

PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2013

Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011



Contiene indicadores suplementarios del acceso universal al VIH de la OMS/UNICEF

ONUSIDA / JC2453S (versión española, febrero de 2013)

Versión original inglesa, UNAIDS / JC2453E, enero de 2013:

Global AIDS response progress reporting 2013: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS.

Traducción – ONUSIDA

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013: desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

“ONUSIDA / JC2453S”.

1. Infecciones por VIH – terapia. 2. Infecciones por VIH – diagnóstico. 3. Infecciones por VIH – epidemiología. 4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 5. Indicadores de salud. 6. Evaluación de programas. 7. Guía. I. ONUSIDA.

ISBN 978-92-9253-014-3 (Clasificación NLM: WC 503.6)

Derechos de autor © 2013.

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

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas a la Unidad de producción de información de ONUSIDA.

La reproducción de gráficos, cuadros, mapas y partes de texto está disponible con fines educativos, publicitarios y sin ánimo de lucro siempre que el crédito se atribuya a ONUSIDA: ONUSIDA + año. Para las fotografías, el crédito debe aparecer de la forma siguiente: ONUSIDA/nombre del fotógrafo + año. Las solicitudes para la autorización de reproducción y traducción—bien sean para fines comerciales o no—deben dirigirse a la Unidad de producción de información a través de la siguiente dirección de correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

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

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

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35

Dirección electrónica: distribution@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2013

Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011

Contiene indicadores suplementarios del acceso universal al VIH de la OMS/UNICEF

Enero de 2013, Ginebra, Suiza

Se ruega entregar los datos de los indicadores a través del sitio web dedicado a la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (www.unaids.org/AIDSReporting) antes del 31 de marzo de 2013.

Índice

Prefacio	5
Acrónimos y abreviaturas	6
Introducción	7
Objetivo	7
Antecedentes	7
Cómo usar estas directrices	7
Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación	8
Historial de presentación de informes	9
Formato del informe	9
Presentación de informes basados en indicadores clave	9
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos	11
Implementación de la notificación de los progresos a nivel nacional	12
Desarrollo de indicadores	12
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	12
Numeradores y denominadores	13
Desglose de los datos: sexo y edad	13
Novedad y representatividad de los datos de la encuesta	13
Interpretación y análisis	14
Selección de indicadores	14
Función de la sociedad civil	15
Contenidos del informe	16
Directrices para el envío	16
Herramienta para presentar informes	16
Presentación conjunta de informes para la OMS y UNICEF sobre los indicadores del sector sanitario	17
Presentación de datos	17
El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias	18
Resumen de los cambios en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013	19
Indicadores básicos para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida	20
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales DEL VIH para 2015	23
1.1 Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	24
1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	26
1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas	27
1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	28
1.5 Las pruebas del VIH en la población general	29
1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes	30
1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención	32
1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo	34
1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo	36
1.10 La prevalencia del VIH en los profesionales del sexo	38
1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	40
1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	42
1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	44
1.14 La prevalencia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	46

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015	49
2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	50
2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo	52
2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	54
2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables	56
2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	58
Objetivo 3. Erradicar las nuevas infecciones POR EL VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	61
3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil	62
3.2 Diagnóstico infantil precoz	66
3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	68
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento ANTIRRETROVÍRICO para 2015	71
4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	72
4.2 Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento	74
Objetivo 5. Reducir UN 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015	77
5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	78
Objetivo 6. Reducir EL DÉFICIT MUNDIAL de recursos para el sida para 2015 y alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 Millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	81
6.1 Gastos relacionados con el sida	82
Objetivo 7: eliminar las desigualdades de género	85
7.1 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	86
Objetivo 8: erradicar el estigma y la discriminación	89
Objetivo 9: eliminar restricciones de viaje	90
Objetivo 10: fortalecer la integración del VIH	91
10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos	92
10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres	94
Políticas gubernamentales sobre VIH y sida	97
Apéndices	99
Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados	100
Apéndice 2. Matriz de financiación nacional para 2013	101
Apéndice 3. Cuestionario especial sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013	108
Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados	110
Apéndice 5. Bibliografía seleccionada	111
Apéndice 6. Indicadores de la circuncisión masculina	112
1.22 Proporción de hombres circuncidados	112
1.23 Número de circuncisiones masculinas	114
Parte 2 Indicadores suplementarios sobre el acceso universal al sector sanitario de la OMS y UNICEF	117

Prefacio

En los últimos dos años, la respuesta al sida ha alcanzado logros inéditos en lo que se refiere a la prevención y tratamiento del VIH en todo el mundo. El *Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012* muestra que se está incrementando el ritmo del progreso.

Estos resultados prometedores se basan en los informes nacionales que ONUSIDA recibió por parte de 186 de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas (el índice de respuesta más alto para cualquier mecanismo internacional de salud y desarrollo). Dicha dedicación especial por parte de los países en informar sobre la respuesta al sida demuestra nuestro fuerte compromiso mundial de alcanzar nuestro objetivo compartido: cero nuevas infecciones por el VIH, discriminación cero y cero muertes relacionadas con el sida.

Este año, la Asamblea General de las Naciones Unidas llevará a cabo una evaluación a mitad de periodo de los progresos realizados hacia el logro de los objetivos ambiciosos y de los compromisos de erradicación acordados en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. El Secretario General de las Naciones Unidas revelará a la Asamblea General el estado de los progresos realizados, así como los pasos necesarios para reducir las desigualdades.

La recopilación y notificación de resultados de alta calidad sobre la respuesta al sida es un elemento crucial en nuestro programa de responsabilidad compartida y solidaridad mundial. ONUSIDA se compromete a apoyar a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en dicha labor. Con este mismo propósito, hemos preparado las presentes directrices para el seguimiento de los progresos logrados hacia los objetivos del 2015. Para participar en la evaluación a mitad de periodo, ONUSIDA insta a los países a que faciliten sus datos más recientes de 2012 mediante el uso de los indicadores que se encuentran en este manual. Estos datos guiarán a los países en la tarea de realizar sus propias evaluaciones a mitad de periodo, puesto que los ayudarán a centrarse en las áreas donde se necesita mayor acción para alcanzar los objetivos prioritarios y compromisos de erradicación para 2015.

Me gustaría agradecerles sus esfuerzos en lo que se refiere al fortalecimiento de sus sistemas nacionales de seguimiento y evaluación del VIH. No podemos llegar a cero sin pruebas oportunas que dirijan los programas nacionales del VIH. Anhele que el éxito estelar que se ha logrado en presentar informes nacionales sobre la epidemia mundial del sida continúe, y pueden seguir confiando en que ONUSIDA prestará todo su apoyo en dicha tarea.



Michel Sidibé
Director ejecutivo
ONUSIDA

Acrónimos y abreviaturas

ANC	Centro de asistencia prenatal
CNS	Comité nacional del sida
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
DIP	Diagnóstico Infantil Precoz
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
EVC	Encuesta de Vigilancia del Comportamiento
ITS	Infección de transmisión sexual
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MEGAS	Medición del Gasto Nacional en Sida
MICS	Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados
N/C	No corresponde
NSP	Programas de agujas y jeringas
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PEN	Plan estratégico nacional
PNS	Programa nacional de sida
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
TB	Tuberculosis
UDI	Usuarios de drogas inyectables/personas que hacen uso de drogas inyectables (término preferido)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011:

Objetivos y compromisos de erradicación



Introducción

Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar a los programas nacionales de sida y a los socios que participan en la respuesta nacional al sida información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de dicha respuesta.

La “Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida” (Resolución de la Asamblea General 65/277), que fue adoptada en la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre sida en junio de 2011, instaba a ONUSIDA a apoyar a los países en la labor de notificación de los compromisos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Además, la Declaración política de 2011 pedía que se realizara un informe especial dirigido a la Asamblea General, redactado del mismo modo que el informe mundial, en el que se detallaran los progresos realizados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2013, momento en que se revisarían los Objetivos.


Los indicadores para la presentación de informes sobre los avances de la respuesta mundial al sida previamente conocidos como indicadores del UNGASS, solían notificarse a nivel mundial cada dos años. No obstante, y comenzando en 2013, ahora los datos serán recopilados de forma anual, incluyendo los que se empleen en la evaluación especial a mitad de periodo de 2013.

Para evaluar el progreso realizado hacia los objetivos, la recopilación y notificación de datos indicadores representa una parte importante, pero solo es una parte del proceso. Se insta a los países a que organicen evaluaciones a mitad de periodo de los logros hacia los objetivos mundiales de 2015 sobre el VIH y el sida. De forma separada, se facilitarán directrices para llevar a cabo estas evaluaciones, así como el formato deseado para documentar los resultados. Ese no es el objeto de este manual.

A los países se les recomienda encarecidamente que integren los indicadores básicos en sus actuales actividades de seguimiento y evaluación. El propósito de dichos indicadores es ayudar a los países a evaluar el estado actual de su respuesta nacional y el progreso realizado en la concreción de los objetivos nacionales de acceso universal, a la vez que a contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la pandemia de sida, incluido el avance hacia los objetivos establecidos en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las directrices del presente documento están ideadas para mejorar la calidad y coherencia de los datos obtenidos en el ámbito nacional, lo que reforzará la precisión de las conclusiones que se extraigan de los mismos a nivel regional, nacional y mundial.

Cómo usar estas directrices

Estas directrices se han desarrollado con miras a ayudar a los países a recoger datos y a notificar el estado de su respuesta nacional al VIH de la manera más efectiva posible. En la sección titulada “Indicadores básicos para la elaboración de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida”, los lectores encontrarán páginas enteras dedicadas a cada indicador, donde se explican los motivos para incluirlos y los métodos para recogerlos, desarrollarlos y medirlos. También se tratan los puntos fuertes y débiles de cada indicador.

Se ofrece ayuda en cada paso del proceso. Los puntos clave y las fuentes de ayuda, como la información referente a las personas con las que se puede contactar y cómo hacerlo, están señalados en esta sección introductoria con una flecha verde. 

Antecedentes

A mediados de 2013 se llega al ecuador del periodo marcado para conseguir los compromisos mundiales sobre el VIH y el sida fijados en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, y es una oportunidad para evaluar el estado de los progresos alcanzados.

INTRODUCCIÓN

La Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 se edifica sobre dos declaraciones políticas previas: la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, y la Declaración política sobre el VIH/sida de 2006. Al final de la Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2001, los Estados Miembros adoptaron unánimemente la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Dicha declaración se hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH y el sida para 2015. También reconocía la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes y se refería a respuestas a nivel internacional, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. La Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006 reconocía la necesidad imperiosa de lograr acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Si bien son los gobiernos quienes formalmente adoptan estas tres declaraciones, el alcance del documento se extiende mucho más allá del sector gubernamental a la industria privada y los grupos sindicales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como a otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH.

Según las condiciones de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, el éxito en la respuesta al sida se mide a través del logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La Declaración insta al seguimiento cuidadoso del progreso en la implementación de los compromisos establecidos y pide que el Secretario General de las Naciones Unidas proporcione de forma anual informes sobre estos progresos. Dichos informes tienen por objeto identificar desafíos y obstáculos, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas.

Las directrices del presente manual se han desarrollado para mejorar el proceso de notificación de los indicadores clave para la respuesta al sida. Los datos presentados se usan para hacer un seguimiento del progreso hacia los compromisos y objetivos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 y forman la base de la evaluación mundial a mitad de período desde dicha Declaración y de los informes del Secretario General a la Asamblea General.

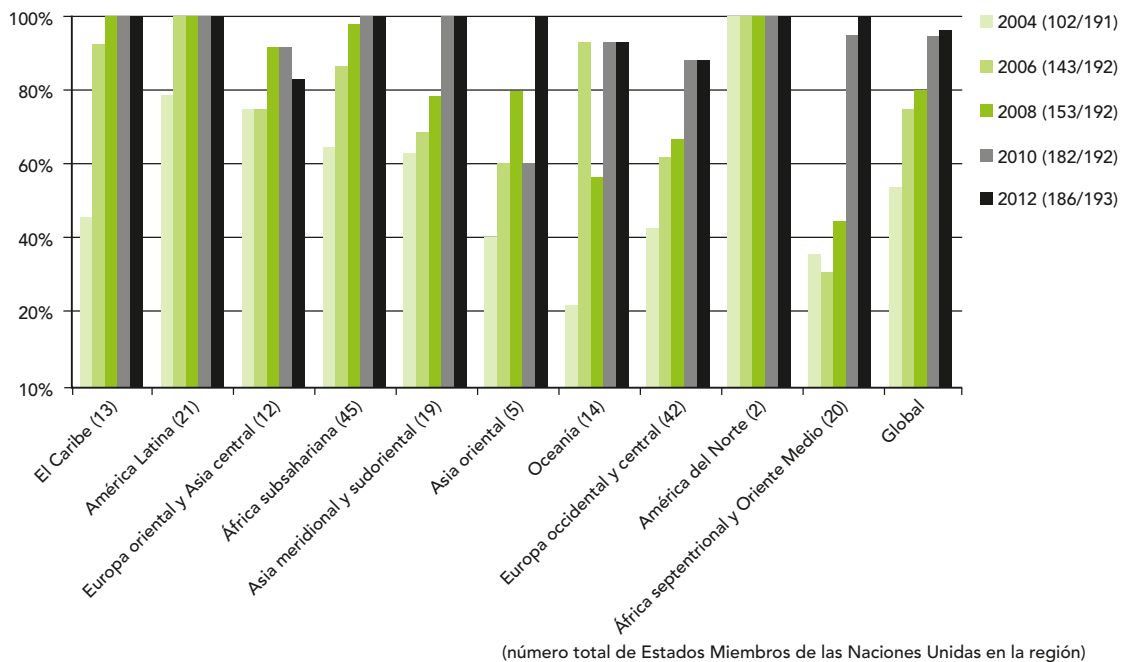
Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015.
3. Erradicar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Aumentar el acceso a la terapia antirretrovírica para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015.
5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015.
6. Eliminar el déficit mundial de recursos para el sida para 2015 y conseguir una inversión mundial anual de 22.000 a 24.000 millones de USD en países de ingresos bajos y medios.
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas de protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH
10. Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial

Historial de presentación de informes

Desde 2004, ONUSIDA lleva recogiendo cada dos años informes sobre los avances de los países elaborados por los Estados Miembros con el propósito de hacer un seguimiento de las declaraciones políticas. Los índices de respuesta han aumentado de 102 Estados Miembros en 2004 (el 53%) a 186 en 2012 (el 96%). (Véase el gráfico para observar las tendencias e índices de la respuesta a lo largo del tiempo).

Año de presentación de informes (Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentaron informes/número total de Estados Miembros de las Naciones Unidas)



La información facilitada en los informes nacionales sobre los progresos realizados es el conjunto de datos estandarizados más exhaustivo que jamás se haya tenido sobre la situación de la epidemia y de los avances en la respuesta. Los datos de las cinco rondas de notificación previas se pueden obtener en Internet, a través de AIDSinfo: aidsinfo.unaids.org. La base de datos íntegra está disponible en www.aidsinfoonline.org, que es una herramienta que permite proporcionar y visualizar datos para elaborar rápidamente gráficos, mapas y tablas para análisis y presentaciones. Se pueden obtener informes nacionales sin editar en: www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

Formato del informe

- ➔ En la evaluación especial de 2013 a mitad de periodo desde la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 hay dos componentes: la notificación de los indicadores y una evaluación especial a mitad de periodo. El presente manual proporciona información sobre el proceso de notificación de los indicadores. Se facilitarán directrices sobre las evaluaciones especiales a mitad de periodo y sobre cómo han de ser organizadas y notificadas, pero de forma separada.

Presentación de informes basados en indicadores clave

Los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida son importantes por dos razones. En primer lugar, pueden ayudar a los países a evaluar la eficacia de su respuesta nacional, además de ser la base de la evaluación a mitad de periodo sobre los progresos realizados hacia la consecución de los objetivos de 2015, marcados en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. En segundo lugar, al analizar en conjunto los datos de varios países, los indicadores ofrecen información fundamental sobre la eficacia de la respuesta a nivel regional y mundial, y suponen la base de los análisis a nivel regional y mundial de los progresos realizados para lograr los objetivos de 2015. Al mismo tiempo, permiten a cada país comprender comparativamente los esfuerzos de otras respuestas nacionales.

INTRODUCCIÓN

Antes de la reunión de la Asamblea General de 2011 sobre VIH/sida, los indicadores empleados en rondas de informes previas se examinaron de forma rigurosa en un proceso de consulta basado en pruebas y liderado por el Grupo de referencia sobre seguimiento y evaluación ONUSIDA (MERG). La inclusión de los indicadores se basó en criterios objetivos explícitos descritos en el documento “Criterios para la elaboración de indicadores: directrices operativas para seleccionar indicadores para la respuesta al VIH”, “Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response” (en inglés)¹.

Solo se han producido tres cambios en los indicadores desde la última ronda de notificación:

- Pequeñas aclaraciones en el indicador de cobertura de la PTMI (Indicador 3.1), que reflejan los últimos avances en este campo.
- Pequeñas aclaraciones en el indicador de cobertura del tratamiento antirretrovírico (Indicador 4.1), que reflejan los últimos avances en este campo.
- No se necesita presentar información sobre un Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) íntegro en 2013, basta con entregar un breve cuestionario. El ICPN se presentará solo cada dos años.

Además, la circuncisión masculina es un elemento importante dentro de un amplio conjunto de medidas de prevención del VIH en los países con alta prevalencia del VIH y con bajos índices de circuncisión masculina. Por esta razón se han añadido dos indicadores para estos 16 países²: la prevalencia de la circuncisión masculina y el número de hombres circuncidados en el año anterior. Se pueden encontrar descripciones de estos dos indicadores en el anexo 6.

Se espera que los países consideren cada indicador a la luz de las dinámicas individuales de su epidemia. En aquellos casos en que un país decide no informar sobre un indicador en particular, se le pide que explique el motivo de esa decisión. Esto posibilitará un análisis que distinga entre una ausencia de datos y la no aplicabilidad de indicadores determinados en situaciones nacionales específicas.


La mayoría de los indicadores nacionales son aplicables a todos los países. Los indicadores de comportamiento relacionados con las poblaciones de mayor riesgo son tan pertinentes en países con epidemias concentradas como en aquellos con epidemias generalizadas. Igualmente, a los países con una epidemia concentrada se les recomienda reunir datos sobre los comportamientos sexuales de los jóvenes como mecanismo para detectar cambios en las tendencias que pudieran influir en la naturaleza de la respuesta nacional en el futuro. No obstante, algunos indicadores solo se aplican a contextos específicos relacionados con la epidemia del VIH.

ONUSIDA recomienda encarecidamente que se usen estos indicadores como base del sistema nacional de supervisión y evaluación. De acuerdo con las necesidades específicas, y si los recursos lo permiten, los países pueden incluir indicadores adicionales en sus planes nacionales de seguimiento.

Cinco de los indicadores nacionales son a la vez indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio :

- El porcentaje de los jóvenes que viven con el VIH
- El conocimiento que tienen los jóvenes sobre el VIH
- El uso del preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo
- La asistencia escolar por parte de los huérfanos
- Cobertura del tratamiento antirretrovírico

Los datos que emplea la División de Estadísticas de las Naciones Unidas para notificar los ODM suelen proceder de la información facilitada por los Estados Miembros a través de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida.

 En el presente manual se pueden encontrar definiciones completas de todos los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Dichos indicadores también están disponibles en el Registro de Indicadores de ONUSIDA, en www.indicatorregistry.org. Esta base de datos en línea proporciona definiciones completas tanto de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, como de otros indicadores del VIH empleados a nivel nacional. En la herramienta para

¹ El documento de ONUSIDA titulado en inglés *Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response*, Ginebra 2010, puede leerse en www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

² Botsuana, Etiopía, República Centroafricana, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

entregar informes en línea pueden encontrar enlaces directos a los indicadores, del Registro de Indicadores. Los indicadores pueden exportarse de dicho registro a Excel, Word o PDF.

Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

Al adoptar la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, los países de ingresos altos se comprometieron a informar sobre los progresos realizados en sus respuestas nacionales al VIH. Se sabe que los países de ingresos altos suelen disponer de una serie de sistemas de información relativamente complejos y diversas fuentes de datos que pueden dificultar el cálculo de un único indicador nacional. Sin embargo, esto no elude la necesidad de obtener datos procedentes de dichos países para efectuar el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Los países de la Unión Europea han encontrado formas innovadoras de incrementar la relevancia de los sistemas de vigilancia del VIH a nivel internacional al conectarlo a las circunstancias regionales. ONUSIDA insta al resto de países de ingresos altos a que se pongan en contacto con el Equipo de Seguimiento de la Respuesta y Análisis de ONUSIDA, si desean obtener más información técnica sobre la notificación de sus programas locales (AIDSreporting@unaids.org).

- ➡ La fecha límite para la presentación de informes a través de la página web es el 31 de marzo de 2013. Si no se utiliza el sitio web para la presentación de los informes, estos deberán enviarse en papel antes del 15 de marzo de 2013 a fin de darnos tiempo para proceder a la introducción manual de datos.

Implementación de la notificación de los progresos a nivel nacional

- ➔ Los países que necesiten mayor información sobre la implementación deberán solicitar asistencia técnica a los asesores de información estratégica de ONUSIDA, a las oficinas de UNICEF o la OMS y a los grupos de trabajo de seguimiento y evaluación sobre el VIH. También se puede obtener asistencia técnica por parte de los asesores regionales de información estratégica de ONUSIDA, basados en el Equipo de Apoyo Regional. La División de Datos para la Acción de la Secretaría de ONUSIDA también está disponible para brindar apoyo y puede contactarse con ellos por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org

Desarrollo de indicadores

El presente manual contiene directrices detalladas para el desarrollo de cada indicador nacional. Entre ellas figuran:

- el propósito del indicador.
- la frecuencia con que deben recopilarse los datos pertinentes.
- los instrumentos de medición recomendados.
- los métodos de medición recomendados.
- una interpretación sumaria del indicador.

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición varían según el indicador y son:

- encuestas representativas del país basadas en muestras de la población general;³
- 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; y
- el cuestionario del ICPN.

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 los instrumentos principales de medición.

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

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

³ Como las encuestas de demografía y salud (EDS), las encuestas sobre indicadores del VIH (EIV) y las encuestas sobre los indicadores múltiples por conglomerados (MICS)

Numeradores y denominadores

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

Se recomienda encarecidamente a los países a que presten mucha atención a las fechas que se atribuyen a los datos específicos cuando calculen un indicador. Si los datos se recogen en diferentes momentos para el numerador y el denominador, 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 sub-nacional, quizá resulte más rápido, más apropiado y más sencillo adoptar enfoques acordes a las condiciones locales que orienten la toma de decisiones por debajo del nivel nacional.

Desglose de los datos: sexo y edad

Una de las enseñanzas fundamentales adquiridas en las rondas previas de informes fue la importancia de obtener los datos desglosados; por ejemplo, separados por sexo y edad. En 2010, casi el 80% de los países presentó algún nivel de desglose en sus archivos de datos de los indicadores. Si bien esto representa una importante mejora respecto a rondas anteriores de informes, está claro que varios países todavía son incapaces de efectuar un correcto seguimiento de las diferencias por edad y sexo en los indicadores clave de su respuesta. Sigue siendo crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en su forma sumaria. Sin el desglose de los datos es difícil hacer el seguimiento de la amplitud y profundidad de la respuesta a la epidemia, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. Igualmente difícil es vigilar el acceso a las actividades, la equidad de ese acceso y la conveniencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados (sobre todo por sexo y edad) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de seguimiento y evaluación. Si es posible, también han de realizarse análisis de la igualdad. 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 sub-nacional, incluidos los niveles de instalaciones y proyecto. Debe prestarse especial atención a hacer un seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones civiles y/o del sector privado que participen en la respuesta nacional al sida deben entender la importancia de desglosar los datos y el lugar prioritario que corresponde a su recopilación y difusión durante las operaciones que tienen en marcha.

➡ El sitio web dedicado a la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (www.unaids.org/AIDSREPORTING) identifica claramente el desglose de los datos que se requiere para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador (véase en la sub-sección precedente, titulada “numeradores y denominadores”, la información adicional sobre estos factores). En general, cuando corresponda, todos los datos deben desglosarse por sexo y edad. En respuesta a las dificultades planteadas para la recopilación de datos desglosados, es posible el ingreso, si es necesario, de datos parciales.

Cuando no se tenga fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos se puede extraer de repertorios más grandes de datos, aunque la localización de los datos varía de un país a otro. Los países deben procurar la asistencia técnica de las oficinas nacionales de ONUSIDA, de la OMS y de UNICEF, así como de sus asociados si no tienen la seguridad de poder acceder a los datos desglosados necesarios para llevar a cabo correctamente las mediciones de los indicadores básicos. Se alienta a los gobiernos a que busquen más allá de sus recursos internos de información tanto para recoger como para validar los datos. En muchos casos las organizaciones de la sociedad civil pueden proporcionar datos primarios y secundarios útiles.

Novedad y representatividad de los datos de la encuesta

Para los indicadores basados en encuestas de la población general, debe usarse la encuesta nacional representativa más reciente. Se reconoce que, en algunos casos, es posible que ello signifique que los datos presentados en esta ronda sean los mismos que en la ronda anterior, puesto que dichas encuestas suelen efectuarse con intervalos de cinco años. **Los datos de la encuesta que ya se han notificado en 2012, siempre que no haya datos disponibles más recientes, no han de volver a presentarse. Estos datos estarán ya incluidos en el formulario y solo han de ser confirmados.**

IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

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

Interpretación y análisis

Las directrices de este manual incluyen una sección sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno de los indicadores básicos a nivel nacional. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la información ya que explica cómo interpretar cada indicador y cualquier cuestión que pueda surgir relacionada al respecto. Asimismo, antes de concluir la revisión a mitad de periodo deben reconsiderar los aspectos que se plantean en la sección, a fin de confirmar la idoneidad de los resultados para cada indicador.

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

Una vez que los países hayan compilado sus datos se les recomienda encarecidamente seguir analizando sus resultados para comprender mejor su respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorar dicha respuesta. Los países deben observar detalladamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas del VIH, el cambio verificable en el comportamiento y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país está implementando la política de reducir 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 repercutir en el número de bebés que nacen infectados por 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 básicos 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.

Selección de indicadores

Los países, con el conocimiento de la epidemia local de VIH, deberían revisar todos los indicadores en función de estos conocimientos para determinar cuáles son aplicables a su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia concentrada sólo entre los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no necesitaría informar sobre los indicadores básicos relacionados con los usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, se recomienda que los países examinen de manera regular la situación para ver si los ejemplos de uso de drogas inyectables son un caso emergente que necesita atención. Además, al mismo país se le recomendaría calcular no sólo indicadores específicos para los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, sino también indicadores más amplios (p. ej., conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, relaciones sexuales de alto riesgo entre varones y mujeres y uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo) pertinentes al seguimiento de la propagación del VIH en la población general.

Asimismo, los países con una epidemia generalizada deberían incluir tantos indicadores como sea posible para las poblaciones clave más expuestas. Por ejemplo, un país con una epidemia de alta prevalencia puede también tener una sub-epidemia concentrada entre los usuarios de drogas inyectables, de modo que sería útil calcular y notificar los indicadores que se relacionan con la población más expuesta.

Por cada indicador sobre el que un país no facilite datos, los países deben indicar si:

(i) no había datos disponibles para responder a ese indicador

o

(ii) el indicador no se consideró pertinente para la situación de la epidemia en el país.

Si se considera que el área es relevante con relación a la epidemia y la respuesta, pero que el indicador en sí no es relevante ni adecuado para el seguimiento de esta cuestión en un país en particular, esto deberá aclararse en los cuadros de texto destinados a comentarios que se pueden encontrar en la herramienta de presentación de informes en línea. Sin un país está utilizando un indicador alternativo para hacer un seguimiento efectivo de esta cuestión concreta, el cuadro de comentarios se puede utilizar para describirlo (se debe incluir una definición completa y el método de medición), junto con cualquier dato disponible correspondiente al indicador.

Función de la sociedad civil

La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil las convierte en asociados ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales sobre los progresos realizados. Particularmente, las organizaciones de la sociedad civil están en una buena posición para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complemente los datos recopilados por los gobiernos.

Los comités, consejos o comisiones nacionales del sida o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, redes de personas que viven con el VIH, organizaciones religiosas, mujeres, jóvenes, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores básicos a nivel nacional que fundamentan la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida. No está de más insistir en la importancia de lograr la participación del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH. La sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad en el seguimiento y la evaluación de la respuesta de un país al sida.

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

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

ONUSIDA aceptará informes paralelos de la sociedad civil, tal y como sucedió en rondas anteriores. Cabe señalar que los informes paralelos no pretenden convertirse en un proceso alternativo de elaboración de informes de la sociedad civil. ONUSIDA promueve la integración de la sociedad civil en los procesos de elaboración de informes nacionales, siempre y cuando sea posible, tal como se ha descrito. El propósito de los informes paralelos es ofrecer un punto de vista alternativo allí donde se considere que la sociedad civil no ha sido incluida como corresponde en el proceso de preparación de informes nacionales o donde los gobiernos no presenten un informe nacional sobre los progresos realizados, o donde los datos suministrados por el gobierno difieran considerablemente de aquellos recopilados por la sociedad civil en su vigilancia del progreso realizado por el gobierno en la prestación de servicios.

Contenidos del informe

Se espera que en 2013 los países entreguen un informe detallado de todos los indicadores nacionales relacionados con su respuesta.

Los gobiernos nacionales son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo de la sociedad civil y sus asociados para el desarrollo. Los procedimientos mencionados en el presente manual han de seguirse a fin de obtener y calcular la información necesaria para cada indicador.

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

Como ya se ha señalado, y con arreglo a los requisitos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH, debe participar en la preparación del informe nacional sobre los progresos realizados. Se ha de dar también al sector privado una oportunidad similar de participación en el proceso de preparación de informes. ONUSIDA recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales organicen un taller o foro donde se presenten y analicen abiertamente los datos antes de su presentación. Los Equipos Conjuntos de las Naciones Unidas sobre el Sida están disponibles en la mayoría de los países para facilitar este proceso de diálogo.

Los datos sobre los indicadores se darán a conocer después de un proceso de depuración, validación y conciliación de datos en AIDSinfo⁴.

➡ Si hay alguna duda, se insta a los países a dirigirse a ONUSIDA en su país o en Ginebra por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org. Se publicará la información actualizada sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en el sitio web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/AIDSreporting>.

Directrices para el envío

➡ Los países que necesiten información adicional sobre la herramienta de notificación y los mecanismos de presentación, deberían solicitar asistencia técnica a sus asesores de información estratégica de ONUSIDA, y a los grupos de trabajo sobre seguimiento y evaluación del VIH en sus países. El Equipo "Datos en Acción", localizado en la Secretaría de ONUSIDA, también puede suministrar apoyo. Se puede poner en contacto con este equipo por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org.

Herramienta para presentar informes

➡ Los países han de presentar sus datos usando una herramienta de global de presentación de informes en línea que se puede encontrar en <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Cada país tiene asignado un punto focal nacional que será responsable de acceder a esta herramienta y de introducir la información correspondiente a su país que figurará en el informe.

Los usuarios pueden acceder a la herramienta como editores o como observadores. Los editores pueden añadir o modificar la información que va a ser presentada. Los observadores pueden ver dicha información, pero no pueden realizar ningún cambio. El punto focal del país es el responsable de compartir los credenciales oportunos para acceder a la herramienta.

Como ya se ha mencionado anteriormente, si los países no presentan datos sobre un indicador es necesario que indiquen si esto se debió a una ausencia de datos relevantes, o si el indicador no se consideró relevante a la epidemia. También hay casillas para realizar comentarios, donde se pueden añadir breves notas que expliquen cómo se calcularon el numerador y el denominador, y donde se puede evaluar la exactitud de los datos desglosados y los datos compuestos.

⁴ www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo

El país finaliza su entrega al hacer clic en el botón que dice “enviar”. Esto cierra la sesión del país en la herramienta de notificación en línea, y el país no podrá hacer ningún cambio ni añadir nada a su informe presentado a través de esta herramienta. ONUSIDA revisará los datos y pedirá aclaraciones si fuera necesario. Si se requiere alguna modificación de los datos, el sitio web se volverá a abrir para que los países puedan editar sus respuestas.

Pueden notificar cualquier problema relacionado con la herramienta global de notificación en línea a AIDSreporting@unaids.org

Presentación conjunta de informes para la OMS y UNICEF sobre los indicadores del sector sanitario

Para minimizar la carga que supone la tarea de notificación, y para facilitar el proceso de entrega de los informes, tanto la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, como los indicadores del sector sanitario de la OMS y de UNICEF, serán recopilados, al igual que en la ronda de notificación anterior, a través de la misma herramienta de notificación electrónica.

Los indicadores suplementarios del sector sanitario se encuentran en la segunda parte del presente manual.

Si tiene alguna pregunta específica relacionada con los indicadores suplementarios, escriba un correo electrónico a: hivstrategicinfo@who.int.

Presentación de datos

Los datos de los indicadores se han de presentar por Internet antes del 31 de marzo de 2013.

Siempre que sea posible, los datos se deberían introducir directamente a través del sitio web de presentación global de informes (www.unaids.org/AIDSreporting). Esto facilitará enormemente el procesamiento de los datos, y minimizará la posibilidad de cometer errores.

Nótese que los países que no presenten sus datos mediante la herramienta de notificación en línea, han de entregar sus informes antes del 15 de marzo de 2013 para permitir la introducción manual de la información en la base de datos de la respuesta mundial en ONUSIDA en Ginebra.

Para facilitar cualquier seguimiento que se estime necesario, se recomienda a los países que proporcionen el nombre y la información de contacto de la persona responsable de la presentación de los datos.

Las copias impresas de los informes pueden enviarse a:

Jefe del equipo de “Datos para la Acción”.
ONUSIDA, 20 Avenue Appia CH-1211 Ginebra 27, Suiza

El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias

Notificar la totalidad de los indicadores básicos resulta esencial para que la presentación de informes contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se insta a los países a establecer plazos y fechas clave para concluir las tareas necesarias. A continuación se detallan las acciones necesarias para realizar el informe. Bajo la dirección del Comité Nacional del Sida o su equivalente, los países deben llevar a cabo las siguientes tareas:

1. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación a los indicadores de los avances en la respuesta mundial al sida;
2. Desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos y que indique los plazos y señale las funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otros organismos gubernamentales y de la sociedad civil;
3. Identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos;
4. Garantizar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos;
5. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
6. Analizar los datos en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
7. Rellenar los formularios necesarios;
8. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, comenten el borrador del informe;
9. Ingresar los datos en el sitio web para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>);
10. Presentar los datos de los indicadores antes del 31 de marzo de 2013, o antes del 15 de marzo de 2013 en el caso de los países que no lo hagan a través de la herramienta de notificación en línea; y
11. Responder puntualmente a las preguntas de ONUSIDA, la OMS o UNICEF.

Es importante que los datos notificados sean validados y conciliados entre todos los asociados a nivel nacional. Este proceso se apoya en la herramienta de notificación en línea, pues permite compartir los credenciales de los que observan la herramienta con las partes interesadas del país. Varios países han afirmado que este aspecto ha permitido que muchos asociados de la sociedad civil y de otro tipo vean y faciliten datos durante el proceso de notificación, permitiendo de ese modo que el proceso de consulta y validación con las partes interesadas sea más rápido y más detallado.

En el Apéndice 4 se incluye una lista de comprobación sumaria para preparar y presentar el informe nacional sobre los progresos realizados.

Resumen de los cambios en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013

Los indicadores y el formato del informe están basados en el exitoso trabajo realizado en las rondas de notificación anteriores. Los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, conocidos anteriormente como indicadores de UNGASS, solían notificarse cada dos años. Sin embargo, debido a la evaluación especial a mitad de periodo de 2013, es necesario actualizar datos a nivel nacional, regional y mundial.

Para minimizar la carga que supone elaborar informes:

- Se usarán los mismos indicadores que en 2012, con los siguientes cambios:
 - aclaraciones en el indicador de cobertura de la PTMI (Indicador 3.1), que reflejan los últimos avances en este campo;
 - aclaraciones en el indicador de cobertura del tratamiento antirretrovírico (Indicador 4.1), que reflejan los últimos avances en este campo; y
 - no se necesita entregar un Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) íntegro en 2013, basta con entregar un breve cuestionario. El ICPN se presentará solo cada dos años.
- No se piden informes descriptivos para la presentación de informes sobre los avances de la respuesta mundial al sida.
- No se necesitan volver a introducir los datos de la encuesta que no hayan sido actualizados desde el informe de 2012, (es decir, los indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 10.1, 10.2). Aún así, los países podrán validar sus últimos datos disponibles.

Se han añadido dos nuevos indicadores sobre la prevalencia de la circuncisión masculina y el número de hombres circuncidados, pero solo para los 16 países con mayor prevalencia del VIH y con bajo índice de circuncisiones masculinas.

La notificación conjunta de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida y de los indicadores del sector sanitario de la OMS y UNICEF continuará. Los indicadores suplementarios del sector sanitario se encuentran en la segunda parte del presente manual.

Indicadores básicos para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida

Los indicadores individuales pueden usarse para seguir más de un objetivo.

Objetivos	Indicadores	
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015 <i>Población general</i>	1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*
	1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años
	1.3	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
	1.4	Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual *
	1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH *
<i>Profesionales del sexo</i>	1.7	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención
	1.8	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente
	1.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1.11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH
	1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina
	1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015	2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año
	2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual
	2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó
	2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH
Objetivo 3. Erradicar nuevas infecciones por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida ⁷	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil
	3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento
	3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico vital para 2015	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica*
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica
Objetivo 5. Reducir un 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH
Objetivo 6. Acabar con el déficit mundial de recursos para el sida para 2015 y alcanzar una inversión anual global de 22.000-24.000 millones de USD en los países de ingresos bajos y medios	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación
Objetivo 7. Eliminar desigualdades de género	7.1	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses <i>Todos los indicadores con datos desglosados por sexo pueden emplearse para medir el estado del progreso hacia el logro del objetivo 7</i>
Objetivo 8. Erradicar el estigma y la discriminación		<i>Indicador en proceso de desarrollo, El indicador del estigma para la población general estará listo para el proceso de notificación de 2014</i>
Objetivo 9. Eliminar restricciones de viaje		<i>Los datos sobre restricciones de viaje son recopilados directamente por la División Legal y de Derechos Humanos, en la sede de ONUSIDA, por lo que no se necesita notificación de los mismos.</i>
Objetivo 10. Fortalecer la integración del VIH	10.1	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
	10.2	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses <i>Actualización del indicador</i>
Cuestiones sobre políticas (referentes a los 10 objetivos)		<i>Cuestionario especial sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013. No es necesario notificar el ICPN en 2013</i>

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

7 El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres define este objetivo como:

1. Reducir en un 90% el número de nuevas infecciones por el VIH entre los niños
2. Reducir en un 50 % el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Si desea más información, diríjase a: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_sp.pdf



OBJETIVO 1. REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE TRANSMISIONES SEXUALES DEL VIH PARA 2015

Población general

- 1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*
- 1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años
- 1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
- 1.4 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*
- 1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
- 1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*

Profesionales del sexo

- 1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención
- 1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente
- 1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
- 1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

- 1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH
- 1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina
- 1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
- 1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH

*Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1.1 Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH

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

Qué mide

El avance hacia el conocimiento universal de los datos esenciales relacionados con la transmisión del VIH

Base lógica

La epidemia del VIH se perpetúa principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a las generaciones sucesivas de jóvenes. Un sólido conocimiento sobre el VIH y el sida es un pre-requisito esencial, si bien, en ocasiones, insuficiente, para adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de la transmisión del VIH.

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del Sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas?2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?
Frecuencia de medición:	Preferentemente cada 2 años; mínimo cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (15-19 y 20-24)

Aclaración sobre el numerador

Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 hacen referencia a ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país en cuestión. Por ejemplo: “¿Se puede contraer el VIH al abrazar o estrechar la mano de una persona infectada?” y “¿Se puede contraer el VIH a través de medios sobrenaturales?”

Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y del sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Si se responde “no sé”, esa respuesta ha de marcarse como incorrecta.

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

Si desea obtener más información sobre la metodología e instrumentos de las EDS/EIS, visite www.measuredhs.com.

1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

Qué mide

Los progresos realizados para retrasar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años mantienen su primera relación sexual.

Base lógica

Un objetivo muy importante de muchos países es retrasar la edad en la que los jóvenes tienen su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial porque así se reduce el posible riesgo de exposición al VIH. También hay pruebas de que posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por acto sexual, al menos en las mujeres.

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los de 15 años
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Entrevistas de carácter demográfico (EDS, EIS, MICS u otra encuesta representativa) Se pregunta a los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (15-19 y 20-24)

Puntos fuertes y puntos débiles

En los países en los que muy pocos jóvenes tienen relaciones sexuales antes de los 15 años puede optarse por usar un indicador alternativo: el porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 20 a 24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años. La ventaja de usar la edad de la primera relación sexual que declaran los jóvenes (en lugar de la media) es que el cálculo es sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.

Es difícil vigilar los cambios en este indicador en un periodo breve, porque los únicos individuos que pueden influir en el numerador son los que ingresan en el grupo, es decir, los que tienen menos de 15 años al comienzo del periodo de evaluado. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, quizá es mejor centrarse en los cambios que se dan en los niveles del grupo de edad de los 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.

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

Más información

Si desea obtener más información sobre la metodología de la EDS o EIS, o sobre otros instrumentos para la realización de encuestas, visite la página web: www.measuredhs.com

1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas

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

Qué mide

El progreso en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas.

Base lógica

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

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del Sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen datos sobre el historial de la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses.
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Más información

Si desea obtener más información sobre la metodología o instrumentos de la EDS o EIS, visite la página web www.measuredhs.com

1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual

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

Qué mide

Los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen múltiples parejas sexuales.

Base lógica

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

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años de edad) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual
Denominador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años de edad) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del Sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.
Frecuencia de medición:	De 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad 15-19, 20-24 y 25-49 años

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

Si desea obtener más información sobre la metodología o instrumentos de la EDS o EIS, visite www.measuredhs.com

1.5 Las pruebas del VIH en la población general

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

Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.

Base lógica

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

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años. En el denominador también se incluyen los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH o del sida.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del Sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otra encuesta representativa). Se les pregunta a los encuestados: <ol style="list-style-type: none">1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: <ol style="list-style-type: none">2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
Frecuencia de medición:	Cada 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Conocer el resultado de la prueba del VIH realizada en los últimos 12 meses no garantiza que el entrevistado sepa su estado serológico actual. Puede que un entrevistado haya contraído el VIH después de hacerse la última prueba.

Más información

Si desea obtener más información sobre la metodología o instrumentos de la EDS o EIS, visite www.measuredhs.com.

1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes

Porcentaje de jóvenes de 15 a 25 años que vive con el VIH

Qué mide

Los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.

Base lógica

El objetivo de la respuesta al VIH es reducir la infección por el VIH.

La prevalencia del VIH en cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresada como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración media de la infección es prolongada. Además, los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. En los jóvenes, las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años (o incluso de 15 a 19 años si es posible realizar este desglose). Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH.

Tipo de epidemia:	Países con epidemias generalizadas.
Numerador:	Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
Denominador:	Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Directrices de la OMS y ONUSIDA para la vigilancia centinela del VIH. Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los centros de asistencia prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y zonas rurales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Ninguno

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Para complementar los datos de los dispensarios de atención prenatal, un número creciente de países han incluido las pruebas del VIH en las encuestas demográficas. Si un país ha producido estimaciones de la prevalencia del VIH a partir de los datos de las encuestas, estas estimaciones deben ser incluidas en el cuadro de comentarios para posibilitar las comparaciones entre varias encuestas. Las estimaciones de la encuesta deben estar desglosadas por sexo.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparación entre valores. Por esto, al momento de realizar los análisis de tendencias, es importante usar centros consistentes.

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc954-anc-serosurveys_guidelines_en.pdf

1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención

Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención

Qué mide

Los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo.⁸

Base lógica

A menudo es difícil llegar a los profesionales del sexo con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH y del sida en este grupo y en la población general es importante que dispongan de acceso a estos servicios.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de profesionales del sexo que respondieron “sí” a las dos preguntas.
Denominador:	Número total de profesionales del sexo entrevistados.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.</p> <p>Se les pregunta lo siguiente a los profesionales del sexo:</p> <ol style="list-style-type: none">¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba del VIH?¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p.ej: a través de un servicio de difusión, un centro de consulta o una clínica de salud sexual) <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">SexoEdad (<25/25+)

8. Este indicador sólo abarca dos elementos básicos de los programas de prevención para los profesionales del sexo. Se sabe que el indicador no mide ni la frecuencia con la que los miembros de estas poblaciones acceden a los servicios, ni tampoco la calidad de estos servicios. Estas limitaciones sugieren que el indicador puede sobrestimar la cobertura de los servicios de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo. Si bien se recomienda la vigilancia continuada de este indicador para determinar las tendencias en la cobertura de servicios mínimos, se requieren medidas adicionales a fin de determinar con exactitud si se prestan servicios adecuados de prevención del VIH a estas poblaciones.

Puntos fuertes y puntos débiles

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej., a través de programas de divulgación y de la educación entre pares), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y otros. Para obtener más información sobre los elementos de programas integrales de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo, consúltense las *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*.

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si tiene datos disponibles sobre otro período, como los últimos tres o seis meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Además de los datos que se han pedido anteriormente, notifique los datos del programa, si están disponibles para este indicador, usando el cuadro de texto que figura en la plataforma de presentación de informes en línea.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo

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

Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.

Base lógica

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

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

Numerador:	Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente
Denominador:	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta: ¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente? Siempre que sea posible, deberían recogerse los datos correspondientes a los profesionales del sexo por medio de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el terreno con esta población de manera muy cercana. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales remuneradas en los últimos doce meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos tres o seis meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios del instrumento de preparación de informes.

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

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.

Base lógica

Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento. Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador: Número de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos doce meses y que conocen los resultados.

Denominador: Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuesta de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas especiales.

Se les pregunta a los profesionales del sexo:

1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

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

El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial

Frecuencia de medición: Bienal

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Las labores de seguimiento de los profesionales del sexo para medir los progresos realizados pueden ser una tarea difícil dado que este grupo está en constante movimiento y es difícil llegar a él, pues muchos grupos son poblaciones escondidas. Así, la información sobre la naturaleza de la muestra entrevistada debería figurar en el informe descriptivo para facilitar la interpretación y el análisis del mismo en el futuro.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.10 La prevalencia del VIH en los profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH

Qué mide

Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo.

Base lógica

Los profesionales del sexo suelen tener mayor prevalencia del VIH que la población general tanto en epidemias concentradas como generalizadas. En muchos casos, la prevalencia entre este grupo puede ser más del doble de la prevalencia entre la población general. La reducción de la prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es una medida fundamental dentro de la respuesta nacional al VIH.

Los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en los profesionales del sexo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo.
Denominador:	Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH y el sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ ONUSIDA, 2011).</p> <p>Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo</p>
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de los profesionales del sexo para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (p. ej., restringir el análisis a las personas que practican el comercio sexual desde hace menos de un año). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que se haya practicado el comercio sexual (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

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

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

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

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparación entre valores. Por esto, al momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Más información

Para obtener más información, consulte el los siguientes enlaces:

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

Directrices revisadas para la vigilancia del VIH en las poblaciones clave de mayor riesgo Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS (2011):

Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra: ONUSIDA.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado los programas de prevención del VIH

Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.⁹

Base lógica

A menudo es difícil llegar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH y del sida en estas poblaciones y en la población en general, es importante que dispongan de acceso a estos servicios.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en una o más poblaciones clave. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondieron “sí” a ambas preguntas.
Denominador:	Número total de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual) Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Siempre que sea posible, los datos referentes a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberían obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

⁹ Este indicador sólo abarca dos elementos básicos de los programas de prevención para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Es sabido que el indicador no mide ni la frecuencia con la que los miembros de estas poblaciones acceden a los servicios, ni tampoco la calidad de estos servicios. Estas limitaciones sugieren que el indicador pueden sobrestimar la cobertura de los servicios de prevención del VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Si bien se recomienda la vigilancia continuada de este indicador para determinar las tendencias en la cobertura de servicios mínimos, se requieren medidas adicionales a fin de determinar con exactitud si se prestan servicios adecuados de prevención del VIH para estas poblaciones.

La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej., a través de programas de divulgación y de la educación entre pares), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y otros. Para obtener más información sobre los elementos de programas integrales de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo, consúltese *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*.

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si tiene datos disponibles sobre otro período, como los últimos tres o seis meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Además de los datos que se han pedido anteriormente, notifique los datos del programa, si están disponibles para este indicador, usando el cuadro de texto que figura en la plataforma de presentación de informes en línea.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA(2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo

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

Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.

Base lógica

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

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden también tener una sub-epidemia concentrada entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales</p> <p>En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad (<25/25+)

¹⁰ Esto incluye parejas habituales y ocasionales, así como relaciones remuneradas y no remuneradas. Como ocurre con todos los indicadores, este indicador solo ofrece información limitada. Se necesita información adicional para evaluar integralmente las pautas de riesgo asociadas con las relaciones sexuales entre hombres, incluida información sobre los tipos y números de parejas y sobre si la pareja es activa o pasiva.

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales entre hombres en los últimos seis meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos tres o doce meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

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

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA

1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Qué mide

Los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Base lógica

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

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos doce meses y que conoce los resultados.
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres incluidos en la muestra.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales. Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted? <p>Siempre que sea posible, los datos relativos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberían recopilarse por medio de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con estas poblaciones.</p> <p>El acceso a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a la información que proporcionan debe ser confidencial</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Las labores de seguimiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para medir los progresos realizados pueden ser una tarea difícil dado que este grupo está en constante movimiento y es difícil de llegar, pues muchos grupos son poblaciones escondidas. Así, la información sobre la naturaleza de la muestra entrevistada debería figurar en el informe descriptivo para facilitar la interpretación y el análisis del mismo en el futuro.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.14 La prevalencia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH

Qué mide

Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Base lógica

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres suelen tener la mayor prevalencia del VIH en los países con epidemias concentradas o generalizadas. En muchos casos, la prevalencia entre este grupo puede ser más del doble de la prevalencia entre la población general. La reducción de la prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es una medida fundamental dentro de la respuesta nacional al VIH.

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

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que dieron positivo en la prueba del VIH.
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el el VIH y el sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ ONUSIDA, 2011).</p> <p>Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p>
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles.

Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones más expuestas para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (p. ej., restringir el análisis a los varones que tuvieron su primera relación sexual con otro hombre en el último año). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que los hombres hayan mantenido relaciones sexuales con otros hombres (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

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

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

Las tendencias en la prevalencia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparación entre valores. Por esto, en el momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

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

Directrices revisadas para la vigilancia del VIH en las poblaciones clave de mayor riesgo Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS:

Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf



OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES PARA 2015

- 2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año
- 2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual
- 2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó
- 2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
- 2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH

2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención

Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año

Qué mide

Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para los usuarios de drogas inyectables.

Base lógica

El consumo de drogas inyectables es la principal vía de transmisión para alrededor del 10% de las infecciones por el VIH en todo el mundo, y del 30% de las infecciones fuera de África subsahariana. Prevenir la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables es uno de los retos clave en la reducción de la carga del VIH.

Los programas de agujas y jeringas son una de las nueve intervenciones que figuran en el paquete integral elaborado por ONUSIDA, la OMS y UNODC para la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH dirigidos a los usuarios de drogas inyectables.

Los programas de agujas y jeringas tienen el mayor impacto en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, y no son pocas las pruebas científicas que apoyan su eficacia a la hora de prevenir la expansión del VIH. (Véase: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Numerador:	Número de agujas y jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Datos del programa empleado para contar el número de agujas y jeringas distribuidas (numerador). Estimación del número de usuarios de drogas inyectables en el país (denominador).
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	Ninguno

Puntos fuertes y puntos débiles

Se han notificado algunas dificultades relacionadas con la manera de contar el número de jeringas y agujas. Algunas de las jeringas más usadas consisten en unidades de jeringa y aguja de 1 o 2 ml, mientras que hay otras jeringas a las que se les pueden poner agujas adicionales. En la mayoría de los casos, únicamente estarán disponibles los datos relacionados con el número de jeringas distribuidas por programas de agujas y jeringas, pero no aparecerán los datos relacionados con las ventas de las jeringas en farmacias.

Estimar el número de usuarios de drogas inyectables a nivel nacional tampoco es una tarea fácil. Hay muchas definiciones diferentes para los usuarios de drogas inyectables en los materiales publicados, y hay diversos rangos de estimaciones. El grupo de referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el uso de drogas inyectables examina los materiales publicados disponibles para producir estimaciones del número de usuarios de drogas inyectables. Dichas estimaciones pueden emplearse si no hay otra estimación del número de usuarios de drogas inyectables.

Los países pueden vigilar este indicador tomando como referencia los niveles de cobertura:

- Bajo: <100 jeringas por usuario de drogas inyectables por año.
- Medio: >100–<200 jeringas por usuario de drogas inyectables por año.
- Alto: >200 jeringas por usuario de drogas inyectables por año.

Estos niveles se basan en estudios realizados en países desarrollados, donde se investigan los niveles de distribución de las jeringas y el impacto en la transmisión del VIH. Nótese que es probable que los niveles necesarios para la prevención de la hepatitis C sean mucho mayores que los que figuran en el presente apartado.

Más información

Se puede obtener una descripción detallada de este indicador en *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. (2009): <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

OMS (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs*. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>

UNODC (2003). Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas. Estimación de la prevalencia: Métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas. Viena, UNODC.

Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *Bulletin on Narcotics*, 54:15–32.42

Departamento estadounidense de servicios sanitarios y humanos, Atlanta, Centro para el control y la prevención de enfermedades, Equipo de vigilancia del PMS. Most at risk populations sampling strategies and design tool. Disponible en: <http://www.igh.org/surveillance>

<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (aquí puede obtener más detalles sobre el Grupo de Referencia, y puede acceder a las estimaciones notificadas a nivel nacional e internacional del consumo de drogas inyectables y del VIH entre los usuarios de drogas inyectables).

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (las directrices de 2010 del grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH).

Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*, Ginebra: ONUSIDA (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo

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

Qué mide

Los progresos logrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

Base lógica

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

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

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales</p> <p>Se pide a los usuarios de drogas inyectables que respondan a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es “sí”: ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual? <p>Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra: OMS. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

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

Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables.

Base lógica

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

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

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga durante el último mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.</p> <p>Se les pide a los entrevistados que respondan a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?2. Si la respuesta es afirmativa: ¿usó una aguja y jeringa estériles la última vez que se inyectó drogas? <p>Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra: OMS. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH a usuarios de drogas inyectables.

Base lógica

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

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una sub-epidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de encuestados usuarios de drogas inyectables que se ha sometido a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conoce los resultados.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables incluidos en la muestra.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se les pregunta lo siguiente a los encuestados: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:2. No quiero conocer los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba? <p>Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Bienal
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los usuarios de drogas inyectables. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Las labores de seguimiento de los usuarios de drogas inyectables para medir los progresos realizados, pueden ser una tarea difícil dado que este grupo está en constante movimiento y es difícil de llegar al mismo, pues muchos grupos son poblaciones escondidas. Así, la información sobre la naturaleza de la muestra entrevistada debería figurar en el informe descriptivo para facilitar la interpretación y el análisis del mismo en el futuro.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS (2011): *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Vea http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf

Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf)

OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra: OMS.

ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH

Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

Base lógica

Los usuarios de drogas inyectables suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países tanto con epidemias generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia entre estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia entre los jóvenes usuarios de drogas es una medida crucial de la respuesta nacional al VIH.

Los países con epidemias generalizadas también pueden tener una sub epidemia concentrada en los usuarios de drogas inyectables. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del el VIH y el sida y las ITS: <i>Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV</i>. (OMS/ ONUSIDA, 2011).</p> <p>Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p>
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles.

Al analizar los datos de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (p. ej., restringir el análisis a las personas que han empezado a consumir drogas inyectables hace menos de un año). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que lleve consumiendo una persona drogas inyectables (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

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

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

Las tendencias en la prevalencia del VIH en los usuarios de drogas inyectables de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparación entre valores. Por esto, al momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Más información

Para obtener más información, consulte los siguiente enlaces:

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

Directrices revisadas sobre el seguimiento del VIH en las poblaciones clave con mayor riesgo Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS (2011):

Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra: ONUSIDA.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf



OBJETIVO 3. ERRADICAR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH ENTRE LOS NIÑOS PARA 2015 Y REDUCIR NOTABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA

- 3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil
- 3.2 Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento
- 3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil

Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil

Qué mide

Los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el parto mediante el suministro de medicamentos antirretrovíricos.

Este indicador permite que los países vigilen la cobertura del suministro de fármacos antirretrovíricos a las embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de la transmisión del VIH a los bebés durante la gestación y el parto. Si se desglosa por régimen, este indicador muestra un mayor acceso a los regímenes de fármacos antirretrovíricos más efectivos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, así como al tratamiento antirretrovírico. Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovíricos distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al régimen..

Este indicador no captura el régimen post-parto, que incluye tratamiento antirretrovírico que previene la transmisión durante el periodo de lactancia. Dicho régimen lo capturan otros indicadores -véase indicador 3.7 (Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil en las seis primeras semanas de vida) y 3.8 (Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión del VIH durante la lactancia) en la Parte 2, es decir, la parte suplementaria de este manual sobre el acceso al sector sanitario.

Base lógica

El riesgo de la transmisión maternoinfantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de fármacos antirretrovíricos a la madre (como terapia para toda la vida o como profilaxis) durante la gestación y el parto, con profilaxis antirretrovírica al lactante, y antirretrovíricos a la madre o al niño durante el periodo de lactancia (si esto ocurre), además de la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante. Los datos se emplearán para hacer un seguimiento de los avances hacia los objetivos nacionales e internacionales encaminados a eliminar la transmisión maternoinfantil; para servir como información para políticas y planes estratégicos; para tareas de sensibilización; y para aprovechar recursos para lograr una rápida ampliación. Esto ayudará a medir las tendencias en la cobertura de la profilaxis y del tratamiento antirretrovírico y, si se desglosan por tipo de régimen, también se podrá evaluar el progreso realizado en la implementación de un régimen y un tratamiento antirretrovírico más efectivos.

Numerador:	Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. Los informes a nivel mundial que recopilen información sobre la cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para la PTMI excluirán a las mujeres que recibieron una sola dosis de nevirapina, ya que no se considera un régimen adecuado. No obstante, el número de mujeres que recibió una sola dosis de nevirapina ha de ser notificado por el país.
Denominador:	Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Para el numerador: registros del programa agregados de instrumentos de vigilancia en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información sumaria.</p> <p>Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatales en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatales.</p> <p>Vigilancia de los programas y seguimiento del VIH.</p>

Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de vigilancia del país.
Desglose:	El numerador debería desglosarse en las cuatro categorías generales que se describen a continuación:

Aclaración sobre el numerador

El numerador debería desglosarse en las cuatro opciones generales (las tres primeras son las recomendadas) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil¹¹:

1. Terapia antirretrovírica para toda la vida	
a. la mujer acaba de comenzar tratamiento antirretrovírico durante el actual embarazo	
CD4 <350	
CD4 >350	
CD4 desconocido	
b. la mujer ya había comenzado tratamiento antirretrovírico al principio del actual embarazo	
2. Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de la profilaxis de la Opción B de la OMS)	
3. AZT para la madre (elemento de profilaxis durante la gestación y el parto, de la Opción A de la OMS o de las directrices de 2006 de la OMS)	
4. Monodosis de nevirapina (dentro o fuera de la fase final) ÚNICAMENTE	
5. Otra (especifique: p.ej, régimen determinado, sin categorizar, etc.)	

Categoría Descripción Ejemplos

Desglose por definiciones de régimen:

Categoría	Aclaración	Ejemplos comunes
1) Terapia antirretrovírica para toda la vida (incluyendo la Opción B+) desglosada por	Régimen de tres medicamentos ideado para proporcionar terapia antirretrovírica para toda la vida	Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo:
1a) mujeres que acaban de comenzar tratamiento antirretrovírico durante el actual embarazo	1a) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el periodo de notificación como recién iniciadas a la terapia antirretrovírica para toda la vida	<ul style="list-style-type: none"> TDF+3TC+EFV AZT+3TC+NVP
1b) mujeres que ya habían comenzado el tratamiento antirretrovírico al principio del actual embarazo	1b) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el periodo de notificación como mujeres que ya habían iniciado terapia antirretrovírica antes de su primera visita a una clínica prenatal. Si una mujer comienza la terapia antirretrovírica de por vida durante el parto, se contará dentro de la categoría 1a.	

¹¹ Si bien se recomienda que los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil se inclinen a usar los regímenes más eficaces, cuando se administra una única dosis de NVP hay que registrarlo y notificarlo.

OBJETIVO 3: ERRADICAR NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH ENTRE LOS NIÑOS PARA 2015 Y REDUCIR NOTABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA

<p>2) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto)</p>	<p>Régimen de tres medicamentos que se usa durante la profilaxis de la PTMI. Empieza en algún momento durante el embarazo o en el parto, con el objeto de parar al final del periodo de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia)</p> <p>Si una mujer recibe tres fármacos antirretrovíricos por primera vez en el parto, debería ser considerada dentro de esta categoría, siempre y cuando el centro donde esté implemente la Opción B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r
<p>3) AZT para la madre componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto</p>	<p>Régimen profiláctico que emplea AZT (o cualquier otro INTI) y que comienza como pronto a las 14 semanas, o como muy tarde durante el parto, para prevenir la transmisión del VIH.</p> <p>Si una mujer recibe fármacos antirretrovíricos por primera vez durante el parto, debería contarse dentro de esta categoría siempre y cuando el centro donde esté implemente la Opción A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto + AZT/3TC durante 7 días después del parto
<p>4) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La nevirapina es el ÚNICO régimen que se le puede administrar a una embarazada seropositiva durante la gestación, parto o alumbramiento <p>NO ha de contarse como monodosis de nevirapina si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante la gestación o, • Una embarazada seropositiva ha comenzado la Opción A, B o B+ durante el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monodosis de NVP para la madre SOLO al comienzo del parto • monodosis de NVP + AZT/3TC durante 7 días SOLO • monodosis de NVP para la madre al comienzo del parto y monodosis de NVP para el bebé SOLO

Aclaración sobre el denominador

Se pueden emplear dos métodos para estimar el denominador:

1. Un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, use los datos obtenidos “número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH”; o
2. multiplicar el número total de mujeres que dio a luz en los últimos doce meses (que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística, o de estimaciones proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas o de sistemas de registros de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas (que puede derivar de la vigilancia centinela de los centros de atención prenatales y de los ajustes necesarios relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatales) si los modelos de proyección de Spectrum no están disponibles.

Para garantizar que se puedan realizar comparaciones, los datos obtenidos de Spectrum se usarán como el denominador cuando se lleven a cabo los análisis mundiales.

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador permite que los países vigilen la cobertura del suministro de medicamentos antirretrovíricos a las embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de la transmisión del VIH durante la gestación y el parto. Si se desglosa, este indicador muestra un mayor acceso a los regímenes de fármacos antirretrovíricos más efectivos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los países. Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovíricos distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al régimen.

Este indicador no captura el uso de regímenes post-parto apropiados para la madre (reducción de la transmisión y la resistencia viral) ni para el lactante (reducción de la transmisión durante el parto), que deberían acompañar a los regímenes de fármacos antirretrovíricos para reducir la transmisión maternoinfantil durante el parto. Véase el indicador 3.7 (Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil en las seis primeras semanas de vida) para la última fase y 3.8 (Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión del VIH durante la lactancia) para la cobertura durante la lactancia. Ambos indicadores están en la Parte 2, es decir, la parte suplementaria de este manual sobre el acceso al sector sanitario.

Se recomienda a los países que rastreen y notifiquen el porcentaje real (o estimado, si no hay datos reales disponibles) de la distribución de los distintos regímenes entre mujeres, para que el impacto de los fármacos antirretrovíricos en la transmisión maternoinfantil pueda ser modelado según la eficacia de cada régimen. Cuando los países carecen de un sistema de recopilación y notificación de datos relacionados con el suministro y cobertura de los distintos regímenes de fármacos antirretrovíricos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, deberían establecer tal sistema.

Más información

La prevención de la transmisión maternoinfantil es un ámbito programático que está evolucionando rápidamente. Los métodos de seguimiento de la cobertura de dicho servicio también evolucionan. Para acceder a la información actualmente disponible, consulte los siguientes enlaces:

www.who.int/hiv/pub/mtct/en/

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.htm

3.2 Diagnóstico infantil precoz

Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento

Qué mide

Los progresos realizados en el grado en que a los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH se les hacen pruebas del VIH durante sus dos primeros meses de vida para determinar su estado virológico y su elegibilidad para recibir tratamiento antirretrovírico. Los datos han de desglosarse según el resultado de la prueba.

Base lógica

Los lactantes infectados por el VIH durante el embarazo, alumbramiento o el periodo post-parto, a menudo fallecen antes de que se sepa que están infectados por el VIH. La OMS recomienda a los programas nacionales que hagan posible la realización de pruebas del VIH a los lactantes a las seis semanas, o tan pronto como sea posible, para poder orientar la toma de decisiones clínicas en la etapa más temprana posible. La progresión de la enfermedad del VIH es muy rápida en los niños; necesitan seguir un tratamiento tan pronto como sea posible porque sin un tratamiento temprano el 50% de los niños fallecería antes de cumplir dos años.

Numerador:	Número de lactantes que recibió una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida, durante el periodo de notificación. Los bebés a los que se les haya hecho la prueba se cuentan solo una vez.
Denominador:	Número de embarazadas seropositivas que han dado a luz en los últimos doce meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Para el numerador, laboratorios de pruebas del Diagnóstico Infantil Precoz (DIP); para el denominador, estimaciones de Spectrum, oficinas estadísticas centrales y/o vigilancia centinela.
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de vigilancia del país

Aclaración sobre el numerador

El numerador se ha de extraer de las bases de datos sobre DIP que hay en los laboratorios de análisis. El numerador debería representar el número de lactantes que recibió una prueba virológica dentro de los dos primeros meses tras su nacimiento; no debería representar el número de muestras analizadas en el laboratorio. Los datos deberían extraerse de las bases de datos del laboratorio. Siempre que sea posible, se ha de minimizar el hecho de contar datos por partida doble cuando se añadan los datos para producir datos a nivel nacional. Se espera que el número de lactantes que reciba más de una prueba virológica en los dos primeros meses de vida vaya a ser bajo. Se han de llevar a cabo esfuerzos para incluir a todos los centros sanitarios públicos, privados y a todos los centros gestionados por ONG donde se realizan pruebas del VIH a los lactantes expuestos al VIH.

Si hay alguna información disponible sobre los resultados de las pruebas (positivo, negativo, indeterminado y rechazado por el laboratorio), también se puede notificar. Al notificar la información, solo se ha de incluir el resultado de la prueba más reciente realizada a un bebé en los primeros dos meses de vida.

Aclaración sobre el denominador

Esta es una medida aproximada para calcular el número de bebés nacidos de mujeres seropositivas.

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

- Mediante un modelo de proyección como el que produce Spectrum, se usa el dato referente al “número de embarazadas que necesitan programas de prevención de la transmisión materno-infantil” como indicador sustituto, o;

- b) Si no hay proyecciones de Spectrum disponibles, se multiplica el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos doce meses (dato que se puede obtener de las estimaciones de nacimientos producidas en la oficina central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el número estimado más reciente a nivel nacional relacionado con la prevalencia del VIH entre las embarazadas (que puede extraerse de la vigilancia centinela del VIH en clínicas antenatales y de los ajustes necesarios relativos a la cobertura de las encuestas en clínicas antenatales).

Para garantizar que se puedan realizar comparaciones, los datos obtenidos del programa Spectrum se usarán como el denominador cuando se lleven a cabo los análisis a nivel internacional.

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador permite a los países hacer un seguimiento de los avances realizados en lo que se refiere a la realización temprana de pruebas del VIH a los bebés de dos meses o menores expuestos al VIH, que es un aspecto fundamental en la atención y tratamiento que reciban posteriormente. Al limitar la edad a dos meses o menos, se elimina la posibilidad de que se den pruebas repetidas al mismo bebé que lleven a contar un dato por partida doble. La observación de los cambios en este indicador a lo largo del tiempo puede dar indicaciones accionables relacionadas con la cobertura del tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión maternoinfantil, y la relación entre la cobertura relacionada con la prevención de la transmisión maternoinfantil y la cobertura del DIP. Los únicos tres campos que se necesitan para este indicador se introducen de forma sistemática en las bases de datos del DIP y laboratorios de análisis.

Estos tres campos son: fecha de la recopilación de la muestra, edad en el momento de dicha recopilación (edad real o edad calculada basada en la fecha de nacimiento), y los resultados. Debido al bajo número de laboratorios de análisis, y al formato electrónico de las bases de datos, la tarea de recopilación de datos para este indicador no supone una gran carga. La calidad de los datos en los laboratorios suele ser muy alta, lo que deriva en la producción de un indicador sólido. El indicador no recoge el número de niños con un diagnóstico definitivo (p.ej., infección por el VIH), ni mide si se han facilitado los servicios de seguimiento apropiados al niño basándose en la interpretación de los resultados de las pruebas. Tampoco mide la calidad de las pruebas ni el sistema que se sigue para la realización de las mismas. Un valor bajo del indicador podría señalar, no obstante, debilidades en el sistema, como una gestión nacional deficiente del suministro de instrumentos para la realización de las pruebas del VIH, una recopilación de datos pobre o una mala gestión de las muestras de las pruebas.

El desglose por los resultados de las pruebas no se puede usar como indicador sustituto de los índices de transmisión generales de la transmisión maternoinfantil. Si la cobertura del DIP de necesidad nacional o la cobertura de las pruebas para el DIP en los dos primeros meses de vida son muy bajas, entonces los bajos índices de resultados positivos entre los lactantes no indicarán necesariamente el éxito del programa, dado que es muy fácil que haya lactantes con resultados positivos no incluidos en la muestra.

Si bien la realización temprana de pruebas virológicas es una intervención fundamental para identificar a los lactantes infectados, también es importante que los países fortalezcan la calidad del seguimiento a los lactantes expuestos al VIH y que formen a profesionales sanitarios para que reconozcan los signos y síntomas de la infección por el VIH temprana entre los lactantes expuestos, en especial en los lugares en los que el acceso a pruebas virológicas es limitado. La gestión inadecuada de suministros puede afectar negativamente al valor del indicador y reducir notablemente el acceso a las pruebas del VIH por parte de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas. Los países deberían garantizar que se emplean las herramientas y los sistemas adecuados, especialmente las herramientas para LMIS, para la compra, distribución y gestión de los suministros a nivel central, de distrito y de centro sanitario.

Más información

Para obtener más información, consulte la referencia y el sitio web siguiente:

OMS, UNICEF, ONUSIDA (2010). Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, septiembre de 2010, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>)

PEPFAR (2009), *Next generation indicators reference guide*. 2009, Washington, DC.

GFATM (2009). Guía de seguimiento y evaluación: Programas de VIH, tuberculosis, malaria y fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud y comunitarios.

OMS, (2012). *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: OMS.

3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses

Qué mide

Los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.

Base lógica

Se han llevado a cabo esfuerzos para aumentar el acceso a las intervenciones que reducen notablemente la transmisión maternoinfantil, como la combinación de regímenes de profilaxis y tratamiento antirretrovíricos, y el fortalecimiento de las actividades de asesoramiento sobre la alimentación de los lactantes. Es importante evaluar el impacto que tienen las intervenciones relacionadas con la prevención de la transmisión maternoinfantil en la reducción de nuevas infecciones pediátricas por el VIH a través de la transmisión maternoinfantil.

El porcentaje de los niños seropositivos debería disminuir conforme aumenta la cobertura de las intervenciones relacionadas con la PTMI y el uso de regímenes más efectivos.

Numerador: El numerador es el número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses.

Denominador: Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: La transmisión maternoinfantil probablemente difiera dependiendo del régimen de fármacos antirretrovíricos recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum¹² usa la información relacionada con:

- La distribución de las embarazadas positivas que han recibido los distintos regímenes antirretrovíricos antes y durante el parto por la categoría CD4 de la madre
- La distribución de mujeres y niños que han recibido fármacos antirretrovíricos después del parto por la categoría CD4 de la madre
- El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI por la edad del niño
- Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de regímenes de fármacos antirretrovíricos y en las prácticas de alimentación de los lactantes¹³.

El índice nacional estimado de la transmisión se notifica en Spectrum en la pantalla de resumen de la categoría de niños de 0-14. La variable también se puede calcular usando las variables que en Spectrum se llaman “Nuevas infecciones por el VIH” para los niños de 0 a 14 años¹⁴ y dividiendo estos datos por la variable “mujeres que necesitan PTMI”.

No se dispone de suficiente información sobre otros modos de transmisión infantil para poder incluir tales infecciones en el modelo. Además, se considera que otros modos de transmisión solo son una pequeña fracción de las infecciones generales en los niños. No se emplea la variable obtenida de Spectrum titulada “Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año” porque algunas de las infecciones causadas por la lactancia tendrán lugar después del primer año de vida.

¹² El software Spectrum consiste en una serie de modelos que pueden emplearse para proyectar el impacto de la epidemia del VIH. Spectrum ha sido desarrollado por Futures Institute y puede descargarse desde <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

¹³ Hay valores por defecto en Spectrum en caso de que no haya datos disponibles del país.

¹⁴ En el modelo de Spectrum, los niños de 0 a 14 años solo pueden infectarse mediante la transmisión maternoinfantil, por lo que representa el número estimado de nuevos casos de infecciones por el VIH, representado por la variable de Spectrum llamada “Nuevas infecciones por el VIH (niños de 0 a 14 años)”.

Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Ninguno

Puntos fuertes y puntos débiles

A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas de PTMI al estimar el impacto de los aumentos de los suministros de fármacos antirretrovíricos y del uso de regímenes más eficaces y de prácticas óptimas de alimentación de los lactantes. Este indicador se genera a partir de un modelo que crea estimaciones de las infecciones del VIH entre los niños. El indicador estimado depende de las suposiciones y datos usados en el modelo. Puede que el indicador no sea una medida real de la transmisión maternoinfantil. Por ejemplo, en aquellos países en donde hay otras prácticas de PTMI (como la cesárea) muy extendidas, el indicador sobrestimaré la transmisión maternoinfantil. También depende de los datos del programa que muchas veces capturan los regímenes de fármacos antirretrovíricos suministrados, más que los consumidos, de forma que se subestima la transmisión maternoinfantil.

Este indicador permite que los países evalúen el impacto de los programas de PTMI al estimar el índice de transmisión del VIH de mujeres seropositivas a sus hijos. Es difícil seguir las parejas de madres e hijos, especialmente a nivel nacional, debido a la demora en la notificación y a que hay muchos centros sanitarios que pueden visitar las parejas de madres e hijos para recibir las intervenciones relacionadas con la PTMI y la atención infantil a lo largo del tiempo. En los países que disponen de datos, donde la asistencia a los centros sanitarios es alta, y donde se llevan a cabo pruebas de confirmación de forma sistemática, se han de realizar esfuerzos para vigilar el impacto a través de la evaluación directa del porcentaje de niños seropositivos dentro del número total de niños nacidos de madres seropositivas. Todos los países deberían realizar esfuerzos para vigilar el estado del VIH y la supervivencia de los niños nacidos de madres seropositivas; estos datos se recogen durante las visitas de seguimiento en los centros sanitarios.

Más información

<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>



OBJETIVO 4. LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO PARA 2015

- 4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica*
- 4.2. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica

Qué mide

El avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

Base lógica

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

Numerador: Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS) al final del periodo de notificación.

Denominador: Número estimado de niños y adultos elegibles.

Los criterios que deciden si una persona puede recibir tratamiento antirretrovírico varían en cada país. Para lograr que este indicador se pueda comparar entre distintos países, los informes mundiales han de presentar la cobertura de tratamiento antirretrovírico de los adultos basándose en las recomendaciones vigentes de la OMS. Ingrese en la herramienta en línea el número total de adultos que pueden acceder a terapia antirretrovírica en ambos casos 1) según los criterios nacionales y 2) según los criterios de la OMS.

Cálculo: Numerador / Denominador

Se han de notificar los porcentajes para 2012, para poder seguir las tendencias anuales de cobertura.

Método de medición: Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y desglosarse de forma periódica. Los datos de un año completo más recientes se utilizarán para el informe anual.

Seguimiento del programa y vigilancia del VIH. Para el numerador: registros de la terapia antirretrovírica basada en centros sanitarios o los formularios transversales correspondientes. Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.

Frecuencia de medición: Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<1, 1-4, 5-14, 15+)
- Público/Privado

Aclaración sobre el numerador

El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto.

El numerador debe ser igual al número de adultos y niños elegibles que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretrovírico menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto.

Los pacientes que no reciben un tratamiento en la actualidad, en otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.

Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Es preciso hacer esfuerzos para dar cuenta de dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador.

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

El denominador se obtiene estimando el número de personas con infección por el VIH avanzada que necesita o reúne los criterios para recibir terapia antirretrovírica. Esta estimación debe tener en cuenta una variedad de factores, que incluyen, aunque no exclusivamente, el número actual de personas con VIH, el número actual de pacientes que reciben terapia antirretrovírica y los antecedentes naturales del VIH desde la infección hasta la inscripción para recibir terapia antirretrovírica.

Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de modelización del VIH, como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de la necesidad relacionada con el VIH y el uso de Spectrum, consúltese la metodología del Grupo de Referencia de ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones.¹⁵

Puntos fuertes y puntos débiles

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

La proporción de personas que necesitan terapia antirretrovírica variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretrovírica entre adultos y niños. Como ya se ha mencionado anteriormente, los criterios que deciden si una persona puede recibir tratamiento antirretrovírico varían en cada país. Para lograr que este indicador se pueda comparar entre distintos países, los informes mundiales han de presentar la cobertura de tratamiento antirretrovírico de los adultos basándose en las recomendaciones vigentes de la OMS.

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

El indicador mide el número de personas a las que se les han facilitado medicamentos, pero no mide si la persona tomó los medicamentos, por lo tanto, no es una medida de adherencia.

Más información

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

¹⁵ <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>

4.2 Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento

Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica

Qué mide

Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica.

Base lógica

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

Numerador:	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciar el tratamiento.
Denominador:	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis de cohorte/ de grupo.</p> <p>Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica.</p> <p>El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento del periodo del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011.</p> <p>Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 habrán llegado a los resultados de 12 meses para el periodo de información entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012.</p>
Frecuencia de medición:	A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.

- Desglose:
- Sexo
 - Edad (<15, 15+)

Aclaración sobre el numerador

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

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciar el tratamiento.

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en mayo de 2010, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2010 y mayo de 2011 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), entonces en el duodécimo mes (mayo de 2011) no están en terapia antirretrovírica y no se incluyen en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretrovírica en mayo de 2010, dejó de ir a una visita en junio de 2010, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretrovírica en mayo de 2011 (en el duodécimo mes), está en terapia antirretrovírica y se incluye en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretrovírica en mayo de 2010 esté registrado como persona con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2010 y mayo de 2011.

Aclaración sobre el denominador

El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretrovírica inicial en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses.

Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretrovírica como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

OBJETIVO 4: LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO PARA 2015

La información prioritaria que se ha de notificar es la supervivencia global. Si hay disponibles registros exhaustivos de pacientes por cohorte, se insta a los países a que efectúen el seguimiento del mantenimiento de la terapia antirretrovírica a los 24, 36 y 48 meses y anualmente en lo sucesivo para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia antirretrovírica. De esta forma, es posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta o disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no es posible atribuir la causa de estos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses aumenta con el tiempo, tal vez sea un reflejo de una mejora en las prácticas de atención y tratamiento o de un inicio más temprano de la terapia antirretrovírica. El mantenimiento de la terapia antirretrovírica a los 12 meses debe interpretarse en función de las características iniciales de la cohorte de pacientes al comienzo de la terapia antirretrovírica. La mortalidad será más elevada en centros donde los pacientes accedieron a la terapia antirretrovírica en una etapa más tardía de la infección. Por lo tanto, la recopilación de datos y la información sobre la supervivencia en relación con los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor de la eficacia a largo plazo de la terapia antirretrovírica.

Más información

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>



OBJETIVO 5. REDUCIR UN 50% EL NÚMERO DE MUERTES POR TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA 2015

- 5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH

5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH

Qué mide

Los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.

Base lógica

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

Numerador:	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.
Denominador:	Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH. Las estimaciones anuales del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis son calculados por la OMS y están disponibles en: http://www.who.int/tb/country/en
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Registros e informes del centro acerca de la terapia antirretrovírica, instrumentos de vigilancia de los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos de TB en personas que viven con el VIH.
Frecuencia de medición:	Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de centro y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.

Puntos fuertes y puntos débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS proporciona anualmente estimaciones de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis, en función de los criterios requeridos específicos del país. Los casos de tuberculosis se definen como los nuevos casos que han ocurrido en ese año.

Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas infectadas por el VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, también se verá afectado por una baja utilización de las pruebas

del VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y a la terapia antirretrovírica, y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores y es conveniente hacer referencia a ellos cuando se interpretan los resultados de este indicador.

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

Más información

Para obtener más información, consulte la siguiente referencia:

Organización Mundial de la Salud (2009). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Ginebra: OMS (<http://www.who.int/tb/country/en>)



OBJETIVO 6. REDUCIR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA EL SIDA PARA 2015 Y ALCANZAR UN NIVEL SIGNIFICATIVO DE INVERSIONES POR AÑO A NIVEL MUNDIAL (22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES) EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

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

6.1 Gastos relacionados con el sida

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

Qué mide

Mide de manera detallada y consistente la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional, y las fuentes donde se originan esos fondos.

Base lógica

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida, es cada vez más importante efectuar un seguimiento detallado de: (i) la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y (ii) dónde se originan los fondos. Los datos se utilizan para medir los gastos anuales relacionados con el VIH a nivel internacional, un elemento importante del seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Asimismo, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas. Cuando se agrupan entre muchos países, los datos también ayudan a la comunidad internacional a evaluar el estado de la respuesta mundial. Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional del sida de cada país y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica mejorada.

Puesto que los diferentes países pueden elegir diferentes metodologías e instrumentos para efectuar el seguimiento del flujo de fondos para el sida (p. ej., Medición del Gasto Nacional en Sida “MEGAS”, subcuentas del sida de las Cuentas Nacionales de Salud y Encuestas de Flujos de Recursos ad hoc), la Matriz de Financiación Nacional incluye una hoja de cálculo para introducir, comprobar y presentar fácilmente los datos financieros procedentes de estas tres metodologías

Herramienta de medición:

Herramienta/método principal:

1. Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS)

Instrumentos/métodos alternativos:

2. Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida. No debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido según el método MEGAS y las subcuentas de las Cuentas Nacionales de Salud. Sin embargo, algunas actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud podrían no estar incluidas en las Cuentas Nacionales de Salud.
3. Encuesta del Flujo de Recursos. Ha habido un proceso de armonización y los países seleccionados en la muestra de esta encuesta que han respondido a los cuestionarios podrían introducir la información en la matriz de financiación agrupada por actividades principales. Algunas actividades llevadas a cabo fuera el sistema de salud podrían no incluirse en esta Encuesta del Flujo de Recursos. Además, deberían excluirse del total destinado al sida algunas acciones relacionadas con la población.

Los resultados de cualquiera de estos instrumentos de medición se usarán para rellenar la Matriz de Financiación Nacional, que se enviará como parte del Informe nacional sobre los progresos realizados (véase Apéndice 2).

Método de medición:

Para notificar sobre el indicador del gasto nacional e internacional relativo al sida se debe rellenar la Matriz de Financiación Nacional. En el Apéndice 2 hay más instrucciones sobre la forma de presentar el informe acerca de este indicador a través de la Matriz de Financiación Nacional completada. La portada, así como la información indicada en el Apéndice 2, deben enviarse junto con el Informe nacional sobre los progresos realizados.

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

1. Prevención;
2. Atención y tratamiento;
3. Huérfanos y niños vulnerables¹⁶;
4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa;
5. Incentivos para los recursos humanos;
6. Protección social y servicios sociales (excluidos aquellos para huérfanos y niños vulnerables);
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad
8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa)

(Hay múltiples sub-categorías en cada categoría de gasto relativo al sida; véase el Apéndice 2)

Los tres grupos principales de fuentes de financiación son:

1. Fuentes públicas nacionales;
2. Internacionales;
3. Privadas nacionales (optativo para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta al sida).

(Hay múltiples sub-categorías para cada fuente; véase el Apéndice 6)

Frecuencia de medición:

2010, 2011 y 2012 (según estén disponibles)

Datos del año calendario o fiscal (según estén disponibles)

Los países que enviaron datos para 2010 en su último informe (Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en 2012) no necesitan incluir de nuevo los datos de 2010, a no ser que en el último informe faltaran datos, estuvieran incompletos o haya habido cambios al disponer de más información. En este caso, sustituiremos los datos del envío previo (2012) con los nuevos (2013).

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Si se rellena la Matriz de Financiación Nacional se obtendrá un panorama más detallado de la situación a nivel nacional, útil tanto para la toma de decisiones nacionales como mundiales

¹⁶ En el contexto de las estimaciones de las necesidades de recursos y las Mediciones del Gasto relativo al Sida, los niños vulnerables se definen como aquellos que tienen por lo menos un progenitor vivo pero gravemente enfermo (principalmente a causa del VIH) y es incapaz de cuidarlos.

OBJETIVO 6: REDUCIR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA EL SIDA PARA 2015 Y ALCANZAR UN NIVEL SIGNIFICATIVO DE INVERSIONES POR AÑO A NIVEL MUNDIAL (22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES) EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias y sitios web:

ONUSIDA (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA): classification, taxonomy and definitions*. Esta publicación está disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>

UNFPA/ONUSIDA/NIDI. Detalles sobre las encuestas de flujos de recursos, herramientas de encuestas, países en la muestra y más detalles de esta herramienta están disponibles en: www.resourceflows.org

Banco Mundial/OMS/USAID. *Guide to producing national health accounts*. Esta publicación y otras herramientas para las cuentas nacionales de salud y las sub-cuentas del sida se pueden ver en: <http://www.who.int/nha>

Health Systems 20/20/USAID. *Methodological guidelines for conducting a national health accounts sub-analysis for HIV/AIDS* (www.healthsystems2020.org).

USAID/Health Systems 20/20/ONUSIDA (2009). *Linking NASA and NHA concepts and mechanics* (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>).



OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

- 7.1 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses

7.1 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.

Qué mide

El progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género)..

El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. La violencia podría haberse dado después de la separación.

Base lógica

A nivel mundial, y en particular en África subsahariana, los altos índices observados de la infección por el VIH entre las mujeres han situado en el foco de atención el problema de la violencia contra las mujeres. Cada vez se reconoce más que el riesgo que corren las mujeres y las niñas y su vulnerabilidad con respecto a la infección por el VIH está marcado por las arraigadas y dominantes desigualdades de género, y en especial por la violencia contra ellas. Se han llevado a cabo estudios en muchos países que indican que una alta proporción de mujeres han experimentado violencia de una manera u otra en algún punto de sus vidas. Los estudios realizados en Rwanda, Tanzania y Sudáfrica muestran aumentos hasta tres veces mayores en el riesgo de contraer el VIH por parte de las mujeres que han sufrido violencia, comparado con las que no la han experimentado.¹⁷

Numerador:	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses.
Denominador:	Número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, o la ESD/AIS (modulo de violencia doméstica) ¹⁸ , Encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres. La recopilación de datos sobre la violencia contra las mujeres requiere metodologías especiales que se adhieren a las normativas éticas y de seguridad ¹⁹ para garantizar que la información se recoge de una manera ética que no supone ningún riesgo a las personas que se someten al estudio, y que en cierto modo maximice la validez de los datos y su fiabilidad.
Measurement Frequency	De 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (15-19, 20-24 y 25-49) • Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)

¹⁷ <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>

¹⁸ Las preguntas formuladas en el módulo de la EDS sobre la violencia doméstica y el estudio multinacional de la OMS sobre la violencia doméstica y la salud femenina son un poco diferentes. No obstante, las estimaciones producidas de ambas son comparables.

¹⁹ WHO ethical and safety guidelines for collecting data on violence against women. 2003, <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

Aclaración sobre el numerador

Dentro del grupo de las mujeres de 15 a 49 años que alguna vez hayan estado casadas o hayan tenido una pareja se incluyen también las mujeres que nunca han estado casadas o han tenido pareja íntima. El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. A estas mujeres se les pregunta si han experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima masculina en los últimos doce meses. Para determinar si hubo o no violencia física o sexual, se les pregunta si su pareja hizo algo de lo siguiente:

- Le dio un bofetón o le lanzó algo que la pudo herir.
- La empujó
- La golpeó con el puño o alguna otra cosa que la pudiera lastimar
- La pateó, arrastró o le dio una paliza
- La estranguló o la quemó
- La amenazó con, o usó, una pistola, un cuchillo u otra arma
- La forzó físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad
- La forzó a hacer algo que a ella le pareció degradante o humillante
- La atemorizó con lo que sería capaz de hacer si ella no accediera a tener relaciones sexuales con él

Las mujeres que declaran haber experimentado al menos uno de esos incidentes en los últimos 12 meses se recogen en el numerador.

Aclaración sobre el denominador

El número total de mujeres encuestadas de 15 a 49 años que tiene o ha tenido una pareja íntima.

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador evalúa el progreso hacia la reducción de la proporción de mujeres que han experimentado recientemente violencia por parte de una pareja íntima, como un resultado en sí mismo. Además, el indicador también se podría interpretar como un indicador aproximado sobre la igualdad de género. Un cambio en el nivel de prevalencia de la violencia reciente a lo largo del tiempo indicaría un cambio en el nivel de igualdad de género, que es uno de los factores estructurales que dirige la epidemia del VIH. La igualdad de género tiene una relación clara e inversa con la violencia por parte de la pareja íntima: en los países en los que la VPI es elevada, la igualdad de género, los índices de educación de las mujeres y los derechos y la salud reproductiva de las mujeres son bajos.²⁰

El indicador se centra en la VPI reciente, más que en la VPI que pudiera haber tenido lugar en alguna ocasión, para poder vigilar y evaluar el progreso a lo largo del tiempo. La experiencia de VPI en alguna ocasión mostraría muy pocos cambios a lo largo del tiempo, sin importar cuál es el nivel de programación, dado que el numerador incluiría siempre a las mismas mujeres siempre y cuando estuvieran dentro del marco de edad establecido. Las reducciones sostenidas de la VPI no son posibles si no se llevan a cabo cambios fundamentales en las desigualdades que hay en las normas de género, en las relaciones de género en el hogar y a nivel comunitario, en los derechos legales y tradicionales de las mujeres, en el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a los recursos económicos y sociales; también se deberían realizar cambios en la participación masculina en la salud reproductiva e infantil. Por tanto, los cambios en este indicador de la VPI resultarán en cambios positivos en el estatus y trato de las mujeres en todos los dominios de la sociedad, que a cambio contribuiría de forma directa e indirecta a reducir el riesgo de contracción del VIH.

Incluso tras adherirse a las directrices éticas y de seguridad de la OMS, y de facilitar un entorno propicio para realizar las entrevistas, siempre habrá algunas mujeres que no compartirán esta información. Esto significa que las estimaciones serán más conservadoras que el nivel real de violencia que ha experimentado la población encuestada.

20 Invertir en la igualdad de género para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas. Informe de UNIFEM, Oct. 2010.

OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

La compleja relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH ha sido ilustrada conceptualmente en un estudio detallado sobre el estado actual de pruebas y prácticas a la hora de desarrollar e implementar intervenciones y estrategias para tratar la intersección de la violencia contra las mujeres y el VIH.²¹ Durante más de una década, investigaciones de todo el mundo han documentado el vínculo innegable entre la violencia contra las mujeres y el VIH. Los estudios han demostrado que hay una asociación entre la violencia contra las mujeres y el VIH, dado que los dos son tanto un factor que contribuye a la infección, como una consecuencia de la infección.²² Esta relación se ve a través de una variedad de mecanismos directos e indirectos.²³ Por ejemplo:

- El miedo a la violencia puede frenar a las mujeres a la hora de insistir en el uso del preservativo con una pareja masculina de la que sospechen que puede estar infectada con el VIH.
- El miedo a la VPI puede impedir a las mujeres revelar su estado serológico o buscar tratamiento.²⁴
- La penetración vaginal forzada aumenta el riesgo de transmisión del VIH.
- La violación es una manifestación de la desigualdad de género y puede derivar en la infección por el VIH, aunque esto represente una minoría de los casos.
- La violación y otro tipo de abuso sexual y físico pueden derivar en malestar emocional que se manifiesta en comportamientos sexuales arriesgados, con el resultado de que la persona se infecta por el VIH.

Más información

Invertir en la igualdad de género para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas. Informe de UNIFEM, octubre de 2010, Ginebra: OMS.

Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works?. Ginebra: OMS.

Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. (2009). *Current intervention strategies at the intersection of gender based violence and HIV: a systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). *Gender-based violence and HIV*, borrador de informe final.

Maman S et al. (2000) The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine* 50: 459-478.

21 OMS (2010). *Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works?*. Ginebra: OMS.

22 Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Ginebra, OMS, 2009 (en la publicación: Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). *Violencia por causa de género y VIH*, borrador de informe final.

23 Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*. 50 459-478.

24 Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). *Gender-based violence and HIV*, borrador de informe final.



OBJETIVO 8: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Indicador en proceso de desarrollo: El indicador del estigma para la población general estará listo para el proceso de notificación de 2014.



OBJETIVO 9: ELIMINAR RESTRICCIONES DE VIAJE

Los datos sobre restricciones de viaje son recopilados directamente por la División Legal y de Derechos Humanos de ONUSIDA, por lo que no se necesita notificación de los mismos.



OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

- 10.1 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
- 10.2 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos

Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos (de 10 a 14 años de edad, en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria)

Qué mide

El avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos no huérfanos.

El indicador se divide en dos partes para poder comparar la situación de los huérfanos y de los no huérfanos:

Parte A: tasa actual de asistencia escolar por parte de los huérfanos de 10 a 14 años que están en edad escolar primaria y secundaria.

Parte B: tasa actual de asistencia escolar de los niños de 10 a 14 años en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.

Base lógica

El sida se está cobrando la vida de adultos, precisamente en el periodo de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Con frecuencia, la orfandad trae consigo prejuicios y una mayor pobreza, factores que pueden reducir aún más la probabilidad de que los niños terminen sus estudios y llevarlos a adoptar estrategias de supervivencia que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante vigilar hasta qué punto los programas de apoyo relacionados con el sida garantizan oportunidades educativas para los huérfanos.

Numerador:	Parte A: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela. Parte B: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asisten a la escuela.
Denominador:	Parte A: Número de niños que ha perdido a ambos progenitores. Parte B: Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos.
Cálculo:	Para la parte A y B: Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuesta demográfica (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de Indicadores del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas). Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar, se le pregunta a un miembro de dicho hogar: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar?
Frecuencia de medición:	Preferiblemente: bienal. Mínimo: cada 4 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo

Aclaración sobre el numerador

La definición de edad escolar primaria y secundaria debería ser consistente con la definición de la UNESCO, y como en el presente documento, debería emplearse para calcular otros indicadores de la educación como la tasa neta de asistencia y matriculación en la escuela primaria y en la escuela secundaria. Las poblaciones de edad escolar primaria y secundaria pueden variar ligeramente de un país a otro. Por tanto, este indicador emplea los términos “edad escolar primaria” y “edad escolar secundaria” como se hace en las mediciones internacionales estándares en el momento, como los grandes programas de encuestas tales como la ESD o MICS, para permitir que cada país implemente sus propias escalas para la edad escolar primaria y secundaria. Lo importante es comparar la asistencia escolar actual de los huérfanos y no huérfanos en la escuela primaria y secundaria, más que según edades específicas

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

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

10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses

Qué mide

Los progresos realizados en el suministro de apoyo económico externo a los hogares más pobres afectados por el VIH y el sida.

Base lógica

El apoyo económico (centrado en la asistencia social y en la asistencia al sustento) a los hogares pobres y afectados por el VIH sigue siendo una prioridad en muchos programas integrales de apoyo y atención. Este indicador refleja el creciente compromiso internacional con la protección social relacionada con el VIH. Reconoce que el hogar debería ser la unidad de análisis primaria, puesto que muchos servicios de atención y apoyo están dirigidos al nivel del hogar. Sigue siendo una prioridad de desarrollo el realizar un seguimiento de la cobertura de los hogares con huérfanos y con el quintil más pobre.

Numerador: Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico en los últimos tres meses.

El apoyo económico externo se define como una ayuda económica gratuita (concesiones en efectivo, ayudas económicas para las cuotas escolares, apoyo material para la educación, apoyo para la generación de ingresos en efectivo o en especie, ayuda con respecto a la alimentación dentro del hogar, o apoyo material o económico para encontrar cobijo) que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de base comunitaria. Lo más probable es que esta fuente sea un gobierno nacional u organización de la sociedad civil.

Denominador: Número total de los hogares más pobres.

Los hogares más pobres se definen como aquellos hogares en el quintil de riqueza inferior. Los países deberían usar la definición del indicador y el método de medición exactos para seguir y notificar los progresos estandarizados a nivel nacional e internacional. Esto permitirá el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo, y las comparaciones con otros países diferentes. No obstante, los países pueden añadir o excluir otras categorías a nivel local (por ejemplo, otros quintiles de riqueza) dependiendo de las necesidades nacionales respecto a la planificación e implementación del programa nacional.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas).

Se completa una evaluación de la situación económica del hogar (a través de una evaluación de propiedad de bienes) en la fase de análisis de datos, usando el quintil de riqueza para identificar el 20% de los hogares más pobres. No obstante, ya que no es posible identificar los hogares más pobres mientras se recopilan los datos, se les formularán preguntas a todos los hogares relacionadas con el apoyo económico. Solo aquellos hogares que estén en el quintil de riqueza más bajo se incluirán en este indicador.

Como parte de la encuesta al hogar, se debería usar una lista con todos los miembros que forman parte del hogar en la que también aparecen sus edades. El año anterior de realizar la encuesta hay que identificar a todos los hogares donde hay menores de 18 años y donde hay huérfanos. Después, se les pregunta a cada hogar una serie de cuestiones diferentes sobre los tipos de apoyo económico recibido en los últimos tres meses, y la fuente principal de la ayuda.

Se les pregunta lo siguiente a los cabezas del hogar o a los encuestados sobre el tipo de ayuda externa que han recibido en los últimos tres meses.

¿Ha recibido su hogar una de las siguientes formas de apoyo económico externo durante los últimos tres meses?:

- a) Concesiones en efectivo (p.ej., pensiones, ayuda por discapacidad, ayuda por hijo; este punto ha de adaptarse a cada contexto nacional)
- b) Ayuda económica para las cuotas escolares
- c) Material de ayuda con fines educativos (p.ej., uniformes, libros escolares, etc.)
- d) Ayuda en la generación de ingresos en efectivo o en especie. p.ej, producción agricultora
- e) Ayuda para los alimentos consumidos en casa o en una institución externa (p.ej., un colegio)
- f) Apoyo material o económico destinado al alojamiento
- g) Otro tipo de apoyo económico (especifique)

Se completa una evaluación de la situación de la situación económica del hogar (a través de una evaluación de propiedad de bienes) en la fase de análisis de datos, usando el quintil de riqueza. En este punto será posible determinar hasta qué punto los hogares más pobres reciben ayuda económica externa.

Frecuencia de medición:

Cada 4 o 5 años.

Desglose:

Se recomienda que los indicadores se desglosen por tipo de apoyo económico para poder realizar un seguimiento de los distintos tipos de ayudas económicas brindadas. En especial, podremos distinguir entre el acceso a las ayudas sociales gratuitas, como las transferencias de dinero en efectivo (a menudo dirigidas a los hogares pobres que se ven obligados a trabajar) y las ayudas para el sustento dirigidas a menudo a los hogares pobres, que están menos sujetos al trabajo. También se recomienda que el indicador se desglose según haya huérfanos o no en la casa, puesto que la orfandad sigue siendo un indicador determinante de la vulnerabilidad, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los servicios. Cuando sea posible, los datos también deberían desglosarse según el entorno de residencia: rural o urbano. En los países que opten por emplear recolección de datos en los hogares situados en otros quintiles de riqueza aparte del más bajo, el indicador también se puede comparar con otros quintiles de riqueza para comprobar si el apoyo económico externo llega al quintil más bajo comparado con los quintiles más ricos.

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador refleja nuevas pruebas de la necesidad de centrarse más en las dimensiones de la riqueza de la vulnerabilidad. El hecho de tener este objetivo como la base de la extrema pobreza en contextos de alta prevalencia garantiza una buena cobertura de los hogares pobres afectados por el VIH y el sida.²⁵ Los indicadores aproximados de las afecciones del sida (como las “enfermedades crónicas”) a menudo se han asociado equivocadamente con el VIH, y ahora tienen asociaciones con los resultados adversos en materia de desarrollo. Además son muy difíciles de definir en los cuestionarios sobre los hogares.

OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Este indicador muestra cambios en los niveles del apoyo económico para los hogares más pobres. En los contextos con gran prevalencia, en particular, es probable que la mayoría esté afectada por el VIH. El indicador también demuestra cambios en la composición del apoyo externo (p.ej., dinero en efectivo, alimentos, sustentos) recibido por los hogares pobres.

El indicador no mide el apoyo económico directo que reciben los hogares afectados e infectados por el VIH, que es difícil de establecer durante una encuesta. Por el contrario, sugiere de forma implícita que los hogares que viven en el quintil inferior en contextos con gran prevalencia tendrán más posibilidades de recibir un impacto negativo del VIH y el sida, y de necesitar ayuda económica. Para poder medir de la manera más simple, el indicador no pretende identificar las fuentes de apoyo económico de los hogares, pero este dato debería quedar reflejado parcialmente en la Medición del Gasto Nacional sobre Sida (MEGAS).

La recopilación de los datos a través de encuestas de base demográfica, en especial de ESD y MICS, supone que el indicador no captura el estatus de las personas que viven fuera de hogares, como los niños de la calle, los niños que viven en instituciones y las poblaciones desplazadas. Se necesita realizar encuestas separadas para poder realizar el seguimiento de la cobertura de esta población tan vulnerable.

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

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

25 Las pruebas obtenidas de programas de asistencia social realizados en Malawi y Zambia muestran la eficacia de emplear criterios de vulnerabilidad sin hacer referencia específica al sida, a la hora de centrarse en los niños y en las familias afectadas por el sida. Estos programas se dirigen a la población paupérrima y obligada a trabajar, y al usar estos criterios los investigadores descubrieron que se llegaba al 80% de todos los hogares paupérrimos afectados directamente por el VIH y sida y forzados a trabajar (UNICEF 2007).

Políticas gubernamentales sobre VIH y sida

Cuestionario especial sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013

No es necesario entregar un Instrumento de los Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) en 2013, basta con presentar un breve cuestionario.

Se seguirá entregando el ICPN cada dos años.

En las últimas dos preguntas (número 3 y 4) se pueden resaltar cambios importantes en las políticas sobre la respuesta al sida desde 2012, cuando entregó el último ICPN. La pregunta 3 concierne a las fuentes gubernamentales y la pregunta 4 a las no gubernamentales.

APÉNDICES

- Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados
- Apéndice 2. Matriz de financiación nacional para 2012
- Apéndice 3. Cuestionario especial del 2013 sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida
- Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados
- Apéndice 5. Bibliografía seleccionada
- Apéndice 6. Indicadores de circuncisión masculina

Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados

En 2013, no es obligatorio presentar informes descriptivos de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida.

Apéndice 2. Matriz de financiación nacional para 2013

Portada

Proporcione la siguiente información al presentar la Matriz de Financiación Nacional completada.

País:

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

Nombre: _____

Cargo: _____

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

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Periodo cubierto para 2010: año calendario _____ o año fiscal _____

Periodo cubierto para 2011: año calendario _____ o año fiscal _____

Periodo cubierto para 2012: año calendario _____ o año fiscal _____

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

Divisa local:

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el periodo cubierto para:

2010: _____ / 2011: _____ / 2012: _____

Metodología:

(Confirme qué metodología [Medición del Gasto Nacional en sida (MEGAS), Cuentas nacionales de salud o Encuestas de flujos de recursos] proporcionó los datos para la Matriz de Financiación Nacional. Asimismo, informe sobre cómo y dónde se puede acceder al informe completo a partir del cual se aplicó la metodología para obtener los datos.)

Gastos no contabilizados:

(Especifique si hubo gastos relacionados con las actividades de algunas de las categorías o subcategorías de gastos relativos al sida que no se incluyen en la Matriz de Financiación Nacional, y explique por qué no se han incluido.)

Los países que enviaron datos para 2010 en su último informe (Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en 2012) no necesitan incluir de nuevo los datos de 2010, a no ser que en el último informe faltaran datos, estuvieran incompletos o haya habido cambios al disponer de más información. En este caso, sustituiremos los datos del envío previo (2012) con los nuevos (2013).

2010: _____

2011: _____

2012: _____

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

2010: ____ Sí ____ No / 2011: ____ Sí ____ No / 2012: ____ Sí ____ No

Matriz de Financiación Nacional sobre los gastos relativos al sida – 2013

Antecedentes

El indicador de gasto relativo al sida se emplea para medir el sexto objetivo de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: “Alcanzar un nivel significativo de gasto por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios”. El gasto relativo al sida se ha de notificar completando la Matriz de Financiación Nacional: gasto relativo al sida por categoría y por fuente de financiación. La matriz es una hoja de cálculo que permite que los países registren sus gastos relativos al sida dentro de ocho categorías de tres fuentes de financiación. Este indicador proporciona información fundamental, útil tanto para el nivel nacional como mundial, de la respuesta al sida. La matriz ha sido diseñada para que resulte compatible con los diferentes sistemas de recopilación y seguimiento de datos, p. ej., Medición del Gasto Nacional en sida (MEGAS), Cuentas nacionales de salud y Encuestas de flujos de recursos, de modo que se transfiera la información de dichos instrumentos a la presente matriz. Para los países que utilicen el instrumento MEGAS, la matriz es uno de los productos de este instrumento. (Se insta a los países interesados en aplicar la MEGAS a que se pongan en contacto con ONUSIDA para solicitar información adicional sobre este instrumento).

Estructura de la matriz

La Matriz de Financiación Nacional tiene dos componentes básicos:

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

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

Cada categoría de gasto incluye varias subcategorías. Entre las ocho categorías de gasto hay un total de 91 subcategorías. Es importante señalar que todas las categorías y subcategorías son específicas para el sida; por ejemplo, los gastos enumerados en entorno favorable y desarrollo de la comunidad deben ser sólo aquellos atribuibles directamente a la respuesta al sida.

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

- Hay tres grupos principales de fuentes de financiación: públicas nacionales, privadas internacionales y nacionales (optativo para la preparación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida).

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

Instrucciones

- La Autoridad/Comité Nacional del Sida o equivalente debe designar un coordinador técnico para gestionar la obtención y aportación de datos válidos para la Matriz de Financiación Nacional. Se recomienda que dicho coordinador posea conocimientos apropiados de los instrumentos y metodologías que actualmente se usan

en el país para la recopilación de este tipo de datos financieros (p. ej., Medición del Gasto Nacional en Sida, Cuentas nacionales de salud y Encuestas de flujos de recursos). Además, se insta al coordinador a que se ponga en contacto con otras personas de los puntos de seguimiento de los recursos nacionales, como los funcionarios del Ministerio de Salud que han participado en la elaboración de informes sobre los gastos relativos al VIH. El propósito de esta participación es lograr un acuerdo en cuanto a la estimación nacional de los desembolsos relativos al VIH y evitar la duplicación de iniciativas.

- Se insta a los países a que incorporen todos los detalles posibles en la Matriz de Financiación Nacional, incluidos todos los desgloses pertinentes por categorías y subcategorías de gasto relativo al sida y fuente de financiación. Todas las categorías y subcategorías que no sean aplicables a un país deben identificarse claramente; las explicaciones de las categorías y subcategorías que no incluyan estimaciones por ninguna otra razón deben aportarse a la matriz como parte de la portada.
- Los datos financieros de la matriz deben ser los gastos reales. No deben incluir partidas del presupuesto que no se hayan validado como gastos reales ni se deben hacer constar sumas correspondientes a compromisos u obligaciones. Los gastos reales deben corresponder al(los) año(s) calendario(s) o fiscal(es) de 2010, 2011 y/o 2012 (como corresponda).
- El total del apartado de cada línea debe incluir la financiación de todas las fuentes enumeradas para dicho apartado. Además, se consignará un subtotal para cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida, que reflejará la financiación total correspondiente a todas las fuentes de todas las subcategorías de determinada categoría.
- Las cantidades de cada categoría o subcategoría deben consignarse en la divisa local. Sin embargo, también es importante hacer constar la tasa promedio de cambio en relación con el dólar estadounidense correspondiente al año calendario o fiscal del periodo de información cubierto; véase la portada de la Matriz de Financiación Nacional en la página 104.
- Las categorías y subcategorías de gasto están diseñadas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “Otros/sin clasificar” que aparece en cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida. (La descripción detallada de las categorías y subcategorías está disponible en la publicación de ONUSIDA *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definition*. Véase la referencia más abajo).
- Los gastos se computarán exclusivamente en una sola categoría o subcategoría; nunca deben contarse dos veces. Por ejemplo, los gastos en actividades para los huérfanos y niños vulnerables no se deben volver a computar en protección social y servicios sociales.
- Las categorías y subcategorías correspondientes a las fuentes de financiación están concebidas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “otros” que aparece tanto en las fuentes públicas como en las internacionales. Tenga en cuenta que la lista de categorías y subcategorías de fuentes de financiación no es exhaustiva; sin embargo, menciona las principales fuentes de financiación.
- La financiación en las subcategorías central/nacional y subnacional de las fuentes públicas sólo debe incluir los ingresos generados por el gobierno y destinados a la respuesta al sida. No debe figurar la asistencia para el desarrollo de ningún tipo proveniente de fuentes internacionales; la única excepción posible sería el apoyo presupuestario de organizaciones donantes que no puede diferenciarse de los ingresos nacionales. Si la cifra total de apoyo al presupuesto puede identificarse, debe figurar en la subcategoría de fuentes internacionales (p. ej., bilaterales). Si algún tipo de ayuda presupuestaria se incluye en las subcategorías central/nacional y/o subnacional, debe indicarse en la portada (véase más arriba).
- La financiación procedente de un banco de desarrollo debe hacerse constar tanto como “reembolsable” (p. ej., préstamos), que aparece en fuentes públicas, o “no reembolsable” (p. ej., subvenciones) que aparece en fuentes internacionales. Los países que reciben préstamos y subvenciones de los bancos de desarrollo deben tener cuidado de asignar dichos fondos a las categorías correctas.
- La financiación aportada por donantes bilaterales individuales no debe desglosarse por organismo donante en la matriz de financiación.
- Los fondos aportados por las fundaciones internacionales deben figurar en la subcategoría “Todas las otras” de la categoría internacional. Los fondos recibidos de fundaciones locales deben figurar en la subcategoría “Todas las otras” de la categoría fuentes de financiación públicas.

APPENDIX 2

- Es optativo dar información sobre la financiación procedente de fuentes privadas. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a los países que recopilen los datos disponibles en este ámbito, e informen sobre ellos, para ofrecer un panorama más completo de los fondos disponibles para la respuesta al sida.
- Las poblaciones clave en alto riesgo: todos los programas dirigidos a la población más expuesta, incluidas las actividades de reducción del riesgo o de alcance (también entre pares), las pruebas y asesoramiento confidencial relacionados al VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluidos el uso de condones, la prevención y el tratamiento de las ITS), y todos los programas dirigidos al desarrollo y adquisición de habilidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por el VIH debería clasificarse en la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.08 Programas de prevención para los profesionales del sexo y sus clientes; ASC.01.09, Programas para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o ASC.01.10 Programas de reducción del daño para los usuarios de drogas inyectables.*
- Todos los programas dirigidos a otras poblaciones específicas (p.ej., grupos indígenas, poblaciones migrantes/móviles, los militares, la policía y otros servicios de uniforme, etc.), incluidas las actividades de reducción del riesgo, de difusión (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluyendo preservativos, prevención y tratamiento de las ITS) y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.04 Programas de reducción del riesgo para las poblaciones vulnerables y accesibles.*
- Programas dirigidos a la población general: todos los programas dirigidos a la población general, incluidas las actividades de reducción del riesgo, de difusión (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluyendo preservativos, prevención y tratamiento de las ITS) y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.01 Comunicación para el cambio social y de comportamiento, ASC.01.02 Movilización comunitaria, ASC.01.03 Pruebas y asesoramiento relativos al VIH, ASC.01.12 Publicidad social de los preservativos, ASC.01.13 Sector público y comercial, provisión de preservativos masculinos y ASC.01.14 Sector público y comercial, provisión de preservativos femeninos.*
- Incentivos para los recursos humanos: estos gastos están dirigidos a garantizar la disponibilidad de los recursos humanos para la respuesta al sida. Los incentivos para los recursos humanos se refieren a la formación, retención, empleo y reconocimiento de la actuación de calidad de los trabajadores del sector sanitario y los administradores del trabajo en el sector del VIH. Por tanto, solo tienen como objetivo incluir incentivos adicionales para este propósito. El costo directo asociado con los recursos humanos se incluye en los costes de otras categorías de gasto. Por ejemplo, los recursos humanos se cuentan dentro de los costes unitarios de intervenciones de prevención y tratamiento—*ASC.01 Prevención y ASC.02 Cuidado y tratamiento*—y, cuando se refiera a los recursos humanos requeridos fuera del punto de entrega de servicios, se incluirá en el coste del programa también -*ASC.04 (Gestión del Programa)*. Por tanto, el salario de un doctor debería contarse en las intervenciones programáticas donde este doctor interviene de manera directa. Solo los incentivos monetarios adicionales al doctor, para que trabaje en una zona geográfica específica o para que trabaje sobre el VIH, se clasificarían bajo la categoría *ASC.05 Incentivos para los Recursos Humanos*. Los incentivos para los recursos humanos se refieren principalmente a las enfermeras y a los doctores.
- En la columna de fuentes privadas correspondiente a empresas, deben figurar los fondos desembolsados en el país por las diversas empresas en las distintas categorías y subcategorías de gasto relativo al sida; la columna adyacente, “Consumidor/desembolsos directos”, debe incluir los fondos desembolsados por personas y/o familias en las categorías y subcategorías de gasto relativo al sida. (Nota: es probable que la mayor parte de las entradas de esta última columna figure en las categorías y subcategorías de atención y tratamiento y prevención).
- Si un país dispone de un programa de Cuentas Nacionales de Salud, debe implementar la MEGAS-NHA Crosswalk, a la hora de rellenar la Matriz de Financiación con los resultados del NHA-sida. El documento Vinculando los conceptos y mecánicas del MEGAS y NHA es una guía completa que muestra cómo hacer coincidir las categorías de gasto de las cuentas de NHA-sida con la Matriz de Financiación Nacional. Los países

pueden ponerse en contacto con el oficial de seguimiento y evaluación de la oficina de ONUSIDA de su país o con el Equipo de seguimiento y análisis de la respuesta en la sede de ONUSIDA en Ginebra.

- Si un país trabaja a partir de una Encuesta de flujo de recursos, tal vez pueda vincular los subtotales de la encuesta con las ocho categorías de gasto relativo al sida de la Matriz de Financiación Nacional.
- Las versiones electrónicas de *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessment and the National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*, Definiciones pueden descargarse de la siguiente página del sitio web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/> También puede descargarse una versión electrónica de la Matriz de Financiación Nacional en formato Excel del mismo sitio web.
- La Secretaría de ONUSIDA recomienda encarecidamente que la CNS, o equivalente, organice un taller de un día de duración con las partes interesadas pertinentes para revisar la Matriz de Financiación Nacional antes de enviarla como parte del proceso de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Entre las partes interesadas pertinentes se incluirán a los ministerios y departamentos gubernamentales federales y provinciales/regionales/estatales, las organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, los órganos multilaterales, los donantes bilaterales, las fundaciones y entidades del sector comercial, así como los representantes de otras iniciativas pertinentes de seguimiento de recursos.

La Matriz de Financiación Nacional está disponible en el sitio web destinado la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida: (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Una vez completada la Matriz de Financiación Nacional, ha de enviarse a través de la herramienta de notificación en línea relativa a los avances en la respuesta al sida.

Si no cuentan con acceso dicha herramienta de preparación de informes en línea, envíen la Matriz de Financiación Nacional por correo electrónico a ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org).

Categorías de gasto relativo al sida	TOTAL (Divisa local)	Público (subtotal)	Central / Nacional	Subnacional	Banco de desarrollo Rembolvable (p. ej. Préstamos)	Seguridad social	Público - otro tipo	Internacional Subtotal	Bilateral	Organos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo no reembolsable (p. ej. subvenciones)	Multilateral - otro	Internacional - otro	Privado Subtotal	Instituciones/empresas con ánimo de lucro	Fondos nacionales	Privado - otro
1. Prevención (subtotal)																		
1.01 Comunicación para el cambio social y comportamental																		
1.02 Movilización de la comunidad																		
1.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)																		
1.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles																		
1.05 Prevención de jóvenes escolarizados																		
1.06 Prevención de jóvenes no escolarizados																		
1.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV																		
1.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes																		
1.09 Programas de prevención para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres																		
1.10 Programa de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables																		
1.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo																		
1.12 Comercialización social de preservativos																		
1.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial																		
1.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial																		
1.15 Microbicides																		
1.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS																		
1.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil																		
1.18 Circuncisión masculina																		
1.19 Seguridad hematológica																		
1.20 Inyecciones médicas seguras																		
1.21 Precauciones universales																		
1.22 Profilaxis posterior a la exposición																		
1.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención																		
1.99 Actividades de prevención sin clasificar en otras categorías																		
2. Atención y tratamiento (subtotal)																		
2.01 Atención ambulatoria (subtotal)																		
2.01.01 Asesoramiento y pruebas inducidas por el proveedor																		
2.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas																		
2.01.03 Terapia antirretrovírica																		
2.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica																		
2.01.05 Vigilancia específica de laboratorio del VIH																		
2.01.06 Programas de atención odontológica para PVV																		
2.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo																		
2.01.08 Atención paliativa ambulatoria																		
2.01.09 Atención domiciliaria																		
2.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales																		
2.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención																		
2.01.99 Servicios de atención ambulatoria sin clasificar en otras categorías																		
2.02 Atención hospitalaria (subtotal)																		
2.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas																		
2.02.02 Atención paliativa hospitalaria																		
2.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención																		
2.02.99 Servicios hospitalarios sin clasificar en otras categorías																		
2.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia																		

Apéndice 3. Cuestionario especial sobre la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013

No se necesita entregar un Instrumento de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) en 2013, solo se pide rellenar este breve cuestionario.

En las dos últimas preguntas (número 3 y 4) se pueden señalar los cambios que han tenido lugar en las políticas clave relacionadas con la respuesta al sida desde principios de 2012, cuando presentó el último ICPN. La pregunta número 3 concierne a las fuentes gubernamentales, y la pregunta número 4 concierne a las fuentes no gubernamentales.

PARTE A: FUENTES GUBERNAMENTALES

1) ¿Ha realizado estimaciones del tamaño de las poblaciones clave?

Población clave	Estimación del tamaño de la población realizada (sí/no)	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo tuvo lugar la última estimación? (año)	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue el número estimado?
a) Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres			
b) Personas que hacen uso de drogas inyectables			
c) Profesionales del sexo			
d) Otras poblaciones clave; especifique cuáles en la caja destinada a comentarios.			
e) Comentarios:			

2) ¿Hay centros de atención que facilitan servicios para el VIH incorporados a otros servicios sanitarios?

Área	Muchos	Pocos	Ninguno
a) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para la salud sexual y reproductiva			
b) Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis			
c) Asesoramiento y pruebas del VIH y atención extrahospitalaria general			
d) Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no transmisibles			
e) Tratamiento antirretrovírico y tuberculosis			
f) Tratamiento antirretrovírico y atención extrahospitalaria general			
g) Tratamiento antirretrovírico y enfermedades crónicas no transmisibles			
h) PTMI y servicios de atención prenatal/ servicios para la salud materna e infantil			
i) Otros comentarios relacionados con la integración del VIH:			

3) ¿Ha habido algún cambio en las políticas clave relacionadas con la respuesta al sida desde principios de 2012, cuando presentó su último ICPN (Instrumento de los Compromisos y las Políticas Nacionales)? Si la respuesta es afirmativa, señale dichos cambios aquí. (Fuentes gubernamentales)

PARTE B: Fuentes no gubernamentales; por ejemplo: la sociedad civil, representantes del sector privado, organismos bilaterales, organismos multilaterales.

4) ¿Ha habido algún cambio en las políticas clave relacionadas con la respuesta al sida desde principios de 2012, cuando presentó su último ICPN (Instrumento de los Compromisos y las Políticas Nacionales)? Si la respuesta es afirmativa, señale dichos cambios aquí. (Fuentes gubernamentales)

Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados

- Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos la secuencia temporal e hitos, y las funciones de los CNS, los órganos gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados pertinentes.
- Se ha garantizado la financiación para todos los aspectos de la presentación del informe.
- Se ha establecido el proceso de compilación, investigación y análisis de datos, incluidos:
 - La identificación de los instrumentos y fuentes pertinentes para la recopilación de los datos relativos a cada indicador.
 - El calendario de recopilación de datos acorde con otros esfuerzos de obtención de datos, incluidos aquellos que proceden de órganos de financiación tales como el Fondo Mundial, PEPFAR y los organismos de las Naciones Unidas.
 - El calendario de notificación de los indicadores basados en los centros, para agregarlos a nivel nacional.
 - Examen de datos y talleres de triangulación para llegar a un consenso sobre el valor correcto para cada indicador.
- Se han establecido los protocolos para el procesamiento y gestión de los datos, incluidos:
 - El cribado y validación de los datos básicos.
 - Una base de datos a efectos de análisis e información.
- Se han analizado los datos relevantes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- Se han introducido los datos de los indicadores en la herramienta de notificación recomendada.
- Se ha llegado a un consenso con las partes interesadas, incluidos los órganos gubernamentales y la sociedad civil, sobre el informe final que se presentará.
- Se ha enviado el informe y los formularios de datos requeridos a ONUSIDA en Ginebra (AIDSreporting@un aids.org) antes del 31 de marzo de 2013
- Se ha establecido un punto focal en el país para entablar comunicaciones con la Secretaría de ONUSIDA en caso de que haya preguntas relacionadas con el informe y/o los datos presentados.

Apéndice 5. Bibliografía seleccionada

- ONUSIDA (2010) 12 Components M&E System Assessment – Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) 12 Components M&E System Strengthening Tool. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2011) AIDS at 30: Nations at the Crossroads. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2011) Glossary of M&E Terminology. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Guidance HIV M&E Capacity-building. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Indicator Standards and Assessment Tool. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2008) Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2011) Securing the future today – Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People. Ginebra, ONUSIDA
- ONUSIDA (2010) Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2009). Directrices del UNGASS para el desarrollo de indicadores básicos. Ginebra: ONUSIDA.
- OMS (2010) Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Ginebra; ONUSIDA
- UNICEF (2011). El Estado Mundial de la Infancia. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF (2009) Country-led Monitoring and Evaluation Systems. Nueva York: UNICEF.

Apéndice 6. Indicadores de la circuncisión masculina

Solo se piden estos dos indicadores a los 16 países con mayor prevalencia del VIH, con bajos niveles de circuncisión masculina y con epidemias heterosexuales generalizadas. Estos son: Botswana, Etiopía, República Centroafricana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

1.22 Proporción de hombres circuncidados

Porcentaje de varones de 15 a 49 años circuncidados

Qué mide

Los progresos alcanzados hacia el logro de una mayor cobertura de la circuncisión masculina.

Base lógica

Hay muchas pruebas que sugieren que la circuncisión masculina reduce en los hombres en un 60% el riesgo de contracción del VIH mediante prácticas heterosexuales. Tres ensayos controlados aleatorios mostraron que las circuncisiones masculinas llevadas a cabo en entornos bien equipados por profesionales sanitarios bien formados son seguras y pueden reducir el riesgo de contracción del VIH. Las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA resaltan que la circuncisión masculina ha de considerarse una intervención eficaz para prevenir el VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, alta prevalencia del VIH y bajos niveles de prevalencia de la circuncisión masculina.

Numerador:	Número de varones entrevistados con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que afirman estar circuncidados.
Denominador:	Número total de varones entrevistados de 15 a 49 años
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (EDS, EIS, MICS u otra encuesta representativa)
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad 15-19, 20-24 y 25-49 años• Fuente/persona que realiza la circuncisión: sistema sanitario formal o tradicional

Puntos fuertes y puntos débiles

Los cambios en los índices de circuncisión masculina no tienen por qué ser resultado directo de un programa. Por ejemplo, un cambio en las normas sociales no debido a un programa puede derivar en una variación en los niveles de circuncisión masculina. Este indicador mide el cambio total en la población, sea cual sea la razón (o las razones).

Es posible que las encuestas de base demográfica (como la EDS) no midan exactamente el verdadero estado de la circuncisión masculina debido a una falta de conocimiento sobre la circuncisión masculina, la confusión sobre el prestigio social de la circuncisión, o por un deseo social percibido del prestigio de la circuncisión. Se pueden emplear otros enfoques para determinar cuál es la percepción social de la circuncisión, como imágenes o dibujos (quizá los dibujos son más adecuados a la cultura), objetos o incluso directamente un examen médico. Para ver el impacto potencial de los cambios en los índices de circuncisión masculina sobre la incidencia de VIH es necesario tener un conocimiento preciso sobre la percepción social de la circuncisión a lo largo del tiempo.

Más información

Si desea obtener más información sobre circuncisión masculina, consulte:

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Número de circuncisiones masculinas

Número de hombres circuncidados conforme a estándares nacionales durante los últimos 12 meses

Qué mide

Los progresos logrados en mejorar los servicios de circuncisión masculina.

Base lógica

Hay muchas pruebas que sugieren que la circuncisión masculina reduce en los hombres en un 60% el riesgo de contracción del VIH mediante prácticas heterosexuales. Tres ensayos controlados aleatorios mostraron que las circuncisiones masculinas llevadas a cabo en entornos bien equipados por profesionales sanitarios bien formados son seguras y pueden reducir el riesgo de contracción del VIH. Las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA resaltan que la circuncisión masculina ha de considerarse una intervención eficaz para prevenir el VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, alta prevalencia del VIH y bajos niveles de prevalencia de la circuncisión masculina.

Numerador:	Número de varones circuncidados durante los últimos 12 meses conforme a los estándares nacionales
Denominador:	No corresponde
Método de medición:	Historiales del centro sanitario y formularios de registro
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25- 49, y 50+ años

Puntos fuertes y puntos débiles

El número total de circuncisiones masculinas llevadas a cabo indica o un cambio en el suministro de servicios o una variación en la demanda. Si se comparan los resultados con valores anteriores se aprecia dónde los servicios de circuncisión han sido instituidos recientemente o dónde ha cambiado el volumen de circuncisiones masculinas.

Se recomiendan los siguientes desgloses a nivel nacional:

- i) Seropositivo por prueba(s) en el centro; paciente VIH negativo indicado en prueba(s) en el centro; estado serológico respecto al VIH indeterminado en prueba(s) en el centro;
- ii) Tipo de centro sanitario y ubicación
- iii) Perfil del facilitador

Cuando el número de circuncisiones masculinas se desglosa por estado serológico respecto al VIH y por edad, será posible determinar el impacto de los programas de circuncisión masculina en la incidencia mediante modelos. Si un país ha dado prioridad a ciertos grupos de edad este desglose ayudará a determinar si las estrategias de comunicación dirigidas a un grupo concreto son efectivas y están creando demanda. Además, si hay datos por tipo y ubicación de centros sanitarios donde se llevaron a cabo circuncisiones, entonces se pueden evaluar las necesidades de distribución de recursos. Por último, al desglosar estos datos por perfil del facilitador sanitario, se podrá observar si los esfuerzos de diversificación de tareas tienen éxito y se puede determinar la distribución de recursos.

Algunos programas trabajarán mano a mano con servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas del VIH para facilitar pruebas del VIH. Puede que un paciente que desee una circuncisión masculina se haya sometido a pruebas del VIH recientemente, en cuyo caso sería innecesario practicar una prueba en el centro. En estos casos, se puede pedir un “resultado verificado” por escrito en el centro para verificar el estado virológico del paciente. No hay ningún periodo de tiempo estipulado para realizar una prueba antes de la circuncisión, pero se recomienda que sea unos

tres meses (el fin de la prueba no es identificar a cada persona infectada, sino facilitar pruebas del VIH a los hombres que busquen atención sanitaria e identificar a los hombres seropositivos que, en caso de que decidan someterse a una circuncisión, estén en alto riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas; p.ej, hombres con infecciones crónicas y con bajos índices de CD4).

Más información

Si desea obtener más información sobre los indicadores de circuncisión masculina, consulte

OMS, ONUSIDA (2009). *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

PARTE 2

GUÍA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA SALUD A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

Siglas

ARV	antirretrovírico
AU	acceso universal
GARPR	Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (del inglés <i>Global AIDS Response Progress Reporting</i>)
ITS	infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del Sida
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
TAR	tratamiento antirretrovírico
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	121
Introducción	121
Descripción de los indicadores de esta guía	122
Apoyo técnico e información de contacto para preguntas	123
Agradecimientos	123
II. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES	124
Lista de los indicadores	129
Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015	129
<i>Pruebas de detección del VIH y orientación</i>	129
1.16 Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres mayores de 15 años	129
<i>Infecciones de transmisión sexual</i>	
1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS)	130
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	141
2.6 Consumidores de opiáceos	141
2.7 Centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos	141
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida	144
3.4 Porcentaje de embarazadas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio (<72 horas), incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH	144
3.5 Porcentaje de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal cuyo compañero se hizo la prueba del VIH en los últimos 12 meses	147
3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH cuya idoneidad para el tratamiento antirretrovírico se determinó mediante estadificación clínica o análisis de CD4	147
3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres con VIH que reciben tratamiento profiláctico con antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil en las primeras 6 semanas	150
3.8 Porcentaje de lactantes nacidos de madres con VIH a los que se suministran antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna	152
3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres con VIH a los que se suministró profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento	154

3.10 Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución, alimentación mixta u otras) en los lactantes menores de 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de la vacunación con DPT3	156
3.11 Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	159
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para el 2015	160
4.1 Tratamiento de la infección por el VIH: terapia con antirretrovíricos	160
4.2b Tratamiento de la infección por el VIH: retención de 24 meses	161
4.2c Tratamiento de la infección por el VIH: retención de 60 meses	161
4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico	163
4.4 Desabastecimiento de antirretrovíricos	166
4.5 Diagnóstico tardío de la infección por el VIH	168
4.6 Atención de la infección por el VIH	168
Número de adultos recién incluidos en la terapia previa al tratamiento antirretrovírico durante el período de notificación (2012)	168
Número de adultos recién incluidos en la atención de la infección del VIH (terapia previa al TAR o TAR) durante el período de notificación (2012)	170
Objetivo 5. Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas con VIH para el 2015	172
5.2 Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR a las personas infectadas por el VIH y que cuentan con prácticas de eficacia comprobada para el control de infecciones, incluida la tuberculosis	172
5.3 Porcentaje de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	173
5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta	175
Preguntas de política, preguntas pertinentes para los 10 objetivos	177
P.1b Preguntas de política de la OMS	177

I. INTRODUCCIÓN

A medida que los países amplían sus programas nacionales de lucha contra el VIH/sida para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con esta infección, cada vez es más importante fortalecer la información estratégica sobre la epidemia y las respuestas nacionales a fin de fundamentar las políticas y los programas, mejorar la eficacia de las intervenciones y promover la rendición de cuentas.

En el plano internacional, desde la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2006 la OMS está comprometida a vigilar y notificar anualmente los avances mundiales en relación con las respuestas del sector de la salud de los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con la infección por el VIH.¹ La OMS colabora con el UNICEF y el ONUSIDA para armonizar la vigilancia y la notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por VIH/sida a fin de lograr el acceso universal a escala mundial. Este trabajo conjunto de los asociados de las Naciones Unidas tiene por objeto armonizar la recogida de datos y minimizar la carga que supone la notificación para los países.

Con el fin de recopilar datos de los países, la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF han concebido una herramienta conjunta de notificación en línea que puede consultarse, junto con orientación sobre los indicadores del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (GARPR, por su sigla en inglés) y los indicadores del sector de la salud para el acceso universal, en el sitio www.unaids.org/AIDSReporting.

En esta parte de la Guía se explican con detalle los indicadores del sector de la salud que no se describen en el Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida. También puede utilizarse, junto con otros datos, para vigilar la respuesta del sector de la salud a escala nacional, a fin de examinar los avances. En resumen:

- **Notificación mundial:** Esta parte de la guía complementa el *Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida 2013: Directrices. Desarrollo de Indicadores Básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011*. El proceso general de presentación de informes de país recomendado se describe en detalle en las directrices mencionadas.² La finalidad de este apartado es apoyar y facilitar la recopilación de datos mediante la herramienta conjunta de notificación en línea; se centra principalmente en los indicadores que se agregaron a la notificación del sector de la salud correspondiente al 2013 y que no forman parte de los indicadores del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida. La herramienta electrónica de recopilación de datos, distribuida a todos los países, es el instrumento principal que permite la notificación mundial anual sobre los progresos realizados por el sector de la salud para lograr el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH.
- **Vigilancia a escala nacional:** Esta guía también puede utilizarse para la vigilancia a escala nacional de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida, ya que puede adaptarse a la situación de la epidemia cada país. Por ejemplo, los países deben elegir indicadores que permitan el seguimiento de sus propios objetivos establecidos a nivel nacional. Asimismo, pueden añadir o eliminar algunos indicadores, en función de la importancia de las áreas de intervención para la epidemia nacional.

¹ VIH/SIDA. Contribución de la OMS al acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención contra el VIH/SIDA. Informe de la Secretaría. Ginebra, OMS, 2006.
² Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH/SIDA, Nueva York, Naciones Unidas, 2006.

Descripción de los indicadores de esta guía

La descripción de los indicadores sigue este formato:

El número de indicador corresponde a su número en la herramienta de notificación del acceso universal (GARPR/UA) del 2013

Número utilizado en la herramienta del año pasado

X. TÍTULO DEL INDICADOR (# y.y)	
Fundamento	¿Por qué es importante este indicador?
Lo que mide	Los aspectos que evalúa el indicador
Numerador	Definición del numerador
Denominador	Definición del denominador (deben especificarse las fuentes de información: en el caso de algunos indicadores, solo es posible o necesario proporcionar cálculos)
Método y herramientas de medición	¿Qué se incluye en el numerador y el denominador? Método de medición Herramientas empleadas en la medición
Desglose	Se recomienda el desglose de datos Incluso si la herramienta de notificación no incluye el desglose, se recomienda recopilar datos desglosados para la vigilancia y la notificación nacionales, según corresponda
Puntos fuertes y débiles	Descripción de los aspectos positivos y negativos del indicador
Otras consideraciones	Otros elementos que deseen consignar los países
Utilización de los datos	La forma de aplicar el indicador y algunas implicaciones
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Información complementaria sobre los aspectos que deben considerarse cuando se rellena la herramienta de notificación. Incluye los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Notificación duplicada</i>: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la posible duplicación de las notificaciones. • <i>Representatividad nacional</i>: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la representatividad nacional del valor notificado. • <i>Cuestiones relacionadas con el denominador</i>: Aspectos que deben observarse acerca del denominador. • <i>Opciones de triangulación</i>: Otras fuentes de datos que pueden examinarse para evaluar la validez del valor del indicador.
Otras referencias	Las referencias relacionadas con el indicador, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - <i>PTMI</i>: Indicador de la guía actualizada para los programas nacionales de seguimiento y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (2011). - <i>VIH y tuberculosis</i>: Indicadores de la guía actualizada de seguimiento y evaluación de las actividades de colaboración relacionadas con la infección por el VIH y la tuberculosis (2009). - <i>Consumidores de drogas inyectables</i>: Guía técnica para el establecimiento de las metas de los países en materia de acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los consumidores de drogas inyectables (2009).

Apoyo técnico e información de contacto para preguntas

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA tienen el compromiso de prestar apoyo a los países para mejorar sus sistemas de información estratégica. Este apoyo incluye, pero no está limitado al examen de los sistemas de seguimiento y evaluación del sector de la salud; calidad de los datos y validación; evaluación de las repercusiones; vigilancia; investigación operativa y formación en diversos aspectos de la información estratégica.

No dude en comunicarse con la OMS (hivstrategicinfo@who.int) si tiene alguna pregunta o solicitud, o bien, comentarios o sugerencias para mejorar el presente documento.

Agradecimientos

La OMS y el UNICEF quisieran agradecer en particular al personal de los ministerios gubernamentales de todos los niveles que recopila, valida y suministra la información todos los años.

Expresan su agradecimiento al personal de la OMS, del UNICEF y del ONUSIDA que trabaja en los niveles nacional y regional para facilitar la transferencia y la notificación de los datos.

Agradecen asimismo a MACRO-DHS su colaboración para facilitar los últimos resultados de las Encuestas de Demografía y Salud.

GARPR	AU 2013
	X
X	
X	
	XX
	XX
X	X
X	X
	X
	X
X	X
X	X
X	X
	X
X	X
X	X
X	X
	X

Infecciones de transmisión sexual

1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

- Porcentaje de mujeres con acceso a los servicios de atención prenatal sometidas a pruebas de detección de la sífilis en la primera consulta
- Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis
- Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento
- Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa
- Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con sífilis activa
- Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente) durante el período de notificación (por probarse sobre el terreno en la OPS y EMRO)
- Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) durante el período de notificación (por probarse sobre el terreno en la OPS y EMRO)
- Número notificado de hombres con gonorrea durante el período de notificación (se someterá a prueba sobre el terreno en la OPS y EMRO)
- Número notificado de hombres con exudado uretral durante el período de notificación (se someterá a prueba sobre el terreno en la OPS y EMRO)
- Número notificado de adultos con enfermedad de úlcera genital durante el período de notificación (se someterá a prueba sobre el terreno en la OPS y EMRO)

Circuncisión masculina

1.22 Prevalencia de la circuncisión masculina

1.23 Número de hombres circuncidados por año

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015

- 2.1 Personas que se inyectan drogas: número de agujas por cada persona que se inyecta drogas
- 2.2 Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo
- 2.3 Personas que se inyectan drogas: prácticas seguras de inyección
- 2.4 Personas que se inyectan drogas: prueba de detección del VIH
- 2.5 Personas que se inyectan drogas: prevalencia de la infección por el VIH
- 2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos
- 2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos

Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

- 3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil
- 3.2 Diagnóstico temprano de los lactantes
- 3.3 Tasa de transmisión maternoinfantil (modelada)
- 3.4 Porcentaje de embarazadas que conocen su estado con respecto al VIH

GARPR	AU 2013
X	
X	X
X	
X	
X	

6.1 Gasto en sida: gasto nacional e internacional en sida por categorías y fuentes de financiación

Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades en materia de género

7.1 Prevalencia de la violencia infligida por el compañero íntimo reciente (VPI) (anteriormente 7.2)

Objetivo 8. Eliminación del estigma y la discriminación

Creación de indicadores, se prevé que el indicador del estigma para la población general estará listo para la notificación del 2014

Objetivo 9. Eliminar las restricciones a los viajes

Datos de restricción de viajes recopilados por la División Jurídica y de Derechos Humanos de la sede del ONUSIDA, no se necesitan datos recabados

Objetivo 10. Fortalecimiento de la integración de las actividades relacionadas con el VIH

10.1 Asistencia a la escuela de huérfanos y no huérfanos (anteriormente 7.3)

10.2 Apoyo económico para los hogares que cumplen los requisitos (anteriormente 7.4)

Preguntas de política, pertinentes para los 10 objetivos

P.1 Cuestionario especial GARPR del 2013

P.1b Preguntas de política de la OMS (anteriormente 7.1b)

Nota sobre la definición de establecimiento de salud

Una pregunta frecuente es cómo se define un **establecimiento de salud**. A efectos de este mecanismo de notificación, se excluyen los establecimientos de salud que prestan atención especializada y que nunca prestarían algún servicio de atención de la infección por el VIH (por ejemplo, un consultorio oftalmológico). Si encuentra dificultades en la definición de lo que se considera un establecimiento de salud en este ejercicio, sírvase anotar sus comentarios en la sección de observaciones o enviarlos por correo electrónico: hivstrategicinfo@who.int.

Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Pruebas de detección del VIH y orientación

1.16 Número de mujeres y hombres mayores de 15 años que se hicieron la prueba de detección del VIH y recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	
Fundamento	Conocer el estado con respecto al VIH es fundamental para obtener acceso a los servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de los servicios de pruebas y orientación, como los voluntarios y los prestados por iniciativa del proveedor de salud. Sin embargo, los elementos esenciales de las pruebas y la orientación es que se proporcione orientación adecuada a las personas que se someten a la prueba y se les informen los resultados.
Lo que mide	<p>El número de personas a partir de los 15 años de edad en quienes se practicó la prueba de detección del VIH y recibieron orientación sobre la infección por el VIH por conducto de cualquier método o entorno en los últimos 12 meses y conocen el resultado. (Nota: Aunque no es necesario con este indicador, el denominador puede calcularse usando la población general como denominador en las epidemias generalizadas, y las poblaciones en mayor situación de riesgo y otros grupos en las epidemias de nivel bajo y las epidemias concentradas. Estos datos pueden examinarse junto con un cálculo del porcentaje de la población seropositiva que ya conoce su estado respecto al VIH, y con lo recomendado en la política de pruebas del VIH o la frecuencia.)</p> <p>Avances programáticos en relación con las pruebas y la orientación. El seguimiento del número de personas que se someten a las pruebas, reciben orientación y conocen su estado respecto al VIH ofrece un indicio de la aceptación de estos servicios en el país.</p>
Método y herramientas de medición	Datos estadísticos de los servicios del programa recopilados a partir los informes sistemáticos del número de personas sometidas a la prueba y que conocen los resultados. Los datos provienen de todos los establecimientos de servicios, entre ellos los centros de pruebas y orientación voluntarias, consultorios, hospitales y puntos de apoyo de las ONG (excluidas las pruebas y la orientación obligatorias), que suelen agregarse a escala distrital y posteriormente a escala nacional. Este indicador no se mide mediante encuestas poblacionales.
Desglose	<p>Sexo: masculino, femenino (indicar embarazo) Estado serológico: positivo al VIH, negativo al VIH</p> <p>Si fuese posible: Edad: 15 a 19, 20 a 24 y mayores de 25 años. Prueba: prueba nueva, repetición de la prueba</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite la comparación de las tendencias de la cantidad de servicios de pruebas y orientación prestados y de la magnitud de la ampliación de estos servicios en el transcurso del tiempo.</p> <p>Este indicador puede suministrar información sobre el número de veces que se practicaron las pruebas y la orientación, pero no necesariamente del número de personas que recibieron estos servicios, a menos que los países cuenten con un mecanismo que evite la doble contabilización de las personas que los reciben repetidamente.</p> <p>El indicador no aporta información sobre la adecuación de la remisión de las personas atendidas ni sobre la prestación de servicios de seguimiento que les permitan conocer su estado respecto al VIH.</p>

Utilización de los datos	Para examinar el número de pruebas efectuadas en el país, los datos pueden compararse con los de años anteriores a fin de examinar las tendencias y considerar el porcentaje de la población que pudiera haber recibido la prueba recientemente. Los datos pueden ser útiles para detectar patrones en la aplicación de pruebas, por ejemplo si se practican más pruebas durante una estación o un mes en particular en los cuales hubo campañas o si muchas más personas reciben la prueba en determinados establecimientos de salud o en las comunidades.
Otras consideraciones	En algunos países, una proporción considerable de los servicios de detección y orientación se lleva a cabo en las organizaciones comunitarias o en organizaciones que no están registradas y que a menudo no se incluyen en las estadísticas nacionales. Debe instarse a estas organizaciones a que se registren con las autoridades nacionales, de manera que todos los datos sobre las pruebas y la orientación en el país estén comprendidos en las estadísticas nacionales.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación doble: Los países tendrán que calcular la cantidad de personas que repiten las pruebas, a fin de determinar el verdadero número de personas que reciben la prueba en un período. Cuando los países cuentan con un mecanismo que permita realizar esta importante evaluación (por ejemplo, un registro del número de personas con prueba repetida en el plazo de un año), se debe utilizar y consignar la forma como se llevó a cabo. De lo contrario, sírvase informar el número total de pruebas notificadas y aclarar que es probable que las pruebas repetidas estén incluidas. • Representatividad nacional: Se debe tratar de hacer llegar al nivel central la información sobre los establecimientos no gubernamentales y privados. Si falta una parte importante de la información, consígnelo en la sección de observaciones. • Cuestiones relacionadas con el denominador: Aunque no es necesario con este indicador, la validez del numerador puede calcularse comparando la población general como denominador en las epidemias generalizadas y el tamaño de las poblaciones clave en mayor riesgo y otros grupos en las epidemias de bajo nivel y las epidemias concentradas. • Opciones de triangulación: En las epidemias generalizadas, los datos de las encuestas basadas en la población que buscan el número (y calculan el porcentaje) de personas sometidas a la prueba pueden compararse con el valor de este indicador a fin de evaluar y analizar toda diferencia importante.

Infecciones de transmisión sexual

1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal sometidas a pruebas de detección de la sífilis en la primera consulta (parte del objetivo 1.17 del AU 2012)	
Fundamento	Es importante hacer pruebas para detectar la sífilis a las embarazadas, tanto por su salud como por la del feto, así como para realizar la vigilancia de segunda generación. También contribuye a la vigilancia de la calidad de los servicios de atención prenatal.
Lo que mide	La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso primero a los servicios de atención prenatal.
Numerador	Número de mujeres sometidas a pruebas de detección de la sífilis en la primera consulta de atención prenatal
Denominador	Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal

Método y herramientas de medición	<p>Cómo realizar la medición: La prueba de la sífilis (tamizaje) debe hacerse a todas las embarazadas en su primera consulta de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la primera consulta y las subsiguientes pueden notificar los datos de este indicador siempre que proporcionen observaciones claras sobre esta diferencia al notificar los datos. Este indicador debe medirse anualmente.</p> <p>Tanto las pruebas no treponémicas que miden los anticuerpo reagínicos (por ejemplo, VDRL o RPR) como las pruebas que miden los anticuerpos treponémicos (por ejemplo, TPHA, MHATP o pruebas treponémicas rápidas) pueden utilizarse para el tamizaje. Para este indicador es suficiente que la prueba se realice, sin que importe el tipo de prueba. Sírvase indicar en la sección de Observaciones cuál es la prueba generalmente utilizada en su país.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es que se utilicen los registros de los programas nacionales agregados por datos de los establecimientos de salud; sin embargo, si estos datos no están disponibles, pueden notificarse datos procedentes de la vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias) en la sección Observaciones.</p>
Desglose	Ninguno
Otras consideraciones	<p>Es posible que los países quieran vigilar también la semana de embarazo en la que se hace la prueba a cada mujer. La prevención de la sífilis congénita exige que la prueba se haga al principio del embarazo, ya que la mujer puede dar a luz a un mortinato en el segundo trimestre de embarazo. Saber que las mujeres están sometiéndose a las pruebas de embarazo al final de la gestación indicará que o bien dichas mujeres no están teniendo acceso temprano a la atención prenatal o bien que esta prueba no se está realizando al principio del embarazo.</p> <p>Los programas para hacer pruebas de detección de la sífilis entre las embarazadas y aquellos que realizan pruebas de detección de la infección por el VIH en este mismo grupo de población deben funcionar en conjunto para mejorar su eficacia respectiva.</p>
Utilización de los datos	<p>Mundial: Examine las tendencias con el transcurso del tiempo para determinar los progresos realizados para alcanzar los niveles deseados de cobertura de la prueba. El conocimiento de las políticas y prácticas en materia de pruebas debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la cobertura.</p> <p>Local: Los datos pueden utilizarse para señalar los consultorios que no han puesto en práctica completamente la política nacional.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase indicar si los datos que está facilitando son datos sistemáticos del programa y si se considera que son representativos de todo el país.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Eliminación mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción</i> .

1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis	
Fundamento	Los datos sobre la sífilis en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal pueden utilizarse para orientar las necesidades de los programas de prevención de ITS y alertar sobre los posibles cambios en la transmisión del VIH en la población general.
Lo que mide	El porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con resultados positivos en la prueba de detección de la sífilis.
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambos tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es positivo.</p> <p>El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en entornos que carecen de laboratorio, lo que ha aumentando enormemente el número de mujeres que pueden realizarse la prueba y recibir tratamiento para esta enfermedad durante el embarazo. Los datos deben recogerse anualmente.</p> <p>Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales agregados por datos de los establecimientos de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, pueden utilizarse pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y treponémicos. Sírvase especificar en la sección Observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela de todas las mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal en 2 de 10 provincias), así como el tipo de prueba que generalmente se utiliza en su país.</p>
Desglose	Grupos de edad: Total, 15 a 24 años y mayores de 25 años
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos de seropositividad para la sífilis en las embarazadas están disponibles en la mayoría de los países mediante la notificación sistemática del sistema de salud.</p> <p>Puntos débiles: Las diferencias en los tipos de pruebas utilizadas o en las prácticas en materia de pruebas pueden influir en los datos. El conocimiento sobre las prácticas en materia de pruebas en el país (por ejemplo, la proporción de pruebas treponémicas utilizadas frente a la de pruebas no treponémicas) debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la enfermedad.</p>
Otras consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se insta a los países a que utilicen identificadores o registros únicos que separen la primera prueba de las subsiguientes, de modo que los datos reflejen la prevalencia o incidencia real de la sífilis, más que el resultado positivo de la prueba. • Como la mayoría de los países tendrán datos provenientes de diversos tipos de prueba, los subanálisis (desglose) en las mujeres de 15 a 24 años puede aumentar la probabilidad de que las pruebas positivas reflejen infección reciente.

Utilización de los datos	<p>Mundial o regional: Calcule la mortalidad perinatal y la morbilidad causadas por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces para eliminar la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Identifique las áreas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de la sífilis congénita.</p> <p>Local: Siga las tendencias en el tiempo para evaluar los cambios en la carga de la enfermedad y las necesidades del programa de prevención de las ITS.</p> <p>Todos los niveles: Compare los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH para detectar signos tempranos de mayor riesgo de transmisión del VIH.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase indicar si los datos que se proporcionan son datos sistemáticos del programa, si se considera que son representativos de todo el país y el tipo de prueba que se utilizó para determinar la seropositividad (es decir, no treponémica, treponémica, pacientes con resultados positivos para ambas pruebas o combinada o desconocida).
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> .

1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	
Fundamento	El tratamiento de las mujeres atendidas en los centros de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis es una medida directa de las actividades de los programas de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y de las campañas para fortalecer la prevención primaria de la infección por el VIH.
Lo que mide	Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal durante un período específico que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron tratamiento adecuado.
Numerador	Número de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron al menos una dosis de penicilina benzatina (2,4 millones de unidades intramuscular)
Denominador	Número de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: Los datos deben recogerse anualmente. En el caso de este indicador, un resultado positivo en las pruebas treponémicas o no treponémicas es suficiente para considerar a la mujer seropositiva para la sífilis.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es utilizar los registros de los programas nacionales agregados por datos de los establecimientos de salud. Sin embargo, si los datos de los programas nacionales no están disponibles, pueden notificarse los datos de vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar en la sección Observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias).</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos sobre el tratamiento de la sífilis en mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal suelen vigilarse de forma sistemática en los establecimientos de salud.</p> <p>Puntos débiles: La recolección de datos sobre los tratamientos puede requerir la colaboración con los programas de salud maternoinfantil para asegurar que estén disponibles en el ámbito nacional.</p>

Otras consideraciones	Para los fines de este indicador, la documentación de una sola dosis de penicilina es suficiente. El tratamiento de embarazadas seropositivas para la sífilis con una sola inyección de penicilina benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular antes de las 24 semanas de gestación es suficiente para prevenir la transmisión de la sífilis al recién nacido, pero se necesitan tres inyecciones a intervalos semanales para tratar la sífilis latente y prevenir la sífilis terciaria en la madre.
Utilización de los datos	Mundial, regional o local: Calcule la eficacia del programa en la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatales asociadas a la sífilis. Local: Identifique las áreas que necesitan ayuda con la ejecución de programas o recursos adicionales. Todos los niveles: El conocimiento de las políticas y prácticas de tratamiento debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias del tratamiento.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Si los datos que proporciona no corresponden a todo el país, sírvase indicarlo.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> .

1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	
Fundamento	Realizar pruebas de detección de la sífilis a los profesionales del sexo es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los avances en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de profesionales del sexo con resultados positivos para la sífilis activa
Denominador	Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa
Método y herramientas de medición	Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales. Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser $\geq 1:8$ para que pueda considerarse sífilis activa. Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.
Desglose	Por sexo: total, masculino, femenino

Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Consideraciones adicionales	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación	Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez.

1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con sífilis activa (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	
Fundamento	Realizar pruebas de sífilis entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de hombres que tienen relaciones homosexuales con resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis
Denominador	Número de hombres que tienen relaciones homosexuales sometidos a las pruebas de detección de la sífilis
Cómo se mide y herramientas de medición	<p>Herramientas de medición: sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.</p> <p>Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser $\geq 1:8$ para que pueda considerarse sífilis activa.</p> <p>Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p>
Desglose	Ninguno

Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Otras consideraciones	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación	Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez.

Indicadores piloto de ITS (que notificarán los países de la OPS y de EMRO solamente)

1.17.6 ITS: Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses	
Fundamento	La infección por una ITS bacteriana aguda como la sífilis primaria o secundaria es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y la adquisición de la infección por el VIH. Por consiguiente, la vigilancia para la sífilis primaria o secundaria contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que suministra la alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la sífilis sin tratar causa mortinatos y enfermedad neonatal y puede progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con sífilis durante el período de notificación
Denominador	Número de personas de 15 años y mayores, según el PNUD
Cómo se mide y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Por sexo, sífilis primaria o secundaria frente a sífilis latente o desconocida: total, total de mujeres, total de hombres, mujeres con sífilis primaria o secundaria, hombres con sífilis primaria o secundaria
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha suministrado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambios en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.

Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en el documento " <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> ".

1.17.7 ITS: Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	
Fundamento	La infección de la sífilis que se deja sin tratar en el embarazo no solo puede aumentar el riesgo de transmisión y adquisición del VIH en la madre y el lactante, sino también conducir a mortinatos, muerte neonatal y enfermedad congénita (definido conjuntamente como sífilis congénita). Dada la eficacia elevada, la sencillez y el bajo costo de la prueba y el tratamiento de la sífilis, se han lanzado varias iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión materno-infantil de esta enfermedad. La tasa de sífilis congénita es una medida de la repercusión de las intervenciones programáticas para eliminar la transmisión materno-infantil de esta enfermedad.
Lo que mide	Los avances en la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.
Numerador	Número de casos de sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los 12 últimos meses
Denominador	Número de nacidos vivos según el PNUD
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	El diagnóstico de la sífilis congénita resulta más fiable cuando se usan pruebas diagnósticas específicas que rara vez están disponibles en los países en desarrollo. Por consiguiente, en la mayoría de los países el diagnóstico de la sífilis congénita depende de los antecedentes y el examen físico, con lo cual la vigilancia resulta muy difícil. Aunque la OMS tiene una definición de caso mundial para fines de vigilancia, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países y las regiones.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.
Utilización de los datos	Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva pueden suponer un problema. Al examinarse las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pudieran ser útiles.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> (Métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes).
--	---

1.17.8 ITS: Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	
Fundamento	La infección con una ITS bacteriana aguda como la gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de la gonorrea contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH resultante de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la gonorrea sin tratar puede dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad, ceguera y a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones de tratamiento actualmente recomendadas puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con gonorrea durante el período de notificación
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad, según el PNUD
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los datos sobre la gonorrea en mujeres, a pesar de ser útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque la mayoría de las mujeres infectadas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> son asintomáticas y las pruebas diagnósticas sensibles para la gonorrea en mujeres no se encuentran fácilmente en los países en desarrollo. Por consiguiente, se considera que los datos sobre la gonorrea entre las mujeres dependen demasiado de los recursos de diagnóstico y las prácticas de tamizaje para que puedan vigilarse en forma adecuada a escala mundial.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> (Estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012).

1.17.9 ITS: Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses

Fundamento	El exudado uretral en los hombres es un síndrome de ITS causado generalmente por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o <i>Chlamydia trachomatis</i> . La presentación de un síndrome de ITS aguda, como el exudado uretral, es un marcador de relaciones sexuales sin protección y el exudado uretral facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia del exudado uretral contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede exigir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, el exudado uretral sin tratar puede ocasionar infertilidad, ceguera y contribuir a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones actuales de tratamiento recomendadas para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con exudado uretral durante el período de notificación
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad según el PNUD
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre exudado uretral, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. El seguimiento de las tendencias en materia de descarga uretral es un medio factible para vigilar la incidencia de las ITS en una población. A pesar de que los datos sobre el exudado vaginal en mujeres son útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque en muchos entornos la mayoría de los casos de exudado vaginal no se deben a infecciones de transmisión sexual. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología del síndrome de exudado uretral para comprender sus causas principales y asignar el tratamiento pertinente.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> (Estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012).

1.17.10 ITS: Número notificado de adultos con enfermedad de úlcera genital en los 12 últimos meses

Fundamento	La enfermedad de la úlcera genital es un síndrome de una ITS causada generalmente por la sífilis, el chancro blando o el virus del herpes simple. La presentación con un síndrome de una ITS aguda, como la enfermedad de la úlcera genital es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de la enfermedad de la úlcera genital contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación al proporcionar una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas destinadas a reducir el riesgo. Además, la úlcera genital sin tratar puede causar mortinatos y enfermedad neonatal y progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con enfermedad de úlcera genital durante el período de notificación
Denominador	Número de individuos mayores de 15 años de edad según el PNUD
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Sexo: total, hombres, mujeres
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar la información sobre la enfermedad de la úlcera genital, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología de la enfermedad de la úlcera genital para garantizar la selección apropiada de medicamentos para el tratamiento sintromico y comprender en qué medida esta genital refleja la infección incidente debida a la infección recurrente por el virus del herpes simple frente a la infección aguda por sífilis, chancro blando o virus del herpes simple.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> (Estrategias y métodos de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012).

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015

2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	
Fundamento	El tratamiento de sustitución de opiáceos representa un compromiso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para reducir la frecuencia de las inyecciones, preferiblemente a cero. Este tratamiento es la herramienta de salud pública más eficaz para reducir el consumo de drogas inyectables entre los consumidores de opiáceos. También proporciona un apoyo crucial para el tratamiento de otras enfermedades, entre ellas, la infección por el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.
Lo que mide	El compromiso nacional y los progresos realizados con respecto al tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.
Método y herramientas de medición	Datos del programa
Desglose	Unidades administrativas: urbana, rural
Puntos fuertes y débiles	La información sobre el número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos debería estar disponible de forma rápida y válida, ya que suele tener la autorización de las autoridades competentes.
Otras consideraciones	Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que se inyectan drogas.
Utilización de los datos	Intente evaluar si el tratamiento de sustitución de opiáceos es suficiente para el número y distribución de personas dependientes de estas sustancias en el país.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: - Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	
Fundamento	Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Este indicador mide qué tan adecuado es el acceso de la población que se inyecta a las agujas limpias.
Lo que mide	Número de centros de distribución de agujas y jeringas del programa (incluidas las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin ningún costo). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa nacional
Desglose	Unidad administrativa Urbano, rural
Puntos fuertes y débiles	Muchos programas de distribución de agujas y jeringas no son "oficiales" y por consiguiente no se contabilizan en los datos del programa nacional.

Otras consideraciones	<p>Los programas de distribución de agujas y jeringas son todos los programas que ofrecen acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, mediante programas de intercambio, fijos o móviles, o por intermedio de las farmacias donde se proveen los equipos en forma gratuita. En muchos países, las ventas de materiales de inyección en las farmacias constituyen una fuente importante, y en ocasiones la única, de materiales de inyección limpios al alcance de los consumidores de drogas. Sin embargo, las farmacias que venden agujas y jeringas no suelen contabilizarse en las bases de datos consultables, como parte de un programa de salud pública o de reducción de daños. Cuando estas farmacias existen, se deben contabilizar y destacar en la medida de lo posible. Las farmacias que distribuyen agujas y jeringas sin costo alguno, normalmente mantienen registros de las agujas distribuidas, como parte del programa y se deben incluir.</p> <p>Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que se inyectan drogas.</p>
Utilización de los datos	<p>Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de las tendencias a lo largo del tiempo. Los datos también pueden analizarse con base en la ubicación geográfica de los centros del programa y la distribución geográfica y densidad de población de los consumidores de drogas inyectables en el país. Puede evaluarse si existen suficientes centros de distribución de agujas y jeringas con respecto al número y la distribución de las personas que se inyectan drogas en el país.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Muchos puntos del programa de distribución de agujas y jeringas que no son "oficiales" pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.</p>
Otras referencias	<p>WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).</p>

<p>2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: - Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos</p>	
Fundamento	<p>El tratamiento de sustitución de opiáceos representa el compromiso de tratar a los consumidores de opiáceos y disminuir la frecuencia de inyecciones, de preferencia hasta eliminarlas. El tratamiento de sustitución representa el instrumento de salud pública, que utilizado solo, es el más eficaz en la disminución del consumo de drogas inyectables.</p>
Lo que mide	<p>Mide el compromiso nacional y el progreso realizado en cuanto al tratamiento de los consumidores de opiáceos y la disminución de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. El número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos y su disponibilidad para los consumidores de drogas inyectables.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Los datos del programa nacional</p>
Desglose	<p>Unidad administrativa</p> <p>Urbano, rural</p>

Puntos fuertes y débiles	<p>Los centros de tratamiento de sustitución de opiáceos se deben poder localizar y validar sin dificultad, pues normalmente reciben autorización de las autoridades competentes. Sin embargo, el número de centros no indica el número de <i>cupos</i> que pudiera haber.</p> <p>Será difícil obtener el cálculo del tamaño del subgrupo de la población y esto implicará una incertidumbre estadística mayor.</p>
Otras consideraciones	<p>Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que se inyectan drogas.</p>
Utilización de los datos	<p>Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos y de las tendencias a lo largo del tiempo. Además, debe procurarse analizar los datos con base en la ubicación geográfica de estos centros y la distribución geográfica y la densidad de la población de las personas que se inyectan opiáceos en el país. En la medida de lo posible, se debe tratar de interpretar este indicador teniendo en cuenta la información existente sobre el número de cupos de tratamiento de sustitución en los diferentes centros. Se debe tratar de determinar si se cuenta con suficientes centros de tratamiento con respecto al número y la distribución de las personas que se inyectan opiáceos en el país.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Muchos centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos no son "oficiales" y pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.</p>
Otras referencias	<p>WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).</p>

Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio (<72 horas), incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	
Fundamento	La identificación del estado serológico con respecto a la infección por el VIH de las embarazadas es un punto de acceso a los servicios posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil y es necesaria para adaptar la prevención, la atención y el tratamiento a sus necesidades.
Lo que mide	Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico de las embarazadas en los 12 últimos meses.
Numerador	<p>Número de embarazadas cuyo estado serológico con respecto al VIH se conoce.</p> <p>Se compone del número de mujeres con estado serológico respecto al VIH desconocido que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen los resultados; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses.</p> <p>Embarazadas con infección por el VIH conocida: mujeres a quienes se les ha practicado la prueba del VIH y cuya seropositividad se confirmó en cualquier momento previo al embarazo actual, y que acuden a los servicios de atención prenatal para un nuevo embarazo. No es necesario realizar de nuevo la prueba a estas mujeres si hay pruebas documentadas de su seropositividad³, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de pruebas a embarazadas. No obstante, estas mujeres necesitan servicios de PTMI y se cuentan en el numerador.</p> <p>Embarazadas y mujeres en el puerperio con estado serológico conocido: mujeres a las que no se ha hecho la prueba durante el embarazo actual, ni durante la atención prenatal ni durante el trabajo de parto ni el parto, o bien, mujeres que no tienen prueba documentada de haberse hecho la prueba en el embarazo actual.</p> <p>El numerador es la suma de las categorías a, b y c que se indican a continuación: a-1) embarazadas que se someten a las pruebas de detección del VIH y reciben los resultados durante una consulta de atención prenatal; a-2) embarazadas con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo; b) embarazadas con estado serológico con respecto al VIH desconocido que acudieron a los servicios de atención durante el trabajo de parto y el parto, se sometieron a pruebas de detección y recibieron los resultados; y c) mujeres cuyo estado con respecto al VIH se desconoce y que recibieron atención puerperal en el plazo de 72 horas después del parto, se sometieron a pruebas de detección y recibieron los resultados.</p> <p>Las categorías a-1, b y c incluyen a todas las mujeres que se realizaron la prueba y recibieron el resultado, cualquiera que este haya sido. La categoría a-2 incluye a las mujeres cuyo estado con respecto al VIH se conocía previamente.</p> <p>Los datos notificados por los establecimientos de salud pueden desglosarse por: a) mujeres con infección por el VIH conocida (positiva) en la atención prenatal, b) mujeres recién identificadas como seropositivas, y c) mujeres con resultado negativo al VIH (el resto).</p>
Denominador	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses

³ En la mayoría de los establecimientos, generalmente se exige documentación sobre la infección por el VIH (tarjeta de atención y tratamiento, tarjeta de maternidad correspondiente a los embarazos anteriores u otro tipo de documentación fiable sobre el estado con respecto al VIH). Sin una prueba de infección por el VIH, se considera que la mujer tiene "estado serológico desconocido" y a menudo se les realiza de nuevo la prueba. Deben consultarse las directrices nacionales.

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.</p> <p>En los países con tasas elevadas de asistencia durante el trabajo de parto y el parto, solo pueden obtenerse los datos de los registros del trabajo de parto y el parto, dado que los resultados de las pruebas del VIH estarán disponibles para la mayoría de las embarazadas solo de esta fuente.</p> <p>Los registros de los establecimientos de salud deben consignar la infección por el VIH conocida en el caso de las embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal por un nuevo embarazo para que puedan recibir servicios de PTMI.</p> <p>Deben incluirse todas las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que proporcionan servicios de pruebas y orientación a las embarazadas.</p> <p>El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazadas que tengan datos completos.</p>
<p>Desglose</p>	<p>Etapas del embarazo: prenatal, trabajo de parto y parto, puerperio Recepción de los resultados: prueba realizada, prueba realizada y resultado comunicado Estado serológico respecto al VIH: número de mujeres seropositivas</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Este indicador permite que un país vigile las tendencias en la realización de pruebas de detección del VIH en las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal. Sin embargo, no capta en qué puntos tienen lugar los abandonos durante el proceso de realización de pruebas y de orientación, ni las razones de dichos abandonos. El indicador no mide la calidad de la realización de las pruebas o de la orientación; tampoco capta el número de mujeres que recibieron orientación antes de la prueba de detección.</p>
<p>Otras consideraciones</p>	<p>Los registros de los establecimientos de salud deben reflejar la infección por el VIH comprobada en las embarazadas infectadas por el VIH que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo (incluso si no se les hace la prueba en ese lugar) mediante un código, un círculo u otro método, de modo que reciban las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.</p> <p>No todas categorías serán aplicables o pertinentes para todos los entornos (por ejemplo, mujeres con estado desconocido con respecto a la infección por el VIH que se someten a la prueba de detección en las 72 horas posteriores al parto). Es posible que los países quieran priorizar la inversión de los recursos (examen de las herramientas, tiempo, dinero) para medir las categorías que son apropiadas a su contexto nacional.</p> <p>Quizá sea importante para los gestores de los programas utilizar otros indicadores en el nivel subnacional y de los establecimientos para medir las tendencias y los progresos realizados en el proceso de realización de pruebas de detección y orientación, como la aceptación de las pruebas y la recepción de los resultados.</p> <p>También es importante conocer el número de mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado en cada servicio, es decir, el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el trabajo de parto y el parto y cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, etcétera.</p> <p>Este indicador podría validarse mediante encuestas poblacionales, como las encuestas demográficas y de salud, que generalmente se realizan cada cinco años, o la encuesta de indicadores del sida, una encuesta poblacional que puede realizarse de forma más periódica.</p>

Utilización de los datos	<p>Considere las tendencias con el transcurso del tiempo. Si cuenta con datos desglosados por región, observe si se puede identificar alguna zona con menor desempeño. Examine si hay datos sobre el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH (incluidas aquellas con seropositividad confirmada y las sometidas a pruebas de detección) y el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el parto y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Con este indicador existe el riesgo de notificación doble, dado que una embarazada puede someterse a pruebas unas cuantas veces durante la atención prenatal, la atención durante el parto y el puerperio. Esto es particularmente cierto cuando las mujeres vuelven a someterse a pruebas de detección en diferentes establecimientos o cuando llegan a los servicios de atención para el parto sin documentación alguna de las pruebas realizadas. Aunque no es factible evitar por completo el recuento doble, para reducirlo al mínimo los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos, como el uso de los registros de la atención prenatal que guarda la paciente o el centro, con el fin de probar que se ha realizado la prueba de detección. Procure no añadir a <i>todas</i> las mujeres sometidas a pruebas de detección durante la atención prenatal y el parto para obtener el número <i>total</i> de mujeres a las que se les han realizado las pruebas de detección. Nos interesa conocer el número de <i>mujeres</i> analizadas, no el número total de pruebas (es decir, si a una mujer se le realizó la prueba de detección en los servicios de atención prenatal y de nuevo durante el parto, procure contarla una sola vez). Es importante incluir en el numerador a las mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conocía previamente; aunque no se hayan sometido a una prueba de detección del VIH, su infección por el VIH se identifica para las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.</p> <p>Número de mujeres sometidas a las pruebas de detección y mujeres que se realizaron la prueba y recibieron los resultados: Si fuera posible, indique el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección, así como el número de embarazadas sometidas a la prueba y que recibieron los resultados (esta última cifra no debe ser superior a la anterior).</p> <p>Si su sistema de recopilación de datos no separa actualmente a las mujeres con estado respecto a la infección por el VIH conocido y desconocido y usted no puede proporcionar los datos desglosados específicos, examine los datos disponibles y obtenga los mejores datos para determinar el número de <i>embarazadas cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado</i> durante el embarazo, el parto o durante las 72 horas posteriores al parto.</p> <p>Incluya en la sección Observaciones información que nos ayude a interpretar sus datos.</p> <p>Señale cuál es la fuente de su denominador.</p>
Otras referencias	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n°3</p>

3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal cuyo compañero se realizó la prueba de detección del VIH	
Fundamento	<p>La participación masculina es un elemento fundamental para la prestación de servicios centrados en la familia a las madres embarazadas infectadas por el VIH, sus lactantes y los miembros de la familia. También es una herramienta importante para la prevención de la infección por el VIH y puede ayudar a las parejas seronegativas a que sigan manteniéndose así.</p> <p>Realizar la prueba de detección al compañero de la embarazada es el primer paso para incluirlo, independientemente de su estado con respecto a la infección por el VIH.</p>
Lo que mide	El porcentaje de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal cuyo compañero se sometió a la prueba de detección del VIH durante el embarazo, en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de embarazadas que acuden a atención prenatal cuyo compañero se realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses
Denominador	Número de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal
Método y herramientas de medición	<p>El numerador puede calcularse a partir de los registros de los programas nacionales recopilados de los registros de los establecimientos.</p> <p>Las parejas masculinas pueden realizarse la prueba con la mujer en la primera consulta de atención prenatal o en una consulta de seguimiento, o bien, realizarse la prueba solo en una consulta por separado, como en un día reservado a la realización de pruebas a los compañeros de las embarazadas.</p> <p>Pueden agregarse los datos de los registros de atención prenatal o de los registros de pruebas y orientación, dependiendo del contexto.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que presten servicios de atención prenatal.</p> <p>Si es factible, los programas pueden considerar consignar si los miembros de la pareja se revelaron su estado con respecto al VIH en presencia del personal de la clínica.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite a los países vigilar los esfuerzos para aumentar la realización de pruebas de detección del VIH a los compañeros de las embarazadas que asisten a los servicios de atención prenatal. No mide si el compañero recibió su resultado o algún servicio de seguimiento.</p> <p>El indicador no tiene en cuenta a los clientes de los servicios de atención prenatal que tienen más de una pareja o cuya pareja cambia con el tiempo. Tampoco incluye a los compañeros que se sometieron a la prueba del VIH en entornos distintos a la atención prenatal y que no están vinculados con esta (por ejemplo, orientación y realización voluntaria de pruebas en general o por iniciativa del proveedor de atención de salud).</p> <p>Es posible que no todos los centros estén recopilando datos sobre la realización de pruebas a los compañeros ni que agreguen y notifiquen sistemáticamente los datos. Medir este indicador puede requerir inversiones y recursos adicionales para revisar las herramientas de recopilación de datos y los formularios de notificación resumidos.</p>
Otras consideraciones	Aunque el hecho de realizar las pruebas de detección a los compañeros de las embarazadas es una herramienta importante para aumentar la participación masculina y prevenir la infección durante el embarazo, es también un punto de acceso fundamental a la atención del hombre continua y centrada en la familia. Los proveedores de servicios de salud deben garantizar y documentar la prestación de servicios apropiados de seguimiento a todos los compañeros seropositivos, como parte de un programa integral de atención y tratamiento.

Utilización de los datos	Interprete los datos basándose en el contexto y la aplicabilidad al país. Comente cómo puede aumentarse la cobertura.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase incluir todo comentario que pueda ayudarnos a interpretar la representatividad de los datos. Si se puede disponer fácilmente del número de parejas discordantes, proporcione los datos en la sección Observaciones con algún comentario que respalde los datos.
Otras referencias	Indicador adicional de la prevención de la transmisión maternoinfantil n° 3

3.6 Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretrovírico se determinó mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4

Fundamento	Las embarazadas infectadas por el VIH que satisfacen los criterios clínicos y (cuando es posible) los criterios inmunológicos para recibir tratamiento antirretrovírico deben recibirlo. El tratamiento antirretrovírico (TAR) conserva la salud de la madre y reduce el riesgo de transmisión maternoinfantil. Los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil deben determinar si las embarazadas infectadas por el VIH reúnen los requisitos para el tratamiento con antirretrovíricos. Aquellas que no satisfagan dichos criterios deben recibir profilaxis con antirretrovíricos para la prevención de la transmisión maternoinfantil, de conformidad con las directrices y recomendaciones nacionales.
Lo que mide	La cobertura de las embarazadas infectadas por el VIH que son evaluadas para determinar si pueden recibir tratamiento antirretrovírico ya sea clínicamente, usando los criterios de estadificación clínica de la OMS, o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. La evaluación de la idoneidad para el TAR puede realizarse en el propio centro o mediante derivación.
Numerador	Número de embarazadas infectadas por el VIH que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretrovírico, ya sea en el centro o mediante derivación. El término “en el centro” se refiere a un servicio que se ofrece en una estructura o conjunto de establecimientos de salud. Por ejemplo, la estadificación clínica puede estar disponible en la unidad de atención prenatal, mientras que el servicio de obtención de muestras de sangre para el recuento de los linfocitos CD4 puede encontrarse en la unidad de atención y tratamiento de la infección por el VIH del mismo establecimiento de salud. Se considera que estos servicios se prestan “en el centro”. La derivación puede realizarse dentro del centro o fuera de este, y se define como el proceso de enviar a un paciente a otra unidad de servicio, proveedor de servicios de salud o establecimiento de salud. A menudo los pacientes volverán al establecimiento de salud, a la unidad de servicio o al proveedor de servicios de salud de origen para proporcionar información sobre los servicios recibidos y proseguir la atención de seguimiento. Los establecimientos de referencia deben documentar los servicios prestados y los resultados de los pacientes. Este indicador debe desglosarse por tipo de evaluación (estadificación clínica o análisis de los linfocitos CD4). Las mujeres que hayan sido evaluadas mediante la estadificación clínica y el análisis de los linfocitos CD4 deberán contarse solo una vez, en la categoría de evaluadas mediante análisis de linfocitos CD4.
Denominador	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los 12 últimos meses

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>La evaluación puede llevarse a cabo en los consultorios de atención prenatal y en las unidades de atención y tratamiento de la infección por el VIH, en el centro o por derivación. Deben agregarse los datos de los registros apropiados, considerando en cuáles se recogen los datos, dónde se realiza la evaluación, los posibles recuentos dobles o subestimaciones y la necesidad de datos exactos para el nivel nacional.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud no gubernamentales que evalúen la idoneidad de las embarazadas infectadas por el VIH para recibir tratamiento antirretrovírico, ya sea en el centro o por derivación.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH"; o b) multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).
<p>Desglose</p>	<p>Método de evaluación de la idoneidad para recibir tratamiento antirretrovírico: estadificación clínica, análisis de los linfocitos CD4</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>La ventaja de este indicador es que permite a los países vigilar en qué medida las embarazadas infectadas por el VIH están recibiendo una intervención que es fundamental para obtener acceso al tratamiento antirretrovírico en beneficio de su propia salud.</p> <p>No capta si las embarazadas infectadas por el VIH que cumplían los requisitos para recibir el tratamiento antirretrovírico en realidad lo recibieron.</p> <p>Aunque cada categoría es mutuamente excluyente, existe el riesgo de doble recuento cuando las embarazadas infectadas por el VIH han sido evaluadas clínica e inmunológicamente, así como cuando son evaluadas en unidades o establecimientos distintos. Los países deben velar por que se implanten sistemas para reducir al mínimo el riesgo de recuento doble.</p> <p>Este indicador no capta a las mujeres que pudieran haber sido identificadas como seropositivas durante el parto y que posteriormente fueron evaluadas para determinar si podían recibir tratamiento antirretrovírico.</p>
<p>Otras consideraciones</p>	<p>Se recomienda que los países hagan el desglose según el estado de idoneidad para recibir tratamiento antirretrovírico, a fin de obtener información adicional sobre las tendencias nacionales en el porcentaje de embarazadas que reúnen los requisitos para recibir tratamiento con antirretrovíricos.</p> <p>En los entornos donde las embarazadas infectadas por el VIH son derivadas a otro establecimiento de salud u otra unidad de servicio dentro del mismo establecimiento de salud, los proveedores de servicios de salud deben esforzarse por documentar las derivaciones realizadas y los servicios que estas mujeres han recibido en el registro de atención prenatal y PTMI, con el fin de mejorar el seguimiento de las pacientes y la vigilancia de las embarazadas infectadas por el VIH.</p>

Utilización de los datos	La meta sería alcanzar el 100%; una vez que se alcance sistemáticamente el 100%, este indicador puede resultar obsoleto. Estudie la información adicional sobre los datos desglosados acerca de si la idoneidad para recibir tratamiento antirretrovírico se evaluó mediante la estadificación clínica o mediante análisis de los linfocitos CD4, así como cualquier dato disponible sobre el tiempo transcurrido antes de recibir los resultados del recuento de los linfocitos CD4 en diversos lugares.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase hacer cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil nº4

3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida)

Fundamento	El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse considerablemente mediante métodos complementarios de administración de antirretrovíricos (ya sea como tratamiento o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, con profilaxis antirretrovírica al lactante y antirretrovíricos a la madre o al niño durante el periodo de lactancia (en caso de lactancia materna), así como la ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes segura.
Lo que mide	Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de antirretrovíricos como profilaxis para los lactantes expuestos al VIH.
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretrovírica para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas).
Denominador	Número calculado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los medicamentos antirretrovíricos pueden administrarse a lactantes expuestos al VIH poco después del parto en los establecimientos de atención del parto, en el caso de los bebés que nacen en establecimientos, en los consultorios de atención posnatal ambulatorios o de atención pediátrica para bebés nacidos en el hogar y trasladados a un establecimiento, o bien, en centros para la atención y tratamiento de la infección por el VIH u otros, en función del país. Pueden emplearse tres métodos para calcular el numerador:</p> <p>- Recuento en el lugar de suministro de los antirretrovíricos. En los entornos con tasas bajas de partos en establecimientos, los datos deben obtenerse de los registros de pacientes basándose en dónde se dispensan los antirretrovíricos y dónde se registran los datos. Existe el riesgo de recuento doble en entornos donde los antirretrovíricos se proporcionan en distintos momentos o en diferentes unidades de servicios o establecimientos de salud. Los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos para reducir al mínimo el recuento doble.</p>

	<p>- Recuento cerca del momento del parto: En los entornos donde una proporción elevada de mujeres da a luz en establecimientos, los países pueden calcular el numerador únicamente a partir del registro de partos mediante el conteo del número de lactantes de hasta 6 semanas expuestos al VIH que recibieron un régimen antirretrovírico específico al ser dados de alta de la sala de partos. Quizá este sea el método más exacto y fiable para calcular este indicador en los entornos con una tasa elevada de partos en establecimientos y una tasa de seguimiento baja, dado que el régimen con antirretrovíricos administrado se cuenta en el momento en que se suministra al lactante.</p> <p>- Recuento en establecimientos de salud posnatal o infantil: Los países también pueden contar y agregar el número de lactantes expuestos al VIH que recibieron profilaxis con antirretrovíricos registrados en los consultorios de atención posnatal o salud infantil si la asistencia es elevada y es probable que pueda conocerse la situación del lactante en cuanto a su exposición al VIH (por ejemplo, a partir de los registros posnatales, registros independientes o registros integrados de lactantes expuestos al VIH).</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONG que estén proporcionando antirretrovíricos a lactantes expuestos al VIH para la prevención de la transmisión materno-infantil.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el "número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH" como indicador sustituto; o • multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal). <p>Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite que los países vigilen la cobertura de los regímenes antirretrovíricos administrados o iniciados entre los lactantes infectados por el VIH para reducir el riesgo de transmisión temprana del VIH de la madre al hijo.</p> <p>El indicador determina en qué medida se administraron los antirretrovíricos a los lactantes como profilaxis. No capta si los antirretrovíricos se consumieron; por lo tanto, no es posible determinar el cumplimiento del tratamiento con ARV ni si se completaron los regímenes antirretrovíricos.</p>
Otras consideraciones	Los países que han creado mecanismos para llegar a los lactantes expuestos al VIH en el nivel de la comunidad con antirretrovíricos deberán asegurarse de que existe un sistema de obtención de datos para la notificación de los lactantes que reciben regímenes antirretrovíricos en el nivel de la comunidad.
Utilización de los datos	Compare el valor del indicador con la cobertura del régimen antirretrovírico materno (indicador I-10) y analice el significado de los datos en el contexto del país. Es posible que algunos países deseen investigar más a fondo y hacer un examen comparativo del régimen profiláctico antirretrovírico del lactante y el régimen antirretrovírico materno.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase proporcionar cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n°6

3.8 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres con infección por el VIH a los que se suministran antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del virus durante el período de lactancia materna	
Fundamento	El riesgo de la transmisión maternoinfantil puede reducirse considerablemente mediante el suministro de medicamentos antirretrovíricos (como tratamiento de por vida o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, profilaxis con antirretrovíricos al lactante y antirretrovíricos a la madre o al lactante durante la lactancia (en caso de lactancia materna), así como la ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes segura. En el caso de las mujeres que amamantan, las intervenciones con antirretrovíricos dirigidas a las madres o a los lactantes pueden reducir de forma específica el riesgo de transmisión del virus a través de la lactancia materna y deben vigilarse.
Lo que mide	Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil en las mujeres que amamantan mediante el suministro de antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna.
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres con infección por el VIH que durante los 12 últimos meses han amamantado y recibido intervención con antirretrovíricos (es decir, ARV para la madre o el lactante), a fin de reducir la transmisión maternoinfantil del virus a través de la lactancia materna.
Denominador	Número calculado de lactantes nacidos de mujeres con infección por el VIH (lactantes expuestos al VIH) que han amamantado durante los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Las intervenciones con antirretrovíricos para reducir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna pueden iniciarse poco después del parto en los centros de atención del parto, en el caso de los bebés que nacen en establecimientos, en los consultorios de atención posnatal ambulatorios o de atención pediátrica en el caso de los bebés nacidos en el hogar y trasladados a un establecimiento, o bien, en centros para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH u otros, en función del país.</p> <p>Entre las mujeres que amamantan, se recomienda el uso de antirretrovíricos hasta una semana después del cese de la lactancia materna. La cobertura de los ARV debe vigilarse mientras dure la lactancia materna. Actualmente, el momento propuesto para un indicador nacional de la cobertura de los ARV durante la lactancia materna es de alrededor de 2 a 3 meses para hacerlo coincidir con la consulta para el diagnóstico temprano del lactante, a las seis semanas, o con la consulta para la vacunación con DPT3, así como para recoger la información en un momento en que la posibilidad de abandono de la paciente, que impediría su seguimiento, es mínima. La recopilación de este indicador se está probando sobre el terreno y las directrices pueden cambiar en el futuro. Se alienta a los países a que incluyan la vigilancia de la cobertura de los ARV durante el período de la lactancia materna en su sistema actual de vigilancia y seguimiento (si desea más información, sírvase solicitarla a pmtctmoneval@who.int).</p>

	<p>Los datos para el numerador deben recogerse en la consulta para el diagnóstico temprano del lactante, a las seis semanas, o en la consulta para la vacunación con DPT3 (2 a 3 meses), y deben distinguirse de las intervenciones con ARV para prevenir la transmisión durante el parto. En el caso de los niños alimentados con leche materna, debe registrarse si los ARV para reducir la transmisión posnatal fueron administrados a la madre o al lactante. En este indicador también se incluyen las embarazadas con infección por el VIH que cumplen los requisitos para recibir tratamiento antirretrovírico de por vida y están recibiendo un esquema de tratamiento, y cuyos hijos se benefician por lo tanto del efecto profiláctico del tratamiento antirretrovírico para reducir el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna.</p> <p>El denominador debe representar el número de lactantes expuestos al VIH que están siendo amamantados. En los entornos en que la mayoría de los lactantes meses expuestos son amamantados, el número calculado de lactantes expuestos podría ser un indicador sustituto para el denominador (con algunos ajustes de las muertes infantiles antes del momento de la medición, si está disponible). En otros entornos donde hay una población considerable de lactantes expuestos al VIH que no son amamantados, será necesario calcular el número de lactantes expuestos al VIH que sí son amamantados.</p> <p>Pueden usarse tres métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuento en el momento del parto: En los entornos donde hay una proporción elevada de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud, los países pueden calcular el denominador únicamente a partir de los registros de parto, al registrar y contar el número de lactantes expuestos al VIH cuya práctica inicial de alimentación fue la lactancia materna, como indicador sustituto para el denominador. • Recuento en los establecimientos de salud de atención posnatal o pediátrica: En los entornos donde hay una proporción elevada de mujeres y niños atendidos en estos establecimientos, los países pueden contar y agregar el número de lactantes expuestos al VIH que se alimentan con leche materna y están registrados en los consultorios de atención posnatal o de salud infantil, si es probable que pueda conocerse la situación del lactante en cuanto a su exposición al VIH (por ejemplo, a partir de los registros posnatales, registros independientes o registros integrados de lactantes expuestos al VIH). • Cálculo del número de mujeres que necesitan PTMI como indicador sustituto: En los entornos donde es probable que casi todas las mujeres con infección por el VIH amamenten a sus hijos, el número calculado de mujeres infectadas que dan a luz (por ejemplo, las mujeres que necesitan PTMI, a partir de Spectrum) puede examinarse como indicador sustituto, haciendo los ajustes necesarios para el número calculado de muertes, si hay datos disponibles. Este indicador sustituto también se examina con datos recopilados de los establecimientos para formarse una mejor idea de la proporción de la población que está captando el numerador. <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONG que estén proporcionando antirretrovíricos para la PTMI del VIH.</p>
Desglose	<p>En el caso de los lactantes alimentados con leche materna, deben registrarse los datos siguientes: 1) si se administraron ARV a la madre, o 2) al lactante con el fin de reducir la transmisión posnatal del virus.</p> <p>Asimismo, en la sección Observaciones debe consignarse el momento (por ejemplo, 3 meses) que los datos representan.</p>

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite a los países vigilar la cobertura de la profilaxis con antirretrovíricos administrada a los lactantes expuestos al VIH a fin de reducir el riesgo de transmisión posnatal del virus en las poblaciones que recurren a la lactancia materna durante un momento específico.</p> <p>Este indicador no capta si los fármacos se consumieron, ni durante cuánto tiempo se tomaron, de modo que no es posible determinar el cumplimiento del tratamiento ni si este se completó.</p> <p>Lo ideal sería evaluar la cobertura de ARV a lo largo del período de lactancia materna, pero en muchos entornos hay una pérdida de seguimiento considerable después de la consulta de las 6 semanas por lo que resulta difícil obtener un cálculo preciso de la cobertura de ARV en un momento posterior. Entre las mujeres que amamantan, los esfuerzos deben centrarse en asegurar la cobertura de ARV durante el período de lactancia materna posterior a las 6 semanas o la vacunación con DPT3, como lo recoge este indicador.</p>
Otras consideraciones	<p>Los países que disponen de mecanismos para administrar ARV a las mujeres con infección por el VIH que están amamantando o a los lactantes expuestos al VIH durante el período posnatal</p> <p>Los países deben examinar periódicamente los datos para determinar si se tomó la profilaxis con antirretrovíricos durante todo el período de tiempo recomendado, es decir, hasta el cese de la lactancia materna.</p>
Utilización de los datos	<p>Compare el valor del indicador con la cobertura del régimen antirretrovírico materno (indicador I-10) y analice el significado de los datos en el contexto del país. Es posible que algunos países deseen investigar más a fondo y hacer un examen comparativo de la profilaxis con ARV durante la lactancia materna y el régimen antirretrovírico materno.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase proporcionar cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.</p>
Otras referencias	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n°7</p>

3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento

Fundamento	<p>La profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol es una intervención sencilla y rentable para prevenir la neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> en los lactantes con infección por el VIH. Esta neumonía es la principal causa de enfermedades respiratorias graves en estos lactantes en los países con recursos limitados, y a menudo tiene lugar antes de que pueda diagnosticarse la infección por el VIH. Debido a las limitaciones de recursos y logística para diagnosticar la infección por el VIH en los lactantes pequeños, todos los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH deben recibir profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, comenzando entre 4 y 6 semanas después del nacimiento y continuando hasta que se haya eliminado la infección y el lactante ya no esté en riesgo de adquirir el VIH a través de la lactancia materna.</p>
Lo que mide	<p>La provisión y cobertura de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para los lactantes expuestos al VIH, de acuerdo con las directrices internacionales.⁴</p>

⁴ Directrices para la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para las infecciones relacionadas con el VIH entre los niños, adolescentes y adultos. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, OMS, 2006 (solo en inglés).

Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol en los 2 meses posteriores al nacimiento en los últimos 12 meses.
Denominador	Número estimado de embarazadas con infección por el VIH que han dado a luz en los 12 últimos meses.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los datos deben obtenerse de los registros de establecimientos apropiados, como los registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH. El registro utilizado puede depender de dónde se ofrecen los servicios. Por ejemplo, cuando los trabajadores de los establecimientos de atención de salud y tratamiento dan seguimiento a los lactantes expuestos al VIH, los países pueden obtener la información de los registros situados en esos establecimientos.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que ofrezcan profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol a los lactantes expuestos al VIH.</p>
	<p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, utilice el "número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil" como indicador sustituto, o • multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (que puede obtenerse de las estimaciones del organismo central de estadística, de las 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 de la infección por el VIH en embarazadas⁵ (que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH de los centros de atención prenatal), si no se dispone de los modelos de proyección del programa Spectrum. <p>Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, estos deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite que los países vigilen el progreso en el seguimiento temprano de los lactantes expuestos mediante la medición del suministro de trimetoprim y sulfametoxazol de conformidad con las directrices internacionales. También puede usarse como un indicador sustituto de las consultas de seguimiento temprano de los lactantes expuestos en el periodo recomendado que abarca las 4 a 6 primeras semanas de vida. El indicador solo capta a los lactantes que vuelven a los servicios de seguimiento de lactantes expuestos al VIH en el plazo de 2 meses después del nacimiento. No mide la cobertura <i>real</i> de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol de los lactantes expuestos al VIH, dado que es posible que algunos hayan comenzado el tratamiento después de los 2 meses de vida. Un valor bajo del indicador apuntaría a un posible obstáculo en el sistema, incluidos la gestión deficiente de las existencias de trimetoprim y sulfametoxazol en el país, recopilación deficiente de datos y sistemas de distribución inadecuados.

⁵ Las estimaciones nacionales del número de embarazadas con infección por el VIH deben obtenerse ajustando los datos de la vigilancia de los centros centinela en los centros de atención prenatal y otras fuentes, teniendo en consideración las características como la distribución de la edad y las tendencias de la prevalencia de la infección por el VIH en las zonas rurales y urbanas.

Otras consideraciones	<p>Es posible que los países también quieran documentar el suministro de trimetoprim y sulfametoxazol a los lactantes expuestos al VIH mayores de 2 meses como una manera de vigilar el progreso general del programa, detectar las dificultades en lo que respecta al inicio temprano de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol y vigilar el consumo para determinar las necesidades relacionadas con las adquisiciones.</p> <p>La gestión inapropiada de los suministros puede afectar negativamente el valor del indicador y reducir considerablemente el acceso al trimetoprim y sulfametoxazol de los lactantes expuestos al VIH. Los países deben velar por que existan sistemas y herramientas apropiados, en particular herramientas para los sistemas de información de gestión logística, para obtener, distribuir y administrar adecuadamente los suministros en los niveles de establecimiento y distrito, y en el nivel central.</p>
Utilización de los datos	Los datos también pueden examinarse como una indicación del número de lactantes expuestos que son atendidos en un establecimiento en el plazo de 2 meses después del nacimiento. Si el valor del indicador es bajo, investigue las razones (por ejemplo, los lactantes expuestos al VIH no están acudiendo a los centros en el plazo de 2 meses o si hay desabastecimientos de trimetoprim y sulfametoxazol, etcétera).
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Si este indicador se obtiene a partir de un subconjunto de establecimientos, añada las observaciones pertinentes con respecto a la representatividad.</p> <p>Opciones de triangulación: registros de las farmacias</p>
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n°8

3.10 Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra) en los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH (consulta para la vacunación con DPT3)

Fundamento	<p>El VIH puede transmitirse durante la lactancia materna incluso en los entornos donde el 100% de las embarazadas reciben tratamiento antirretrovírico de por vida o profilaxis antirretrovírica para la prevención de la transmisión maternoinfantil. La alimentación mixta antes de los 6 meses de edad aumenta el riesgo de transmisión en comparación con la lactancia materna exclusiva. Por tanto, la OMS recomienda que las madres que amamantan y saben que están infectadas con el VIH deben recibir ARV para reducir el riesgo de transmisión, alimentar a sus bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses, introducir la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar la lactancia materna hasta los 12 meses.</p> <p>En la mayoría de los países, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) administrada a la edad recomendada de 14 semanas es elevada. Se ha propuesto recoger los datos sobre la lactancia cuando se aplica esta vacuna porque la mayoría de los lactantes son examinados en establecimientos de salud y esta fecha está en el punto medio entre el nacimiento y el momento en que habría que suspender la lactancia materna exclusiva, haciendo que sea en cierto modo comparable a la manera en que la lactancia materna exclusiva suele registrarse en la población general en la encuesta demográfica y de salud.</p>
------------	--

Lo que mide	La alimentación ⁶ de los lactantes expuestos al VIH, correspondiente a un período de 24 horas y medida en el momento de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3), que tiene lugar hacia los 3 meses de edad o en la consulta más próxima después de los 3 meses.
Numerador	Los numeradores se desglosan de la siguiente manera: I12a. Número de lactantes expuestos al VIH alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la DPT3. I12b. Número de lactantes expuestos al VIH que recibieron alimentación de reemplazo hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la DPT3. I12c. Número de lactantes expuestos al VIH que recibieron alimentación mixta hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la DPT3. Los numeradores captan solo las prácticas de alimentación de los lactantes con exposición al VIH conocida que han acudido a un establecimiento de salud.
Denominador	El denominador es el mismo para los tres indicadores: el número de lactantes expuestos al VIH cuyas prácticas de alimentación se evaluaron en el momento de la consulta para la vacunación con la DPT3. Los lactantes tendrán una edad de 3 meses o más.
Método y herramientas de medición	Los numeradores se calculan a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos. Lo ideal es que los datos se obtengan de registros de establecimientos apropiados, como registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH, dependiendo de dónde se ubiquen los servicios y dónde se registren los datos. En cada consulta, el proveedor de servicios de salud debe preguntar acerca de las prácticas de alimentación del lactante durante las 24 horas anteriores, haciendo las siguientes preguntas: "¿Qué le dio de comer o beber a su bebé ayer durante el día y la noche?". Después de cada respuesta, el proveedor de servicios de salud debe preguntar: "¿Algo más?" La respuesta se registrará como lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución o alimentación mixta. Aunque estos datos se obtengan y consignen en cada consulta en la tarjeta de salud del niño, los proveedores solo deben consignarla una vez durante la consulta para la vacunación con la DPT3. Este registro se usará para la recopilación y notificación en el nivel nacional. En los entornos donde los lactantes expuestos a VIH son examinados en establecimientos de atención y tratamiento para la infección por el VIH, los datos deben recogerse cuando el lactante tiene 3 meses. El denominador se calcula a partir del número total de lactantes expuestos cuyas prácticas de alimentación se evaluaron. No se incluye en el denominador a los lactantes expuestos que no asistieron a los establecimientos. Deben incluirse a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que proporcionen servicios de seguimiento a los lactantes expuestos al VIH.
Desglose	Informe de la distribución de las prácticas de alimentación del lactante: lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra, sin clasificar u otra.

⁶ Las prácticas de alimentación de los lactantes medidas con este indicador se definen como sigue:

Lactancia materna exclusiva: El lactante recibe solo leche materna y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, a excepción de las gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos, hasta los 6 meses. El término leche materna se refiere a la leche de una nodriza y a la leche extraída de la madre.

Alimentación de reemplazo (nada de leche materna): Proceso de alimentación de un niño que no recibe en absoluto leche materna y que sigue un régimen alimentario que le proporciona todos los nutrientes que necesita hasta que llega a alimentarse por completo con los alimentos de la familia. Durante los 6 primeros meses, este tipo de alimentación debería realizarse con un sustituto adecuado de la leche materna; normalmente se trata de una leche maternizada comercial, dado que la leche de animales modificada en casa ya no se recomienda para alimentar a los lactantes durante el primer semestre de vida, salvo como medida de emergencia.

Alimentación mixta (equivalente a lactancia materna parcial): Alimentación con leche materna y con otros alimentos o líquidos para lactantes hasta los 6 meses de edad.

Puntos fuertes y débiles	<p>Los indicadores miden los avances importantes en la implantación de prácticas de alimentación del lactante más seguras entre las mujeres infectadas por el VIH y sus lactantes. Pueden usarse para indicar la calidad de la orientación respecto a la alimentación del lactante (las tasas bajas de alimentación mixta probablemente indiquen que la orientación y el apoyo respecto a la alimentación del lactante son adecuados) y también para modelar la repercusión de la intervención en un país (véase el indicador básico nº 12 de la guía de vigilancia y evaluación de la PTMI o el indicador 3.3 del GARPR: transmisión materno-infantil del VIH modelada). Cabe señalar que el indicador no ofrece información acerca de la calidad de la alimentación de reemplazo que recibe el lactante ni sobre la repercusión de las prácticas de alimentación en la supervivencia infantil.</p> <p>La información puede compararse con las encuestas de la población (por ejemplo, encuestas demográficas y de salud), que vigilan las prácticas de alimentación del lactante en la población general.</p> <p>Los indicadores no pueden reflejar la distribución real de las prácticas de alimentación de los lactantes expuestos al VIH en el ámbito nacional, dado que no incluyen a los lactantes expuestos al VIH que han fallecido, ni a los lactantes cuyo estado en cuanto a la exposición al VIH no se conoce, ni a los lactantes expuestos al VIH cuyas madres no asistieron a un establecimiento con su lactante para la administración de la DPT3 o por otros motivos hacia los 3 meses de edad aproximadamente.</p>
Otras consideraciones	<p>Para conocer completamente el grado y el tipo de las prácticas de alimentación del lactante, los países pueden considerar la posibilidad de llevar a cabo estudios especiales con una cohorte de mujeres infectadas por el VIH que elijan la alimentación de reemplazo y la lactancia materna exclusivamente.</p>

	<p>Además de medir las prácticas de alimentación de los lactantes, estos estudios podrían examinar las razones por las que las mujeres que han elegido la lactancia materna o la alimentación de reemplazo practican o no la opción escogida exclusivamente, y si los criterios de aceptabilidad, viabilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad estaban presentes. También podrían examinar los tipos de alimentos y líquidos que se dan a los lactantes además de la leche materna o la leche maternizada antes de los 6 meses, y cuestiones referentes a la interrupción de la lactancia materna a los 6 meses y la alimentación complementaria a partir de este momento. Otro tema que debe examinarse es la repercusión del diagnóstico temprano de los lactantes en las prácticas de alimentación y, en el caso de que la repercusión sea negativa, qué puede hacerse para apoyar mejor a las madres en este momento.</p> <p>En los países donde el seguimiento de los lactantes expuestos se ha integrado en los servicios de extensión comunitaria, los programas deben considerar la posibilidad de identificar un sistema para recopilar datos en el nivel de la comunidad referentes a este indicador.</p> <p>Es posible que los países quieran considerar la posibilidad de recopilar esta información en otros momentos, por ejemplo tanto a las 6 semanas como a los 6 meses. Quizá también deseen calcular los indicadores con diferentes denominadores, como el número estimado de lactantes expuestos al VIH que deberían haber estado sujetos a un seguimiento.</p>
Utilización de los datos	<p>Examine la distribución de las prácticas de alimentación de los lactantes y analice las estrategias para introducir prácticas de menor riesgo.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase proporcionar cualquier tipo de información pertinente que nos permita interpretar mejor los datos notificados.</p> <p>Si no dispusiera de estos datos, incluya en la sección Observaciones una estimación de la distribución de las prácticas de alimentación del lactante entre las mujeres infectadas por el VIH del país.</p>
Otras referencias	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil nº10</p>

3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación

Notas para la herramienta de notificación

Sírvase notificar el número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.

Sírvase tomar nota de que debe contarse el número de personas y no el número de asistencias, es decir, si una mujer acude a tres consultas en un centro de atención prenatal sólo debe contarse una vez.

Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o los establecimientos, o si el número representa muchas consultas en lugar de "al menos una consulta"), por favor haga alguna observación sobre la representatividad del número que está notificando

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para el 2015

4.1 Porcentaje de adultos y niños que reúnen los requisitos para el tratamiento antirretrovírico y que actualmente lo están recibiendo (AU 2011 G2a)

Tenga en cuenta que el indicador mencionado arriba se describe en la primera parte de las Directrices, mientras que el siguiente indicador sobre el número de personas que recién comienzan el tratamiento con ARV se agrega al indicador 4.1 y no está incluido en las Directrices.

4.1 Adicional: Tratamiento de la infección por el VIH con antirretrovíricos Número de adultos y niños que reúnen los requisitos para el tratamiento con ARV y lo comenzaron durante el período de notificación (2012)	
Fundamento	Además de la cobertura, es importante seguir el inicio del tratamiento antirretrovírico. La comparación de la evolución del número de personas en TAR al final de los años (indicador G2) no informa sobre el número de personas que recién lo han iniciado, ya que en el primer año de tratamiento el síndrome de desgaste es elevado; es decir, no todos los pacientes que comenzaron el tratamiento en el año de notificación lo continúan al final del año. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que recién iniciaron el TAR durante el año de notificación.
Lo que mide	Número de adultos y niños que reúnen los requisitos para el tratamiento antirretrovírico y lo comenzaron durante el año de notificación (2011) La evolución anual del número de pacientes recién incluidos en el TAR.
Numerador	Los registros de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretrovírico y los formularios de gestión de suministro de medicamentos. Se cuenta el número de pacientes recién incluidos en el TAR durante el periodo de notificación. No deben contarse los pacientes con registros que fueron trasladados desde otro establecimiento y que temporalmente suspendieron el tratamiento y han empezado de nuevo en el período de notificación (riesgo de recuento doble). En este indicador no se incluyen los ARV tomados para evitar la transmisión maternoinfantil (excepto el TAR para la salud de la propia madre) y la profilaxis posterior a la exposición.
Desglose	Por sexo: Masculino, femenino Por grupo de edad: menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, mayores de 15 años Público o privado Este y otros desgloses deben incluirse en la sección Observaciones si están disponibles.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar las tendencias en el comienzo del tratamiento antirretrovírico, pero no distingue entre las distintas formas de tratamiento, ni mide el costo, la calidad ni la eficacia del tratamiento administrado, que variarán dentro del país y entre los países y pueden cambiar con el tiempo. El grado de utilización del TAR dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y la calidad de los servicios prestados, la disponibilidad y la respuesta a los servicios de pruebas de detección del VIH y orientación voluntarias, la percepción de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.
Otras consideraciones	Este indicador debe analizarse teniendo en consideración la "lista de espera", por ejemplo, los pacientes que reúnen los requisitos para recibir TAR pero no lo han comenzado.
Utilización de los datos	Además del número de pacientes de edad avanzada retenidos en el tratamiento antirretrovírico (retención en el TAR), se requiere el número de pacientes que recién comenzaron el tratamiento para hacer una planificación precisa de los recursos y el aprovisionamiento de medicamentos, evitándose así la escasez y el desperdicio.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Doble notificación: Si los pacientes trasladados no están registrados correctamente y los pacientes a los que se da seguimiento en diferentes centros no están identificados, se corre el riesgo de doble notificación, lo que puede dar lugar a una sobreestimación de la cobertura del tratamiento antirretrovírico. Si este es el caso, sírvase proporcionar observaciones al respecto.</p> <p>Del mismo modo, si los pacientes que dejaron temporalmente el TAR y después lo reiniciaron se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimará el número real de pacientes que acaban de comenzar el tratamiento.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulado normalmente generado por todos los establecimientos de salud, de otra manera, puede calcular el comienzo de la cobertura del tratamiento antirretrovírico. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos cuando sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia en que se compare el número de pacientes nuevos en el registro de la farmacia y en el registro del tratamiento antirretrovírico.</p>
Otras referencias	Indicador y directrices del PEPFAR

<p>4.2 Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH de quienes se sabe que están en tratamiento antirretrovírico</p> <p>b) 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante el 2010 (AU 2012 4.2b)</p> <p>c) 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante el 2007 (AU 2012 4.2c)</p>	
Fundamento	El tratamiento antirretrovírico es una intervención de por vida. Medir la retención de este tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los programas, al inferir sus repercusiones y destacar los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.
Lo que mide	Este indicador mide la retención del tratamiento antirretrovírico relacionada con el aumento de la supervivencia y la voluntad de continuarlo. Debe registrarse a los 12 meses y cuando el seguimiento tiene una mayor duración; aquí se describe la retención de 24 y 60 meses (la retención de 12 meses se incluye en el GARPR. Este indicador completa la cobertura del programa midiendo la eficacia.
Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretrovírico a los b) 24 meses y c) 60 meses después de iniciar el tratamiento (entre los que iniciaron el tratamiento en b) 2010 y c) 2007).
Denominador	<p>b) A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretrovírico en el 2009 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación 2012 (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.</p> <p>c) A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretrovírico en el 2006 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación 2012 (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses.</p>

Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de vigilancia de los programas, registro del tratamiento antirretrovírico y formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes según el período en que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 24 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 2 años, y la evaluación a los 60 meses a todos los que lo iniciaron hace 5 años. Si los datos disponibles no encajan en este período anual típico, es importante especificar el período en el que los pacientes iniciaron el tratamiento.</p>
Desglose	<p>Entre las personas que comenzaron el tratamiento (denominador), además de notificar 1) el número de personas con vida y en tratamiento (numerador), también es importante notificar 2) el número de pérdidas de seguimiento, 3) el número de personas que abandonaron el tratamiento y 4) el número de las que fallecieron. Estos cuatro resultados deben sumar el número de personas que comenzaron el tratamiento antirretrovírico.</p> <p>Al generar información en los establecimientos, los pacientes trasladados al centro deben incluirse en las estadísticas y los pacientes transferidos a otro centro deben excluirse. En la recopilación de los informes de los centros, si el número de pacientes transferidos al centro y fuera de este se suman a nivel nacional, estas estadísticas deben notificarse para realizar el análisis de los 12 meses.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La continuación del tratamiento antirretrovírico se relaciona principalmente con la supervivencia (pero también con la voluntad de continuar el tratamiento). La supervivencia puede reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características básicas de los pacientes que han comenzado el tratamiento. La estadísticas clínicas, inmunológicas y virológicas son factores pronósticos independientes de la supervivencia bajo TAR. Las características de referencia de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y, en particular, a comparar los centros que ofrecen TAR.</p>
Otras consideraciones	<p>Si no se dispone de los datos sobre la retención a los 24 meses o a los 60 meses para los pacientes que iniciaron el tratamiento antirretrovírico en el 2010 o el 2007, respectivamente, pero se dispone de los datos de los pacientes que lo iniciaron durante un período anterior (por ejemplo, 2009, 2008, 2006 o 2005), sírvase especificar dicho período en la sección Observaciones (por ejemplo, "Inició el tratamiento antirretrovírico entre [mes]/[año] y [mes]/[año]).</p> <p>El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en tratamiento antirretrovírico de forma continua durante el período de 24 meses o 60 meses. Por ejemplo, los pacientes que pudieran haber faltado a una o dos citas o a recoger sus medicamentos y hubieran suspendido temporalmente el tratamiento, pero siguen registrados como en tratamiento en el mes 24 o 60 se incluyen en el denominador. Por el contrario, no se incluyen en el numerador aquellos pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o considerados pérdidas de seguimiento transcurridos 24 o 60 meses desde el inicio del tratamiento.</p> <p>En los países donde este indicador no se genera en todos los centros de tratamiento antirretrovírico, sino en un subconjunto de establecimientos, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad y esto debe mencionarse en la sección Observaciones.</p>
Utilización de los datos	<p>Tome nota de cualquier retención particularmente baja y determine las causas mediante el análisis de la distribución de los pacientes que no están en tratamiento antirretrovírico, ya sea por fallecimiento, abandono del tratamiento o pérdida durante el seguimiento. Si los datos están disponibles, intente determinar la población de pacientes perdidos durante el seguimiento a fin de examinar si es probable que hayan fallecido, dejado el tratamiento o sido trasladados. Compare las cohortes.</p>

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Si este indicador solo se produce en un subconjunto de establecimientos, debe señalarse la fuente de información y si la información es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico.
--	--

4.3a Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico	
Fundamento	El tratamiento antirretrovírico es una de las piedras angulares del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento.
Lo que mide	El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). Entre los establecimientos de salud se encuentran los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y los consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como centros de salud gestionados por organizaciones religiosas o no gubernamentales.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que notifican la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretrovírico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben tener un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.</p> <p>Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles, siempre que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de tratamiento antirretrovírico directamente (es decir, lo recetan o realizan el seguimiento clínico) o envían a los pacientes a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios. Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas o los censos de establecimientos es que generalmente sólo se hacen una vez cada cierto número de años.</p> <p>Los países deben actualizar periódicamente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de tratamiento antirretrovírico y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.</p>
Desglose	<p>Sector: público, privado</p> <p>Por tipo: hospital centro de salud, centro de atención prenatal, centro antituberculoso, establecimiento de salud para el tratamiento de las ITS</p>

Puntos fuertes y débiles	Este indicador aporta información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretrovírico en los establecimientos de salud, pero no recoge información sobre la calidad de los servicios prestados. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos. La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.
Otras consideraciones	Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecerlo en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH. Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR.

Utilización de los datos	Examine los avances en cuanto al porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan tratamiento antirretrovírico. El análisis de los datos desde el punto de vista geográfico y por tipo de establecimiento de salud, y la triangulación de los datos con las estimaciones de la densidad de la infección por el VIH puede ayudar a comprender mejor dónde es preciso aumentar la disponibilidad de los servicios de TAR.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores. Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretrovírico (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretrovírico en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH/sida), sírvase facilitar esta información complementaria.
Otras referencias	Otros indicadores recomendados para el programa nacional de lucha contra el sida n°5

4.3b Establecimientos de salud Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico pediátrico (parte del indicador 3.12 del AU 2012)	
Fundamento	El tratamiento antirretrovírico es una piedra angular del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico proporciona información valiosa sobre la capacidad de abordar la atención de la infección en los niños.
Lo que mide	Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como los establecimientos de salud gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales.

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que ofrecen servicios de TAR pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos normalmente se mantiene a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben contar con un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR. Un censo o encuesta de los establecimientos de salud también puede proporcionar esta información, junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando esta se recopile de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas permiten establecer si el proveedor de ese establecimiento ofrece servicios de TAR pediátrico directamente o refiere a los pacientes a otros establecimientos.</p> <p>Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas y los censos de los establecimientos es que generalmente se realizan una vez cada cierto número de años. Los países deben actualizar regularmente sus registros de programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR pediátrico y complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de los establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.</p> <p>La herramienta de notificación del acceso universal no pide introducir un denominador, pero algunos países que están tratando de ampliar el TAR pediátrico a nivel nacional pueden considerar el "número total de establecimientos de salud", excluidos aquellos establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes; este número puede calcularse sumando el número total de establecimientos incluidos en la muestra. La información para conformar el denominador puede obtenerse de los registros de los programas, las listas de establecimientos o las estrategias nacionales o documentos de planificación. Se deben excluir los establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes (por ejemplo, los establecimientos especializados en la atención oftálmica, donde nunca se introducirá el TAR).</p>
<p>Desglose</p>	<p>Sector: público, privado</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Este indicador facilita información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de TAR pediátricos, pero no recoge información sobre la calidad del servicio prestado. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos.</p> <p>La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.</p> <p>Una posible limitación de los censos y las encuestas de los establecimientos es que se realizan una vez cada cierto número de años, por lo es posible que no recojan la información más actualizada, sobre todo en los entornos donde recientemente se ha intensificado el aumento de los servicios.</p>

Otras consideraciones	Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecer el tratamiento, incluido el pediátrico, en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios de TAR pediátrico proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH. Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR pediátrico.
Utilización de los datos	Examine las tendencias a lo largo del tiempo. Explore el número de establecimientos que ofrecen TAR en relación con el número calculado de niños que lo necesitan.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Si se trata de una encuesta, no olvide indicar el año en que se realizó. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores. Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen TAR pediátrico (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretrovírico en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH/sida), sírvase facilitar esta información complementaria.
Otras referencias	Otros indicadores recomendados del ONUSIDA para el programa nacional de lucha contra el sida n° 5

4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovíricos y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de al menos un antirretrovírico necesario

Fundamento	A medida que los países aumentan los servicios de tratamiento antirretrovírico, es importante conseguir que los antirretrovíricos estén al alcance de las personas que los necesitan. El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección por el VIH avanzada, por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Es necesaria una gestión eficaz de los suministros de ARV para que no falten reservas de estos medicamentos.
Lo que mide	Este indicador mide un aspecto fundamental de la gestión de los suministros de ARV: si los establecimientos de salud que suministran dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses
Denominador	Número total de establecimientos de salud que suministran ARV.

Método y herramientas de medición	<p>Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedidos de ARV. Los formularios contienen información sobre los pacientes que reciben TAR, datos de consumo e información sobre las existencias y el desabastecimiento si fuera el caso. Este indicador requiere las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los informes de control de inventario de los establecimientos de salud que indiquen la cantidad de existencias de cada artículo; • los formularios de pedidos enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, último período de pedido, último trimestre, año pasado) de los ARV; y • la lista de los ARV que cada establecimiento tiene previsto suministrar, si no está incluida en los informes de control de inventario o en los formularios de pedido. <p>Lo mencionado anteriormente funciona si el sistema nacional de información de gestión logística está en funcionamiento. Si no lo está, pueden utilizarse encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de la Provisión de Servicios o la Cartografía de Servicios Disponibles, a condición de que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARV.</p> <p>Si existe un sistema nacional de información de gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, se debe extraer información de este sistema para generar el indicador. Otra posibilidad es que sea necesario recopilar la información mediante una encuesta especial o visitas a los centros. Si solo hay un número limitado de establecimientos de salud que suministran ARV en el país, todos ellos deberán incluirse en la encuesta o en las visitas; por el contrario, si el número es muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que suministran ARV (la lista completa debe estar disponible en el nivel nacional). Durante el muestreo es importante asegurarse de que la muestra incluya los diferentes niveles (central, distrital y periférico). En los países donde los ARV se distribuyen en las farmacias u otros establecimientos no sanitarios, también deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la factibilidad dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística.</p>
Desglose	Sector: público, privado
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador capta un componente crucial del programa de tratamiento antirretrovírico: si existe o no un suministro continuo e ininterrumpido de medicamentos antirretrovíricos en el nivel de los establecimientos de salud.</p> <p>Sin embargo, no suministra información sobre las causas de los problemas de desabastecimiento, sobre los antirretrovíricos que están agotados ni sobre cuánto duró el desabastecimiento de un antirretrovírico concreto. Tampoco informa acerca de la calidad del almacenamiento, la entrega y la distribución de los medicamentos antirretrovíricos.</p>
Otras consideraciones	<p>En algunas situaciones, la simple vigilancia de los desabastecimientos podría resultar engañosa, dado que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener una política de no expedir las existencias de reserva. Estos establecimientos no debieran contarse entre los que han tenido un desabastecimiento según la definición del indicador, aun cuando los pacientes no habrán de recibir el antirretrovírico necesario para el tratamiento. En los entornos donde las existencias de reserva no se expiden durante los desabastecimientos de antirretrovíricos es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad a obtener acceso o usar un antirretrovírico necesario).</p>

Utilización de los datos	Si hay desabastecimientos, evalúe si el problema reside en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema relacionado con una corriente financiera o una escasez mundial. Averigüe si la razón se debe a las previsiones del pedido de suministros, al sistema de distribución o a otra cuestión. Aproveche la ocasión para verificar si el sistema de información de gestión logística está funcionando.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indique si los datos se basan en los datos nacionales o en los datos de encuestas de una muestra de establecimientos. Sírvase incluir toda observación que pueda ayudar a interpretar los datos (por ejemplo, si sólo se incluyen datos del sector público o del privado, y si puede haber una sobrevaloración o infravaloración).
Otras referencias	Indicadores armonizados del seguimiento y la evaluación para los sistemas de gestión de compras y suministros.

Para la OPS:

4.5 Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l en el 2011 (nuevo para la notificación mundial)

Fundamento	A medida que los países aumentan los servicios relacionados con la infección por el VIH, es importante vigilar si las personas reciben el diagnóstico en una etapa temprana (o qué porcentaje aún lo recibe en una etapa posterior).
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ μ l de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.
Numerador	Número de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ μ l en el 2011
Denominador	Número total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2011

4.6.a Atención de la infección por el VIH

Número de adultos nuevos registrados en la etapa de pre-tratamiento durante el período de notificación (2012)

Fundamento	Además del tratamiento antirretrovírico, es importante vigilar las etapas de pre-tratamiento. Un número considerable de personas que son diagnosticadas con la infección por el VIH pueden no reunir los criterios para comenzar el TAR. Es importante incluirlas en la atención longitudinal de monitoreo previo al inicio de TAR, ya que en última instancia llegarán a requerir TAR.
Lo que mide	Número de adultos nuevos incluidos en la atención en etapa de pre-tratamiento, durante el período de notificación (2012) Evolución anual del número de pacientes recién incluidos en etapa de pre-tratamiento. Son personas que no reúnen criterios de TAR -y que no han comenzado TAR durante el 2012- pero que están siendo monitoreados.
Método y herramientas de medición	Registros de los establecimientos sobre pacientes nuevos en seguimiento en etapa pre-tratamiento. Se contabiliza el número de pacientes nuevos incluidos en etapa pre-tratamiento dentro del período de notificación.

Desglose	<p>Sexo: masculino, femenino</p> <p>Sector: público, privado</p> <p>Estos y otros desgloses deben incluirse, si están disponibles, en la sección Observaciones.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite vigilar las tendencias en la inclusión de personas en etapa pre-tratamiento, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención prestada antes del TAR. Tampoco capta la retención durante el período en etapa pre-tratamiento.</p>
Otras consideraciones	<p>A menudo, las personas que se encuentran en la lista de espera para recibir TAR, es decir, las que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento pero que no lo han iniciado, figuran en el registro de etapa pre-tratamiento. También es importante examinar el número de personas retenidas en etapa pre-tratamiento cuando sea posible, a fin de asegurar que las personas infectadas por el VIH reciban atención aunque no hayan iniciado el tratamiento antirretrovírico.</p> <p>Algunos países registran a todos los pacientes en etapa pre-tratamiento aunque reúnan los requisitos para comenzar el tratamiento antirretrovírico y luego los transfieren al registro de tratamiento antirretrovírico; en otros casos, los pacientes que satisfacen las condiciones para el tratamiento antirretrovírico pueden registrarse de inmediato solo en los registros de tratamiento antirretrovírico, por ejemplo, si no existen registros de pacientes en etapa pre-tratamiento. Es importante tener presente esto al examinar datos relacionados.</p>
Utilización de los datos	<p>Examine el número de personas nuevas en atención en etapa pre-tratamiento con respecto del número de personas diagnosticadas como seropositivas; el número de personas que inician el tratamiento antirretrovírico (pregunta anterior) suministra información sobre las tendencias en el inicio del TAR previo y los programas de tratamiento antirretrovírico.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Si los pacientes son trasladados y esto no se registra correctamente hay un riesgo de notificación doble que podría conducir a una sobreestimación de pacientes en etapa pre-tratamiento. Si este fuera el caso, sírvase hacer observaciones al respecto.</p> <p>De igual manera, si hay pacientes que dejan de recibir atención en etapa pre-tratamiento y al reanudarlo se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimarán el número exacto de pacientes nuevos en etapa pre-tratamiento.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulativo, producido generalmente por todos los establecimientos de salud. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos según sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Examine el número de personas diagnosticadas con la infección por el VIH.</p>

4.6.b Atención de la infección por el VIH

Número de adultos recién incluidos en la atención de la infección por el VIH (en etapa pre-tratamiento o TAR) durante el período de notificación (2012)

Fundamento	El número total de personas recién incluidas en la atención de la infección por el VIH (en etapa pre-tratamiento o TAR) suministra información sobre el número de personas seropositivas que están comenzando a recibir atención de la infección por el VIH en el sistema de salud. Este número puede compararse con el número de personas recién diagnosticadas con la infección por el VIH, a fin de evaluar la respuesta de los servicios de atención y tratamiento en esta población.
Lo que mide	Número de adultos recién incluidos en etapa pre-tratamiento o el TAR durante el período de notificación (2012) El número debe representar el número de personas que han obtenido acceso a servicios de atención bien en etapa pre-tratamiento o en etapa TAR por primera vez en el año.
Método y herramientas de medición	Registros de los establecimientos sobre la etapa pre-tratamiento y el TAR, según el sistema de vigilancia del país. Se cuenta el número de pacientes recién incluidos en etapa pre-tratamiento o el TAR durante el período de notificación. Si los sistemas de vigilancia de la infección por el VIH del país funcionan de modo que todos los pacientes se introducen en los registros de etapa pre-tratamiento, aun cuando estén listos para comenzar el tratamiento antirretrovírico, entonces solo debe contarse el número de pacientes nuevos incluidos en etapa pre-tratamiento (y el número sería el mismo que el de la pregunta anterior: número de adultos recién incluidos en el TAR previo). Si este no fuese el caso, entonces los datos disponibles deben examinarse y agruparse según corresponda.
Desglose	Por sexo: masculino, femenino Por sector: público, privado Estos y otros desgloses deben incluirse, si están disponibles, en la sección Observaciones.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar las tendencias en la inclusión en los servicios de atención de la infección por el VIH (en etapa pre-tratamiento y TAR), pero no mide la calidad ni la retención de esos servicios.
Otras consideraciones	La mayoría de los países notifican el número de personas que ha iniciado recientemente el tratamiento antirretrovírico como parte del número de personas recién incluidas en el TAR previo; luego, los pacientes que necesitan tratamiento antirretrovírico son transferidos del registro de etapa pre-tratamiento al registro de TAR. Si las personas que comienzan el tratamiento antirretrovírico no están registradas en el registro de etapa pre-tratamiento, una opción para calcular el numerador es sumar el número de personas recién incluidas en etapa pre-tratamiento y el número de personas recién incluidas en el tratamiento antirretrovírico, y restarle el número de personas transferidas del TAR previo al TAR en un año determinado. Sin embargo, en muchos entornos con sistemas de vigilancia que funcionan manualmente, quizá no sea factible conocer fácilmente el número de personas transferidas del etapa pre-tratamiento al TAR a nivel nacional, a menos que se establezca un formulario transversal de notificación nacional para recabar esta información.

Utilización de los datos	<p>Analice el número de personas recién incluidas en los servicios de atención de la infección por el VIH (en etapa pre-tratamiento o del TAR) y el número de personas recién diagnosticadas como seropositivas puede proporcionar una indicación de la respuesta de esos servicios entre la población seropositiva.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Sírvase comentar si hay una gran posibilidad de que se hayan contado dos veces las mismas personas.</p> <p>Representatividad nacional: Sírvase formular observaciones sobre sus datos según sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Examinar el número de personas diagnosticadas con la infección por el VIH o hacer comparaciones con los años anteriores.</p>
Otras referencias	<p>Este es un indicador nuevo para la notificación mundial, es el numerador del indicador D-1 que figura en la guía de seguimiento y evaluación de las pruebas de detección del VIH y orientación (versión de la prueba sobre el terreno). (<i>Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes. Field-test version</i>)</p>

Objetivo 5. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH para el 2015

5.2 Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR a las personas infectadas por el VIH y que cuentan con prácticas de eficacia comprobada para el control de infecciones, incluida la tuberculosis	
Fundamento	El control de la infección de la tuberculosis es parte de la estrategia de los "tres unos" para controlar las epidemias de la infección por el VIH y de la tuberculosis (junto con la intensificación de la búsqueda activa de casos de tuberculosis y de la profilaxis con isoniazida).
Lo que mide	El indicador mide si los establecimientos de salud que reciben un gran número de personas infectadas por el VIH han puesto en práctica medidas para prevenir el riesgo de transmisión de la tuberculosis de persona a persona.
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR para las personas infectadas por el VIH y que cuentan con prácticas de eficacia comprobada para el control de la tuberculosis, las cuales están en consonancia con las directrices internacionales.
Método y herramientas de medición	<p>Metodología:</p> <p>Examen de las políticas escritas de que dispone el establecimiento para el control de la infección; las siguientes preguntas deberán responderse afirmativa o negativamente (sí o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Disponen de un plan por escrito para el control de la infección tuberculosa? - ¿Hay alguna persona responsable de la ejecución del plan de control de la infección tuberculosa? - ¿Está bien ventilada la sala de espera (puertas y ventanas abiertas)? - ¿Se identifica a los presuntos tuberculosos a su llegada al establecimiento y se les separa del resto de los pacientes? - ¿Los casos notificados de tuberculosis entre los trabajadores de salud se siguen y notifican sistemáticamente? <p>Para que se considere que un establecimiento tiene una política de control de la tuberculosis acorde con las directrices internacionales, se requiere una respuesta afirmativa a todas las preguntas. Si la respuesta a la pregunta sobre la existencia de un plan de control por escrito es afirmativa, es necesario que tenga a su disposición una copia impresa del plan. También se requiere contar con la documentación correspondiente a los otros componentes.</p> <p>Periodicidad: se recopila anualmente en cada establecimiento, cuando tienen lugar las visitas de supervisión, el examen externo de las actividades de lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH o los programas de lucha contra el VIH.</p> <p>Herramienta de medición: Lista de verificación del examen del establecimiento.</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>La existencia de una política escrita en materia de control de infecciones que se ocupa de la tuberculosis y sea compatible con las directrices internacionales es el primer paso para lograr el control de la infección de la tuberculosis en los establecimientos de salud que prestan servicios de TAR a las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, la existencia de una política en materia de control de infecciones no significa que esta se aplique eficazmente, es necesario investigar más para determinar si se cumple. El análisis de la política supone un juicio subjetivo que puede limitar su uso cuando se realizan comparaciones entre los países y se estudian las tendencias a lo largo del tiempo.</p> <p>El indicador va más allá de medir la existencia de una política de control de infecciones al definir las normas que deben cumplirse para considerar que se sigue una práctica aceptable para controlar la infección de tuberculosis en los establecimientos de salud que prestan servicios de TAR a las personas con infección por el VIH, de conformidad con las directrices internacionales, lo que permite eliminar algunos juicios subjetivos, aunque no todos.</p>

Otras consideraciones	Responsabilidad: programas de lucha contra el VIH
Utilización de los datos	Objetivo 100%: Todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR deben implantar prácticas de control de la infección de tuberculosis para evitar la transmisión de la tuberculosis de persona a persona.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Visitas de supervisión y encuestas en los establecimientos de salud
Otras referencias	Guía para el seguimiento y la evaluación de las actividades de colaboración para el control de la tuberculosis y la infección por el VIH, que puede consultarse en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598194_eng.pdf (solo en inglés)

5.3 Porcentaje de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	
Fundamento	Procurar que las personas seropositivas para el VIH que reúnen los requisitos para recibir tratamiento de la infección tuberculosa latente lo reciban y reducir con ello la incidencia de la tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH.
Lo que mide	El número de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la infección tuberculosa latente (tratamiento preventivo con isoniazida, denominado también profilaxis con isoniazida), expresado como la proporción del número total de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH durante un período dado.
Numerador	Número de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH (iniciaron el TAR previo o el TAR) que también comenzaron (se les ha suministrado al menos una dosis) profilaxis con isoniazida durante el período de notificación.
Denominador	Número de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH en el período de notificación.
Método y herramientas de medición	<p>La tarjeta de tratamiento de la infección por el VIH y el registro modificado de la atención de la infección por el VIH.</p> <p>Los datos necesarios para calcular este indicador se obtienen de los registros de TAR previo y de tratamiento antirretrovírico en los centros que prestan servicios de atención de la infección por el VIH, en función del centro donde ha de administrarse el tratamiento preventivo de la tuberculosis. El tamizaje de la tuberculosis debe realizarse entre los pacientes seropositivos para el VIH. Se ofrecerá tratamiento preventivo de la tuberculosis a los pacientes que <i>no</i> presenten signos de tuberculosis activa, según las directrices acordadas a escala nacional. Deben registrarse todos los pacientes que aceptan este tratamiento preventivo y han recibido como mínimo la primera dosis. Esta información se consigna en una columna suplementaria de los registros de atención de la infección por el VIH. La previsión exacta de las necesidades de suministro de medicamentos exige la recopilación de información más detallada.</p>
Desglose	Ninguno

Puntos fuertes y débiles	<p>El tratamiento de la infección tuberculosa latente disminuirá la incidencia de tuberculosis activa en las personas con serología positiva para el VIH que contrajeron la infección tuberculosa, pero que no padecen la enfermedad. Incluir a los pacientes que han recibido como mínimo una dosis es relativamente sencillo, incluso en los entornos con recursos limitados. Esta información es la mínima necesaria para asegurar que se está ofreciendo tratamiento preventivo de la tuberculosis a los pacientes seropositivos para el VIH que no presentan signos clínicos de tuberculosis activa. Sin embargo, a menos que se recojan datos complementarios, este indicador no aporta ninguna información sobre el número de pacientes que cumplen con el tratamiento preventivo de la tuberculosis o lo completan. La obtención de datos más completos sobre la adherencia terapéutica o la finalización del tratamiento exige recursos mucho mayores, pero es posible que los programas deseen emprender estudios periódicos a fin de establecer, por ejemplo, las tasas de adherencia y la exactitud del cuestionario del tamizaje.</p>
Otras consideraciones	<p>En un registro del tratamiento preventivo de la tuberculosis (con isoniazida) mantenido en las farmacias, se consignará la asistencia de los usuarios (generalmente mensual) para recoger más suministros de medicamentos. A partir de este registro, los establecimientos podrían notificar trimestralmente el número de casos nuevos, de casos que continúan el tratamiento y de casos que lo finalizan. Cuando se recopila esta información sistemáticamente, el indicador preferido sería el número de usuarios seropositivos al VIH que finalizan el tratamiento de la infección tuberculosa latente, expresado como una proporción del número total de usuarios seropositivos al VIH que comenzaron este tratamiento.</p> <p>Según los datos de centros de pruebas piloto, al parecer se puede prever que de 10% a 50% de los usuarios seropositivos al VIH comenzarán el tratamiento preventivo de la tuberculosis; algunos no cumplirán los requisitos para recibir el tratamiento, algunos lo rechazarán y otros abandonarán la iniciativa durante el tamizaje. La proporción de personas que probablemente comenzará el tratamiento preventivo depende del algoritmo de tamizaje usado (por ejemplo, cuando se usa la prueba cutánea de la tuberculina como método de tamizaje, disminuye el número de pacientes que reúnen los requisitos) y también del tipo de establecimiento donde se estableció el diagnóstico de infección por el VIH.</p> <p>Entre los pacientes remitidos a hospitales o consultorios habrá un mayor número de pacientes que no reúnen los requisitos para recibir el tratamiento de la infección tuberculosa latente. La mayor proporción de pacientes provendrá de los centros vinculados con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH o de los centros independientes de orientación y pruebas voluntarias del VIH. La mayoría de los programas procurarán que al menos 50% de los pacientes recién incluidos en la atención de la infección por el VIH comiencen la profilaxis con isoniazida.</p>
Utilización de los datos	<p>Cuando el valor del indicador es bajo, se deben explorar las razones y comparar los datos desglosados con el promedio nacional, a fin de detectar los lugares que precisan una atención especial y los motivos de la cobertura insuficiente. Se deben explorar mejor los demás datos existentes sobre la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase incluir observaciones acerca de si los datos proporcionados cubren todo el país o si provienen de una muestra (en ese caso, facilite detalles sobre lo que representan los datos y sobre toda conjetura hecha a fin de extrapolar los datos para obtener una cifra nacional).</p>
Otras referencias	<p>Directriz n° B.2.1 sobre la vigilancia y evaluación de los servicios de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis</p>

5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta	
Fundamento	Este es un indicador de procedimientos de una actividad que busca disminuir los efectos de la tuberculosis entre las personas con infección por el VIH. Su valor revelará en qué medida se ha aplicado la recomendación de someter a tamizaje de la tuberculosis a las personas con infección por el VIH, en el momento del diagnóstico y en las consultas de seguimiento, utilizando la última consulta como medida de referencia.
Lo que mide	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la última consulta
Numerador	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la última consulta <i>La atención de la infección por el VIH incluye el TAR previo y el TAR.</i>
Denominador	Número total de adultos y niños que reciben servicios de atención para la infección por el VIH durante el período de notificación
Método y herramientas de medición	<p>La OMS recomienda el uso de un algoritmo de tamizaje simplificado para intensificar la detección de casos de tuberculosis activa, que incluye 4 síntomas clínicos: 1) tos, 2) fiebre, 3) pérdida de peso y 4) sudores nocturnos.</p> <p>El estado con respecto a la tuberculosis debe determinarse con este algoritmo simplificado en cada consulta que tenga lugar durante el período de notificación (“Sí”, en caso de: “ningún signo”, “presunción” o “en tratamiento” y “No”, cuando no se determina el estado con respecto a la tuberculosis) y consignarse en la tarjeta asistencial de la infección por el VIH o del TAR, y transferirse a los registros correspondientes del TAR previo o el TAR, según corresponda, en todos los establecimientos que prestan servicios habituales relacionados con la atención de la infección por el VIH. Se entiende por incluidos en la atención a todos los pacientes que continúan recibiendo atención durante el período de notificación y a los recién incluidos. Estos datos deben analizarse y notificarse junto con otros datos transversales a escala nacional.</p> <p>El numerador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó durante el período de notificación. Se debe tener cuidado de contabilizar a los pacientes que comenzaron el tratamiento antirretrovírico durante el período de notificación en el registro del TAR y no en el registro del TAR previo.</p> <p>El denominador de los pacientes en TAR previo corresponderá al número de pacientes atendidos durante el período de notificación. El denominador de los pacientes en tratamiento antirretrovírico será el número de pacientes actualmente en TAR durante el período de notificación.</p> <p>El denominador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes que acudieron a una consulta durante el período de notificación. Este dato se consigna luego en el formulario de notificación transversal.</p>
	Los programas de lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH deben colaborar para que se apliquen los criterios acordados sobre la detección de casos presuntos de tuberculosis y para que los métodos utilizados en el tamizaje de la tuberculosis concuerden con los protocolos del programa de control de la tuberculosis. ⁷

⁷ Un método propuesto para realizar el tamizaje sería preguntar a los usuarios con prueba serológica positiva para el VIH si siguen actualmente un tratamiento

Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Entre las personas con infección por el VIH, la evaluación del estado con respecto a la tuberculosis, seguida de una remisión inmediata con fines diagnósticos y terapéuticos, aumenta las probabilidades de supervivencia, mejora la calidad de vida y disminuye la transmisión de la tuberculosis en la comunidad. Esta evaluación permite detectar a las personas seropositivos para el VIH que no presentan ningún indicio clínico de tuberculosis activa, a quienes sería útil el tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida.</p> <p>Este indicador no mide la calidad de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis ni revela si en los pacientes calificados como casos presuntos se practicó un examen complementario o eficaz de la tuberculosis. Sin embargo, el indicador sí destaca la importancia de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis entre las personas con infección por el VIH en el momento del diagnóstico y en cada contacto que tengan con los servicios de tratamiento y atención de la infección por el VIH.</p> <p>Los programas deben procurar alcanzar un valor elevado para este indicador (cerca del 100%), pero deben interpretarlo conjuntamente con los indicadores relacionados con el porcentaje de personas que acuden a los servicios de atención de la infección por el VIH que: a) están en tratamiento antituberculoso y b) recibieron el tratamiento de la infección tuberculosa latente, con el fin de verificar si después del tamizaje se toman las medidas apropiadas. Un valor bajo de este indicador revelará que es poco probable que se cumpla con el objetivo B de disminuir los efectos de la tuberculosis entre las personas con infección por el VIH.</p>
Utilización de los datos	Véase la sección sobre los puntos fuertes y los puntos débiles para interpretar los datos y definir los campos de intervención que precisan un examen complementario. Cuando el valor del indicador es bajo, deben analizarse los datos desglosados y buscar las razones de este resultado.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase formular observaciones acerca de la forma en que se recogieron estos datos y sobre toda conjetura hecha al establecer un cálculo a escala nacional.
Otras referencias	Directriz n° B.1.1.1 sobre la vigilancia y evaluación de los servicios de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis.

antituberculoso. En caso negativo, se les interrogaría sobre los principales síntomas de la enfermedad tuberculosa (es decir, tos de más de dos semanas de duración, fiebre persistente, sudores nocturnos, pérdida de peso inexplicada y aparición de linfadenopatías). Se podría utilizar una lista de verificación sencilla y toda respuesta afirmativa indicaría que la persona puede considerarse un caso presunto de tuberculosis. Cuando con el cuestionario se califica a un paciente como caso presunto de tuberculosis (según los protocolos nacionales), es necesario examinarlo a fin de descartar el diagnóstico tuberculosis (o remitirlo a un servicio de tuberculosis para su evaluación) y tratarlo adecuadamente. Debe proponerse el tratamiento preventivo con isoniazida durante seis meses a los pacientes que no presenten signos de tuberculosis.

Preguntas de política, preguntas pertinentes para los 10 objetivos

P.1b Preguntas de política de la OMS (indicador 7.1b de AU 2012)	
Vigilancia	<p>Ia. ¿Se llevan a cabo actividades de vigilancia centinela en el país?</p> <p>Indique: vigilancia sistemática ejecutada, periodicidad (cada X años), lugar, año de la última encuesta</p> <p>a) ¿en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal?</p> <p>ii.a) ¿en los grupos de población clave expuestos a un mayor riesgo: profesionales del sexo?</p> <p>ii.b) ¿en los grupos de población clave expuestos a un mayor riesgo: personas que se inyectan drogas?</p> <p>ii.c) ¿en los grupos de población clave expuestos a un mayor riesgo: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?</p> <p>iii) ¿En otros grupos de población específicos (sírvase especificarlos más adelante)?</p> <p>Otros: adolescentes (10 a 19 años)</p> <p>Ib. ¿Se realizan encuestas demográficas y de salud en el país con pruebas de detección del VIH? (Sí o No)</p> <p>¿Cuándo se hizo la última encuesta?</p>
Seguimiento y evaluación	<p>Ila. ¿Tiene el país un plan nacional de vigilancia y evaluación que abarque la respuesta a la infección por el VIH/sida en el sector de la salud? (con herramientas de recopilación identificadas y una indicación clara del flujo de datos para recabar indicadores nacionales basados en indicadores reconocidos internacionalmente y armonizados donde convenga) (Sí o No)</p> <p>Ilb. Indique cuándo se realizó el último examen del sistema de seguimiento y evaluación de lo siguiente:</p> <p>i) tratamiento antirretrovírico, año:</p> <p>ii) prevención de la transmisión maternoinfantil, año:</p> <p>iii) tratamiento y control de la infección por el VIH, año:</p> <p>IIc. ¿Tiene el país un plan nacional de vigilancia y evaluación que abarque la respuesta a la infección por el VIH/sida en el sector de la salud? (con herramientas de recopilación identificadas y una indicación clara del flujo de datos para recabar indicadores nacionales basados en indicadores reconocidos internacionalmente y armonizados donde convenga) (Sí o No)</p> <p>Le agradeceríamos que nos diera a conocer los planes nacionales de vigilancia y evaluación, así como las herramientas de vigilancia (registros, tarjetas de pacientes, formularios de notificación). Sírvase cargarlos o enviarlos por correo electrónico a la OMS: hivstrategicinfor@who.int.</p>

	<p>¿ Tiene planes para revisar su sistema de vigilancia y evaluación en el futuro? (Sí o No) En caso afirmativo, indique el año:</p> <p>¿ Cuáles son las dificultades principales relacionadas con la vigilancia y la evaluación de las actividades sobre la infección por el VIH en el sector sanitario de su país? ¿ Qué clase de orientación, herramientas o asistencia pueden contribuir a apoyar su sistema de vigilancia y evaluación?</p>
Farmacorresistencia del VIH	<p>IIIa. ¿ Ha implantado el país una estrategia de prevención y evaluación de la farmacorresistencia del VIH? (Sí o No)</p> <p>IIIb. Indique si la estrategia de prevención y evaluación de la farmacorresistencia del VIH tiene los siguientes elementos:</p> <p>i) evaluación ordinaria de los "indicadores de alerta temprana" de la farmacorresistencia del VIH enviados por los centros de tratamiento antirretrovírico;</p> <p>ii) encuestas para vigilar la prevención de la farmacorresistencia del VIH y factores asociados en los centros centinela de tratamiento antirretrovírico;</p> <p>iii) encuestas para vigilar el desempeño frente a los "indicadores de alerta temprana" de la farmacorresistencia del VIH en todos los centros de tratamiento antirretrovírico;</p> <p>iv) encuestas de la farmacorresistencia del VIH en las personas recién infectadas con el VIH (encuestas de umbral) o en las personas no tratadas anteriormente que están a punto de empezar el tratamiento antirretrovírico en una o más zonas donde el TAR se ha generalizado por tres años o más; y</p> <p>v) preparación de informe y recomendaciones nacionales anuales acerca de la farmacorresistencia del VIH.</p>
Observaciones y sugerencias	<p>Sírvase incluir observaciones sobre la vigilancia de la infección por el VIH o los sistemas de vigilancia y evaluación.</p>
Preguntas sobre la política y los programas relacionados con las pruebas de detección del VIH y la orientación	<p>¿ Tiene el país una política nacional sobre pruebas de detección del VIH y orientación?</p> <p>En caso afirmativo, ¿ promueve esta política la orientación y las pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor en los establecimientos de salud?</p> <p>¿ Dispone el país de directrices nacionales para realizar las pruebas de detección del VIH y actividades de orientación iniciadas por el proveedor de servicios de salud en los establecimientos de salud?</p> <p>En el caso de los países con una situación de epidemia generalizada: ¿ Se indica en las políticas o directrices que los proveedores deben iniciar las pruebas y la orientación en todos los encuentros con pacientes (independientemente de que estos presenten síntomas o del tipo de establecimiento)?</p> <p>En el caso de los países donde la epidemia es baja o concentrada: ¿ Se indica en las políticas o directrices que los proveedores deben dirigir las pruebas y la orientación a los grupos de población vulnerables que presentan un riesgo mayor (según el perfil epidémico del país)?</p> <p>¿ Tiene el país una política que establezca que las pruebas de detección y la orientación deben recomendarse, pero no ser obligatorias?</p> <p>¿ Se ponen en práctica en el país estrategias para hacer pruebas de detección en la comunidad?</p> <p>¿ Dispone el país de políticas que apoyen las pruebas rápidas de detección del VIH (lugar de</p>

	<p>atención) realizadas por trabajadores no especializados?</p> <p>¿Se realizaron pruebas de detección del VIH sistemáticamente bajo cualquier circunstancia? (sírvese especificar)</p> <p>¿Se hicieron pruebas de detección del VIH sistemáticamente en algún grupo de población? (sírvese especificar)</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con las mujeres y los niños</p>	<p>Revisión de las directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil: desde finales de diciembre del 2012, ¿se han modificado las directrices sobre antirretrovíricos en relación con la prevención de la transmisión maternoinfantil para que tengan en cuenta las directrices de la OMS del 2010 o la actualización programática del 2012 de esta Organización?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es la opción de profilaxis (opción A, opción B, opción B+ u otra)?</p> <p>Si contestó "otra", sírvase especificar:</p> <p>Observación:</p> <p>Si es posible, sírvase enviarnos una copia electrónica a hivstrategicinfo@who.int</p> <p>¿Se han examinado los indicadores de vigilancia y evaluación, los registros y los formularios para que sean compatibles con las nuevas directrices de prevención de la transmisión maternoinfantil?</p> <p>En caso afirmativo, ¿se está vigilando la cobertura con antirretrovíricos durante el período de la lactancia materna?</p> <p>Sírvese explicar:</p> <p>¿Cuál es la política nacional en materia de alimentación del lactante en el contexto de la infección por el VIH?</p> <p>PTMI y pruebas de detección del VIH y orientación iniciadas por el proveedor: Desde finales de diciembre del 2012, ¿se ha implantado alguna política o directriz nacional en materia de pruebas y orientación iniciadas por el proveedor destinada a las embarazadas (es decir, de forma sistemática, con derecho a rechazarla)?</p> <p>Pruebas y orientación iniciadas por el proveedor dirigidas a los niños: ¿Hay alguna política nacional sobre la oferta sistemática de la prueba de detección a los niños en los siguientes entornos?</p> <p>Marque todo lo que sea pertinente:</p> <p>Entornos de hospitalización</p> <p>Entornos de intervenciones nutricionales en el establecimiento y en la comunidad:</p> <p>Centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico:</p> <p>Consultorios antituberculosos:</p> <p>Entornos de inmunización:</p>

	<p>Centros de pruebas y orientación independientes:</p> <p>Otro:</p> <p>Sírvase especificar 'otro':</p> <p>No, todavía no se ha ejecutado:</p> <p>Edad:</p> <p>Tarjeta de salud del niño: ¿Se incluyó la información sobre la infección por el VIH en las tarjetas de salud de la madre o del niño a finales del 2012?</p> <p>Tarjeta de salud de la madre:</p> <p>Tarjeta de salud del niño:</p> <p>Si es posible, sírvase enviarnos una copia electrónica a hivstrategicinfo@who.int</p> <p>¿Se han fijado metas para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH? Por ejemplo, una tasa prevista de transmisión o un porcentaje previsto para reducir las infecciones nuevas entre los niños pequeños? (por ejemplo, menos de 5% de transmisión maternoinfantil para el 2015, reducir 90% las infecciones nuevas entre los niños pequeños para el 2015):</p> <p>Sírvase dar a conocer el indicador o los indicadores, las metas y los años en que se prevé alcanzarlas.</p> <p>¿Cuáles son algunas dificultades encontradas para aumentar la prevención de la transmisión maternoinfantil, con miras a eliminar las nuevas infecciones pediátricas por el VIH y mantener con vida a las madres (E-TMi)?</p> <p>¿Se tiene un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?</p> <p>Sírvase dar a conocer todo plan concreto, así como los indicadores, las metas y los años en que se prevé alcanzarlas.</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con las personas que se inyectan drogas, los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p>	<p>a. ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH dirigidas a las personas que se inyectan drogas se ejecutan en el país? (Sí o No)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de distribución de agujas y jeringas 2. a) Tratamiento de sustitución de opiáceos 2. b) Otros tratamientos para la farmacodependencia 3. Orientación y pruebas de detección del VIH 4. Tratamiento antirretrovírico 5. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 6. Programa de suministro de preservativos para los consumidores de drogas inyectables y sus compañeros sexuales

	<p>7. Actividades de información, educación y comunicación para ciertos grupos destinatarios</p> <p>8. Diagnóstico de la hepatitis viral, tratamiento y vacunación</p> <p>9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis entre las personas que se inyectan drogas</p> <p>¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH dirigidas a los profesionales del sexo se ejecutan el país? (Sí o No)</p> <p>1. Programa de suministro de preservativos para ciertos grupos destinatarios</p> <p>2. Orientación y pruebas de detección del VIH</p> <p>3. Tratamiento antirretrovírico y atención de la infección por el VIH</p> <p>4a. Tratamiento de una ITS sintomática</p> <p>4b. Tratamiento de una ITS asintomática</p> <p>4c. Tratamiento periódico de una presunta ITS</p> <p>5. Paquete integral de intervenciones para los profesionales del sexo que se inyectan drogas, incluidas intervenciones basadas en datos probatorios para dependencias distintas de los opiáceos, como la del alcohol y los estimulantes de tipo anfetamínico.</p> <p>6. Fomentar la participación de los profesionales del sexo en la planificación y ejecución de las actividades de prevención y atención de la infección por el VIH/sida y las ITS.</p> <p>¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH dirigidas a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ejecutan el país? (Sí o No)</p> <p>1. Fomento del uso generalizado del preservativo</p> <p>2. Intervenciones a nivel individual y comunitario</p> <p>3. Intervenciones de prevención en lugares de encuentros sexuales</p> <p>4. Campañas de mercadeo social</p> <p>5. Prevención a través de internet</p> <p>6. Orientación y pruebas de detección del VIH</p> <p>7. Tratamiento antirretrovírico y atención de la infección por el VIH</p> <p>8. Tratamiento de las ITS, incluido el tamizaje para gonorrea asintomática, clamidia y sífilis</p> <p>9. Vacunación contra la hepatitis B</p> <p>10. Paquete integral de intervenciones para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y se inyectan drogas, entre ellas las que se fundamentan en datos probatorios para la dependencia de drogas distintas a los opiáceos, como los estimulantes de tipo anfetamínico</p>
--	--

<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con los recursos humanos</p>	<p>a. Sírvase explicar:</p> <p>¿Cuántos médicos de su país participan en el tratamiento y la atención de la infección por el VIH/sida?</p> <p>¿Tiene el país una política que aborde el inicio del tratamiento antirretrovírico por una enfermera y no por un médico?</p> <p>¿Tiene el país una política para el mantenimiento del tratamiento antirretrovírico por una enfermera y no por un médico?</p> <p>¿Tiene el país una política para hacer participar a los trabajadores de la salud comunitarios en las actividades de apoyo a los pacientes?</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con el financiamiento sanitario</p>	<p>Indique si su país cuenta con una política (en el sector público) que suministre lo siguiente en forma gratuita:</p> <p>medicamentos para el tratamiento antirretrovírico:</p> <p>trimetoprim y sulfametoxazol</p> <p>vigilancia de laboratorio</p> <p>pruebas de detección del VIH</p> <p>medicamentos para el tratamiento de las infecciones oportunistas</p> <p>¿Dispone su país y los donantes internacionales en su país (Fondo Mundial, etc.) de recursos financieros suficientes para comprar antirretrovíricos para todas las personas que los necesitan?</p> <p>¿Cómo se calcula la necesidad de tratamiento antirretrovírico para las adquisiciones?</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con el tratamiento antirretrovírico</p>	<p>¿Cuándo se actualizaron por última vez las directrices nacionales para el tratamiento con antirretrovíricos?</p> <p>Si es posible, sírvase enviarnos una copia electrónica.</p> <p>¿Existe algún mecanismo destinado a actualizar las directrices para responder al “asesoramiento rápido”?</p> <p>¿Tiene el país un plan para eliminar progresivamente el uso de la stavudina (d4T), de acuerdo con las recomendaciones de la OMS del 2010?</p> <p>¿Se utilizan en el país preferiblemente combinaciones de tratamiento antirretrovírico de dosis fijas?</p> <p>¿Cuenta el país con un plan para incluir el acceso a la carga viral (según las recomendaciones de la OMS del 2010)?</p> <p>¿Se utiliza en el país la tecnología Point-of-Care CD4?</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con la tuberculosis y la infección</p>	<p>¿Tiene el país directrices sobre el tratamiento preventivo con isoniazida para las personas infectadas por el VIH?</p> <p>¿Incluye el programa contra el VIH el tratamiento con isoniazida como parte de su estrategia</p>

<p>por el VIH</p>	<p>fundamental para la atención de la infección por el VIH?</p> <p>¿Se proporciona tratamiento antirretrovírico en los consultorios antituberculosos?</p> <p>¿Se proporciona medicamento para la tuberculosis en los consultorios de tratamiento antirretrovírico?</p> <p>¿Existe alguna política para proporcionar tratamiento antirretrovírico a los pacientes que padecen de tuberculosis, independientemente de su conteo de CD4?</p>
<p>Preguntas sobre la política y los programas relacionados con la atención</p>	<p>¿Se dispone de directrices nacionales sobre el suministro de la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para los pacientes con infección por el VIH?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuándo se actualizaron por última vez?</p> <p>¿Ha establecido su país una política nacional para proporcionar apoyo nutricional a las personas infectadas por el VIH y sus familias?</p> <p>En caso afirmativo, indique si la política incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consejos nutricionales: • apoyo complementario de alimentos: • seguridad alimentaria:
<p>Hepatitis B y C</p>	<p>Número y porcentaje de personas seropositivas al VIH que se han hecho la prueba de detección de la hepatitis B</p> <p>Número y porcentaje de personas seropositivas al VIH que se han hecho la prueba de detección de la hepatitis C</p> <p>Número y porcentaje de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B que recibieron tratamiento antirretrovírico (y otro tratamiento para la hepatitis B)</p> <p>Número y porcentaje de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que recibieron tratamiento antirretrovírico (y otro tratamiento para la hepatitis C)</p>

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lidera e inspira al mundo para conseguir su visión compartida de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados globales y nacionales para maximizar los resultados de la respuesta al sida. Acceda a más información en unaids.org y conecte con nosotros a través de Facebook y Twitter.

Impreso en papel certificado FSC

El objetivo de estas directrices es ofrecer a los países orientaciones técnicas sobre cómo medir los indicadores centrales para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Ofrecen directrices técnicas sobre las especificaciones de los indicadores básicos, la información necesaria sobre cómo se han construido y cómo se interpretan. También tienen como fin maximizar la validez, la consistencia interna y la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo de las estimaciones obtenidas para cada indicador. En concreto, su objetivo es garantizar la consistencia de todos los datos y métodos de cálculo empleados.

ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MUJERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org