Organización a la que está afiliado/a.
- Función dentro de la organización.
- Tipo de parte interesada: Ministerio de Salud, otro ministerio, sector privado, sociedad civil, comunidad, organización no gubernamental internacional, organización bilateral, ONUSIDA u otra entidad de las Naciones Unidas.

Esta información puede ser de utilidad para documentar el carácter multisectorial del proceso y para apoyar la preparación de futuras rondas de informes del ICPN.

4. Recopilar respuestas para las preguntas del ICPN: para garantizar la precisión y evitar fatigas innecesarias se sugiere dirigir de forma específica a cada informador concreto las preguntas que correspondan con su área de conocimiento, según proceda. Las personas encargadas de la coordinación del cuestionario, y los consultores seleccionados para apoyar el proceso, coordinan el contacto con las partes interesadas previamente identificadas, por ejemplo a través de entrevistas personales, por teléfono o por correo electrónico, para compartir con ellas las preguntas del ICPN que correspondan con su área de experiencia y para reunir sus respuestas.

Si resulta posible, se recomienda remitir una misma pregunta a más de una persona experta en la materia. Si hubiese respuestas discordantes, el coordinador que se ocupe del ICPN compartirá un resumen de la información recibida para esa pregunta con las diferentes partes interesadas que la hayan facilitado para esclarecer el origen de las diferentes respuestas y alcanzar un consenso, si es posible. Para evitar posibles prejuicios o sesgos, deberá mantenerse el anonimato de los informantes en la medida en que 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 que se incluye en la lista de indicadores de la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del Sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

5. La persona encargada de la coordinación del Monitoreo Global del Sida introduce las respuestas en la herramienta en línea de presentación de informes.
6. Las diferentes partes interesadas visualizan los borradores de las respuestas y ofrecen comentarios sobre ellos. El borrador del ICPN cumplimentado puede compartirse con las partes interesadas concediéndoles facultades de visualización para la herramienta de reporte en línea o bien compartiendo en PDF el cuestionario del ICPN con las versiones preliminares de las respuestas. El PDF puede extraerse de la herramienta de reporte en línea haciendo clic en «Imprimir todo en PDF» que se incluye en la página con la lista de indicadores.
7. Realizar una consulta de validación:
 - o Para revisar respuestas del ICPN para preguntas determinadas.
 - o Para analizar los datos del ICPN conjuntamente con los datos sobre indicadores, identificar avances, brechas, obstáculos y elementos facilitadores para la respuesta frente al sida.
 - o Para identificar puntos clave para los resúmenes narrativos correspondientes a cada área de compromisos.

Debido a la extensión del cuestionario, se recomienda que no se revisen las respuestas a todas las preguntas durante el taller de validación nacional, sino que ese taller se centre en preguntas específicas identificadas como preguntas clave para su debate durante el proceso de recopilación y revisión de datos antes del taller, y también en el debate de los avances y brechas que tengan que ver, más generalmente, con cada área de compromisos.

8. Actualizar las respuestas para el ICPN introducidas en la herramienta de reporte en línea atendiendo a los comentarios y observaciones recibidos en la preparación de las consultas y durante ellas, y completar los resúmenes narrativos relativos a cada área de compromisos.

9. Presentar las respuestas del ICPN con los demás componentes del Monitoreo Global del Sida el 31 de marzo de 2020 o antes de esa fecha.
10. Responder a las consultas que se publiquen en la herramienta de reporte en línea durante el proceso de validación de datos.

Este proceso que se sugiere tiene como propósito integrar comprobaciones sobre la coherencia de los datos del ICPN recopilados durante todo el procedimiento y promover un análisis de la información que sea lo más objetivo posible.

Puesta en marcha y uso de los datos del ICPN

Los datos que se recopilen a través del ICPN complementarán los datos sobre indicadores y gastos también recopilados y que se reportarán a través del proceso del Monitoreo Global del Sida. Se anima a los países a que utilicen los datos del ICPN a la hora de analizar la situación de la epidemia en cada país y su respuesta, y en ejercicios de planificación estratégica nacional.

Mundialmente, los datos del ICPN también se utilizarán para monitorear los 10 compromisos de Acción Acelerada y los objetivos ampliados de forma directa o para ofrecer un contexto para los datos cuantitativos recopilados a través de los indicadores sobre el Monitoreo Global del Sida y para informar estrategias e informes mundiales. Las respuestas de cada país para las preguntas del ICPN se añadirán para generar valores regionales y mundiales. Los datos del ICPN por países estarán también disponibles a través de AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) y de Laws and Policies Analytics (análisis de leyes y políticas, en español) (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Cargar datos de políticas notificados anteriormente a través del Monitoreo Global del Sida

Los países que han presentado respuestas a las preguntas por medio de un ICPN anterior pueden elegir cargar dichas respuestas en la herramienta en línea de presentación de informes del Monitoreo Global del Sida de 2020. Luego, pueden actualizar las respuestas o volver a presentar aquellas que no hayan sufrido modificaciones.

Definiciones

Deberán utilizarse las siguientes definiciones de terminología clave incluida en el cuestionario del ICPN para cumplimentar el cuestionario. El uso coherente de las definiciones a lo largo del tiempo y entre los diferentes países reforzará la comparabilidad y los análisis de tendencias. Los términos que se definen en la siguiente lista aparecen marcados con un asterisco (*) en el cuestionario.

Transferencias de efectivo. Programas que ofrecen dinero a las personas más pobres y vulnerables. Las transferencias de efectivo pueden ofrecerse bajo ciertas condiciones, concediendo aportaciones económicas a cambio de determinadas condiciones de comportamiento (como garantizar la asistencia escolar de los niños) o sin condiciones (no estar sujetos ni exigir determinados comportamientos).

Mecanismos comunitarios de rendición de cuentas en el contexto de los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Pueden incluir cualesquiera de los siguientes mecanismos.

- **Tarjetas de calificación de los ciudadanos.** Encuestas a gran escala para reunir opiniones de los usuarios utilizadas con fines de promoción para aumentar la responsabilidad pública.
- **Tarjetas de evaluación comunitarias.** Reuniones organizadas para que las comunidades y los trabajadores sanitarios valoren la calidad de los servicios y luego desarrollar planes de medidas correctoras de forma consensuada.
- **Servicios orientados al cliente y eficaces para el proveedor (COPE).** Un complemento para los programas de mejora de la calidad basados en centros médicos que implica a los trabajadores sanitarios a la hora de recopilar información de las comunidades que les rodean.

- **Calidad definida de forma conjunta.** Con facilitación externa, los trabajadores sanitarios y las comunidades definen y examinan la calidad de los servicios, establecen prioridades entre las diferentes cuestiones e implementan un plan de acción.
- **Garantía de calidad centrada en el paciente.** Un proceso que supone realizar entre 50 y 100 entrevistas de fin de servicio a clientes cada 3 a 6 meses, reunir datos, establecer prioridades entre las diferentes cuestiones, redactar planes de acción y presentar resultados.
- **Evaluación sanitaria rápida entre pares y participativa para tomar medidas.** Diagnosticar de forma rápida la calidad utilizando listas de verificación, establecer prioridades entre las diversas cuestiones identificadas, difundir resultados y desarrollar un plan de acciones correctoras. Las aportaciones comunitarias proceden de entrevistas a clientes y debates de grupos de discusión femeninos y masculinos en los que se valora la calidad en relación con indicadores específicos.
- **Supervisión con apoyo integrado.** Visitas trimestrales a centros por parte de equipos que incluyan a representantes comunitarios. Entre los diferentes métodos se incluyen entrevistas a clientes y listas de verificación.
- **Comisiones sanitarias.** Comisiones locales que incluyan a miembros de las comunidades y monitorean la calidad de los servicios. Algunas de ellas realizan visitas ad hoc; otras tienen programas de seguimiento más formales.

Violaciones graves o sistemáticas de los derechos humanos. La cualificación como «graves» indica violaciones de los derechos humanos serias, flagrantes y notorias. La violación del derecho a la vida o a la integridad física constituiría una grave violación de los derechos humanos. Por «sistemáticas» se hace referencia al número de personas afectadas por esas violaciones de derechos y a su frecuencia en el tiempo. Supone un patrón de violaciones de los derechos humanos, y no un caso aislado.

Vigilancia de casos de VIH: La vigilancia de casos de VIH hace referencia a la notificación de un diagnóstico inicial de infección por el VIH y a los eventos centinela definidos para todas las personas diagnosticadas con VIH por una agencia sanitaria pública encargada del monitoreo y el control de la epidemia. La vigilancia de casos conlleva el uso de datos longitudinales a nivel individual obtenidos de múltiples fuentes relacionadas por identificadores únicos y almacenadas a nivel nacional en un repositorio de datos especializado.⁸

Violencia de género. Violencia que establece, mantiene o se propone reafirmar relaciones de poder desiguales por razones de género. Incluye todos los actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, o la amenaza de tales actos, coerciones y otros ataques a la libertad.⁹

Indicadores sensibles a las cuestiones de género. Indicadores que ayudan a comprender injusticias relacionadas con el género y la desigualdad de género como factor social determinante para la salud. Los indicadores sensibles en materia de género se utilizan para cuantificar la actual situación de mujeres u hombres en relación con normas específicas o en comparación con otro grupo de referencia, como puede ser la proporción de niñas escolarizadas en la enseñanza primaria en comparación con la situación de los niños. También se utilizan para medir y monitorear desigualdades en el acceso a servicios sanitarios (por ejemplo, diferencias en la proporción de mujeres y hombres que tienen acceso a terapia antirretroviral) y el éxito de esfuerzos dirigidos a reducir las desigualdades de género a lo largo del tiempo.¹⁰

Carácter transformador en materia de género. Los enfoques transformadores desde el punto de vista del género fomentan la conciencia crítica en materia de roles y normas de género, e incluyen formas con que transformar normas nocivas en normas de género más equitativas para fomentar relaciones de poder también más equitativas entre hombres y mujeres, y entre las mujeres y los demás miembros de cada comunidad. Promueven los derechos y la dignidad de la mujer, confrontan la distribución injusta y desigual de recursos y la asignación de roles entre hombres y mujeres, y consideran las necesidades específicas de mujeres y hombres. Tales enfoques pueden implementarse de forma independiente entre mujeres y niñas, de una parte, y hombres y niños, de otra. Sin embargo, también se están implementando cada vez más con hombres, mujeres, niñas y niños juntos y de forma intergeneracional, ya sea de forma simultánea

o coordinada para confrontar normas nocivas para hombres y mujeres y relaciones de poder desiguales que puedan contar con el respaldo de todos los integrantes de la comunidad.¹¹

Inhibidores no nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa (INNTI): Clasificación de medicamentos antivirales no análoga a los nucleósidos que bloquean/interfieren la transcriptasa inversa del VIH e inhiben la replicación del VIH.

Inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa inversa (INNTI): Clasificación de medicamentos antivirales análoga a los nucleósidos que bloquean/interfieren la transcriptasa inversa del VIH e inhiben la replicación del VIH.

Participación. Participación activa e informada en la formulación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de todas las decisiones, políticas e intervenciones que afecten a la salud para garantizar el respeto por los derechos humanos. También significa garantizar que los sistemas e intervenciones sanitarios sean sensibles, eficaces, apropiados y sostenibles. La participación es informada cuando las personas pueden acceder a la información que se requiere para permitir que participen de forma significativa y eficaz. Si fuese necesario, deberán llevarse a cabo actuaciones de capacitación para garantizar tal cosa.¹²

Protección social: Se define como «todas iniciativas públicas y privadas que proporcionan transferencias de ingresos o alimentos a los pobres, protegen a las personas vulnerables de los riesgos que afectan a sus medios de subsistencia y contribuyen a mejorar la condición social y los derechos de los marginados, con el fin de reducir la vulnerabilidad económica y social de las personas pobres, vulnerables y marginadas»^{13,14} La protección social es sensible al VIH cuando se incluye a las personas que están en riesgo de infección por el VIH o que pueden verse afectadas por las consecuencias de la epidemia.¹⁵

Estabilidad en la terapia antirretroviral: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la estabilidad en la terapia antirretroviral de acuerdo con los siguientes criterios: llevar al menos un año en tratamiento, no estar enfermo ni embarazada, comprender el concepto de adhesión de por vida y aportar pruebas de éxito del tratamiento (dos pruebas de carga viral consecutivas por debajo de 1000 copias/mL). En el caso de las recomendaciones para la entrega de servicios, se incluye un criterio adicional: no presentar reacciones adversas al uso de medicamentos que requieran monitoreo periódico.¹⁶

Desabastecimiento. Interrupción no prevista en las existencias de un producto sanitario.

Prueba de carga viral rutinaria: Se puede realizar una prueba de carga viral rutinaria a los seis meses, a las 12 meses y, posteriormente, cada 12 meses si el paciente se muestra estable en la terapia antirretroviral.¹⁷

¹¹ OMS, ONUSIDA. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en, último acceso en fecha 22 de octubre de 2019).

¹² Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf, último acceso en fecha 22 de octubre de 2019).

¹³ HIV and social protection guidance note. Ginebra: ONUSIDA; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, último acceso en fecha 22 octubre de 2019).

¹⁴ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Transformative_Social_Protection.pdf<http://www.ids.ac.uk/publication/transformative-social-protection1>, último acceso en fecha 22 octubre de 2019).

¹⁵ HIV and social protection guidance note. Ginebra: ONUSIDA; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, último acceso en fecha 22 octubre de 2019).

¹⁶ Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: OMS; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1).

¹⁷ Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: OMS; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1).

ICPN interino

Abreviaturas y acrónimos

3TC	lamivudina
ABC	abacavir
AZT	zidovudina
DTG	dolutegravir
EFV	efavirenz
FTC	emtricitabina
LPV/r	lopinavir reforzado con ritonavir
INNTI	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
INTI	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
OMS	Organización Mundial de la Salud
PrEP	profilaxis previa a la exposición
RPR	reagina plasmática rápida
TDF	tenofovir disoproxil fumarat
TPHA	prueba de hemaglutinación del Treponema pallidum
TPPA	prueba de aglutinación de partículas para Treponema pallidum
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

* Las directrices para el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales definen los términos marcados con un asterisco (*).

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.

Pruebas sobre VIH

1. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enfoques en cuanto a pruebas sobre VIH se utilizan en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- 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/pruebas para parejas de personas diagnosticadas
- Pruebas a través de las redes sociales
- Otro (especifique): _____

2. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las Directrices Consolidadas sobre los servicios de pruebas sobre VIH de la OMS 2019 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 de autodiagnóstico sobre VIH como política o plan nacional?

- Sí
- No

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿están implementadas las pruebas de autodiagnóstico sobre VIH?

- Sí, plenamente implementadas
- No, se están realizando pruebas piloto
- No se realizan pruebas piloto ni están implementadas

3.2 Si la respuesta es negativa, ¿está su país desarrollando una política nacional con respecto a las pruebas de autodiagnóstico sobre VIH?

- Sí
- No

3.2a Si la respuesta a la Pregunta 3.2 es afirmativa, indíquese el año en que está planificado que se incluyan las pruebas de autodiagnóstico:

- No hay un año previsto
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023

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
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023

5. ¿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

5.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen lo siguiente (seleccione 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 de células CD4 en el punto de atención sanitaria
 Otras opciones (especifique): _____

Terapia antirretroviral

6. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones de la actualización para 2018 de las Directrices consolidadas de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH en un procedimiento nacional?:

- Sí, se ha completado
 En curso
 No
 Otro (especifique): _____
Favor cargar una copia de los documentos sobre las directrices nacionales actualizadas disponibles.

7. ¿Cuál es el umbral recomendado de CD4 para iniciar terapia antirretroviral en adultos y adolescentes que sean asintomáticos, de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Salud?

- No existe un umbral; el tratamiento es universal independientemente del recuento de células CD4
 ≤500 células/mm³
 ≤350 células/mm³
 Otro (especifique): _____

7.1 Si está en proceso de implementación de un tratamiento universal independientemente del recuento de células CD4, ¿cuál es la situación de implementación?:

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____

7.2 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

7.2a Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está previsto que se implemente el tratamiento universal:

- No hay un año previsto
 2020
 2021
 2022
 2023

8. ¿Ha adoptado su país la Recomendación sobre el inicio rápido de terapias antirretrovirales de la OMS 2017?

- Sí, se realiza un inicio rápido dentro de los 7 días del diagnóstico con VIH
 No
 Otro (especifique): _____

9. ¿Cuenta su país con una política para ofrecer el inicio de una terapia antirretroviral el mismo día del diagnóstico del paciente con VIH?

- Sí
 No

9.1 Si su país tiene una política sobre el inicio rápido y/o inicio el mismo día del diagnóstico, cual es el estado de implementación?

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

10. ¿Hay pruebas de células CD4 disponibles para determinar la fase inmunológica?

- Sí
 No

10.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde está disponible?

- Centro de atención sanitaria
 Laboratorio de las instalaciones
 Laboratorio centralizado
 Otro (especifique): _____

10.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué porcentaje de centros (estimado) tienen acceso a los clientes a las pruebas y los resultados?

- En pocos (<50 %) centros
 En muchos (entre el 50 y el 95 %) centros
 En todo el país (>95 % centros)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____

11. ¿Está permitido en su país el inicio de la terapia antirretroviral por personal de enfermería para alguno de los siguientes grupos de población? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Adultos que no sean mujeres embarazadas (hombres, mujeres y transgénero)
 Mujeres embarazadas
 Adolescentes (de 10 a 19 años)
 Niños menores de 10 años
 Ninguna de las opciones anteriores

12. ¿Cuenta su país con una política nacional que promueve la entrega comunitaria de terapia antirretroviral (externo a las instalaciones de salud)?

- Sí
 No

12.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique qué enfoques se utilizan para la entrega comunitaria de terapia antirretroviral: _____

13. ¿Se ofrece en su país terapia antirretroviral en entornos comunitarios (externo a las instalaciones de salud) para las personas que se hallan estables en su terapia antirretroviral*?

- Sí
 No

13.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada:

- Nacionalmente
 Regionalmente
 En centros piloto
 Otro (especifique): _____

14. ¿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

14.1 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

15. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia con la que las personas que muestran situaciones estables en su terapia antirretroviral deberían retirar medicamentos antirretrovirales?

- Sí
 No

15.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de la retirada de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional:

- 1 vez al mes
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
-

16. Proporcione los criterios nacionales del país para (o definición de) «una pérdida de seguimiento». Por ejemplo, una pérdida de seguimiento se define como un paciente que no ha recibido medicamentos antirretrovirales dentro de las últimas cuatro semanas desde la última cita de recogida de medicamentos a la que no se presentó.

17. ¿Ha adoptado su país la recomendación de la OMS de 2017 para ofrecer un paquete de intervenciones a todos los pacientes que muestren una situación avanzada de su enfermedad por VIH (definida por la OMS cómo células CD4<200)?

- Sí, la ha adoptado plenamente
 Sí, la ha adoptado de forma parcial
 No

17.1 Si la respuesta es afirmativa, indique el alcance de su implementación.

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

18. ¿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 (seleccione todas las opciones que correspondan)?:

- Los proveedores de servicios de tuberculosis ofrecen terapia antirretroviral en centros de 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 ofrecidos para personas que viven con el VIH y que presentan cuadros de malnutrición
 Terapia antirretroviral ofrecida en entornos en que se ofrece terapia de sustitución de opiáceos
 Los proveedores de atención sanitaria primaria ofrecen terapia antirretroviral en entornos de atención sanitaria primaria
 Apoyo para el paciente
 Terapia antirretroviral ofrecida 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 (especifique): _____
-

19. ¿Pagan los pacientes tasas o cargos por servicios de forma rutinaria cuando visitan un centro de salud público?

- Sí
 No

19.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se trata de tasa específico formal o informal?

a) Pruebas sobre VIH

- Formal
 Informal

b) Dispensado de PrEP

- Formal
 Informal

c) Cita de atención primaria

- Formal
 Informal

d) Tarjetas de paciente

- Formal
 Informal

e) Servicios de diagnóstico (incluida la prueba de carga viral)

- Formal
 Informal

f) Dispensado de tratamiento para el VIH (es decir, medicamentos antirretrovirales)

- Formal
 Informal
-

Regímenes de terapia antirretroviral

Adultos y adolescentes

20. En base a las recomendaciones de las directrices de tratamiento de la OMS de 2019, ¿es TDF + 3TC o (FTC) + DTG la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en las directrices nacionales de su país para los siguientes grupos?:
- a) Adultos y adolescentes
- Sí
- No
- ai. Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?:
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
- TDF+ 3TC + EFV 400 mg
- ABC + 3TC + DTG
- TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- Otros regímenes (especifique): _____
- aii. Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2020?
- Sí
- No
- b) Mujeres en edad de procrear
- Sí
- No
- bi. Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?:
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- Otro régimen (especifique): _____
- bii. Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2020?
- Sí
- No
- c) Mujeres embarazadas y/o lactantes
- Sí
- No
- ci. Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?:
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- Otros regímenes (especifique): _____
- cii. Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2020?
- Sí
- No
-
21. ¿Se está introduciendo el DTG como régimen antirretroviral de primera línea en su país?
- Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacionales, pero las adquisiciones no se han iniciado
- Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacionales y su adquisición ha iniciado
- No
-

22. ¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral con dosis fijas (FDC, en inglés) como la terapia antirretroviral de primera línea de preferencia? (seleccione 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 (especifique): _____

23. ¿Es el régimen basado en DTG 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 (especifique): _____

Niños

24. ¿Son los regímenes a base de LPV/r la opción de tratamiento de preferencia para todos los recién nacidos y niños con peso inferior a 20 kg en las directrices nacionales?

- Sí, para todos
- No, pero se recomienda solo para los recién nacidos expuestos al inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTI)
- No se recomienda

25. ¿Se recomienda DTG como la opción de tratamiento de preferencia para iniciar el tratamiento en niños con un peso superior a 20 kg?

- Sí
- No
- Otro (especifique): _____

26. ¿Cuál es la estructura central de INTI recomendada para iniciar el tratamiento en niños en las directrices nacionales?

- TDF + 3TC (o FTC)
- AZT + 3TC (o FTC)
- ABC + 3TC (o FTC)
- Otro (especifique): _____

27. ¿Se recomienda DTG como la opción de segunda línea de preferencia para los niños con un peso al menos de 20 kg?

- Sí
- No
- Otro (especifique): _____

28. ¿Se recomienda LPV/r (o ATVr) como la opción de segunda línea de preferencia para los niños en los que fracasan los regímenes basados en INNTI con un peso inferior a 20 kg?

- Sí
- No
- Otro (especifique)

29. ¿Se recomienda RAL como la opción de segunda línea de preferencia para los niños en los que fracasan los regímenes basados en la inhibición de proteasa con un peso inferior a 20 kg?

- Sí
- No
- Otro (especifique)

Carga viral

30. A partir de las directrices nacionales de tratamiento, indique el umbral en el que la supresión de carga viral en un individuo se define como un éxito:

- <1000 copias/ml
- <400 copias/ml
- <200 copias/ml
- <50 copias/ml
- Otro (especifique): _____
-

31. ¿Tiene su país una política nacional actual sobre pruebas de carga viral rutinarias* para el monitoreo de la terapia antirretroviral y en qué medida está implementada esa política?

a)

Para adultos y adolescentes

- Sí
 No

ai) Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación:

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____

a ii) Si la respuesta es negativa, ¿están disponibles pruebas de carga viral dirigidas?

- Sí
 No

b) Para niños

- Sí
 No

bi) Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?:

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____

bii) Si la respuesta es negativa, ¿están disponibles pruebas de carga viral dirigidas?

- Sí
 No

32. ¿Están disponibles las pruebas de carga viral en centros de atención en algún centro sanitario de su país?

- Sí
 No

33. En la política nacional, ¿están recomendados los especímenes de manchas de sangre seca para las pruebas de carga viral?

- Sí
 No
 Otro (especifique): _____

33.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nivel de implementación?

- Total
 Parcial
 No están implementados

34. ¿Cuenta el país con una política para dar prioridad a las pruebas de carga viral en determinadas poblaciones (por ejemplo, mujeres embarazadas, recién nacidos y adolescentes)?

- Sí
 No

34.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué poblaciones se da prioridad a las pruebas de carga vital (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Mujeres embarazadas y lactantes
 Pacientes con una situación avanzada de su enfermedad por VIH
 Pacientes con sospecha de fracaso del tratamiento
 Recién nacidos y niños (entre 0 y <10 años)
 Adolescentes (entre 10 y 19 años)
 Otro (especifique): _____
-

Vigilancia de la resistencia a los medicamentos de VIH y toxicidad¹⁸

35. ¿Cuenta su país con un plan nacional para monitorear la resistencia a medicamentos antirretrovirales?

- Sí
 No

35a. Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique los años que abarca el plan: _____

36. En los tres últimos años, ¿ha llevado a cabo su país una vigilancia de la resistencia a medicamentos contra el VIH (HIVDR) de acuerdo con los siguientes protocolos de la OMS?:

a) Encuestas sobre resistencia a medicamentos de pretratamiento (PDR)¹⁹

- Sí
 No, pero existe un plan para implementar la encuesta de PDR este año
 No y no existe un plan para implementar la encuesta de PDR este año

a.i. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

Año en que se inició la última encuesta de PDR: _____

b) Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos en adultos²⁰

- Sí
 No, pero existe un plan para implementar la encuesta este año
 No y no existe un plan para implementar la encuesta este año

b.i. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

Año en que se inició la última encuesta: _____

c) Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos entre población infantil

- Sí
 No, pero existe un plan para implementar la encuesta este año
 No y no existe un plan para implementar la encuesta este año

c.i. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

Año en que se inició la última encuesta: _____

d) Resistencia a medicamentos contra el VIH entre bebés (<18 meses) utilizando diagnóstico infantil temprano²¹

- Sí
 No, pero existe un plan para implementar la encuesta sobre recién nacidos este año
 No y no existe un plan para implementar la encuesta sobre recién nacidos este año

d.i. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

Año en que se inició la última encuesta sobre recién nacidos: _____

e) Encuestas o monitoreo rutinarios de rendimiento clínico utilizando indicadores de alerta temprana sobre resistencia a medicamentos contra el VIH

- Sí
 No

e.i. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

- Año en que se monitoreó por última vez: _____
 Cantidad de centros sanitarios monitoreados: _____

e.ii. Los indicadores de alerta temprana sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH se recopilaron de las siguientes maneras:

- Encuesta de indicadores de alerta temprana en una muestra de centros sanitarios
 Sistemas rutinarios de vigilancia de pacientes
-

¹⁸ Los datos de las encuestas sobre resistencia a los medicamentos contra el VIH deberían cargarse de forma rutinaria en la base de datos de resistencia a los medicamentos contra el VIH (HIVDR) de la OMS. Los usuarios designados del Ministerio de Sanidad o de los programas de terapia antirretroviral pueden solicitar acceso poniéndose en contacto con conhiv-aids@who.int. Para más información, véase: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv-drug-resistance-database/en>.

¹⁹ Para más información, véase: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy. Ginebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/en/, último acceso en fecha de 22 de octubre 2019).

²⁰ Para más información, véase: Survey of HIV drug resistance in adults receiving ART. Ginebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/en/, último acceso en fecha de 22 de octubre 2019).

²¹ Para más información, véase: HIV drug resistance. En: Organización Mundial de la Salud Health Topics [sitio web]. Ginebra; OMS; c2018 (<http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/en/>, último acceso en fecha de 22 de octubre de 2019).

37. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la resistencia a medicamentos contra el VIH para pacientes individuales que fracasan con el tratamiento antirretroviral de segunda línea?

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Monitoreo rutinario de toxicidad como parte del sistema nacional de monitoreo y evaluación
 Vigilancia y monitoreo activos de toxicidad dentro de cohortes en adultos
 Vigilancia y monitoreo activos de toxicidad dentro de cohortes en adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de anomalías congénitas

39. ¿Se han introducido enfoques para la vigilancia de toxicidad para monitorear las reacciones adversas al uso de DTG?

- Sí
 No

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

- Monitoreo rutinario de toxicidad como parte del sistema nacional de monitoreo y evaluación
 Vigilancia y monitoreo activos de toxicidad dentro de cohortes en adultos
 Vigilancia y monitoreo activos de toxicidad dentro de cohortes en adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de anomalías congénitas

39.2 Si la respuesta a la Pregunta 41.1 es afirmativa, ¿se ha implementado la capacitación de trabajadores de atención sanitaria con respecto a la administración, la captura y el informe de reacciones adversas al uso de DTG?

- Sí
 No

Adherencia y retención

40. ¿Tiene su país políticas y/o estrategias nacionales sobre apoyo a la adherencia?

- Sí
 No

40.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Asesores entre pares
 Mensajes de texto
 Uso de dispositivos de recordatorios
 Terapia cognitivo-conductual
 Formación sobre capacidades conductuales/formación sobre adherencia a medicaciones
 Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
 Gestión de casos
 Navegación entre pares
 Otro (especifique): _____

41. ¿Se están implementando alguno de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia en su país? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Asesores entre pares
 Mensajes de texto
 Uso de dispositivos de recordatorios
 Terapia cognitivo-conductual
 Formación sobre capacidades conductuales/formación sobre adherencia a medicaciones
 Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
 Gestión de casos
 Navegación entre pares
 Otro (especifique): _____
-

42. ¿Tiene su país políticas y/o estrategias nacionales sobre retención en terapia antirretroviral?

- Sí
 No

42.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Intervenciones de base comunitaria
 Asociaciones de adherencia terapéutica y apoyo entre pares
 Otro (especifique): _____

43. ¿Se están implementando alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención en su país? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Intervenciones de base comunitaria
 Asociaciones de adherencia terapéutica y apoyo entre pares
 Otro (especifique): _____

44. ¿Hay disponibles en su país programas de alfabetización terapéutica para las personas que viven con el VIH, incluyendo información sobre efectos secundarios, resistencia a medicamentos, etc.?

- Sí
 No
-

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

Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

45. ¿Tiene su país una política para la repetición de pruebas en mujeres VIH-negativas durante el periodo del embarazo, parto y/o posparto/lactancia?
- Sí
- No

45.1 Si la respuesta es afirmativa, seleccione los periodos en los que debería repetirse la prueba (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Durante el embarazo
- En el parto
- Posparto/lactancia

46. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH?:

- Sí
- No

46.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique:

- Objetivo(s) para la tasa de transmisión maternoinfantil: _____
- Año: _____
- Objetivo(s) de eliminación (como el número de casos/población): _____
- Año: _____

47. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda en su país para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Salud²²:

- Tratamiento universal para las mujeres embarazadas/mujeres lactantes para toda la vida
- Terapia antirretroviral solo durante el embarazo y/o la lactancia
- Otras opciones (especifique el régimen): _____

47.1 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?

- Implementada en un pequeño número (>50 %) de centros de salud maternoinfantil
- Implementada en un pequeño número (entre el 50 y el 95 %) de centros de salud maternoinfantil
- Implementada en todo el país (>95 % de los centros de salud maternoinfantil)
- No implementado en la práctica
- Otro (especifique): _____

48. ¿Cuál es el régimen de terapia antirretroviral de primera línea que se recomienda en su país para mujeres embarazadas y mujeres lactantes que viven con el VIH?:

- TDF/3TC(FTC)/EFV
- TDF/3TC/DTG
- Otro (especifique): _____

49. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda en su país para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH para recién nacidos expuestos al VIH?:

- a) Especifique el régimen de profilaxis para recién nacidos: _____
- b) Duración recomendada del régimen: _____

49.1 ¿Se recomiendan diferentes regímenes para los recién nacidos de alto riesgo?

- Sí
- No

a) Si la respuesta es afirmativa, especifíquense los regímenes: _____

²² En los países en los que no se recomienda la lactancia para las mujeres que viven con el VIH, haga clic en esta respuesta solo si se aplica a las mujeres embarazadas.

50. ¿Cuenta su país con una recomendación nacional sobre alimentación infantil y juvenil para recién nacidos expuestos al VIH?

- Sí, lactancia
 Sí, alimentación sustitutiva
 Sí, ambas prácticas están recomendadas, pero sujetas a la elección individual o dependen de diferentes entornos
 No

50.1 Si se recomienda la lactancia para mujeres VIH-positivas y recién nacidos expuestos al VIH, ¿está especificada su duración recomendada?

- Sí (especifique la duración en meses): _____
 No
-

51. ¿Está la asistencia alimentaria y nutricional integrada en su país con programas de prevención de la transmisión maternoinfantil?

- Implementada en pocos (<50 %) centros de salud maternoinfantil
 Implementada en muchos (del 50 % al 95 %) centros de salud maternoinfantil
 Implementada en todo el país (>95 % de los centros de salud maternoinfantil)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

52. ¿Cuenta su país con una estrategia nacional sobre intervenciones en el parto para mujeres que viven con el VIH a las que no se ha aplicado previamente la prueba de VIH?

- Sí, plenamente implementadas
 Sí, parcialmente implementada
 Sí, pero no está implementada
 No
-

53. ¿Está la transmisión vertical del VIH criminalizada en su país?

- Sí
 No
-

Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis

54. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?:

- Sí, integrado en iniciativas sobre el VIH o en otras iniciativas de eliminación
 Sí, pero es independiente (no está integrado en otras iniciativas relacionadas con el VIH o en otras iniciativas de eliminación)
 No existe un plan nacional
-

55. ¿Cuenta su país con una política nacional para la detección rutinaria de la sífilis entre mujeres embarazadas?

- Sí
 No

55.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de pruebas se utilizan?:

- Pruebas de laboratorio no treponemales (como RPR/VDRL)
 Pruebas de laboratorio treponemales (como TPPA/TPHA)
 Pruebas rápidas treponemales sobre sífilis (como Bioline, Determine, Chembio)
 Pruebas rápidas duales sobre VIH/sífilis
-

Diagnóstico infantil temprano

56. ¿En qué momento recomiendan las directrices nacionales de su país que los niños expuestos al VIH sean sometidos a pruebas de ácido nucleico para la detección del VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- En el momento del nacimiento
 A las 4 a 6 semanas
 A los 2 meses
 A los 6 meses
 A los 9 meses
 A los 12 meses
 A los 18 meses
 A los 24 meses
-

57. ¿En qué momento recomiendan las directrices nacionales de su país que los niños expuestos al VIH sean sometidos a pruebas de anticuerpos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- A los 9 meses
- A los 12 meses
- A los 18 meses
- A los 24 meses

58. Además de los entornos de prevención de la transmisión maternoinfantil, ¿alguno de los siguientes centros realiza la prueba de VIH para niños? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Salas de hospitalización pediátrica
- Centros de nutrición
- Clínicas de inmunización
- Clínicas de consulta externa
- Clínicas de TB
- Otro (especifique): _____

59. ¿Cuenta su país con una política para ofrecer pruebas de ácido nucleico para niños expuestos al VIH (diagnóstico infantil temprano, pruebas de ácido nucleico) en el momento del nacimiento?

- Sí
- No

60. ¿Son sometidos los niños expuestos al VIH a pruebas rutinarias para la detección del VIH a los nueve meses en su país?

- Sí
- No

61. ¿Son sometidos los niños expuestos al VIH a pruebas rutinarias para la detección del VIH a los 18 meses de edad o tres meses después del cese de la lactancia, lo que ocurra más tarde?

- Sí
- No

62. ¿Cuenta su país con una política o recomendaciones para pruebas de detección infantil temprana en puntos de atención sanitaria?

- Sí
- No

62.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada:

- Implementada en pocos (<50 %) centros
- Implementada en muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros
- Implementada en centros de todo el país (>95 %)
- No implementado en la práctica
- Otro (especifique): _____

Participación comunitaria en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

63. ¿Cuántas instalaciones sanitarias de su país están ofreciendo servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil en el país? _____

63.1 ¿Cuántas instalaciones sanitarias que ofrecen servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil tienen en vigor mecanismos de rendición de cuentas comunitaria*? _____

64. ¿Existen intervenciones dirigidas a garantizar que las siguientes consideraciones relativas a los derechos humanos reciban respuesta como parte de los programas sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil? (seleccione 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 el aborto, 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 los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil
 - Diligencia debida para dar respuesta a los abusos de los derechos humanos como parte de los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil
-

65. ¿Ha tenido lugar alguna reunión a nivel nacional para revisar los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil en los últimos doce meses?

- Sí
 No

65.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Estuvieron representadas las comunidades y la sociedad civil en esa reunión de revisión nacional?

- Sí
 No

b) ¿Estuvieron representadas las mujeres que viven con el VIH en esa reunión de revisión nacional?

- Sí
 No

c) ¿Se dio la oportunidad a las comunidades y a la sociedad civil para que ofrecieran sus comentarios?

- Sí
 No

d) ¿La comunidad y la sociedad civil aportaron análisis de forma sistemática?

- Sí
 No

e) ¿Esos análisis ofrecidos por las comunidades y la sociedad civil se documentaron y difundieron tras esa reunión?

- Sí
 No

f) ¿Participan* las mujeres que viven con el VIH en su país en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relativas a la prevención de la transmisión maternoinfantil?

- Sí
 No
-

Terapia antirretroviral para niños

66. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para todos los bebés y niños que viven con el VIH independientemente de los síntomas que presenten?

- Tratamiento universal, independientemente de la edad
 Sí, tratamiento universal con una edad <10 años
 Sí, tratamiento universal con una edad <5 años
 Sí, tratamiento universal con una edad <2 años
 Sí, tratamiento universal con una edad <1 años
 Otro (especifique): _____

66.1 ¿Cuál es la situación de implementación de la política sobre el tratamiento universal independientemente de la edad en su país?

- Implementada en pocos (<50%) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

67. ¿Cuándo se considera en su país que se ha perdido el seguimiento de un niño que haya iniciado terapia antirretroviral?

- Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 1 mes
 Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 2 meses
 Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 3 meses
-

68. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan para garantizar que no se pierda el seguimiento de adolescentes nacidos con el VIH cuando pasan a ser incluidos en la atención sobre VIH para adultos?

- Sí
 No
-

69. ¿Se monitorean las cohortes de niños que reciben terapia antirretroviral (por ejemplo, asegurándose de que esos niños siguen vivos y que están recibiendo terapia antirretroviral) en los registros nacionales en intervalos de 6 y 12 meses?

- Sí
 No

70. ¿Están los programas de monitoreo del crecimiento y nutricionales para niños integrados en su país en las pruebas y el tratamiento para el VIH?

- Implementado en pocos (<50 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en muchos (del 50 % al 95 %) de los centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
 No implementado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

3. Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición (PPrE), circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV), reducción de daños y preservativos, para como mínimo el 90 % de las personas, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los y las 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 y las profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y los presos.
- Alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición (PPrE) para 2020.
- Alcanzar a 25 millones de hombres con actuaciones de circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) 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.

Participación de los grupos de población clave en la respuesta nacional

71. ¿Participan* los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

72. ¿Participan* los y las profesionales del sexo en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

73. ¿Participan* las personas que usan drogas inyectables en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

74. ¿Participan* las personas transgénero en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

75. ¿Participan* los antiguos y actuales presos en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

Profilaxis previa a la exposición

76. ¿Se ha adoptado la recomendación de la OMS sobre la PrEP por vía oral en las directrices nacionales de su país?

- Sí, las directrices sobre PrEP se han desarrollado y se están implementando
 Sí, las directrices sobre PrEP se han desarrollado pero aún no se están implementando
 No, no se han desarrollado las directrices

76.1 Si aún no se ha adoptado la recomendación de la OMS sobre la PrEP por vía oral en las directrices nacionales, ¿existe un plan para adoptar una recomendación de PrEP en el futuro?

- Sí
 No

76.1a Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está previsto que se adopten las recomendaciones de PrEP:

- No hay un año previsto
 2020
 2021
 2022
 2023
 Otro (especifique): _____
-

76.2 Si se han desarrollado directrices sobre la PrEP, especifíquese para qué poblaciones se proporciona PrEP de acuerdo con las directrices aplicadas para ofrecer PrEP:

- Hombres gais y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Profesionales del sexo
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas transgénero
- Parejas serodiscordantes
- Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años)
- Presos
- Otro (especifique): _____

76.3 Si se han desarrollado directrices sobre la PrEP, ¿quién tiene la autoridad para prescribir PrEP en su país? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Médicos
- Trabajadores sanitarios
- Equipo de enfermería (es decir, matronas, enfermeros especialistas y enfermeros titulados)
- Farmacéuticos
- Otro (especifique): _____

76.4 Si no se han desarrollado directrices nacionales sobre la PrEP, indique los motivos aplicables (seleccione todas las opciones que correspondan):

- No se ha identificado un grupo de población con una incidencia suficientemente alta de acuerdo con las directrices de la OMS
- No es una prioridad en materia de financiación
- Los medicamentos no están disponibles en el país
- La capacidad técnica para considerar la profilaxis previa a la exposición es limitada
- Otro (especifique): _____

76.5 ¿Está la profilaxis previa a la exposición disponible en su país a través de alguno de los siguientes medios? (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Investigación (incluyendo estudios piloto y proyectos de demostración)
- Centros públicos
- Proveedores privados
- Internet
- Instituciones educativas
- Otro (especifique): _____

Preservativos

77. ¿Se han estimado las necesidades nacionales en cuanto a preservativos?

- Sí
- No

77.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el número estimado de preservativos necesarios? _____

77.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué año se estimaron las necesidades del preservativo? _____

77.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué método se utilizó para estimar el número de preservativos necesarios?

- Población general (preservativos por hombre sexualmente activo/año)
- Histórico (igual que el año anterior + crecimiento de la población)
- Orientado al presupuesto (sobre la base de lo que se puede comprar)
- Basado en la demanda (sobre la base de las tasas de uso de preservativos en el pasado, como utilizando el modelo de objetivos)
- Basado en la capacidad (cuántos preservativos pueden suministrarse y distribuirse con la capacidad actual)
- Parte de las estimaciones de las necesidades de abastecimiento para planificación familiar
- Enfoque de «universo total de necesidades»
- Herramienta de estimación de requerimientos de recursos y necesidades de preservativos del UNFPA/ONUSIDA
- Otro (especifique): _____

78. ¿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

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, incluyendo servicios relacionados con 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 contribuyendo al estigma y la discriminación, incluyendo en relación con la edad de consentimiento, la no revelación del estado serológico respecto del VIH, la exposición y transmisión, las restricciones a los desplazamientos y las pruebas obligatorias.

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.

79. ¿Participan* las personas jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad) de su país en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

79.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿participan* las personas jóvenes en alguno de los siguientes ámbitos de toma de decisiones en la respuesta nacional frente al VIH?

Ámbito de toma de decisiones	¿Existe?	¿Participan las personas jóvenes en este ámbito?
Equipos técnicos para el desarrollo, la revisión y la actualización de las estrategias y planes nacionales sobre el sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Equipos técnicos para el desarrollo o la revisión de programas que estén relacionados con el acceso de los jóvenes a servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo para el VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autoridad coordinadora nacional sobre el sida u equivalente, con un amplio mandato multisectorial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mecanismo de coordinación nacional del Fondo Mundial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espacios de coordinación de la sociedad civil para grupos de población afectados por el VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entidad de asesoramiento de la comunidad para hospitales, clínicas y/o proyectos de investigación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. Garantizar que el 75 % de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social que tenga en cuenta el VIH para el año 2020.

80. ¿Cuenta su país con estrategias, políticas o marcos de trabajo de protección social aprobados*?

- Sí, y están siendo implementados
 Sí, pero no están siendo implementados
 No

80.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Hacen 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 poblaciones clave (profesionales del sexo, hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y presos) como beneficiarios clave?

- Sí
 No

c.i. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué grupos de poblaciones clave se reconocen como beneficiarios clave? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Profesionales del sexo
 Hombres gais y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 Personas transgénero
 Personas que usan drogas inyectables
 Presos

d) ¿Reconocen a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- Sí
 No

e) ¿Reconocen a los niños afectados por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

f) ¿Reconocen a las familias afectadas por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

g) ¿Tratan la cuestión del trabajo de cuidado no remunerado en el contexto del VIH?

- Sí
 No

81. ¿Se incluye a los representantes del Programa Nacional sobre Sida o 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 su equivalente
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social e incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o su equivalente

82. ¿Están siendo 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 prestaciones de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020.

83. ¿Existen en su país las siguientes salvaguardas en la legislación, regulaciones y políticas para el funcionamiento de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias? (seleccione 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 de base comunitaria que trabajen con grupos de poblaciones clave
 - Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria pueden prestar servicios relacionados con el VIH
 - Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria pueden prestar servicios a grupos de poblaciones clave
 - Se han racionalizado los requisitos sobre la presentación de información para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria que ofrecen servicios relacionados con el VIH
 - No existen salvaguardas en las leyes, regulaciones o políticas que incluyan disposiciones para el funcionamiento de las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria en el país
 - Otro (especifique): _____
-

84. ¿Existe legislación, políticas o regulaciones que permitan el acceso a financiación para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria?

- 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 nacionales
 - A través de donantes internacionales
 - Tanto a través de fondos nacionales como donantes internacionales
 - Se exige un determinado porcentaje de financiación gubernamental para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria
 - No existe legislación, políticas o regulaciones que permitan el acceso a financiación para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria
 - Otro (especifique): _____
-

8. Garantizar que las inversiones en materia del VIH aumenten 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.

85. ¿Cuenta su país con programas de formación para los siguientes grupos sobre derechos humanos y marcos legales sobre la no discriminación aplicables al VIH?

a) Para policía y otros funcionarios encargados de la aplicación de la ley

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

b) Para miembros del sistema judicial

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

c) Para funcionarios electos (legisladores/parlamentarios)

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

d) Para trabajadores sanitarios

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

86. ¿Cuenta su país con programas de formación sobre prevención de la violencia contra la mujer y de la violencia de género para los siguientes grupos?

a) Para policía y otros funcionarios encargados de la aplicación de la ley

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

b) Para miembros del sistema judicial

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

c) Para funcionarios electos (legisladores/parlamentarios)

- Sí, a escala, a nivel nacional
 - Sí, a escala, a nivel subnacional
 - Sí, actividades puntuales
 - Sí, a pequeña escala
 - No
-

d) Para trabajadores sanitarios

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

87. ¿Algunos de los siguientes son obstáculos para la provisión de esta formación y/o actividades de capacitación (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Falta de voluntad política
 - Falta de financiación
 - Falta de capacidades para la ejecución de la formación
 - Obstáculos que impidan el acceso por parte de sus destinatarios a esa formación o capacitación
-

10. Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluyendo 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 TB en personas seropositivas para 2020.

88. ¿Se recomiendan las pruebas de detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero para mujeres que viven con el VIH en los siguientes?

a. La estrategia, la política, el plan o las directrices nacionales sobre respuesta al cáncer, al cáncer de cuello de útero o la respuesta más amplia a las enfermedades no comunicables

- Sí
 No

b. El plan estratégico nacional que regula la respuesta frente al sida

- Sí
 No

c. Directrices nacionales sobre tratamiento para el VIH

- Sí
 No

89. ¿Qué políticas sobre coinfección están en vigor en el país para adultos, adolescentes y niños (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Terapia preventiva con isoniacida o profilaxis para infecciones latentes de TB para las personas que viven con el VIH
 Actuaciones intensificadas de búsqueda de casos de TB entre las personas que viven con el VIH
 Control de infección por TB en entornos de atención sanitaria para el VIH
 Profilaxis con cotrimoxazol
 Detección de casos y gestión de la hepatitis B en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 Detección de casos y gestión de la hepatitis C en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 Vacunación para la hepatitis B ofrecida en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 Tratamiento para la hepatitis C (agentes antivirales de acción directa) ofrecido en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 Otro (especifique): _____

Infecciones de transmisión sexual

90. ¿Cuenta su país con directrices o recomendaciones de tratamiento nacionales para infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- Sí
 No

90.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué año se actualizaron por última vez? _____

91. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan de acción nacional para la prevención y el control de ITS?

- Sí
 No

92. ¿Se realiza en su país el monitoreo de la resistencia a antimicrobianos gonocócicos?

- Sí, anualmente
 Sí, con frecuencia menor a la anual
 No

93. ¿Incluye la definición nacional de la sífilis congénita los partos de mortinatos?

- Sí
 No
-

Estrategia

94. ¿Cuenta su país con una estrategia o política nacional que guíe 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 (especifique): _____

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

- Sí
- No

94.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que establece la respuesta al sida aborda de forma expresa los siguientes grupos de poblaciones clave o grupos de poblaciones vulnerable? (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Adolescentes de poblaciones clave
- 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

94.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política que establece la respuesta al sida...? (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que tratan las necesidades de los grupos de poblaciones clave
- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que tratan 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 diversos sectores del gobierno, y también a socios no gubernamentales

94.4 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que establece la respuesta frente al sida incluye intervenciones transformadoras para las cuestiones de género*, entre ellas intervenciones dirigidas a tratar las intersecciones que se producen entre violencia de género y VIH?

- Sí
- No

94.4.a Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que establece la respuesta frente al sida incluye secciones presupuestarias dedicadas a la implementación de intervenciones transformadoras en materia de género*?

- Sí
- No
-

Monitoreo y evaluación

95. ¿Cuenta su país con un plan o estrategia de monitoreo y evaluación para el VIH?

- Sí, una estrategia o plan de monitoreo y evaluación para el VIH independiente
- Sí, el monitoreo y la evaluación sobre VIH están integrados en una estrategia o plan de monitoreo y evaluación más amplios
- No
- Otro (especifique): _____

95.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha actualizado en los dos últimos años?

- Sí
- No

95.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿integra indicadores sensibles a las cuestiones de género*?

- Sí
- No
-

Sistema de Información sanitaria

96. ¿Cuenta su país con un sistema de información sanitaria en funcionamiento en formato electrónico, en papel o ambos?

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

96.2 Si existe un sistema de información sanitaria, ¿están disponibles de manera rutinaria los resultados de las pruebas de carga viral a nivel del paciente dentro del sistema de información sanitaria?

- Sí, plenamente
 Sí, parcialmente
 No

96.3 ¿Se incluyen datos sobre la cascada de tratamiento en el sistema de información sanitaria a nivel de distrito?

- Sí, plenamente
 Sí, parcialmente
 No
-

Vigilancia

97. ¿Lleva a cabo su país vigilancia centinela en los siguientes grupos especiales de población?

Población	Vigilancia centinela realizada	¿Con qué frecuencia se realiza? (en años)	¿En qué año se realizó la encuesta más reciente?	¿En qué número de centros se realizó la vigilancia?
Profesionales del sexo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Personas que usan drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Personas transgénero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En prisiones y otros entornos de privación de libertad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

98. ¿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 VIH positivas para comprender las tendencias en la prevalencia del VIH?

- Sí
 No
-

Sistemas de seguimiento de pacientes

99. ¿El país ha actualizado los indicadores y herramientas del sistema de monitoreo de pacientes usando la guía *Consolidated guidelines on person-centered HIV patient monitoring and case surveillance* de la OMS 2017?

- Sí, plenamente
 Sí, parcialmente
 No
 No lo sé

¿Qué porcentaje de instalaciones sanitarias cuentan con un sistema electrónico para la recopilación de datos longitudinales a nivel de paciente (por ejemplo: registros médicos electrónicos)? _____

Códigos de identificación únicos para pacientes

100. Does the country have a method to identify and remove duplicate health information for patients within and between clinics (such as linking records using unique identifiers and/or personal identifiable information (including biometrics) for the following services?

	Método para identificar y quitar información de salud duplicada	En caso afirmativo, especifique como se enlazan los datos
Servicios de tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Servicios de pruebas	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Servicios de prevención del VIH diseñados para poblaciones clave para dar seguimiento a la prevención combinada		
Hombres que itenen sexo con otros hombres	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Profesionales del sexo	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____

Personas transgénero	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Personas que usan drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Otras (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, armonizados a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía por programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico para VIH <input type="checkbox"/> Combinación de datos personales identificantes recolectados de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____

Vigilancia de casos

101. ¿En su país los diagnósticos de casos de VIH se notifican por ley?
- Sí
- No
-
102. ¿Cuenta el país con un sistema de vigilancia de casos de VIH*?
- Sí
- No
- 102.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se notifican los siguientes eventos de vigilancia centinela?:
- a) Diagnóstico
- Sí
- No
- b) Resultado del primer recuento de células CD4 en el diagnóstico
- Sí
- No
- c) Inicio de terapia antirretroviral
- Sí
- No
- d) Resultados de la primera prueba de carga viral y de las pruebas de carga viral de seguimiento
- Sí
- No
- e) Muertes
- Sí
- No

90-90-90

103. ¿Cuál es la fuente de datos sobre el número de personas que conocen su estado serológico que está disponible para el Indicador 1.1 para 2019?

- Vigilancia de casos de VIH
- Modelaje
- No hay datos disponibles
- Otro (especifique): _____

104. ¿Cuál es la fuente del número de personas que viven con el VIH y están en tratamiento antirretroviral para el Indicador 1.2 para 2019?

- Datos del programa, reportados principalmente de forma agregada
- Datos del programa, reportados principalmente usando identificadores
- Estimaciones nacionales basadas en los resultados de encuestas a la población
- Estimaciones nacionales basadas en el monitoreo de cohortes representativos del país
- No hay datos disponibles
- Otro (especifique): _____

105. ¿Cuándo se llevó a cabo la revisión de la calidad de los datos más reciente con el fin de determinar la precisión del número reportado de personas que reciben tratamiento a nivel nacional?

- Se está realizando actualmente (se espera obtener los resultados el año próximo)
- Se completó el año pasado y los resultados están disponibles
- Se completó hace 2 a 5 años
- Nunca se realizó o se realizó hace más de 5 años

105.1 Si se llevó a cabo una revisión de la calidad de los datos el año pasado, ¿se han usado los resultados para ajustar el número reportado de personas que reciben tratamiento en el Indicador 1.2?

- Sí
- No

106. ¿Cuál es la fuente del número de personas que viven con el VIH con supresión viral para el Indicador 1.3 para 2019?

- Datos de programa rutinarios de los sistemas de laboratorio agregados
- Datos de sistemas de vigilancia de casos
- Encuesta
- No hay datos disponibles
- Otro (especifique): _____

TB/VIH

107. ¿Se recomiendan las siguientes opciones a las personas que viven con el VIH en las estrategias, políticas, planes o directrices nacionales relacionadas con la TB y/o el VIH?

a) Detección de casos de TB

- Sí
- No

b) Tratamiento preventivo de TB

- Sí
- No

108. ¿Ha adoptado su país la actualización de la política The use of lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis and screening of active tuberculosis in people living with HIV de la OMS de 2015?

- Sí
 - No
-

109. ¿Cuál de los siguientes regímenes se recomienda en las directrices nacionales para el tratamiento preventivo de TB? (seleccione todas las opciones que correspondan)

a) **Adultos que viven con el VIH**

- 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- 36 meses en monoterapia con isoniácida diaria (36H)
- 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- 3 meses con rifapentina más isoniácida semanal (3HP)
- 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- 1 mes con rifapentina más isoniácida diaria (1HP)
- Otro: (especifique)

ai. Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el régimen de preferencia?

- 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- 36 meses en monoterapia con isoniácida diaria (36H)
- 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- 3 meses con rifapentina más isoniácida semanal (3HP)
- 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- 1 mes con rifapentina más isoniácida diaria (1HP)
- Otro: (especifique)

b) **Niños que viven con el VIH**

- 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- 3 meses con rifapentina más isoniácida semanal (3HP)
- 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- Otro: (especifique) _____

bi. Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el régimen de preferencia?

- 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- 3 meses con rifapentina más isoniácida semanal (3HP)
- 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- Otro: (especifique) _____

110. ¿Se requieren las siguientes opciones en las directrices nacionales antes de iniciar el tratamiento preventivo de TB?

a) **Prueba cutánea de tuberculosis o prueba de ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA)**

- Sí, para todos
- No
- Solo si está disponible

b) **Rayos X**

- Sí, para todos
- No
- Solo si está disponible

111. En el último periodo del que se informa, ha habido situaciones de desabastecimiento de:

a) **Isoniácida**

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

b) **Vitamina B6**

- Sí, a nivel nacional
 - Sí, a nivel local
 - No
-

c) Otros medicamentos de recomendación nacional para el tratamiento preventivo de la TB

- Sí, a nivel nacional
 Sí, a nivel local
 No

ci. Si la respuesta es afirmativa, especifíquense los medicamentos: _____

112. ¿Cuál es la situación de la integración de los siguientes servicios VIH/TB?

a) Coimplantación del diagnóstico molecular rápido recomendado por la OMS (por ejemplo: Xpert MTB/RIF)

- En pocos (<50 %) centros sanitarios que proporcionan servicios de pruebas y atención para el VIH
 En muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros sanitarios que proporcionan servicios de pruebas y atención para el VIH
 En centros sanitarios de todo el país (>95 %) que proporcionan servicios de pruebas y atención para el VIH
 No integrado en la práctica
 Otro (especifique): _____

b) Las personas que viven con el VIH y tienen TB reciben medicamentos antirretrovirales en el mismo centro en que reciben el tratamiento para TB

- En pocos (<50 %) centros sanitarios
 En muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros sanitarios
 En centros sanitarios de todo el país (>95 %)
 No integrado en la práctica
 Otro (especifique): _____

c) El mismo trabajador de atención sanitaria que ofrece tratamiento para TB inicia la terapia antirretroviral a las personas que viven con el VIH y tienen TB

- En pocos (<50 %) centros sanitarios
 En muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros sanitarios
 En centros sanitarios de todo el país (>95 %)
 No integrado en la práctica
 Otro (especifique): _____

d) Un mismo trabajador de atención sanitaria monitorea la terapia antirretroviral y el tratamiento para TB de las personas que viven con el VIH y tienen TB

- En pocos (<50 %) centros sanitarios
 En muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros sanitarios
 En centros sanitarios de todo el país (>95 %)
 No integrado en la práctica
 Otro (especifique): _____
-

Seguro de salud universal

113. ¿Cuenta su país con un esquema de seguro de salud universal?

- Sí
 No

113.1 En caso negativo, ¿está avanzando su país hacia un esquema de seguro de salud universal?

- Sí
 No

113.2 En caso afirmativo a 113 ó 113.1, el paquete de beneficios incluye:

a) Medicamentos antirretrovirales

- Sí
 No

b) PrEP

- 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. Communities at the centre. Geneva: UNAIDS; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
12. 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).
13. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the healthsector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-informationguidelines/en>).
14. 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>).
15. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/wllh/guidelines/en>).
16. The state of the world's children 2016. Nueva York: UNICEF; 2016 (<https://www.unicef.org/sowc2016>).
17. 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=W1siZiIsIjIwMTUvMDEvMzAvMDMvMjUvNTUvNTAwL0NvdW50cnlfGvVX01FX3N5c3RlbnMucGRmIl1d&sha=cdcc92ec34d8448b>).

Anexo 2.

Niveles esperados de presupuesto público nacional asignado para el VIH

Para completar el formulario, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Es necesario indicar un año fiscal. El año fiscal puede corresponder o no con el año natural (utilice el año fiscal que empiece en el año natural especificado en el campo).
2. Elija la moneda del informe. Se puede completar en la moneda local o convertirse a dólares estadounidenses cuando se especifique un tipo de cambio oficial.
3. Es necesario indicar los importes en unidades monetarias en miles o millones.
4. Indique el presupuesto aprobado y ejecutado en el año fiscal correspondiente. El presupuesto aprobado incluye el presupuesto interno aprobado por el gobierno. Las asignaciones presupuestarias que utilizan préstamos gubernamentales (préstamos no oficiales de asistencia para el desarrollo) también se consideran parte del presupuesto nacional. El presupuesto ejecutado es el gasto del presupuesto aprobado; no debe exceder el presupuesto aprobado salvo que se hayan proporcionado fondos adicionales (si es así, especifique). La totalidad del gasto puede exceder el presupuesto aprobado, ya que algunos gastos incurridos no están financiados por los presupuestos asignados para el VIH.
5. Indique la percepción de un aumento, un mantenimiento en el mismo nivel o una disminución del presupuesto para el año fiscal siguiente.
6. Es necesario proporcionar los subtotales agregados para los presupuestos en cada nivel de gobierno, así como para estructuras presupuestarias subsegmentadas e independientes. Para los niveles de gobierno, notifique los subtotales para los niveles nacional/central/federal, provincial/estatal/de distrito y municipal/de la ciudad/local en cada país (según corresponda). Reporte por separado los presupuestos públicos para las instituciones que pertenecen a diferentes sistemas, como las instituciones de seguridad u otros organismos nacionales (por ejemplo, la comisión nacional sobre el SIDA), si esos sistemas son independientes de los niveles gubernamentales mencionados anteriormente.

Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales adquiridos y distribuidos

Como parte del Indicador 8.2, es obligatorio completar la información sobre el volumen y los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales 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 + Emtricitabina + 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					
Otras opciones (especificar):						

- 1 Expresar el volumen en el número de paquetes adquiridos y los precios unitarios en unidades de la moneda local.
- 2 El número de paquetes adquiridos debe proporcionarse para cada lote de adquisición de un régimen/formulación.
- 3 Los datos sobre el número de paquetes recogidos por los beneficiarios corresponden al régimen/formulaciones, sin necesidad de desglosarlos por proceso de adquisición.
- 4 Al elegir la opción "Otros", el informante podrá proporcionar datos personalizados sobre el régimen y la combinación de posología, en caso de que la información del régimen no se encuentre en la lista estándar que se muestra arriba.
- 5 La información sobre pacientes por régimen se recogerá como parte de la Encuesta del Servicio de Medicamentos y Diagnósticos de la OMS/SIDA sobre el Uso de Medicamentos ARV y Tecnologías de Laboratorio, y en la implementación de las Directrices relacionadas con la OMS, alojada en la herramienta en línea del Monitoreo Global del SIDA.

Anexo 4.

Matriz de financiamiento nacional para el Indicador 8.3: gasto relativo al VIH por origen de los recursos

Al igual que en los ciclos de informes anteriores, la matriz de financiamiento nacional sugerida para el ciclo del Monitoreo Global del SIDA 2020 contiene un conjunto de programas y servicios básicos clave por fuente de financiación. El único cambio está en el formato de los informes y en cómo se asignan los compromisos de la Declaración Política de 2016 para poner fin al SIDA con respecto al contenido de la matriz (véase la tabla 1).

Cada una de las categorías del programa se divide en conjuntos de subindicadores. El conjunto de los subindicadores centrales comprende los siguientes programas o servicios clave:

- Prevención combinada, que incluye preservativos, profilaxis previa a la exposición (PrEP), circuncisión masculina médica voluntaria, servicios de reducción de daños, empoderamiento de las mujeres jóvenes y niñas, y suministro de paquetes de servicios esenciales para grupos de población clave.
- Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.
- Pruebas y asesoramiento sobre VIH.
- Seguimiento de laboratorio específico para el VIH.
- Terapia antirretroviral.
- VIH y tuberculosis (TB).
- Facilitadores sociales, incluida la reducción del estigma y la discriminación.
- Institución de programas de derechos humanos.

Tabla 1.

Asignación de los compromisos de la reunión de alto nivel de 2016 con las categorías de programas para la matriz de financiación del SIDA en el ciclo de informes de la Vigilancia Global del SIDA 2020

Compromisos de acción acelerada para acabar con el SIDA para el año 2030	Códigos en la matriz de financiamiento nacional del Monitoreo Global del SIDA	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2020: conjunto completo de intervenciones
Compromiso 1. Garantizar que los 30 millones de personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento mediante el cumplimiento de los objetivos 90-90-90 antes de 2020	1	Tratamiento, cuidados y asistencia (subtotal)
Compromiso 2. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH en niños antes de 2020 y garantizar que 1,6 millones de niños tienen acceso al tratamiento para el VIH antes de 2018	2	Prevención de la transmisión vertical del VIH (subtotal)
Compromiso 3. Garantizar el acceso a los programas combinados de prevención, incluyendo la profilaxis pre-exposición, la circuncisión médica masculina voluntaria, la reducción de daños y los preservativos a, al menos, el 90 % de la población antes de 2020, especialmente las mujeres jóvenes y las adolescentes en países de alta prevalencia y las poblaciones clave: homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, profesionales del sexo y sus clientes, personas que se inyectan droga y personas privadas de libertad	3	Prevención (subtotal)
Compromiso 8. Garantizar que las inversiones en VIH para 2020 aumentan a 26 000 millones de dólares estadounidenses, incluido un cuarto para la prevención del VIH y un 6 % para promoción social		
Compromiso 4. Eliminar las desigualdades de género y todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave antes de 2020	4	Programas de género
Compromiso 5. Garantizar que el 90 % de los jóvenes tiene las habilidades, los conocimientos y la capacidad de protegerse del VIH y puede acceder a los sistemas de salud sexual y reproductiva antes de 2020 a fin de reducir el número de nuevos casos de infección por VIH en adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100 000 al año	5	Programas para niños/as y adolescentes
Compromiso 6. Garantizar que el 75 % de las personas que viven con, en riesgo de o se ven afectadas por el VIH reciben protección social relacionada con el VIH antes de 2020	6	Protección social
Compromiso 7. Garantizar que la comunidad presta al menos el 30 % de los servicios antes de 2020	7	Movilización de la comunidad
Compromiso 8. Garantizar que las inversiones en VIH para 2020 aumentan a 26 000 millones de dólares estadounidenses, incluido un cuarto para la prevención del VIH y un 6 % para promoción social	8	Gobernabilidad y sostenibilidad (subtotal)
Compromiso 9. Capacitar a las personas que viven con, en riesgo de o se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y puedan acceder a servicios legales a fin de evitar y hacer frente a las violaciones de derechos humanos	9	Facilitadores críticos (subtotal)
Compromiso 10. Comprometerse a evitar que el SIDA permanezca en la sombra mediante la introducción de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluido el tratamiento para la tuberculosis, el cáncer cervical y las hepatitis B y C	10	Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento (subtotal)

El marco de información sobre el Indicador 8.3 “Gasto total relativo al VIH por origen de los recursos” se organiza en torno a un sistema bidimensional para el registro del gasto relativo al VIH por programa y fuente de financiación. En consecuencia, el formato de esa información tiene un formato de matriz.

La tabla siguiente (tabla 2) proporciona un conjunto completo de programas o servicios y una categoría residual que explica la totalidad del posible uso de los recursos en los países, incluidas las fuentes de financiación. Se pide de los países que informen de los programas y servicios que correspondan según proceda (es decir, los países solamente deben informar de las filas de la matriz que sean relevantes de acuerdo con la realidad de cada país, no de todas). Lo mismo es válido para los recursos financieros: deberán completarse según existan en cada nación. Es importante diferenciar cuándo el gasto es inexistente (es decir, tiene un valor “0”), no está disponible o no es aplicable.

El gasto total relativo al VIH es la suma de los programas y servicios básicos de las cifras reportadas de los Compromisos 1 a 10, más la categoría residual de “Otros programas esenciales fuera del marco sugerido” para contabilizar el gasto total relativo al VIH y no solo los gastos derivados de presupuestos asignados.

Se proporcionará más orientación en la herramienta de presentación de informes en línea de la Vigilancia Global del SIDA, sobre cómo completar los formularios de presentación de informes y presentar los indicadores de gastos a ONUSIDA. La cantidad total de recursos deberá incluir la totalidad de flujos financieros y gastos según todos los programas o servicios y según todos los recursos. Los subindicadores representarían únicamente un subconjunto del total que corresponde a parte de los compromisos específicos. Los montos reportados se compararán con el número de personas que estén recibiendo los mismos servicios notificados en la Vigilancia Global del SIDA o en otras partes.

Las directrices de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) están siendo actualizadas. Estará disponible una correlación sobre las nuevas Categorías de Gasto sobre el SIDA (CGS) y la matriz de financiamiento del Monitoreo Global del SIDA solicitada para el Indicador 8.3 a tiempo para los informes del Monitoreo Global del SIDA. Cuando se realiza una MEGAS (un ejercicio exhaustivo de seguimiento de los recursos del VIH) en los países, se puede extraer un informe en Excel de la herramienta de seguimiento de recursos (HSR) y cargarlo en el módulo de gasto relativo al SIDA del Monitoreo Global del SIDA.

Tabla 2

Lista de programas o servicios sobre el VIH de la matriz de financiación nacional

Códigos en la matriz de financiamiento nacional del Monitoreo Global del SIDA	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2020: conjunto completo de intervenciones	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2020: subindicadores centrales
1 Tratamiento, cuidados y asistencia (subtotal)		
1.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV)	Gastos en PAV (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2	Tratamiento antirretroviral (subtotal)	Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica).
1.2.1.	Tratamiento antirretroviral para adultos	Gastos en tratamiento antirretroviral para uso pediátrico, desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.2.	Tratamiento antirretroviral para niños	Expenditure on antiretroviral therapy for paediatric use, disaggregated by commodities and other direct/indirect costs.
1.2.3.	Terapia antirretroviral no desglosada por línea de tratamiento o edad	
1.3	Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH (CD4, carga viral)	Gasto en seguimiento de laboratorio específico del VIH (recuento de células CD4, carga viral) desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
1.4	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas (IO), con exclusión del tratamiento y prevención de la TB para las personas que viven con el VIH	
1.5	Cuidados paliativos	
1.6	Apoyo y retención	
1.98	Actividades programáticas de tratamiento, atención y apoyo no desglosadas por tipo	
Prevención de la transmisión vertical del VIH (subtotal)		
2.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV) para mujeres embarazadas	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.

2.3	Tratamiento antirretroviral para la reducción de la transmisión vertical del VIH	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.4	Componente relacionado con la medicina antirretroviral no ARV para la prevención de la transmisión de maternoinfantil	Gastos para la prevención de la transmisión vertical del VIH distintos de los gastos en el tratamiento antirretroviral proporcionado a las mujeres embarazadas si se les proporciona un régimen para un adulto que vive con el VIH.
2.98	Prevención de la transmisión vertical del VIH no desglosada	

Prevención: cinco pilares solo de la prevención (subtotal)

3.1	Programas de cambio social y conductual (CSC)	Sin especificar.
3.2	Preservativos	Gastos en preservativos (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
3.3	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) desglosada por grupos de población clave (subtotal)	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.1.	PrEP para homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.2.2.	PrEP para profesionales del sexo	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.3.	PrEP para personas que usan drogas inyectables	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.4.	PrEP para personas transgénero	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.5.	PrEP para grupos de población clave	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.6.	PrEP para mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.3.7.	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para parejas serodiscordantes	Profilaxis previa a la exposición (PrEP), estratificada por grupos de población clave.
3.4	Circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta prevalencia	Circuncisión masculina médica voluntaria.
3.5	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.6	Prevención, promoción de pruebas y vinculación a programas de atención para profesionales del sexo y sus clientes	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que usan drogas inyectables (subtotal)	Prevención entre grupos de población clave.

3.7.1.	Intercambio de agujas y jeringuillas, prevención y promoción de pruebas, y vinculación a programas de atención para personas que usan drogas inyectables	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.2.	Terapia de sustitución	Prevención entre grupos de población clave.
3.8	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas privadas de libertad	Prevención entre grupos de población clave.
3.9	Prevention and promotion of testing and linkage to care programmes for prisoners	Prevention among key populations.
3.10	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Prevención entre grupos de población clave.
3.11	Transferencias de efectivo para chicas (países con alta prevalencia)	Gastos en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (10-24 años, en países con alta prevalencia del VIH) de presupuestos asignados para el VIH.
3.12	Programas de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles	
3.13	Profilaxis posterior a la exposición	
3.14	Lugar de trabajo	
3.15	Sinergias con el sector sanitario	
3.16	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH no desglosada por tipo	
3.98	Prevención (cinco pilares) no desglosada	No incluya otras actividades en este código si no se enumeran explícitamente. Si hay actividades adicionales, enumérelas individualmente en categorías mutuamente excluyentes (asegurándose de que no se cuenten dos veces); evite usar una categoría ya incluida anteriormente.

4 Programas de género

5 Programas para niños/as y adolescentes

6 Protección social

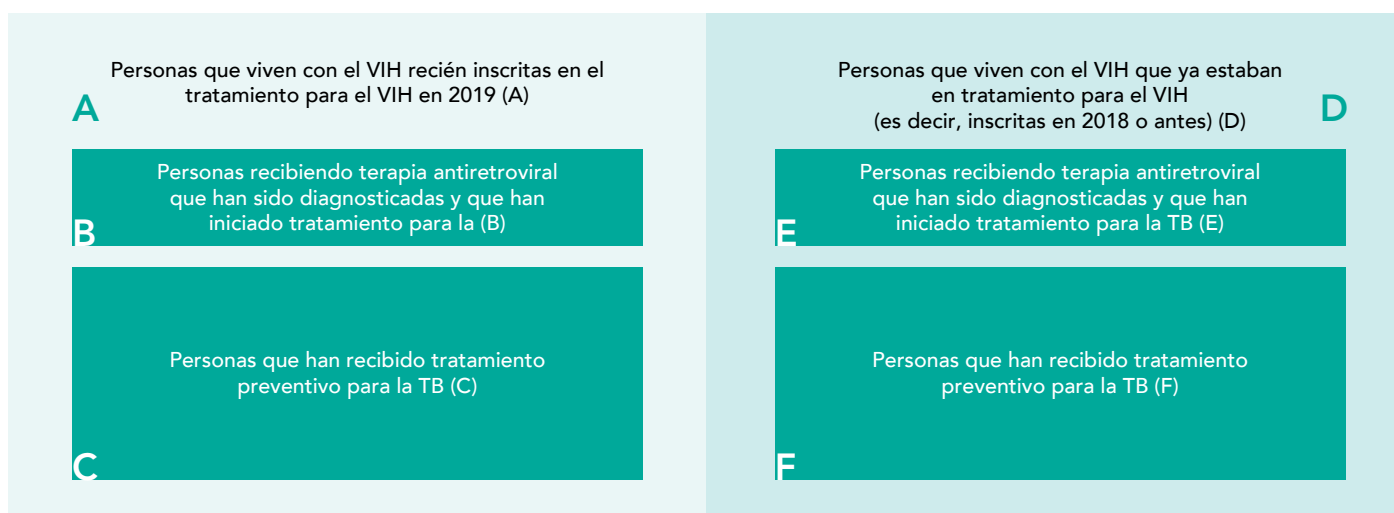
7 Movilización de la comunidad

8 Gobernabilidad y sostenibilidad (subtotal)

8.1	Información estratégica	
-----	-------------------------	--

8.2	Planificación y coordinación	
8.3	Abastecimiento y logística	
8.4	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios	
8.5	Educación	
8.6	Investigación relacionada con el VIH y el SIDA	
8.98	Gobernabilidad y sostenibilidad no desglosadas	
9 Facilitadores sociales críticos (subtotal)		
9.1	Diálogo sobre políticas	
9.2	Programas clave sobre derechos humanos	
9.3	Desarrollo institucional específico sobre el VIH y el SIDA	
9.98	Facilitadores sociales críticos no desglosados	
10 Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento (subtotal)		
10.1	Detección y diagnóstico de TB entre las personas que viven con el VIH (PVVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.2	Prevención y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH (PVVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.98	Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento no desglosados	
11.99	Otros programas esenciales fuera del marco sugerido de los programas de VIH y SIDA centrales (enúmérelos a continuación y especifique)	<p>Todos los demás gastos relacionados con el VIH no clasificados en ninguna otra parte de las categorías anteriores (códigos 1 a 10).</p> <p>Asegúrese de que ninguno de los programas o actividades enumerados aquí esté duplicado con ninguna de las categorías anteriores.</p> <p>Cualquier programa o servicio enumerado a continuación debe ser mutuamente excluyente con cualquiera de los códigos enumerados anteriormente (códigos 1 a 10).</p>

Anexo 5: Orientaciones adicionales sobre los indicadores del VIH y la tuberculosis (indicadores GAM 10.1–10.3)



Indicador 10.1: Porcentaje estimado de casos de *tuberculosis (TB)* en las personas que viven con el VIH que recibieron tratamiento para ambas enfermedades, tuberculosis y VIH = $(B + E)/\text{número estimado}$

Nota: El numerador del Indicador 10.1 debe ser igual al número de pacientes nuevos y que recaen de TB que viven con el VIH que han iniciado o continuado la terapia antirretroviral tal y como reporta el programa de tuberculosis nacional a la OMS (indicador 2.29 de la TB). Por favor, reconciliar los datos con el programa nacional sobre la TB.

Indicador 10.2: Porcentaje de personas que viven con el VIH con tuberculosis activa entre las personas que viven con el VIH que han sido recientemente inscritas en el tratamiento para el VIH = B/A

Nota: El numerador del Indicador 10.1 debe ser superior al del Indicador 10.2.

Indicador 10.3: Porcentaje de personas que viven con el VIH que han sido recientemente inscritas en el tratamiento para el VIH que comenzaron la terapia preventiva para la TB = C/A

Porcentaje de personas que viven con el VIH registradas actualmente para recibir tratamiento para el VIH que comenzaron la terapia preventiva para la TB = $(C + F)/(A + D)$

Copyright © 2019
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 de 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. 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/JC2976



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

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org