

ONUSIDA 2022
ORIENTACIÓN

Monitoreo Global del SIDA 2023

Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos
de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021

Contenido

Introducción	7
Resumen de los cambios al conjunto de indicadores para el informe de 2022	8
Indicadores del GAM	10
1.1 Incidencia del VIH	10
1.2 Estimaciones sobre el tamaño de poblaciones clave (A-E)	12
1.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	14
1.4 Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A-D)	16
1.5A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo	18
1.5B Uso del preservativo entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	20
1.5C Uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas	22
1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero	24
1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-D)	26
1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones	28
1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que se inyectan drogas	29
1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas	31
1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos	33
1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición	34
1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina	36
1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	38
1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	40
1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente	41
1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH	43

Las estimaciones de VIH modeladas utilizando el software Spectrum actualizado deben presentarse antes del 31 de marzo de 2023.

Utilice el sitio web de monitoreo mundial del sida (aidsreportingtool.unaids.org) para enviar sus datos de indicadores antes del 31 de marzo de 2023.

2.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	44
2.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	46
2.3	Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral	48
2.4	Diagnóstico tardío del VIH	51
2.5	Volumen y positividad de la prueba del VIH	52
2.6	Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	54
2.7	Mortalidad relacionada con el sida	56
3.1	Pruebas de VIH en mujeres embarazadas	57
3.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	59
3.3	Transmisión vertical del VIH	61
3.4	Prevención de la transmisión vertical del VIH	63
3.5	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	65
3.6	Tasa de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	67
3.7	Virus de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal	68
4.1	Experiencia de violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave	70
4.2	Actitudes hacia la violencia contra las mujeres	72
6.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	74
6.2	Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH	76
6.3	Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios	78
6.4	Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud	80
6.5	Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave	82
6.6	Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A-D)	84
6.7	Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos	86

7.1	Hepatitis vírica entre grupos de población clave	88
7.2	Pruebas de hepatitis C	89
7.3	Personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que inician el tratamiento del virus de la hepatitis C	90
7.4	Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)	91
7.5	Hombres con cuadros de secreción uretral	93
7.6	Gonorrea entre la población masculina	94
7.7	Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis	95
7.8	Personas que viven con VIH y tuberculosis activa	97
7.9	Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis	98
7.10	Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis	100
7.11	Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado	102
7.12	Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH	104
7.13	Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH	105
7.14	Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales	106
8.1	Presupuesto público nacional para el VIH	108
8.2	Antirretrovirales: precios unitarios y volumen	109
8.3	Gasto relativo al VIH por origen de recursos	110

Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino de 2023	114
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino	120
1. Prevención combinada del VIH para todos	121
2. Cumplimiento del objetivo 95–95–95 para pruebas de detección del VIH y el tratamiento del VIH	123
3. Poner fin al sida infantil y eliminar la transmisión vertical	139
4. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas	144
5. Liderazgo comunitario	145
6. Realización de los derechos humanos y eliminación del estigma y la discriminación	147
7. Cobertura sanitaria universal e integración	148
8. Datos, ciencia e innovación	152
Anexo 1. Bibliografía Seleccionada	155
Anexo 2. Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados	156
Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales adquiridos y distribuidos	157
Anexo 4. La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos	158
Anexo 5. Orientación adicional para la construcción de Global AIDS Indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.7–7.10	164
Anexo 6. Monitoreo Global del Sida Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino 2023 Directrices para preguntas relacionadas a leyes	165

Introducción

Los indicadores y las preguntas de este documento se han diseñado para que los programas nacionales sobre el SIDA y los socios los utilicen para evaluar el estado de la respuesta al VIH y al SIDA de un país, y para medir el progreso hacia la consecución de los objetivos nacionales sobre el VIH. Se anima a los países a que integren estos indicadores y preguntas en sus esfuerzos de vigilancia en curso y a que comuniquen datos nacionales completos a través del proceso de Monitoreo Global del SIDA (GAM). De esta manera, contribuirán a mejorar la comprensión de la respuesta global a la epidemia del VIH, incluidos los avances realizados para alcanzar los compromisos y los objetivos mundiales establecidos en la nueva Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA: Poner fin a las desigualdades y avanzar en el camino para acabar con el sida en 2030, adoptada en junio de 2021,¹ y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados.²

Este documento es una recopilación detallada de indicadores y un conjunto de preguntas sobre las políticas nacionales y su aplicación. Está diseñado para permitir el mejor uso de los datos disponibles a escala nacional, uniformizar los informes de VIH en diferentes contextos sociopolíticos, y permitir la agregación a nivel mundial. ONUSIDA está trabajando con organizaciones clave en el marco del Grupo de Asesoría Técnico sobre el Monitoreo Global (MTAG) para armonizar los indicadores y hacer que cumplan los estándares internacionales.

Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026: Acabar con las desigualdades, acabar con el sida fomenta adoptar una visión crítica sobre las desigualdades y priorizar las mejores pruebas de identificación y actuación que permitan cerrar las brechas que obstaculizan el camino para acabar con el SIDA.³ Los datos comunicados hasta 2022 se utilizarán para describir los avances hacia los nuevos objetivos de 2026 y para exigir a los países y a los socios mundiales que rindan cuentas sobre las mejoras deseadas. Los datos nacionales y subnacionales servirán de base para la preparación de estimaciones del VIH cada vez más detalladas que alimentan los informes de GAM.

Los datos también se pondrán a disposición de los países que participan en la movilización de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (Fondo Mundial) y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) para la preparación y revisión de planes operativos y subvenciones.

¹ La Declaración Política sobre el SIDA de 2021 puede encontrarse en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf

² Los detalles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se pueden encontrar en: Haciendo realidad los ODS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2021 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>).

³ Para más información sobre la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026, consulte: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

El proceso del GAM se ha establecido frecuentemente como referencia para el éxito de los mecanismos internacionales de rendición de cuentas. Las lecciones de las rondas anteriores nos sirven para la próxima presentación de informes, ya que proporcionan una hoja de ruta basada en evidencias para la presentación de informes puntuales, de alta calidad y completos a un ritmo acelerado y agilizado. Incluyen lo siguiente:

1. El proceso de consulta nacional durante el primer trimestre del año acelera la consolidación y la validación de los datos. Esto puede ayudar a evitar pasos adicionales de validación de datos más adelante en el proceso, como volver a las fuentes originales de la información.
2. La participación de la sociedad civil en la consulta nacional es fundamental, especialmente para responder a las cuestiones relacionadas con las leyes y políticas, y para garantizar que todos los socios pertinentes participen y desempeñen sus funciones importantes en la aplicación y la presentación de informes.
3. La participación oportuna de los proveedores de datos desde principios de año (enero) contribuye a garantizar que los datos se comuniquen a tiempo y que tengan la mayor calidad y exactitud.

Los antecedentes y los detalles técnicos para la recopilación, el análisis, la puesta en común y la notificación de los datos a través del GAM figuran en el documento marco de apoyo "Marco de Monitoreo Global del SIDA 2022 – 2026"⁴.

Resumen de los cambios al conjunto de indicadores para el informe de 2023

Para los informes en 2023, se requiere la presentación de los datos sobre los indicadores, el ICPN interino y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA. También existe la posibilidad de cargar datos y documentos relativos a personas y poblaciones en situación humanitaria.

El informe narrativo es opcional.

Sobre la base de las recomendaciones del MTAG después de su revisión del GAM, y teniendo en cuenta otras aportaciones de las partes interesadas, se han modificado varios indicadores.

A continuación, se resumen los cambios correspondientes a la ronda de reporte de 2023:

- Se ha armonizado la frecuencia de medición para todos los indicadores cuya fuente recomendada son las encuestas bioconductuales:
 - 1.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A–D).
 - 1.4 Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A–D).
 - 1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones.

⁴ Todos los documentos de GAM pueden encontrarse en: <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>

- La terminología se ha actualizado en dos indicadores, pasando de "tratamiento de sustitución de opiáceos" a "tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos":
 - 1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones.
 - 1.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos.
- 1.11 Personas que recibieron PrEP.
 - Se ha añadido una categoría al desglose por producto PrEP (para incluir CAB-LA).
 - Se ha eliminado el desglose por esquema de dosificación (diario o supeditado a los eventos) para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en función de las orientaciones actualizadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la elegibilidad para la PrEP supeditada a los eventos, que hace que el seguimiento por esquema de dosificación sea menos relevante para el seguimiento global.
- 1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente.
 - Se ha añadido una categoría al desglose por edad (para incluir las edades de 30-34 años).
- Se han armonizado los desgloses por edad, género y población clave para todos los indicadores con el Índice de estigma y discriminación entre personas que viven con VIH como fuente recomendada:
 - 6.2 Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH.
 - 6.3 Estigma y discriminación que experimentan las personas viviendo con VIH en el entorno comunitario.
 - 6.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud.
 - 6.7 Personas que viven con el VIH que buscan reparación a la violación de sus derechos.
- 6.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud.
 - Se ha actualizado el desglose por tiempo de vida con el VIH para reflejar la pregunta correspondiente del cuestionario del Índice de estigma y discriminación entre personas que viven con el VIH 2.0 sobre el tiempo de conocimiento del estado VIH-positivo.

El ICPN para la presentación de informes de 2023 es un cuestionario interino que consiste en un subconjunto de preguntas de la parte A que se refieren a las políticas que se considera que cambian más rápidamente. La redacción de algunas de las preguntas se ha revisado sobre la base de las experiencias de anteriores rondas de informes y para reflejar la evolución de las recomendaciones políticas y las tecnologías disponibles.

Indicadores del GAM

1.1 Incidencia del VIH

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

Qué mide

Avances para poner fin a la epidemia de sida

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Tasa: (Numerador x 1.000)/denominador

Método de medición

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH: impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

Spectrum software. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2019 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

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

Qué mide

Número de personas que presentan un comportamiento específico que pone a una población determinada en riesgo de transmisión del VIH o un indicador de esos tipos de comportamiento:

- A. Profesionales del sexo.
 - B. Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
 - C. Personas que se inyectan drogas.
 - D. Personas transgénero.
 - E. Presos.
-

Justificación

La planificación de programas para poblaciones clave puede ser más eficiente si se puede estimar con precisión el tamaño de estas poblaciones. Las cifras permiten a los programas nacionales de SIDA, los ministerios de salud, los donantes y las organizaciones multilaterales y sin fines de lucro asignar recursos de manera eficiente para satisfacer adecuadamente las necesidades de prevención de las poblaciones específicas de mayor riesgo. Las estimaciones de tamaño también son importantes para modelar la epidemia de VIH.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Se encuentran disponibles varios métodos de estimación, incluida la captura-recaptura, los multiplicadores de servicios y la ampliación de la red. Consulte la sección Información adicional a continuación para obtener detalles específicos.

Frecuencia de medición

Se debe estimar el tamaño de la población cada cinco años. Sin embargo, cada vez que se implementa una encuesta de biocomportamiento integrada, se deben incorporar estimaciones de tamaño, aunque solo sea para agregar a la base de datos con el fin de confirmar o refinar las estimaciones.

Desglose

- Calcular los tamaños de la población por edad o sexo no suele ser práctico. Sin embargo, si una encuesta mide mujeres que se inyectan drogas o profesionales masculinos del sexo, por ejemplo, se debe incluir una estimación del tamaño.
 - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
-

Información adicional solicitada

Para comprender mejor las estimaciones de tamaño enviadas, solicitamos que se incluya la siguiente información adicional en el cuadro de comentarios:

- Definición utilizada para la población y criterios de inclusión utilizados en el estudio/encuesta, según corresponda.
- Método para derivar la estimación del tamaño.
- Estimaciones específicas del sitio para todas las estimaciones disponibles.

De acuerdo con los esfuerzos para proporcionar presentaciones de datos más detallados, este último ofrecerá la oportunidad de asignar los datos del denominador con los datos del programa si se recopilan en las mismas áreas de la encuesta.

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de estimación de tamaño disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

La calidad de las estimaciones del tamaño de la población varía según los métodos utilizados y la fidelidad con la que se implementan. Se debe intentar y explicar todos los esfuerzos para evaluar el sesgo y ajustar las estimaciones según corresponda. Las estimaciones de tamaño para las zonas pequeñas no deben presentarse como estimaciones nacionales: se debe utilizar y explicar un enfoque racional de extrapolación o se deben presentar las estimaciones de zonas pequeñas para las zonas relevantes de manera explícita. Indique en el campo de comentarios si se ha alcanzado un consenso de múltiples partes interesadas para las estimaciones de tamaño notificadas.

Tenga en cuenta que las nuevas orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA sugieren que las estimaciones de tamaño de la población de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no deben representar menos del 1 % de la población de hombres adultos. Si la estimación del tamaño se calcula como menos del 1 %, los resultados deben ser revisados según las orientaciones.

Resumen técnico: Recommended population size estimates of men who have sex with men Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2020. (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf).

Información adicional

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2010 (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

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

Porcentaje de grupos de población clave específicos que viven del VIH

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

- A. Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo.
- B. Prevalencia del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas.
- D. Prevalencia del VIH entre las personas transgénero.
- E. Prevalencia del VIH entre los presos.

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Este indicador se calcula utilizando datos sobre pruebas del VIH realizadas entre encuestados en los centros centinela o entre participantes en encuestas bioconductuales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

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

Frecuencia de medición

Anualmente (datos de programa) o cada dos años (encuestas bioconductuales).

Desglose

- **A, C, y E:** Género (mujeres, hombres y transgénero).
 - **D:** Género (hombre trans, mujer trans, otro)
 - **A–E:** Edad (<25 y +25 años).
 - **A–E:** Ciudades u otras áreas administrativas de importancia epidemiológica.
-

Información adicional solicitada

A–E: Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información adicional

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

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2012 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1>).

1.4 Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personas de poblaciones clave que declaran haber dado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, o que saben que viven con el VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Pruebas de HIV entre profesionales del sexo.
- B. Pruebas de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Pruebas de VIH entre personas que se inyectan drogas.
- D. Pruebas de VIH entre personas transgénero.

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

más

El encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo

(la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativo").

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

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

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Frecuencia de medición

Cada dos años.

Desglose

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

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

A-D: Edad (<25 años y +25 años).

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

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta o vigilancia centinela disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH son el primer paso necesario para dar respuesta a la infección por el VIH que sufra cada persona. Las personas que viven con el VIH deben tener conocimiento de su estado serológico y poder hacer uso de los servicios de prevención y tratamiento por su propia salud y para prevenir la transmisión del virus. Los programas nacionales se proponen conseguir que un 95 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.

Los encuestados seropositivos pueden mostrarse menos dispuestos a informar con exactitud de su estado serológico que los negativos, lo que conduce a una infravaloración de la cobertura de las pruebas entre las personas que viven con el VIH.

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (mujeres, hombres y transgénero)
 - Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5B Uso del preservativo entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo durante la última relación sexual anal con cualquier pareja informa adecuadamente sobre los niveles mundiales y las tendencias en sexo protegido y no protegido dentro de este grupo de población. Este indicador no ofrece información sobre comportamiento de riesgo en relaciones sexuales con mujeres entre los hombres que tienen relaciones sexuales con tanto mujeres como hombres. En países en que los hombres incluidos en el subgrupo de población estudiado es probable que tengan parejas de ambos sexos, deberá investigarse el uso del preservativo con parejas femeninas y también con las masculinas. En esos casos, los datos sobre uso del preservativo deberán presentarse siempre de forma separada para parejas masculinas y femeninas.

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5C Uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas

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

Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre las personas que se inyectan drogas

Justificación

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

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

Numerador

Número de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado el preservativo en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A las personas que se inyectan drogas se les plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado usted drogas en cualquier momento del último mes?
 2. Si la respuesta es afirmativa, ¿ha mantenido relaciones sexuales en el último mes?
- Si la respuesta es afirmativa tanto para la pregunta 1 como para la 2:
3. ¿Utilizó usted el preservativo en la última ocasión en que mantuvo relaciones sexuales?

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (mujeres, hombres y transgénero).
 - Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-D)

Cobertura de los programas de prevención del VIH: Porcentaje de personas en la notificación sobre población clave que recibieron un conjunto combinado de intervenciones de prevención del VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo.
- B. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas transgénero.

Cada subindicador se divide en dos partes. Informar ambas partes. Las encuestas y los datos del programa se consideran complementarios.

PARTE I. Vigilancia del comportamiento u otra encuesta especial

Qué mide

Personas de poblaciones clave que recibieron al menos dos intervenciones de prevención del VIH en los últimos tres meses

Justificación

Para afrontar con éxito la epidemia del VIH es necesario combinar el comportamiento preventivo y la terapia antirretroviral. La cobertura con programas de prevención basados en evidencias es un componente fundamental de la respuesta, cuya importancia se refleja en la estrategia de ONUSIDA.

Numerador

Número de personas de una población clave que informan haber recibido dos o más de las intervenciones de prevención enumeradas

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Porcentaje de encuestados que informan haber recibido como mínimo dos de los siguientes servicios de prevención del VIH a través de ONG, profesionales sanitarios u otras fuentes.

- En los últimos tres meses, ¿se le han facilitado a usted preservativos y lubricante (por ejemplo, a través de servicios de divulgación, centros de acceso abierto o centros médicos de salud sexual)?
- En los últimos tres meses, ¿ha recibido consejos sobre uso de preservativo y sexo seguro (por ejemplo, a través de servicios de divulgación, centros de acceso abierto o centros médicos de salud sexual)?
- En los últimos tres meses, ¿se ha sometido usted a pruebas para la detección de infecciones de transmisión sexual? (profesionales del sexo, personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)
- ¿Ha recibido agujas o jeringas nuevas, limpias en los últimos tres meses? (personas que se inyectan drogas)

Frecuencia de medición

Cada dos años

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

Los datos de la encuesta permiten medir la aceptación de los diversos servicios de intervención por parte de las personas. Este indicador acorta el período de referencia porque las poblaciones deben acceder a los servicios con regularidad y los comportamientos de riesgo deben ser regulares. Las debilidades asociadas con los datos de la encuesta se relacionan con cualquier sesgo de muestreo o respuesta, y la cobertura geográfica limitada de la información.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

Qué mide

Personas de poblaciones clave a las que se llegó con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista

Justificación

Para afrontar con éxito la epidemia del VIH es necesario combinar el comportamiento preventivo y la terapia antirretroviral. La cobertura con programas de prevención basados en evidencias es un componente fundamental de la respuesta, cuya importancia se refleja en la estrategia de ONUSIDA.

Numerador

Número de personas de poblaciones clave a las que se llegó con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista

Denominador

Número de personas en una población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Número de personas de poblaciones clave a las que se llegó de manera individual con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista y las siguientes poblaciones:

- Profesionales del sexo, hombres homosexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero: cantidad de preservativos y lubricantes distribuidos.
- Personas que se inyectan drogas: cantidad de agujas o jeringas que se distribuyeron.

Además: [1.6.1] Número de centros de prestación de servicios dedicados a las poblaciones clave por área administrativa.

Para el denominador: Estimación del tamaño de la población validada

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades). Consulte la página 34 para obtener orientación adicional.
 - Nombre de las organizaciones **Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.**
-

Puntos fuertes y débiles

Los datos del programa brindan un panorama del país siempre que los programas ofrezcan servicios a nivel nacional. Si bien los datos del programa reflejan un compromiso nacional de brindar servicios a comunidades de poblaciones clave específicas, no reflejan con precisión la cantidad de personas atendidas y, por lo general, los datos no se pueden deduplicar. Además, el análisis de dos conjuntos de datos de programas diferentes solo se puede considerar de manera ecológica; es decir, podemos ver el número de personas alcanzadas por los programas y la cantidad de preservativos distribuidos a través de los programas, pero no podemos saber quiénes de las personas contactadas recibieron preservativos.

Información adicional solicitada

Los centros de prestación de servicios diseñados específicamente para una o más poblaciones clave demuestran el compromiso de brindar servicios confidenciales según el contexto a comunidades que con frecuencia están estigmatizadas. Proporcione el número total de dichos sitios y el número total de áreas administrativas de primer nivel (p. ej., estado/provincia/región) o de segundo nivel (p. ej., condado/distrito) que tienen al menos un servicio y el número total en el país. Por ejemplo, el País A informa 10 programas de agujas y jeringas en cinco provincias, y tiene siete provincias en total.

Si se conoce, informe si el centro es operado por el programa nacional (gobierno) o por la comunidad (sociedad civil u organización no gubernamental).

Proporcione el número de trabajadores de actividades de divulgación activos en el momento de la divulgación para cada población clave.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave: complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

Número de agujas limpias distribuidas entre presos
Número de presos que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos
Número de preservativos distribuidos entre presos
Número de presos que reciben terapias antirretrovirales
Número de presos sometidos a pruebas sobre el VIH
Número o porcentaje de personas que viven con el VIH de entre los presos
Número o porcentaje de presos con hepatitis C
Número de presos que presentan coinfección por VIH y virus de la hepatitis C
Número o porcentaje de presos que sufren TB o que presentan coinfección por VIH y TB

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Datos de programas rutinarios

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que se inyectan drogas

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Si la respuesta es afirmativa:

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
 - Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 (https://data.unaids.org/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf).

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

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

1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas

Number of needles and syringes distributed per person who injects drugs per year by needle-syringe programmes

Qué mide

Avances en la mejora de la cobertura de agujas y jeringas proporcionadas, un servicio de prevención del VIH esencial para las personas que se inyectan drogas

Justificación

El uso de drogas inyectables es la principal vía de transmisión de aproximadamente el 12% de las personas que se infectan por VIH en todo el mundo. La prevención de la transmisión del VIH causada por el uso de drogas inyectables es uno de los principales desafíos para reducir la carga del VIH.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se incluyen como una intervención esencial del sector sanitario en el paquete integral de intervenciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el tratamiento del VIH entre los grupos de población clave (véase más información a continuación) descrito en las Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (2014).

Los programas de agujas y jeringas mejoran en gran medida la prevención del VIH para las personas que se inyectan drogas, y una gran cantidad de pruebas científicas respaldan su eficacia para prevenir la transmisión del VIH.

Numerador

Número de agujas y jeringas distribuidas en los últimos 12 meses por los programas de agujas y jeringas

Denominador

Número de personas que se inyectan drogas en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Datos del programa utilizados para contar el número de agujas y jeringas distribuidas

Para el denominador: Estimación del número de personas que se inyectan drogas en el país

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades). **Consulte la página 34 en el documento complementario Marco de Monitoreo Global del sida 2022-2026 para obtener orientación adicional.**
- Nombre de las organizaciones **Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.**

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de estimación de tamaño disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Se informan algunas dificultades para contar agujas y jeringas. Algunas jeringas de uso común son unidades de aguja y jeringa de 1 ml o 2 ml; otras son jeringas a las que se les debe colocar agujas. En la mayoría de los casos, solo se dispone de datos sobre el número de jeringas distribuidas a través los programas de agujas y jeringas, pero no sobre las ventas en farmacias.

Existen desafíos a la hora de estimar el número de personas que se inyectan drogas a nivel nacional. Las personas que se inyectan drogas se definen de muchas maneras, y las estimaciones tienen rangos. La UNODC publica estimaciones del número de personas que se inyectan drogas en el Informe mundial sobre drogas. Se pueden utilizar estas estimaciones. Si hay una razón para no usarlas, proporcione la justificación en el campo de comentarios.

Los países que legalizaron la venta de agujas y jeringas sin receta médica pueden parecer tener una cobertura artificialmente baja con este indicador. Los países pueden controlar este indicador respecto de los siguientes niveles de cobertura:

- Bajo: <100 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.
- Medio: 100 a 200 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.
- Alto: >200 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.

Estos niveles se basan en estudios de países de ingresos bajos y medios que investigan los niveles de distribución de jeringas y cómo afectan la transmisión del VIH. Es probable que los niveles requeridos para prevenir la hepatitis C sean mucho más altos que los que se presentan aquí.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf)

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2010 (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Porcentaje de personas que se inyectan drogas y que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Qué mide

La capacidad de un programa para administrar tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos entre personas que se inyectan drogas como método para reducir directamente la frecuencia de las inyecciones. La cobertura objetivo es del 50%.

Justificación

El tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos representa un compromiso para tratar la dependencia de opiáceos y reducir la frecuencia de inyección, preferentemente a cero. Es la herramienta de salud pública basada en la evidencia más efectiva para reducir el uso entre las personas que se inyectan opiáceos. El tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos proporciona un apoyo fundamental para tratar otras afecciones de salud, como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.

Numerador

Número de personas que se inyectan drogas y que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos en una fecha específica

Denominador

Número de personas dependientes de opiáceos que se inyectan drogas en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Registros del programa: por ejemplo, registros de tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Para el denominador: Estimación del tamaño de las personas dependientes de los opiáceos: usuarios o personas que se inyectan.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
- Edad (<25 años y 25+ años)
- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades). **Consulte la página 34 para obtener orientación adicional.**
- Nombre de las organizaciones **Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.**

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio a través del espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

La estimación del tamaño de la población utilizada como denominador debe ser adecuada según el numerador: no todos los que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos tienen antecedentes de inyectarse y no todas las personas que se inyectan drogas usan o son dependientes de los opiáceos.

Las encuestas de biocomportamiento pueden recopilar esta información, pero suelen estar sesgadas por el criterio de inclusión de ser una persona que se inyecta actualmente. Esto excluiría a las personas que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y que pueden dejar de inyectarse o negar que se inyectan actualmente para poder acceder al programa sobre tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

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

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

1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición

Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de notificación

Qué mide

Progreso hacia la ampliación de PrEP a nivel mundial

Justificación

Este indicador es clave para evaluar la disponibilidad y aceptación de PrEP, especialmente entre las personas con mayor riesgo de infección por VIH. Mediante el desglose de datos, este indicador también intentará monitorear la disponibilidad y el uso según la población (según edad, género y población clave).

El uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas VIH-negativas antes de la exposición al VIH podría prevenir la infección por VIH. En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que la PrEP oral que contiene tenofovir se ofreciera como una opción adicional de prevención para las personas que corren un riesgo considerable de infección por VIH como parte de los enfoques combinados de prevención del VIH. En función de los datos clínicos disponibles, en 2022 se amplió la elegibilidad para la dosificación por eventos (a veces denominada "ED-PrEP") para prevenir la adquisición sexual del VIH de todos los hombres cisgénero y a personas transgénero y de género diverso asignadas al sexo masculino al nacer que no estén tomando hormonas exógenas basadas en estradiol. Esta estrategia de dosificación más breve tiene el potencial de reducir la carga de píldoras, la posible toxicidad y el costo de los medicamentos, y podría mejorar la continuación entre aquellos que consideran que la toma diaria de píldoras es desafiante, pero actualmente no se recomienda para otros grupos de población. En 2021, la OMS recomendó el anillo vaginal de dapivirina (DVR) como una opción adicional de PrEP que debe ofrecerse a las mujeres cisgénero con un riesgo considerable de infección por VIH.

La aplicación de la PrEP debe basarse en varios factores. Estos incluyen información local relacionada con los servicios -como el contexto epidemiológico o las tendencias, la viabilidad y la evaluación individual de la demanda- y la consideración del entorno social local para las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave y su acceso a los servicios. Los criterios de implementación de la PrEP pueden variar según el país.

Numerador

Número de personas que recibieron cualquier tipo de PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

El numerador se genera contando el número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación (el año calendario anterior), de acuerdo con las directrices nacionales o las normas de la OMS/ONUSIDA. Esto puede incluir la PrEP oral o la DPV-VR. El numerador solo debe contar a las personas una vez: la primera vez que recibieron cualquier producto de PrEP durante el período de notificación. Se debe incluir a las personas que recibieron PrEP oral a través de programas nacionales, proyectos de demostración, investigación o medios privados.

Para el desglose por producto de la PrEP (PrEP oral, DVR o CAB-LA) y el esquema de dosificación de la PrEP oral (diaria o por eventos), las personas pueden contarse para cada producto (si recibieron varios productos). Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por producto de la PrEP y esquema de dosificación puede ser mayor que el total.

La edad se define como la edad de la persona cuando recibió la PrEP por primera vez durante el periodo de notificación.

Si una persona se identifica como parte de más de una población clave, se deben registrar todos los datos que sean relevantes. Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por poblaciones clave puede ser mayor que el total. Al igual que con todos los tipos de conservación de registros utilizados para desglosar los indicadores por población clave, se debe evitar la revelación de identidad de los usuarios de PrEP en los registros de pacientes y en los registros de los establecimientos que ofrecen PrEP.

Frecuencia de medición

Los datos deben recopilarse continuamente en el establecimiento y agregarse con regularidad, preferiblemente de manera mensual o trimestral. Se deben usar los datos mensuales o trimestrales más recientes para el informe anual.

Desglose

- Personas que recibieron PrEP por primera vez en sus vidas.
 - Género (hombre, mujer o transgénero).
 - Edad (<15, +15 15-19, 20-24, 25-49 y +50 años).
 - Producto PrEP (PrEP oral, DVR, CAB-LA).
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas, personas transgénero y privados de libertad).
 - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia epidemiológica.
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador no capturará el número de personas-años en riesgo, ya que no tendrá en cuenta por cuánto tiempo se usa la PrEP. Tampoco medirá el costo, la calidad, la efectividad ni la adherencia al tratamiento, que varían dentro y entre países y es probable que cambien con el tiempo.

La disponibilidad y el uso de PrEP dependerán de factores como el costo, la infraestructura y la calidad de la prestación de servicios, el entorno legal y político, las percepciones de efectividad y los posibles efectos secundarios.

Los países con sistemas de vigilancia sólidos y que utilizan identificadores únicos probablemente podrán estimar con mayor precisión la cantidad de personas que reciben PrEP por primera vez durante el año calendario, en comparación con aquellos que tienen sistemas de datos globales. En países con sistemas de vigilancia más deficientes, puede resultar difícil evitar el recuento repetido de las personas que reciben PrEP, incluidas aquellas que pueden trasladarse a otra instalación para recibir medicamentos durante el período de notificación. En estos casos, se puede sobreestimar la cantidad de personas que reciben PrEP por primera vez durante el año calendario.

Información adicional

Herramienta de aplicación de la OMS para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) de la infección por el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>).

¿Qué es el 2+1+1? Es una opción de profilaxis oral previa a la exposición motivada por los eventos para prevenir el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: actualización de la recomendación de la OMS sobre la PrEP oral. Resumen técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos periódicos para el impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Profilaxis previa a la exposición diferenciada y simplificada para la prevención del VIH: actualización de las directrices de aplicación de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>).

Directrices sobre el cabotegravir inyectable de acción prolongada para la prevención del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>).

Indicadores sobre circuncisión masculina

Los indicadores 1.12 y 1.13 se requieren de 15 países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemia heterosexual generalizada: Botswana, Etiopía, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina

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

Qué mide

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

Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Otros beneficios de la circuncisión médica masculina son la reducción del riesgo de algunas otras ITS, como el virus del papiloma humano, causante del cáncer de cuello de útero. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ONUSIDA hacen hincapié en que la circuncisión médica masculina voluntaria debe seguir ofreciéndose como una opción adicional de prevención eficaz del VIH dentro de la prevención combinada para los adolescentes de 15 años o más y los hombres adultos en entornos con epidemias generalizadas para reducir el riesgo de infección por el VIH adquirida por vía heterosexual. Los servicios de circuncisión médica masculina voluntaria deben ofrecerse como parte de un paquete de intervenciones de prevención que incluya la educación sobre el sexo seguro, la educación y el suministro de preservativos, las pruebas del VIH y la vinculación con la atención y el tratamiento, y la gestión de las infecciones de transmisión sexual.

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15-19 años, 20-24 años, 25-29 años y 30-49 años)
 - Fuente o persona que lleva a cabo el procedimiento de circuncisión: sistema sanitario formalizado o tradicional
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Un programa puede llegar a cambiar el índice de hombres circuncidados, o puede no llegar a hacerlo. Por ejemplo, normas sociales cambiantes no causadas por un determinado programa pueden llevar a que se alteren los índices de circuncisión masculina. Este indicador cuantifica los cambios totales en la población, independientemente de sus razones.

Las encuestas poblacionales actuales (como son Encuestas Demográficas y de Salud) pueden no cuantificar de forma precisa la situación real en cuanto a circuncisión masculina, porque esas personas pueden carecer de información sobre qué es la circuncisión o pueden sufrir confusiones en cuanto a su situación a estos efectos o sobre la aceptabilidad social de esta práctica. Otros enfoques pueden ser útiles para conocer el estado de los sujetos a efectos de circuncisión: por ejemplo, utilizar fotografías o dibujos (los dibujos pueden resultar culturalmente más apropiados), avisos o incluso examen directo. Establecer modelos sobre la forma en que índices cambiantes de circuncisión masculina pueden afectar potencialmente a la incidencia del VIH requiere un conocimiento preciso de la situación en cuanto a circuncisión masculina de la población.

Información adicional

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

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

1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

Número de circuncisiones masculinas practicadas de acuerdo con los estándares nacionales durante los anteriores 12 meses

Qué mide

Avances en la ampliación de servicios médicos de circuncisión masculina

Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente, junto con varios estudios posteriores a los ensayos, han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Otros beneficios de la circuncisión médica masculina son la reducción del riesgo de algunas otras ITS, como el virus del papiloma humano, causante del cáncer de cuello de útero. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ONUSIDA hacen hincapié en que la circuncisión médica masculina voluntaria debería formar parte de un paquete de intervenciones de prevención que incluya la educación sobre el sexo seguro, la educación y el suministro de preservativos, las pruebas del VIH y la vinculación con la atención y el tratamiento, así como la gestión de las infecciones de transmisión sexual.

Numerador

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

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Registros y formularios de información de centros sanitarios, datos de programas, sistemas de información sanitaria. Es importante garantizar que la circuncisión médica masculina voluntaria se realice con un enfoque ético y de derechos humanos. El procedimiento debe ser voluntario e incluir procedimientos de consentimiento informado y asentimiento.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–49 y más de 50 años).

La OMS recomienda que circuncisión médica masculina voluntaria siga ofreciéndose como una opción adicional de prevención eficaz del VIH dentro de la prevención combinada para los adolescentes de 15 años o más y los hombres adultos en entornos con epidemias generalizadas. Las decisiones sobre la oferta de la circuncisión médica masculina voluntaria a los adolescentes menores de 10 a 14 años deben tener en cuenta varios factores basados en las nuevas pruebas, los derechos humanos y el contexto nacional y local.

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Se recomienda un desglose adicional a nivel de país:

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

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

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

Información adicional

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

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

1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

El porcentaje de encuestados que reportan haber utilizado un preservativo en la última ocasión en que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja no conyugal, con la que no conviven, entre las personas que hayan mantenido relaciones sexuales con este tipo de pareja en los anteriores 12 meses

Qué mide

Avances en la prevención de la exposición al VIH a través de relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen parejas no conyugales con las que no conviven.

Justificación

El uso del preservativo es un medio importante para protegerse del VIH, especialmente entre personas que tienen parejas sexuales no regulares.

Numerador

El número de encuestados que reportan haber utilizado un preservativo en la última ocasión en que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no conviven.

Denominador

Número total de encuestados que reportan haber mantenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no conviven, en los anteriores doce meses.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuesta de Indicadores Múltiples por

Conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen historiales sexuales de los encuestados. El análisis del historial sexual se utiliza para determinar si la persona encuestada ha tenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no convive, en los anteriores 12 meses, y, si es así, si se utilizó el preservativo en la última relación sexual que se mantuvo con esa pareja.

Frecuencia de medición

3-5 años

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Dado que las campañas de promoción del preservativo apuntan al uso sistemático de este elemento profiláctico con parejas no regulares y no ya simplemente al uso ocasional, en algunas encuestas se ha intentado preguntar directamente sobre el uso sistemático, muchas veces utilizando preguntas de tipo "siempre / en algunas ocasiones / nunca". Aunque ello puede resultar útil en encuestas sobre subgrupos poblacionales, queda sometido al sesgo de recuerdo y a otros sesgos, y no ofrece un nivel de solidez suficiente para su uso en encuestas sobre la población general.

Preguntar sobre el acto sexual más reciente con una pareja con la que no se convive minimiza el sesgo de recuerdo y ofrece una buena imagen transversal de los niveles de uso del preservativo. Está reconocido que el uso sistemático del preservativo es un objetivo importante. No obstante, inevitablemente, si el uso sistemático del preservativo aumenta, también aumentarán los valores de este indicador.

Información adicional

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

1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente

Número de preservativos distribuidos en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en dos subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

- A. No corresponde.
- B. No corresponde.

Cálculo

- A. No corresponde.
- B. No corresponde.

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Proveedor (público, privado y organizaciones no gubernamentales).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

Porcentaje de hombres y mujeres de entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente ambas formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales concepciones falsas que existen sobre su transmisión

Qué mide

Avances para conseguir un conocimiento universal de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH

Justificación

La epidemia del VIH se perpetúa principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a sucesivas generaciones de personas jóvenes. Se necesitan buenos conocimientos sobre el VIH y el sida (aunque con frecuencia estos no bastan) para adoptar conductas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH.

Numerador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad que hayan respondido correctamente a las cinco preguntas (todas ellas)

Denominador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Este indicador se construye sobre las respuestas al siguiente conjunto de preguntas que se plantean:

1. ¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada que no tiene otras parejas?
 2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse con el VIH utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
 4. ¿Puede una persona infectarse con el VIH a través de picaduras de mosquitos?
 5. ¿Puede infectarse una persona con el VIH compartiendo comida con alguien que vive con la infección?
-

Frecuencia de medición

Frecuencia preferible: cada dos años; frecuencia mínima: cada 3 o 5 años

Desglose

- Edad (15-19 años y 20-24 años)
 - Sexo (hombre, mujer)
-

Explicación del numerador

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Demographic and Health Survey and AIDS Indicator Survey methods and survey instruments (<http://dhsprogram.com>).

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Esta medición es el primer 95 del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico para el año 2025.

Numerador

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

Denominador

Número de personas que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2019, los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de rango de edad y sexo amplios y detallados dentro de su archivo nacional de estimación del Spectrum. Los resultados de estos indicadores se importarán a la herramienta de informes de Monitoreo Global del Sida directamente desde el archivo nacional final de Spectrum, junto con todos los demás indicadores basados en Spectrum. La presentación de informes sobre el indicador de ciudades y otras áreas administrativas de importancia se seguirá realizando en la herramienta de informes de Monitoreo Global del SIDA.

Método de medición

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

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

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

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

Sobre métodos de vigilancia de casos. Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2015, y se elimina del numerador a las personas que han fallecido o emigrado o cuyo seguimiento se haya perdido. Solamente se deben contabilizar los casos de diagnóstico de VIH confirmados, aunque los países deben asegurarse del ajuste de las demoras en procesos de notificación incluyendo una estimación del número de personas diagnosticadas pero que aún no han sido reportadas en el último año natural (si fuera necesario). Se deben introducir mecanismos para deduplicar a personas de las que se haya diagnosticado e informado en múltiples ocasiones o desde múltiples centros.

2. Estimaciones modeladas

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

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

En el caso de los países con datos de encuestas de población en los hogares que captan directamente el número de encuestados seropositivos que declaran conocer su estado serológico o el número de personas seropositivas que declaran haberse sometido alguna vez a la prueba, el ONUSIDA recomienda (a partir de 2018) que el conocimiento del estado serológico se modele utilizando el modelo Shiny90. Si desea más información sobre la herramienta, incluyendo los datos necesarios, visite <https://shiny90.unaids.org/>.

Las estimaciones del conocimiento del estado seropositivo que se basan únicamente en el conocimiento autodeclarado del estado o en los datos históricos de las encuestas de población de los hogares sobre el historial de pruebas no deben comunicarse.

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

Al estimar el número de niños que conocen su estado en países con estimaciones modeladas basadas en datos de encuestas en hogares. Dado que las encuestas en hogares con frecuencia están restringidas a encuestados que se hallan en edad reproductiva, puede ser necesario construir una estimación independiente del conocimiento del estado serológico entre niños (0-14 años) utilizando datos de programas para conseguir una estimación general (p. ej.: todas las edades). En este caso, ONUSIDA recomienda que los países utilicen el número de niños en tratamiento, tal y como se indica en el Indicador 2.2, como medición indirecta. Este enfoque constituye la medida más conservadora del conocimiento del estado entre la población.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel subnacional y de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida para que se provea información para la ciudad capital y para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas con mayor carga del VIH o aquellas que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Puntos fuertes y débiles

Método de información basado en casos

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

- El sistema ha estado en marcha durante el tiempo suficiente como para que se haya informado de todas las personas que hayan sido diagnosticadas con el VIH y que siguen aún con vida.
- Existen mecanismos oportunos y completos para informar de casos de nuevos diagnósticos al sistema desde todos los centros que ofrecen pruebas de diagnóstico del VIH.
- Existen mecanismos para deduplicar los diagnósticos repetidos entre las personas declaradas varias veces y/o de varios centros.
- Existe un seguimiento continuo o periódico suficiente de las personas para identificar que siguen vivos, en lugar de haber fallecido o haberse trasladado fuera del país.

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

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

Estimaciones modeladas

La exactitud de las estimaciones modeladas del conocimiento del estado seropositivo dependerá de la calidad de los datos introducidos en cada país y de la exactitud de los supuestos en los que se basa cada modelo. Los países deben revisar la calidad de los datos ingresados junto a ONUSIDA y el enfoque de modelaje seleccionado a fin de determinar el alcance de las sobrestimaciones o subestimaciones modeladas del conocimiento del estado serológico en las personas que viven con el VIH en el país.

Información adicional

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

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

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

2.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

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

Qué mide

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

Justificación

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

El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 2.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo 95 del objetivo 95–95–95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2025.

Numerador

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

Denominador

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

O

Número de personas entre todas las personas que viven con el VIH que conocen su estado seropositivo (para determinar el segundo 95)

Cálculo

Numerador/denominador

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

Método de medición

Para el numerador. El numerador se genera contabilizando el número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación. El numerador debe incluir a las personas que reciben terapia antirretroviral en el sector privado (si hay datos disponibles). El recuento deberá incluir a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral para toda la vida.

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

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

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

Para el denominador. Los modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para estimar el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Para el número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, consulte el Indicador 2.1 si desea más información sobre el denominador.

Frecuencia de medición

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

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Los datos notificados para edad o sexo desconocidos se deben asignar a las celdas de datos desglosados por edad y sexo utilizando la misma distribución de los datos con la edad y el sexo conocidos.
- Desglose por grupos de edad detallados para niños: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños; y por grupos de edad y sexo detallados para adultos: 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años.
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
- Número de personas que inician la terapia antirretroviral por primera vez durante el año de notificación. Este desglose debe contabilizar únicamente a las personas que nunca antes habían recibido tratamiento (no han recibido terapia antirretroviral). Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.
- Número de personas que reinician la terapia antirretroviral durante el año de reporte después de haber suspendido el tratamiento o de haberse clasificado su seguimiento como perdido. Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.

Información adicional solicitada

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

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

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

Para todos los países, proporcione datos subnacionales (si están disponibles) desglosados por áreas administrativas, así como datos específicos por ciudad. Proporcione información para la ciudad capital y una o dos ciudades clave de alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que tienen la mayor carga de VIH o se han comprometido a terminar con el Sida para el año 2030. La pantalla de entrada de datos tiene un espacio independiente para esto. También puede enviar la versión digital de cualquier informe utilizando la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública: Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

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

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

Qué mide

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

Justificación

La supresión viral entre las personas que viven con el VIH proporciona un punto de referencia para el seguimiento de los objetivos globales a lo largo del tiempo y un indicador estandarizado del éxito del tratamiento y la prevención del VIH, fundamental para acabar con la epidemia de SIDA. Cuando se considera como una proporción del número de personas en tratamiento (el numerador del Indicador 2.2), este indicador monitoriza el tercer 95 de los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan carga viral suprimida para 2025.

Numerador

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

Denominador

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

○

Número estimado de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento (para determinar el progreso hacia el tercer 95).

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de edad amplios, en el archivo de estimaciones del VIH de Spectrum. Los resultados se importan del archivo final de Spectrum a la herramienta de elaboración de informes de Monitoreo Global del Sida, junto con todos los demás indicadores estimados por Spectrum I. La elaboración de informes sobre las ciudades y otras áreas administrativas de importancia se seguirá haciendo en paralelo, utilizando la herramienta de elaboración de informes de Monitoreo Global del Sida.

Método de medición

La supresión viral se define como <1000 copias/ml. Algunos países utilizan otros umbrales (como indetectable, <50 copias/ml o <400 copias/ml), y requieren un ajuste para la comparabilidad con otros países y para el seguimiento del objetivo global de 95–95–95. ONUSIDA recomienda que los países ajusten la detección a un umbral más bajo. Esto se realiza de acuerdo con la fórmula:

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

En este caso, *y* es el nivel de supresión viral estándar (1000 copias/ml), *t*₁ es el umbral alternativo del país que se utilizó, y ϕ es el factor de ajuste específico de la región. Este ajuste se realizará automáticamente en Spectrum, si es necesario.

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

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

Para el numerador. Los países deben informar acerca del número estimado de personas a nivel nacional que han suprimido la carga vírica durante el periodo de notificación si la cobertura de las pruebas de carga vírica (es decir, el número de personas sometidas a pruebas rutinarias durante el periodo de notificación, según las directrices de la OMS, entre todas las personas en tratamiento) es del 50% o superior.

Por el contrario, los países que informan de una cobertura de las pruebas de carga vírica inferior al 50% deberían informar únicamente del número de pruebas rutinarias de carga vírica, pero no del número en el que la carga vírica está por debajo del umbral, porque entonces no es una estimación buena y representativa de la población general en tratamiento. Los países que todavía deseen utilizar los datos de los resultados de la carga vírica a pesar de que la cobertura de las pruebas de carga vírica sea inferior al 50% deben discutirlo con ONUSIDA, para determinar si el porcentaje de personas suprimidas en la población sometida a pruebas puede considerarse representativo de la población que recibe la terapia antirretrovírica y no tiene acceso a las pruebas.

Los países solo deben incluir los datos obtenidos en las pruebas rutinarias entre los que están en tratamiento, y no las pruebas dirigidas a un subgrupo selecto de pacientes en tratamiento. Por ejemplo, no deben incluirse los resultados de una persona si las pruebas se realizaron antes del inicio del tratamiento o por la razón de un presunto fracaso del mismo. Si se realizan pruebas de carga viral repetidamente para una persona durante el año, solo se debe usar el último resultado de la prueba de rutina.

En los países con una cobertura de las pruebas de carga viral del 50% o superior, se debe reportar el número estimado de personas que tienen la carga viral suprimida. Esto se calcula a partir del número de personas examinadas que tienen la carga viral suprimida, multiplicado por el número total de personas en tratamiento. Esto supone que los niveles de supresión en la población no sometida a las pruebas son los mismos que en la población que se ha sometido a la prueba. Esta suposición está respaldada por evidencia de Sudáfrica, que muestra que, aunque con frecuencia faltaba información sobre la carga viral, las estimaciones de supresión viral no cambiaron sustancialmente después de ajustar los datos faltantes.

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

Cuando es probable que la supresión de la carga viral en la población no sometida a pruebas en tratamiento no sea igual a la de la población sometida a pruebas, póngase en contacto con ONUSIDA para obtener más información sobre los enfoques para estimar este recuento.

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

Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer 95, consulte el Indicador 2.2.

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

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

a) todas las clínicas de un país, o una muestra aleatoria, informaron de los datos de los indicadores de alerta temprana que incluyen al menos el 70% de todas las personas en tratamiento antirretroviral de las clínicas de la muestra.

O

b) si se utilizó un muestreo de conveniencia de las clínicas, se puede informar de una estadística nacional agregada si los datos de las clínicas muestreadas incluyen al menos el 70% de la población elegible que recibe tratamiento antirretroviral en el país (véase la página 8 del anexo de los Indicadores de Alerta Temprana (EWI) – orientación sobre el muestreo – ver Referencias más abajo).

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

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer objetivo 95, consulte el Indicador 2.2

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del SIDA para que se provea en él información para la ciudad capital y una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, como aquellas que tienen una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

Puntos fuertes y débiles

Cuando se recopilan datos sobre pruebas sobre supresión de carga viral en relación con todas las personas que reciben terapia antirretroviral o de muestras nacionalmente representativas, esta medición ofrece importante información sobre observancia del tratamiento, eficacia de los tratamientos y riesgo de transmisión del VIH a niveles individuales y programáticos. A pesar de la importancia del indicador, pueden surgir varios desafíos al monitorizarlo con precisión utilizando los datos del programa actualmente disponibles. En primer lugar, debido a que la capacidad de monitorización de la carga viral se está ampliando, pero sigue siendo limitada en entornos de bajos ingresos, las estimaciones de la supresión de la carga viral en la población que se realiza la prueba pueden no ser representativas de la población no evaluada cuando se mide a través de datos del programa. Este es especialmente el caso, si la ampliación de las pruebas está sesgada a sitios de mayor o menor rendimiento. Al asumir que los niveles de supresión de la carga viral son los mismos en la población analizada y en la no analizada cuando la cobertura de las pruebas no es completa, el progreso hacia los objetivos de 95–95–95 puede ser subestimado o exagerado.

Un segundo desafío que se desprende de los datos del programa actualmente disponibles es que las pruebas de carga viral pueden realizarse de forma selectiva para confirmar los presuntos fracasos del tratamiento. Los datos comunicados a partir de las pruebas de carga viral de las personas sospechosas de haber fracasado el tratamiento subestimarán la supresión de la carga viral a nivel de la población. ONUSIDA recomienda que los países revisen de cerca los datos informados para excluir las pruebas no rutinarias objetivo.

Un tercer desafío cuando se usan datos de programas de rutina es que los datos de las pruebas de carga viral solo se informan para el subconjunto de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esto puede subestimar la supresión general del nivel de población, ya que las personas que no están en tratamiento y que suprimen el virus de forma natural no se incluirán en el numerador. ONUSIDA está examinando las pruebas disponibles de cohortes y encuestas de población para cuantificar y ajustar mejor este efecto, al informar sobre el progreso mundial y regional hacia el tercer 95.

Información adicional

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

Consolidated strategic information guidelines for HIV . Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

Referencias

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Anexo 2.4.6: HIVDR EWI sampling, abstraction and reporting guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf).

Pillay T, Cornell M, Fox MP, Euvrard J, Fatti G, Technau KG et al. Recording of HIV viral loads and viral suppression in South African patients receiving antiretroviral treatment: a multicentre cohort study. *Antivir Ther.* 2020;25(5): 257–266 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982353/>

2.4 Diagnóstico tardío del VIH

El número y porcentaje de adultos y niños con un diagnóstico reciente de VIH, con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ y <350 células/mm³ durante el período de notificación

Qué mide

Personas que viven con el VIH que fueron diagnosticadas tardíamente

Justificación

A medida que los países amplían los servicios relacionados con el VIH, es importante controlar si las personas son diagnosticadas en una fase más temprana y qué porcentaje de las personas que viven con el VIH siguen siendo diagnosticadas en una fase tardía. El diagnóstico tardío es perjudicial para la salud de las personas, y las personas con recuentos bajos de CD4 tienen más probabilidades de transmitir el virus.

Numerador

1. Número de adultos que viven con el VIH y que presentan un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ en el momento del diagnóstico, y número de niños que viven con el VIH, por edad, con un recuento inicial de células CD4 o un porcentaje de ellos:

- 5–14 años: 200 /mm³ o CD4<15 %.
- 36–59 meses: 350 células/mm³ o CD4<15 %.
- 12–35 meses: 750 células/mm³ o CD4<20 %.

2. Número de adultos (15 años o más) que viven con VIH con un recuento inicial de células CD4 <350 células/mm³ al momento del diagnóstico.

Denominador

Número total de personas que viven con el VIH diagnosticadas durante el periodo de notificación y con un recuento inicial de células CD4 (o en el caso de los niños, el porcentaje) registrado.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Según los datos de los sistemas de información de laboratorio y de los registros de personas en tratamiento. Los datos se pueden recopilar a partir de registros de servicios de salud, formularios de notificación de casos o sistemas de información de laboratorio. Los individuos con resultados de recuento de CD4 sólo deben incluirse si la prueba de CD4 se realizó en el plazo de un mes desde la fecha de diagnóstico del VIH.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

0-14 años (desglosado en 12-35 meses, 36-59 meses y 5-14 años) para niños, y 15 años o más según el sexo (hombres y mujeres) para adultos.

Explicación del numerador

Adultos que viven con el VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 fue inferior a 200 células/mm³ y adultos que viven con el VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 fue inferior a 350 células/mm³ en el período de notificación. reporting period. El informe sobre el número de adultos con un recuento de linfocitos CD4 inferior a 350 células/mm³ debe incluir a aquellos con un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200 células/mm³. Entre los niños, los umbrales de recuento de CD4 que indican una inmunosupresión grave varían según la edad, por lo que se requiere un desglose adicional.

Explicación del denominador

Número de personas que viven con el VIH que tuvieron un recuento inicial de linfocitos CD4 en el plazo de un mes desde el momento del diagnóstico en el período de referencia.

Puntos fuertes y débiles

Es posible que este indicador no distinga entre las personas a las que se les ha dado un diagnóstico tardío y las que han llegado tarde a la atención y el tratamiento en un entorno en el que está disponible la prueba de CD4, por lo que han accedido a la prueba de CD4 más tarde de un mes después de su diagnóstico inicial de VIH. Para diferenciar estas dos situaciones es necesario conocer la fecha de diagnóstico y la fecha del recuento inicial de linfocitos CD4. Las fechas que presentan más de un mes de diferencia pueden indicar un retraso en la vinculación a la atención, aunque es posible que el diagnóstico tardío y la vinculación tardía a la atención puedan ocurrir en la misma persona. El historial de pruebas de VIH y los registros clínicos anteriores deben revisarse en la medida de lo posible para excluir el recuento de personas que fueron diagnosticadas previamente en una fecha anterior y que solo buscan un segundo diagnóstico o un diagnóstico confirmatorio posterior. Por último, es posible que este indicador no incluya a todas las personas diagnosticadas durante el período de notificación si hay retrasos sustanciales en la presentación de datos de diagnóstico o en el resultado de la prueba del recuento de CD4.

2.5 Volumen y positividad de la prueba del VIH

Número de pruebas de VIH realizadas (volumen de pruebas) y porcentaje de resultados positivos de VIH que obtuvieron las personas (positividad) en el año calendario

Qué mide

Tendencias en la aceptación de los servicios de pruebas del VIH, incluso a través de diferentes modalidades, y su eficacia para identificar a las personas que viven con el VIH.

Justificación

El volumen de pruebas y los datos sobre positividad son útiles para la vigilancia del programa. Conocer el número de personas que se someten a pruebas anualmente y la modalidad de prueba o la realización de las autoevaluaciones es fundamental para la previsión de productos y la planificación del personal. Los datos de positividad entre las personas sometidas a prueba que han recibido un resultado también pueden ayudar a validar el número de personas que reciben un diagnóstico reciente a través de sistemas de notificación de rutina y estimaciones de la prevalencia del VIH a partir de datos que provienen de encuestas. Por último, cuando se desglosan por edad, sexo, modalidad de prueba y estado del VIH, estos datos son útiles para evaluar la eficacia de la prestación de los servicios de prueba del VIH y abordar las deficiencias en diversos entornos, contextos y poblaciones.

Además de las actividades de seguimiento del programa, los volúmenes anuales de pruebas y las tasas de positividad son datos que se introducen en el modelo de ONUSIDA que estima el progreso hacia el primer objetivo del 95 (el 95% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico). Este modelo se utiliza principalmente en los países que cuentan con encuestas nacionales para medir la cobertura de las pruebas históricas de la población según el estado serológico respecto al VIH, pero con sistemas débiles de notificación de casos de VIH (véase el Indicador 2.1).

Numerador

Número de pruebas realizadas en las que se informó un resultado VIH-positivo a la persona (positividad)

Denominador

Número de pruebas realizadas en las que la persona recibió los resultados (volumen de prueba)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador deben obtenerse de los registros de los programas de los servicios de pruebas del VIH, de los libros de registro y de los formularios de notificación con carácter trimestral o anual. Los datos notificados deben ser un recuento del número de pruebas realizadas en las que los resultados se comunicaron a una persona y no la cantidad de personas únicas que se sometieron a pruebas al menos una vez durante el año calendario. Por ejemplo, si una persona que es VIH-positiva se somete a una prueba una vez en una unidad móvil de pruebas y luego nuevamente en una clínica durante el mismo año calendario, debe contarse dos veces en el numerador y dos veces en el denominador. En un escenario alternativo, si una persona obtiene un resultado negativo en un centro de asesoramiento y pruebas voluntarias (VCT) y luego da positivo al someterse a una prueba indicada por el proveedor, se debe informar una vez en el numerador y dos veces en el denominador.

Tenga en cuenta que solo deben contarse las pruebas cuyos resultados se comunicaron a la persona. Además, la prueba de una persona solo debe contarse una vez en el numerador y en el denominador, incluso si se realizan hasta tres pruebas diferentes para confirmar un diagnóstico de VIH-positivo según los algoritmos de prueba nacionales.

Notifique por separado el número de kits de autodiagnóstico adquiridos y distribuidos en el año calendario (cuando estén disponibles). Los kits de autodiagnóstico adquiridos se refieren al número total de kits de autodiagnóstico comprados (no distribuidos ni utilizados) en un año por parte del gobierno nacional, incluidos, entre otros, los donados. Los kits de prueba adquiridos a través de otros canales, como el sector privado, no deben contarse. En cambio, deben detallarse en los comentarios. Los kits de autodiagnóstico distribuidos se refieren al número total de kits individuales que se distribuyeron en un año. No es el número total de personas que se autoevaluaron, ni es el número total de personas que recibieron el kit de autodiagnóstico (ya que las personas pueden obtener más de un kit en un año). No se requiere ningún desglose por sexo o edad ni información sobre la positividad para la adquisición o distribución de datos de autodiagnóstico.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más según el sexo (hombres y mujeres) para adultos.
- Modalidad de prueba (para todas las poblaciones, incluidos los servicios para poblaciones clave).
 - Notificación de los HTS a nivel comunitario:
 - o Pruebas móviles (p. ej., mediante unidades móviles o instalaciones de prueba temporales).
 - o Centros de VCT (no dentro de un establecimiento de salud).
 - o Otras pruebas basadas en la comunidad.
 - Pruebas en instalaciones:
 - o Pruebas iniciadas por el proveedor en clínicas o instalaciones de emergencia.
 - o Clínicas de atención prenatal (incluidos el trabajo de parto y el parto).
 - o VCT (dentro de un establecimiento de salud).
 - o Clínica de TB (si está disponible)
 - o Clínica de planificación familiar.
 - o Otras pruebas en instalaciones.

Nota: Si el volumen de pruebas y la positividad no se pueden desglosar por modalidad, notifique las cifras generales.

Información adicional solicitada

Proporcione información en el cuadro de comentarios sobre las campañas de pruebas nacionales o los cambios en las estrategias o prácticas de pruebas que puedan explicar los cambios en los volúmenes de pruebas en comparación con años anteriores. Si se dispone de datos sobre la repetición de las pruebas entre las personas seropositivas o negativas al VIH (volúmenes o tasas/proporciones), facilítelos también en la casilla de comentarios.

Puntos fuertes y débiles

No todos los países disponen de identificadores únicos o de sistemas subyacentes para deduplicar la primera prueba y la prueba repetida entre los individuos, ni para diferenciar por el estado del VIH de la persona que se vuelve a someter a la prueba. Las personas que reciben un resultado positivo en la prueba pueden solicitar pruebas de confirmación adicionales, y las personas con un resultado VIH-negativo pueden repetir la prueba durante el año. Como resultado, este indicador no es directamente comparable con el conocimiento del estado (como se mide en el Indicador 2.1).

Los sistemas de información sobre el VIH evolucionan. Será importante poder desglosar las pruebas según el historial de pruebas anteriores (por ejemplo, personas que nunca se realizaron una prueba, personas que obtuvieron resultados negativos al VIH en la última prueba y personas que ya conocen su estado VIH-positivo y que buscan o requieren una prueba de confirmación), así como según el año de la prueba anterior. En años futuros, este indicador podría ampliarse para solicitar esta información con el fin de comprender mejor los patrones de las pruebas y captar las cifras válidas de los nuevos diagnósticos para evaluar mejor la eficacia de los servicios de pruebas del VIH.

Información adicional

Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos periódicos para el impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Numerador

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

Denominador

Número de encuestados que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

Frecuencia de medición

Cada dos años para las encuestas de comportamiento

Anual si se dispone de datos del programa especial

Desglose

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

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

A-E: Edad (<25 y +25 años)

A-E: Ciudades u otras áreas administrativas de importancia epidemiológica

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Este es un nuevo indicador, que reconoce la importancia de la terapia antirretroviral y la necesidad de conseguir la igualdad en el acceso a esas terapias. No ha venido siendo una pregunta estándar en las encuestas bioconductuales. Sin embargo, cada vez se plantea más en las encuestas, también en las encuestas a hogares. Los programas de tratamiento no recopilan datos sobre comportamiento de riesgo y, en consecuencia, no abarcan fuentes rutinarias para esa información. Los datos sobre distribución de los tratamientos permiten cuantificar el “segundo 95” de las metas 95–95–95 y ofrecer información para la promoción de la igualdad en el acceso a tratamiento para todas las comunidades de grupos de población clave.

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

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra, Suiza; (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave: complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

2.7 Mortalidad relacionada con el sida

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Población total irrespectivo de su estado de VIH.

Cálculo

Numerador/denominador por 100.000

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Sexo.
 - Edad (<5, 5–14 y 15 años o más)
-

Información adicional solicitada

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>).

Spectrum software. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2019 (<https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

3.1 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres embarazadas con estado serológico conocido

Qué mide

Cobertura del primer paso en la cascada de la prevención de la transmisión vertical⁵). Alta cobertura que facilita la iniciación temprana de cuidados y tratamientos para madres viviendo con VIH. El número total de mujeres viviendo con VIH provee el número de mujeres embarazadas viviendo con VIH específico por instalación sanitaria para iniciar una cascada de la prevención de la transmisión vertical del VIH a nivel de la instalación sanitaria.

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

Estado de VIH / resultados de pruebas:

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

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

- Mujeres embarazadas que se inyectan drogas.

Información adicional solicitada

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

⁵ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, “transmisión vertical” se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión “de madre a hijo”.

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

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

3.2 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador. Pruebas de diagnóstico infantil precoz de los laboratorios.

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Explicación del numerador

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

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

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

Explicación del denominador

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

1. Un modelo de estimación, como es el programa informático Spectrum, utilizando el resultado, el número de mujeres embarazadas que precisan de servicios para prevenir la transmisión vertical⁵, como medición indirecta.
2. Si no están disponibles proyecciones de Spectrum, multiplicando el número total de mujeres que dan a luz en los 12 meses anteriores (el cual puede obtenerse de estimaciones sobre nacimientos de organismos estadísticos centrales o de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas (que puede derivarse del sistema de vigilancia centinela en centros de atención prenatal después de los apropiados ajustes relativos a la cobertura de las encuestas en clínicas de atención prenatal).

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

El desglose por resultados de las pruebas no debe utilizarse como indicador de las tasas de transmisión vertical temprana. Si la cobertura de las pruebas de diagnóstico infantil temprano en los dos primeros meses de vida es baja, las bajas tasas de positividad entre los bebés sometidos a las pruebas no significarán necesariamente el éxito del programa, ya que esta muestra no incluye a los bebés que no se sometieron a las pruebas y que probablemente tienen tasas de transmisión más altas.

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

Información adicional

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

Información adicional

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

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

3.3 Transmisión vertical del VIH

Porcentaje estimado de nuevos casos de niños que contraen la infección por VIH por transmisión vertical en los últimos 12 meses

Qué mide

Cuando se compara con valores de años anteriores, este indicador muestra los efectos de la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres para reducir la transmisión vertical del VIH.

Justificación

Se han realizado esfuerzos para aumentar el acceso a las intervenciones que pueden reducir significativamente la transmisión vertical del VIH, incluidos los regímenes de tratamiento y el fortalecimiento del asesoramiento sobre la alimentación infantil. Es necesario evaluar el impacto de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical en la reducción del número de niños recién infectados por el VIH a través de la transmisión vertical.

El porcentaje de niños que viven con el VIH deberá disminuir a medida que se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión vertical y el uso de regímenes más eficaces.

Numerador

Número estimado de niños que contraen la infección por VIH por transmisión vertical en los 12 meses anteriores (Aunque el denominador se limita a los nacimientos en los últimos 12 meses, el numerador puede incluir a niños infectados por el VIH durante el periodo de lactancia y, por tanto, el nacimiento podría haber ocurrido más de 12 meses antes. Por lo tanto, el indicador es en realidad una relación y no un verdadero porcentaje).

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Lo ideal es que este indicador se midiera mediante programas que identificaran la infección por VIH en niños pequeños. Sin embargo, estos programas a menudo no son capaces de identificar las infecciones entre los hijos de **1)** las mujeres que se seroconvierten mientras están embarazadas o en periodo de lactancia **2)** las mujeres que no siguen recibiendo atención durante los servicios prenatales o postnatales o **3)** las mujeres que nunca han recibido servicios. Las estimaciones modeladas se utilizan en informes mundiales en entornos en los que no hay resultados finales de transmisión vertical a nivel de población disponibles.

La probabilidad de transmisión vertical difiere según el momento en que se inicie la terapia antirretroviral, el régimen de medicamentos antirretrovirales recibido y las prácticas de alimentación del lactante. La transmisión puede calcularse utilizando Spectrum. El programa informático Spectrum utiliza información sobre lo siguiente:

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

Puntos fuertes. A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas para prevenir la transmisión vertical. Se prefiere la estimación basada en modelos, ya que la medición directa de este indicador es muy difícil. La estimación basada en modelos permite superar múltiples dificultades:

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

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

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

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

Información adicional

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

3.4 Prevención de la transmisión vertical del VIH

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical⁵ del VIH

Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión vertical del VIH durante el embarazo y el parto mediante la provisión de medicamentos antirretrovirales.

Este indicador permite a los países monitorear la cobertura del inicio en medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas que viven con el VIH para reducir la transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia. Dado que este indicador cuantifica habitualmente los medicamentos antirretrovirales dispensados y no los consumidos efectivamente, en la mayoría de los casos no permite determinar el nivel de adhesión a los diferentes regímenes.

Justificación

Proporcionar medicamentos antirretrovirales a una mujer que vive con el VIH, ya sea antes de la concepción o durante el embarazo y la lactancia, puede reducir significativamente el riesgo de transmisión vertical. Esta intervención es más eficaz si la medicación antirretroviral se suministra antes de la concepción y se cumple cuidadosamente durante la lactancia. Este indicador se puede utilizar para: (a) hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos nacionales y mundiales de eliminación de la transmisión vertical; (b) informar la planificación estratégica y políticas; (c) apoyar los esfuerzos de abogacía; y (d) aprovechar recursos para acelerar la ampliación.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH. Los informes mundiales que sintetizan la cobertura de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical del VIH excluirán a mujeres que hayan recibido una dosis única de nevirapina, dado que ese se considera un régimen subóptimo. Sin embargo, los países deben informar el número de mujeres que solo recibieron una dosis única de nevirapina.

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

- El numerador debe desglosarse por los regímenes que se describen a continuación.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Explicación del numerador

El numerador deberá desagregarse según las categorías siguientes. Cada mujer solo se debe contabilizar una vez en una de las celdas:

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

Desglose por definiciones de regímenes

Categorías	Aclaración adicional	Ejemplos comunes
Las dos primeras opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretroviral durante toda la vida (lo que incluye la Opción B+):	Un régimen basado en tres medicamentos que se propone ofrecer terapia antirretroviral para toda la vida:	Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo:
1. Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso	1. Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas en el periodo de notificación que inician terapia antirretroviral para toda la vida.	▪ TDF + 3TC + EFV.
2. Mujeres que ya recibían tratamiento antes de su embarazo	2. Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas durante el periodo de notificación que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral en su primera visita de atención prenatal.	
	Si una mujer inicia terapia antirretroviral para toda la vida durante el periodo del parto, sería contabilizada en la categoría 1.	
	Si el número de mujeres que reciben terapia antirretroviral no está disponible por el momento en que lo inician, ese número puede incluirse en la celda titulada número total de mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral para toda la vida.	
3. Si se ha indicado otro régimen que no incluye el tratamiento para toda la vida, introduzca el otro régimen (mediante una de las siguientes opciones) y el número de mujeres que reciben dicho régimen alternativo.		
Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el embarazo y el parto)	Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión vertical iniciado durante el embarazo o a más tardar durante el periodo de parto o el parto mismo con la intención de suspenderlo a la conclusión del periodo de lactancia (o de suspenderlo tras el parto si no ha de haber periodo de lactancia).	▪ TDF + 3TC + EFV. ▪ AZT + 3TC + EFV. ▪ AZT + 3TC + LPV/r.
	Si una mujer recibe un régimen antirretroviral basado en tres medicamentos por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción B.	
AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)	Un régimen profiláctico que utilice AZT (u otro inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa (INTI)) iniciado como tan pronto como a las 14 semanas de embarazo o como más tarde durante el periodo de parto o el parto mismo para prevenir la transmisión del VIH.	▪ AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto. ▪ AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto + cola posparto de 7 días de AZT + 3TC.
	Si una mujer recibe un régimen de medicación antirretroviral por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción A.	
Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto.	▪ Incluir si la nevirapina es el único régimen provisto a una mujer embarazada que vive con el VIH durante el embarazo y el parto. No deberá contabilizarse como nevirapina de dosis única si: ▪ La nevirapina se suministra como parte de la Opción A durante el embarazo. ▪ Una mujer embarazada que vive con el VIH inicia la opción A, B o B+ en el periodo de parto o en el parto mismo.	▪ Nevirapina en dosis única para la madre al inicio del periodo del parto. ▪ Dosis única de nevirapina + 7 días de AZT + cola de 3TC únicamente. ▪ Dosis única de nevirapina para la madre al inicio del periodo del parto y dosis única de nevirapina para el bebé únicamente.

Explicación del denominador

Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador: un modelo de estimación, como el Spectrum, utilizando el resultado: el número de mujeres embarazadas que necesitan servicios para prevenir la transmisión vertical. Este indicador se calcula como los nacimientos de mujeres que viven con el VIH O, si no se dispone de estimaciones de Spectrum, multiplicando el número de mujeres que han dado a luz en los últimos 12 meses (que puede obtenerse de las estimaciones de la oficina central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (que puede derivarse de la vigilancia centinela del VIH en la clínica prenatal y de los ajustes adecuados relacionados con la cobertura de las encuestas de la clínica prenatal).

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

Puntos fuertes y débiles

Se anima a los países a que hagan un seguimiento e informen del número de mujeres que reciben tratamiento según el momento de inicio de la terapia antirretroviral, de modo que pueda modelarse el impacto de los medicamentos antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH (véase el indicador 2.2 sobre la tasa de transmisión vertical). El numerador debe deduplicarse para eliminar a las mujeres que acuden a varias clínicas a lo largo del embarazo.

Información adicional

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

Publications on vertical transmission of HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2020
<https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/emtc-gvac/en/>

Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

3.5 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de atención prenatal que se someten a la prueba de la sífilis, dan positivo y reciben tratamiento

Qué mide

- A. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y se someten a pruebas de sífilis.
- B. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a pruebas de sífilis y que tienen una serología positiva para la sífilis.
- C. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis y que reciben un tratamiento adecuado.

Justificación

La cobertura de las pruebas (cribado), la prevalencia de la sífilis en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y la cobertura del tratamiento son indicadores clave para evaluar el progreso de un país hacia la eliminación de la transmisión vertical⁵ de la sífilis. A nivel nacional, estos datos pueden utilizarse para identificar las zonas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de la sífilis congénita. A nivel mundial, estos datos también se utilizan para estimar la mortalidad y morbilidad perinatal causada por la sífilis que podría evitarse con programas eficaces para eliminar la transmisión vertical de la sífilis.

- A. La realización de pruebas de sífilis a todas las mujeres embarazadas al principio del embarazo es importante para la salud de la mujer y del feto. Este indicador contribuye también a monitorear la calidad de la atención prenatal y de los servicios de prevención de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) entre las mujeres embarazadas.
- B. La prevalencia de la sífilis en las asistentes a la atención prenatal puede utilizarse para destacar las zonas de un país que requieren apoyo adicional, y puede proporcionar una alerta temprana de posibles cambios en la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en la población general. Los datos son también una importante fuente de información para generar estimaciones de incidencia y prevalencia nacionales, regionales y mundiales de la sífilis y la sífilis congénita.
- C. El tratamiento de las personas que acuden a la atención prenatal y que dan positivo en las pruebas de sífilis es esencial para reducir la transmisión vertical de la sífilis.

Numerador

- A. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre sífilis.
- B. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis.
- C. Número de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal con una prueba de sífilis positiva y que han recibido al menos una dosis de penicilina benzatina de 2,4 millones de unidades por vía intramuscular.

Denominador

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

Cálculo

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

Método de medición

A. Todas las mujeres embarazadas deberán ser sometidas a pruebas de detección de sífilis en su primera visita a centros de atención prenatal. Lo ideal es que los países informen sobre las pruebas en cada visita (incluida la primera). Los países que no tengan posibilidad de distinguir entre las pruebas realizadas en primeras visitas y las pruebas realizadas en cualquier visita deberán informar también de este indicador, aunque deben cerciorarse de que se recogen claramente los datos como correspondientes a cualquier visita. Este indicador deberá cuantificarse anualmente.

Las pruebas (cribado) pueden realizarse mediante una prueba no treponémica (por ejemplo, el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o la reagina plasmática rápida [RPR]) o una prueba treponémica (por ejemplo, el ensayo de hemaglutinación del *Treponema pallidum* [TPHA], la prueba de aglutinación de partículas del *Treponema pallidum* [TPPA], el inmunoensayo enzimático o la prueba treponémica rápida). Para este indicador, basta con tener cualquiera de los dos tipos de prueba (treponémica o no treponémica), aunque es preferible hacerse la prueba con ambos.

Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. Deberán especificarse las fuentes y cobertura de los datos que utilice el país (p.ej. los datos de programas nacionales de las 12 provincias) en la sección para observaciones y comentarios.

B. La positividad a la sífilis puede ser una prueba treponémica positiva, una prueba no treponémica reactiva o una combinación de ambas. Es importante informar del algoritmo de pruebas (cribado) que se utiliza generalmente en el país. El tipo de prueba se incluye en el análisis de los datos. Para este indicador (que se propone cuantificar la seropositividad), resulta aceptable informar de la positividad sobre la base de un único resultado de prueba. Si están disponibles a la vez resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas sobre una determinada persona, deberá definirse la positividad a la sífilis como resultado positivo en ambas pruebas.

Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias, vigilancia centinela o encuestas especiales. En la sección para comentarios y observaciones deberá especificarse la fuente y cobertura de los datos del país: por ejemplo, vigilancia centinela de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en 2 de las 10 provincias.

Se alienta a los países a utilizar identificadores únicos o registros que separen las primeras pruebas de las posteriores para evitar el doble recuento y que reflejen la verdadera prevalencia o incidencia de la sífilis en lugar de la positividad de las pruebas. Por favor, especifique la fuente y la cobertura de sus datos en la sección de comentarios.

C. Las mujeres embarazadas con serología positiva para la sífilis deben ser tratadas con penicilina benzatina, preferentemente el mismo día en que se les realiza la prueba para evitar la transmisión vertical. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina. El tratamiento de la sífilis en las mujeres embarazadas debe basarse en las directrices nacionales de tratamiento. Los conocimientos que se tengan sobre políticas y prácticas terapéuticas deberán utilizarse para interpretar las tendencias que haya en el tratamiento.

Por favor, especifique la fuente y la cobertura de sus datos en la sección de comentarios.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Prueba en cualquier visita, prueba en primera visita
 - Edad (15-24 años y +25 años).
-

Información adicional solicitada

Por favor, documente en la sección de comentarios las pruebas o el algoritmo utilizado para definir la positividad entre las mujeres embarazadas y si es el mismo en todo el país, o si ha cambiado desde el último informe de Monitoreo Global del Sida.

Por favor, comente si los datos que proporciona se consideran representativos de todo el país. Si hay datos subnacionales disponibles para A, B o C, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Si se dispone de datos sobre la fase del embarazo en la que la mujer se somete a la prueba y sobre el tiempo transcurrido entre la prueba y el tratamiento, facilítelos.

Puntos fuertes y débiles

Los programas que realizan pruebas de sífilis y VIH a las mujeres embarazadas por separado deberían colaborar para alinear y mejorar la eficacia de su trabajo. La prevención de la sífilis congénita requiere pruebas en las primeras fases del embarazo, ya que pueden producirse alumbramientos de mortinatos en el segundo trimestre. Tener conocimiento de que las mujeres se están sometiendo a estas pruebas en fases avanzadas del embarazo indica que esas mujeres no están accediendo pronto a servicios de atención prenatal o que las pruebas se están ejecutando en estadios avanzados del embarazo.

El conocimiento de las prácticas de pruebas dentro del país (como la proporción de pruebas treponémicas frente a las no treponémicas utilizadas) y cualquier cambio que se produzca a lo largo del tiempo son fundamentales para interpretar las tendencias de la enfermedad.

Información adicional

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

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

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

WHO guidelines on syphilis screening and treatment of pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>).

Dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests can be used as the first test in antenatal test. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.38>).

Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

3.6 Tasa de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

Casos de sífilis congénita notificados por cada 100 000 nacidos vivos en el periodo de 12 meses de referencia

Qué mide

Avances en la eliminación de la transmisión vertical⁵ de la sífilis

Justificación

La infección por sífilis no tratada en el embarazo puede provocar la muerte fetal, la muerte neonatal y enfermedades congénitas (definidas colectivamente como "sífilis congénita"). La infección por sífilis no tratada durante el embarazo también aumenta el riesgo de transmisión vertical del VIH. Dada la gran eficacia, la adecuada sencillez y el bajo coste de las pruebas y el tratamiento de la sífilis, las iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión vertical de la sífilis están bien establecidas. La tasa de sífilis congénita es una medida de la vigilancia nacional y del impacto de las intervenciones programáticas para eliminar la transmisión vertical de la sífilis.

Numerador

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

Denominador

Número de nacidos vivos en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

Es importante indicar en la sección de comentarios la definición de caso de sífilis congénita utilizada en su país y destacar cualquier diferencia importante entre la definición de caso nacional y la definición de caso de la vigilancia mundial (véase la página 13 de la Guía mundial de la Organización Mundial de la Salud [OMS] sobre *criterios y procesos de validación: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis*, disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>).

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

Por favor, comente en qué medida los datos se consideran representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Si hay datos subnacionales disponibles, facilite el desglose por zona administrativa o ciudad en el espacio previsto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea.

Puntos fuertes y débiles

El diagnóstico de la sífilis congénita es más fiable cuando se utilizan pruebas de diagnóstico específicas, pero desgraciadamente rara vez están disponibles. Por lo tanto, en la mayoría de los países, el diagnóstico se basa en la historia clínica de las pruebas y el tratamiento de la madre y en el examen clínico del bebé, lo que hace que la vigilancia sea un reto. Aunque la OMS tiene una definición mundial de casos para finalidades de vigilancia, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones.

Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita -y dependiendo de la definición de caso que se utilice-, la subnotificación y la sobrenotificación pueden ser un problema. La posible magnitud de tales errores en los informes debe tenerse siempre en cuenta al examinar las tasas de sífilis congénita a lo largo del tiempo.

Información adicional

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

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>).

3.7 Virus de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal

Proporción de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a pruebas de detección del virus de la hepatitis B (VHB), que se descubre que viven con el VHB, que se evalúa su elegibilidad para el tratamiento y que reciben tratamiento para el VHB

Qué mide

- A. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y se someten a la prueba del antígeno de superficie del VHB (HBsAg).
- B. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a la prueba del HBsAg y tienen un resultado positivo.
- C. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal con una prueba de HBsAg positiva y que reciben una prueba adicional de ADN del VHB o, cuando no está disponible, del antígeno de la envoltura del VHB (HBeAg).
- D. Porcentaje de mujeres elegibles que acuden a los servicios de atención prenatal y que fueron tratadas según la política nacional, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Justificación

- A. La realización de pruebas de detección del VHB en el embarazo es importante para su propia salud, y también es el primer paso en la prevención de la transmisión del VHB de madre a hijo. Conocer la cobertura de las pruebas contribuye a la evaluación de la calidad en todo el ámbito de los servicios de atención prenatal. Este indicador también controla los objetivos programáticos utilizados para la validación en los países con una política de dosis de nacimiento de vacunación contra el VHB.
- B. La tasa de positividad del HBsAg en las asistentes a la atención prenatal puede utilizarse para controlar la prevalencia del VHB en la población y dar una indicación de la carga del VHB en las mujeres embarazadas.
- C. Las pruebas adicionales para los diferentes marcadores del VHB pueden identificar a las mujeres elegibles para el tratamiento cuando exista un mayor riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo que requiera intervenciones adicionales.
- D. No todas las mujeres embarazadas que presentan un resultado positivo en la prueba del HBsAg pueden recibir tratamiento para reducir el riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo. La cobertura del tratamiento es una medida más de la calidad sostenida del servicio en toda la atención prenatal. Este indicador también controla los objetivos programáticos utilizados para la validación en los países con una política de dosis de nacimiento de vacunación contra el VHB.

Numerador

- A. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre HBsAg.
- B. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre HBsAg.
- C. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal con un HBsAg positivo y que luego reciben la prueba del ADN del VHB y/o el HBeAg.
- D. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y que cumplen los criterios de elegibilidad y reciben tratamiento antiviral.

Denominador

- A. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal.
- B. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre HBsAg.
- C. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre HBsAg.
- D. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y que son aptas para recibir tratamiento antiviral.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

- A. Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. En este caso, indique la fuente y la cobertura de sus datos, y comente en qué medida se consideran representativos de la situación nacional.
- B. Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias, vigilancia centinela o encuestas especiales, que utilizan pruebas serológicas. En la sección para comentarios y observaciones deberá especificarse la fuente y cobertura de los datos del país: por ejemplo, vigilancia centinela de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en 2 de las 10 provincias.
- C. Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. En este caso, indique la fuente y la cobertura de sus datos, y realice un comentario para saber hasta qué punto se cree que son representativos de la situación nacional.
- D. No todas las mujeres embarazadas que son positivas al HBsAg pueden recibir tratamiento. La elegibilidad para el tratamiento se basa en las pruebas complementarias disponibles (ver los recursos en “Más información”). Por lo tanto, la cobertura del tratamiento se basa en el número de mujeres embarazadas que pueden recibirlo.

Frecuencia de medición

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

Desglose

Edad (15-24 años y +25 años)

Puntos fuertes y débiles

Los valores altos del indicador indican que los servicios de atención prenatal y de prevención de la transmisión del VHB de madre a hijo están bien integrados.

Los valores bajos de los indicadores sugieren una baja aceptación, disponibilidad o integración de las pruebas y el seguimiento, pero no proporcionan una indicación de dónde está el problema.

Los datos del programa no proporcionarán información sobre el acceso de la población clave a los servicios.

Puntos específicos para los subindicadores

- A. Los programas deberían alinear las pruebas prenatales del VHB, la sífilis y el VIH para mejorar la eficacia de su trabajo.
- B. Los datos sobre la positividad del HBsAg entre las mujeres embarazadas no están fácilmente disponibles en muchos de los países más afectados a través de los informes rutinarios del sistema sanitario. El conocimiento de las prácticas de pruebas dentro del país debe utilizarse para interpretar y comparar las tendencias de la enfermedad.
- C. Las pruebas para identificar la elegibilidad para el tratamiento y el riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo entre las mujeres que acuden a la atención prenatal no siempre están disponibles ni se controlan de forma rutinaria en los centros sanitarios.
- D. La evaluación de la cobertura del tratamiento depende del uso adecuado de los criterios de elegibilidad.

Información adicional solicitada

Según el “Método de medición” (arriba), comente si los datos que proporciona son datos de programas rutinarios que se consideran representativos de todo el país.

Información adicional

Directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por hepatitis B. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/policy-brief-prevention-care-treatment-persons-chronic-hep-b-WHO-HIV-2015-5>).

Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de la hepatitis B: directrices sobre la profilaxis antiviral en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333391/9789240002708-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

4.1 Experiencia de violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave

Porcentaje de personas de una población clave que declaran haber sufrido violencia física y/o sexual en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Experiencia de violencia física y/o sexual entre profesionales del sexo.
- B. Experiencia de violencia física y/o sexual entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Experiencia de violencia física y/o sexual entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Experiencia de violencia física y/o sexual entre las personas transgénero.

Qué mide

Progreso en la reducción de la violencia física y sexual entre las poblaciones clave

Justificación

A nivel mundial, las elevadas tasas de infección por el VIH entre las poblaciones clave -incluidos profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero- han puesto de manifiesto el problema de la violencia de género. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que las desigualdades de género profundamente arraigadas y omnipresentes, que se reflejan en la violencia de género, determinan su riesgo y vulnerabilidad a la infección por el VIH.

La violencia y el VIH se han vinculado a través de vías directas e indirectas y los estudios realizados en diversos países indican que muchos profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero han sufrido violencia de una u otra forma en algún momento de sus vidas. También se ha demostrado que la violencia obstaculiza los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH entre las poblaciones clave.

Numerador

Número de personas de un grupo de población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas o personas transgénero) que declararon que alguno de los incidentes les había ocurrido al menos una vez en los últimos 12 meses

Denominador

Número total de encuestados de un grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales Los indicadores A-D se confeccionan a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran pertenecer a un grupo de población clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero).

- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha herido alguien físicamente, como por ejemplo, le ha pegado o asfixiado o le ha amenazado con un cuchillo u otra arma? (no ha ocurrido en los últimos 12 meses, una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces, 10 o más veces, no sabe, se niega a contestar) y/o
 - En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha engañado alguien, le ha mentado o le ha amenazado para obligarle a mantener relaciones sexuales cuando usted no quería? (esto no ha ocurrido en los últimos 12 meses, una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces, 10 o más veces, no sabe, se niega a contestar)
-

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
 - **A y C:** sexo (masculino, femenino, transgénero).
 - **D:** hombre transgénero, mujer transgénero, otro
-

Información adicional solicitada

Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado.

Puntos fuertes y débiles

Estos indicadores miden directamente la experiencia de la violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales u otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero). Los indicadores se calculan a partir de las respuestas a dos preguntas. Los expertos técnicos elaboraron las preguntas basándose en medidas de violencia previamente validadas entre las poblaciones clave. Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente manera: un aumento de la prevalencia indica un incremento de la violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave, lo que señala la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso hacia la reducción de la violencia contra las poblaciones clave.

El muestreo dirigido por los encuestados (RDS) se utiliza para realizar encuestas integradas de biocomportamiento. Esta metodología de muestreo permite a los investigadores acceder, de forma sistemática, a miembros de poblaciones típicamente difíciles de abordar que, de otro modo, podrían no resultar accesibles. Dado que el RDS es un método de muestreo probabilístico, los investigadores pueden proporcionar estimaciones de población no sesgadas y medir la precisión de dichas estimaciones. El RDS puede tener un éxito especial en la captación rápida en entornos urbanos densos, pero en contextos en los que las poblaciones de difícil acceso no están bien conectadas -o en contextos en los que el estigma asociado a algunas poblaciones clave es grave- las tasas de captación mediante el RDS pueden ser imprevisibles.

Otras desventajas del uso del RDS están relacionadas con las dificultades que pueden surgir en el análisis de los datos recogidos. Por ejemplo, dado que el RDS debe tener en cuenta la ponderación por el tamaño de la red y los patrones de reclutamiento, la fuerza estadística de la muestra aplicada a la población objetivo disminuye si los participantes solo captan a personas que comparten las mismas características que ellos.

Información adicional

Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2014 (Mar);11(3):e1001609.

Bhattacharjee P, Morales G, Kilonzo T, Dayton R, Musundi R, Mbole J et al. Can a national government implement a violence prevention and response strategy for key populations in a criminalized setting? A case study from Kenya. *J Intl AIDS Soc.* 2018. 21(S5):e25122.

Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014 (May);104(5):e42-e54.

Para más sobre métodos, incluyendo RDS, y los instrumentos para encuestas bioconductuales integradas, ver:
<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2>

4.2 Actitudes hacia la violencia contra las mujeres

El porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que aceptan que está justificado que un marido pegue o golpee a su mujer por razones específicas

Qué mide

Avances en la consecución de la igualdad de género

Justificación

La desigualdad de género sigue obstaculizando los objetivos mundiales para acabar con el SIDA en 2030. Las normas de género desiguales que confinan a las mujeres y a los hombres a roles específicos en la sociedad -junto con las disparidades de género en la educación y el empleo- limitan en gran medida las estrategias de prevención del VIH entre las mujeres, las niñas y las minorías de género y sexuales. El miedo, las experiencias de violencia y los desequilibrios de poder en las relaciones también aumentan la vulnerabilidad al VIH entre estos grupos, limitando su acceso a los servicios de VIH y reduciendo su adherencia a las tecnologías de prevención o tratamiento del VIH. Esto hace que se vean afectados por el VIH de forma desproporcionada. Por lo tanto, ampliar los programas para potenciar la equidad de género e intensificar los esfuerzos para lograr la igualdad de género es fundamental para acabar con el sida como amenaza para la salud pública mundial para 2030.

Numerador

Número de encuestados que están de acuerdo con al menos una de las afirmaciones

Denominador

Número total de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas de población. El indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados:

En su opinión, ¿está justificado que un marido pegue o golpee a su mujer en las siguientes situaciones?

- a. ¿Si sale sin decírselo? (sí, no, no sé)
- b. ¿Si descuida a los niños? (sí, no, no sé)
- c. ¿Si discute con él? (sí, no, no sé)
- d. ¿Si se niega a tener sexo con él? (sí, no, no sé)
- e. ¿Si quema la comida? (sí, no, no sé)

El numerador incluía a los encuestados que manifestaron estar de acuerdo con una o más de las situaciones.

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 años).
 - Sexo (hombre, mujer).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa indirectamente las normas de género no equitativas, que se han asociado a un mayor riesgo de infección por el VIH y de violencia. El indicador se calcula a partir de las respuestas a una pregunta validada que se formula desde hace muchos años en las encuestas de población. Este indicador se podrá generalizar a los adultos de un país determinado, ya que se basa en los datos de una muestra aleatoria de la población general. Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento de la prevalencia indica un aumento de las normas de género perjudiciales que pueden indicar una ampliación de las desigualdades de género en un país, lo que señala la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso hacia la consecución de la igualdad de género.

El indicador sólo examina un aspecto de las normas no equitativas: las actitudes sobre la conveniencia del abuso físico en las relaciones conyugales. No recoge otras normas de género no equitativas entre hombres y mujeres (por ejemplo, el poder en la relación, el control de los recursos financieros, etc.), ni tampoco las normas no equitativas hacia las minorías sexuales y de género.

La lista de motivos y/o la redacción de las razones que justifican la agresión a una esposa pueden variar ligeramente entre las encuestas de países específicos para reflejar mejor el contexto del país. En algunos países, las preguntas solo se hacen a las mujeres casadas o a los hombres casados.

Información adicional

Asaolu I, Alaofè H, Gunn JKL, Adu A, Monroy A, Ehiri J et al. Measuring women's empowerment in sub-Saharan Africa: exploratory and confirmatory factor analyses of the Demographic and Health Surveys. *Front Psychol.* 2018;9:994.

Das M, Ghosh S, Miller E, O'Connor B, Verma R. Engaging coaches and athletes in fostering gender equity: findings from the Parivartan program in Mumbai, India. New Dehli; 2012.

Hanmer L, Klugman J. Exploring women's agency and empowerment in developing countries: where do we stand? *Feminist Economics.* 2016;22(1):237-63.

Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):297.

Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;337.

Kishor S, Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data. DHS Comparative Reports. No. 20. Calverton (MD): Macro International Inc; 2008 (<https://dhsprogram.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm>).

Pulerwitz J, Gottert A, Kahn K, Haberland N, Julien A, Selin A et al. Gender norms and HIV testing/treatment uptake: evidence from a large population-based sample in South Africa. *AIDS Behav.* 2019;23(Suppl 2):162-71.

For more on the methods and survey instruments for the Demographic and Health Survey and AIDS Indicator Survey, see: <http://dhsprogram.com>

6.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que reportan actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH

Qué mide

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

Justificación

La discriminación es una forma de violación de los derechos humanos prohibida por la legislación internacional sobre derechos humanos y por la mayor parte de las constituciones nacionales. Con discriminación, en el contexto del VIH, se hace referencia a trato injusto (actos u omisiones) que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH. Este indicador no cuantifica directamente los casos de discriminación sino que cuantifica las actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos (u omisiones) discriminatorios. Uno de los elementos del indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados por formas de discriminación que se producen en una determinada institución y el otro cuantifica distanciamientos sociales o expresiones conductuales de prejuicios. El indicador compuesto puede supervisarse como una medición clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de actos de discriminación relacionados con el VIH dentro de la población general. Este indicador puede contribuir a comprender adicionalmente y mejorar las intervenciones relacionadas con actos de discriminación relacionados con el VIH mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que muestran actitudes discriminatorias, permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y poniendo de relieve áreas prioritarias de actuación.

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados u otras encuestas representativas) Este indicador se construye sobre las respuestas a las siguientes preguntas recibidas en una encuesta sobre población general de encuestados que han oído hablar del VIH.

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

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

Explicación del numerador

Los encuestados que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán ser excluidos del numerador y del denominador. También deberá excluirse a los participantes que respondan “no lo sé / no estoy seguro/a / depende” y a quienes rechacen responder.

Las respuestas afirmativas y negativas a cada una de las preguntas pueden no sumar el 100% si algunos participantes responden “no lo sé” o si faltan valores. En consecuencia, calcular el porcentaje de personas que responden “no” a esta pregunta sustrayendo el porcentaje de respuestas afirmativas del total de 100% resultaría equivocado.

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16(3 Suppl. 2) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/>).

Segmento temático: no discriminación. Nota de referencia. En: 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, Ginebra 11-13 de diciembre de 2012. Ginebra: ONUSIDA; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>.

Este indicador ofrece una importante medición de la prevalencia de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH. Evaluar de forma más completa los avances en la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH y el éxito o fracaso de los esfuerzos realizados para reducir ese estigma requiere cuantificar otros campos del estigma y la discriminación.

6.2 Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH que declaran haber interiorizado el estigma

Qué mide

Progreso hacia la reducción del estigma interiorizado, también conocido como autoestigma, entre las personas que viven con el VIH

Justificación

El estigma interiorizado, en el que las personas que viven con el VIH absorben cognitivamente o emocionalmente mensajes negativos o estereotipos sobre el VIH y luego se aplican estos sentimientos negativos a sí mismos, se ha relacionado con la negativa a aceptar la terapia antirretroviral entre las personas recién diagnosticadas que viven con el VIH. El estigma interiorizado impide también la adherencia a la terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH al comprometer el apoyo social y el afrontamiento adaptativo y se ha relacionado con una menor supresión viral entre las personas que viven con el VIH y que están tomando la terapia antirretroviral.

Este indicador puede supervisarse como una medida de una manifestación clave del estigma relacionado con el VIH entre las personas que viven con él.

Numerador

Fuente: Encuesta de población

Número de personas que viven con el VIH que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH y están de acuerdo con la afirmación

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de encuestados que están de acuerdo con la afirmación

Denominador

Fuente: Encuesta de población

Número de encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas de población. Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

- He sentido vergüenza por mi condición de seropositivo (de acuerdo/desacuerdo).

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH. Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados.

- Me avergüenzo de ser seropositivo (de acuerdo/en desacuerdo/prefiero no responder).
-

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH: cada 2-3 años.

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 y +50 años). Los datos del Índice de estigma y discriminación entre personas que viven con VIH provienen de encuestados de 18 años o más.
 - Sexo (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decirlo). Las tres últimas opciones solo están disponible para los datos del Índice de estigma a personas que viven con VIH Versión 2.0.
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente el estigma interiorizado, una importante manifestación del estigma que se ha demostrado que impide la atención y el tratamiento del VIH entre las personas que viven con él. Se calcula a partir de las respuestas a una única pregunta, que evalúa el estigma interiorizado entre los encuestados que viven con el VIH. La pregunta se extrae de una medida validada de estigmatización interiorizada.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento de la prevalencia indica un aumento del estigma internalizado y la necesidad de acciones de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso y una reducción del estigma internalizado.

La utilización de datos de encuestas de población para confeccionar este indicador mejorará la comparación entre países y contextos, ya que el indicador se basará en datos de personas que declaran vivir con el VIH extraídos de una muestra aleatoria del público en general. De este modo se reducen los posibles sesgos de respuesta y selección que son posibles cuando se utiliza un enfoque de muestreo de bola de nieve, como se hace con el índice de estigma de las personas que viven con el VIH. No obstante, en los países en los que la prevalencia del VIH es baja, o en los que la estigmatización del VIH es muy alta, las encuestas basadas en la población pueden no conseguir tamaños de muestra grandes de personas que viven con el VIH declaradas por ellas mismas. En estos casos, las encuestas específicas como el índice de estigmatización de las personas que viven con el VIH pueden ser más apropiadas.

Normalmente, el estigma interiorizado se capta con un indicador compuesto por el acuerdo con uno de al menos tres elementos. Dado que este indicador se basa en las respuestas a una sola pregunta, es posible que se subestime el estigma interiorizado, pero el único ítem recomendado para confeccionar este indicador tuvo el mayor nivel de acuerdo de los tres ítems previamente validados en conjunto.

Información adicional

Hargreaves J, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-570 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991336/>).

Stangl AL, Liljeston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos del estudio del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.3 Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios

Porcentaje de personas que viven con el VIH que declaran haber sufrido estigma y discriminación en la comunidad general en los últimos 12 meses

Qué mide

Progreso hacia la reducción de las experiencias de estigmatización y discriminación entre las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios

Justificación

El estigma es un estereotipo negativo basado en características distintivas, como el comportamiento, el sexo o el estado de salud. Se trata de un obstáculo bien documentado para la continuidad de la atención del VIH, que crea lagunas en las cascadas de prevención y tratamiento. El estigma del VIH es el resultado de una serie de factores impulsores y facilitadores, como las actitudes negativas y críticas hacia las personas que viven con el VIH, la vergüenza de ser seropositivo y las normas sociales, culturales y de género. Éstos se manifiestan en una serie de prácticas y experiencias estigmatizantes, incluida la discriminación, que niegan a las personas que viven con el VIH la plena aceptación social. En consecuencia, esto les impide acceder a los servicios esenciales y alimenta las desigualdades sociales. Reducir el estigma y la discriminación que experimentan las personas que viven con el VIH es fundamental para aumentar la aceptación y el cumplimiento de la terapia antirretrovírica y aumentar la supresión vírica, todo lo cual mejorará los resultados sanitarios de las personas que viven con el VIH.

Los estudios anteriores sugieren que es importante medir el estigma de la comunidad por separado del estigma experimentado en los entornos sanitarios. Esto se debe a los diferentes impactos del estigma que se experimentan en estos entornos y a las diferentes respuestas programáticas necesarias para abordarlos.

Numerador

Fuente: Encuesta de población

- Número de personas que viven con el VIH que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH y que están de acuerdo en que una o más de las tres experiencias les han sucedido por su condición de seropositivos en los últimos 12 meses.

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

- Número de encuestados que viven con el VIH y que están de acuerdo en que una o más de las ocho experiencias les han ocurrido debido a su condición de seropositivos en los últimos 12 meses.

Denominador

Fuente: Encuesta de población

- Número de encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

- Número total de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

A partir de encuestas de población: este indicador se confecciona a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

- Por favor, dígame si las siguientes cosas le han sucedido, o si cree que le han sucedido, como consecuencia de su condición de seropositivo en los últimos 12 meses:
 - La gente ha hablado mal de mí por mi condición de seropositivo (sí/no).
 - Otra persona reveló mi estado con respecto al VIH sin mi permiso (sí/no).
 - He sido insultado, acosado o amenazado verbalmente por mi condición de seropositivo (sí/no).

O

Del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH: este indicador también puede confeccionarse a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre todos los encuestados.

- Pensando en los últimos 12 meses:
 - ¿Se ha sentido excluido de reuniones o actividades sociales (por ejemplo, bodas, funerales, fiestas, clubes) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Se ha sentido excluido de las actividades religiosas o de los lugares de culto debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Se ha sentido excluido de las actividades familiares debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Ha sentido que los miembros de su familia han hecho comentarios discriminatorios o han cotilleado sobre usted por su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Alguien le ha acosado verbalmente (por ejemplo, le ha gritado, increpado o ha cometido algún otro tipo de abuso verbal) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Alguien le ha acosado físicamente (por ejemplo, le ha empujado, golpeado o ha cometido algún otro tipo de abuso físico) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Le han rechazado un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Ha perdido una fuente de ingresos o un trabajo debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH: cada 2-3 años.

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 y 50+). Los datos del Índice de estigma y discriminación entre personas viviendo con VIH son de encuestados de 18 años o más.
 - Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decirlo). La última opción solo está disponible para los datos del Índice de estigma de las personas que viven con VIH Versión 2.0.
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente el estigma y la discriminación experimentados en el entorno comunitario, una importante manifestación del estigma que se ha demostrado que impide la atención y el tratamiento del VIH entre las personas que viven con el VIH.

Este indicador se calcula a partir de las respuestas a tres preguntas recogidas en encuestas de población. Las preguntas se han extraído de una medida validada del estigma y la discriminación experimentados. El indicador también puede confeccionarse a partir de ocho preguntas incluidas en el Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0. Las preguntas alternativas abarcan una gama más amplia de experiencias de estigmatización, utilizan una redacción ligeramente diferente y tienen distintas categorías de respuesta. Sin embargo, los expertos técnicos recomendaron su inclusión en el Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0 y deberían proporcionar una buena indicación del nivel de estigma y discriminación experimentado en ausencia de datos a nivel de población.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento en el porcentaje indica un aumento del estigma y la discriminación experimentados entre las personas que viven con el VIH en un entorno comunitario y la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución en el porcentaje indica un progreso y una reducción del estigma y la discriminación experimentados entre las personas que viven con el VIH.

El uso de datos basados en la población para confeccionar este indicador mejorará la comparación entre países y contextos, ya que el indicador se basará en datos de personas que declaran vivir con el VIH extraídos de una muestra aleatoria del público en general. De este modo se reducen los posibles sesgos de respuesta y selección que son posibles cuando se utiliza un enfoque de muestreo de bola de nieve, como se hace con el índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0. No obstante, el sesgo de selección sigue siendo una posibilidad, ya que las experiencias de las personas que viven con el VIH y que están dispuestas a autodeclarar su estado serológico en las encuestas basadas en la población pueden ser significativamente diferentes de las de quienes deciden no hacerlo. En los países en los que la prevalencia del VIH es baja, o en los que la estigmatización del VIH es muy elevada, es posible que las encuestas basadas en la población no consigan tamaños de muestra grandes de personas que viven con el VIH declaradas por ellas mismas. En estos casos, los estudios específicos como el índice de estigma a las personas que viven con el VIH 2.0 pueden ser más apropiados.

Las preguntas sobre experiencias de estigma en la encuesta de población se centran principalmente en el abuso verbal y la revelación no deseada. Habitualmente, las mediciones del estigma y la discriminación experimentados incluyen varios ítems que captan diferentes tipos de estigma en cada uno de estos entornos, por lo que es posible que las estimaciones del estigma y la discriminación experimentados sean subestimaciones. Las preguntas sobre experiencias de estigma del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH abarcan una gama más amplia de estigmas experimentados, como la exclusión social, el abuso verbal, el acoso físico, el rechazo del empleo y la pérdida del mismo. Por lo tanto, la confección de este indicador utilizando los datos del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0 puede proporcionar una indicación más sólida del nivel y los tipos de estigma y discriminación experimentados. Sin embargo, los datos no pueden generalizarse más allá de las personas que viven con el VIH incluidas en la muestra, ya que los encuestados se seleccionan mediante un muestreo de bola de nieve en lugar de métodos de muestreo aleatorio.

Información adicional

Stangl AL, Liljeston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. J Int AIDS Soc. 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos de encuesta del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

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

Numerador

Número de encuestados que responden afirmativamente ("Sí") al menos a uno de los siete elementos por pregunta

Denominador

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

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

- Tipo de servicio de salud (VIH, o no relacionado al VIH).
 - Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decir).
 - Población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
 - Grupo de edad (18-19 años, 20-24 años, 25-49 años, más de 50 años).
 - Tiempo de conocer su estado VIH-positivo (0-1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años o más de 15 años).
-

Explicación de los elementos individuales

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Además, las personas que buscan servicios de VIH en clínicas especializadas en VIH pueden reportar menos experiencias de discriminación que las personas que buscan servicios de VIH integradas dentro de los servicios generales de atención médica. Por lo tanto, se recomienda capturar el tipo de clínica cuando sea posible. También sería aconsejable comparar los hallazgos de este indicador con los Indicadores 6.1 (Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH) y 6.6 (Evitación de servicios de salud entre las poblaciones clave) para tener un entendimiento más amplio del ambiente de estigma y la discriminación que puede ocasionar un contexto dado.

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

Información adicional

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

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;22(Suppl 2):S67–79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *International AIDS Society*. 2009;12(1):15.

Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Ginebra: ONUSIDA; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos de encuesta del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.5 Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave

Porcentaje de personas que pertenece a una población clave que declara haber sufrido estigma y discriminación en los últimos seis meses

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Experiencia de estigma y discriminación entre los profesionales del sexo.
- B. Experiencia de estigma y discriminación entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Experiencia de estigmatización y discriminación entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Experiencia de estigma y discriminación entre las personas transgénero.

Qué mide

Progreso hacia la reducción de las experiencias de estigmatización y discriminación entre las poblaciones clave

Justificación

El estigma de las poblaciones clave es un estereotipo negativo basado en la pertenencia de un individuo a un grupo de población clave. El estigma es un obstáculo bien documentado para la continuidad de la atención del VIH, que crea lagunas en las cascadas de prevención y tratamiento, especialmente para las poblaciones clave (incluidos los profesionales del sexo, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero). El estigma de las poblaciones clave es el resultado de una serie de factores impulsores y facilitadores, entre los que se incluyen: las actitudes negativas y críticas hacia las poblaciones clave; la vergüenza relacionada con la ocupación, el consumo de drogas o la identidad sexual y de género de una persona; y las normas sociales, culturales y de género. Éstos se manifiestan en una serie de prácticas y experiencias estigmatizantes, incluida la discriminación, que niegan a las poblaciones clave la plena aceptación social, lo que reduce sus oportunidades en la vida, les impide acceder a los servicios esenciales y alimenta las desigualdades sociales.

Reducir el estigma y la discriminación que sufren los grupos de población clave es fundamental para aumentar las pruebas de detección del VIH, la aceptación y el cumplimiento de la terapia antirretroviral y la supresión viral, lo que mejorará sus resultados sanitarios.

Numerador

Número de personas del grupo de población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas o personas transgénero) que declaran que en los últimos seis meses les ha sucedido una o más de las tres experiencias por su condición de población clave.

Denominador

Número total de encuestados del grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran pertenecer a un grupo de población clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero).

- ¿Se ha sentido alguna vez excluido de las actividades familiares porque [vende sexo; tiene sexo con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé).
 - ¿Le ha increpado alguien alguna vez porque [vende sexo; tiene sexo con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé)
 - ¿Alguna vez alguien le ha chantajeado porque [vende sexo; tiene relaciones sexuales con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé)
-

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
 - **A y C:** sexo (masculino, femenino, transgénero).
 - **D:** sexo (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)
-

Información adicional solicitada

Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado.

Puntos fuertes y débiles

Estos indicadores miden directamente el estigma y la discriminación experimentados por los profesionales del sexo, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero. Se trata de importantes manifestaciones del estigma que han demostrado obstaculizar los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH entre las poblaciones clave.

Los indicadores se calculan a partir de las respuestas a tres preguntas. Las preguntas fueron desarrolladas por expertos técnicos basándose en medidas previamente validadas de estigmatización y discriminación de poblaciones clave utilizadas en estudios de investigación primaria.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento del porcentaje indica un aumento del estigma y la discriminación experimentados entre las poblaciones clave y la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución del porcentaje indica un progreso y una reducción del estigma y la discriminación experimentados entre las poblaciones clave.

El muestreo dirigido por los encuestados (RDS) se utiliza para realizar encuestas integradas de biocomportamiento. Esta metodología de muestreo permite a los investigadores acceder, de forma sistemática, a miembros de poblaciones típicamente difíciles de abordar que, de otro modo, podrían no resultar accesibles. Dado que el RDS es un método de muestreo probabilístico, los investigadores pueden proporcionar estimaciones de población no sesgadas así como medir la precisión de dichas estimaciones. El RDS puede tener un éxito especial en la captación rápida en entornos urbanos densos, pero en contextos en los que las poblaciones de difícil acceso no están bien conectadas -o en contextos en los que el estigma asociado a algunas poblaciones clave es grave- las tasas de captación mediante el RDS pueden ser imprevisibles. Otras desventajas del uso del RDS están relacionadas con las dificultades que pueden surgir en el análisis de los datos recogidos. Por ejemplo, dado que el RDS debe tener en cuenta la ponderación por el tamaño de la red y los patrones de reclutamiento, la fuerza estadística de la muestra aplicada a la población objetivo disminuye si los participantes solo captan a personas que comparten las mismas características que ellos.

Información adicional

Friedland B, Sprague L, Nyblade L, Baral S, Pulerwitz J, Gottert A et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. J Int AIDS Soc. 2018;21(S5):e2513.1 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055043/>).

Stahlman S, Hargreaves J, Sprague L, Stangl A, Baral S. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programmes for key populations. JMIR Public Health Surveill. 2017;3(2):e23 (<https://publichealth.jmir.org/2017/2/e23/>).

Para más información sobre los métodos e instrumentos de la encuesta integrada de biocomportamiento, consulte: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

6.6 Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A–D)

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales de derechos humanos y la mayoría de las constituciones nacionales. En el contexto del VIH, la discriminación se refiere al trato injusto o injusto de un individuo (ya sea a través de acciones o por falta de acción) en función de su estado de VIH real o percibido. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos y sus derechos, lo que alimenta la epidemia del VIH. El estigma relacionado con el VIH tiene que ver con creencias, sentimientos y actitudes negativos hacia las personas que viven con el VIH, hacia grupos relacionados con esas personas (por ejemplo, familiares de personas que viven con el virus) y demás grupos de población clave en situación de especial riesgo de infección por el VIH, como son las personas que usan drogas inyectables, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero. Además del estigma relacionado con el VIH, las personas de las poblaciones clave experimentan una mayor discriminación debido al estigma relacionado con la atracción por el mismo sexo y el comportamiento sexual, la participación en el trabajo sexual, el consumo de drogas y la expresión de género no conforme o diversa.

Este indicador es importante para proporcionar una medida de la proporción de miembros de poblaciones clave que han evitado acceder a los servicios generales de atención de la salud, las pruebas del VIH, la atención médica del VIH y el tratamiento del VIH debido al temor al estigma y la discriminación. Las razones relacionadas para evitar tales servicios pueden incluir (pero no se limitan a) lo siguiente: falta (o falta de percepción) de confidencialidad dentro de los entornos de atención de la salud; actitudes y conductas negativas entre los proveedores de servicios de salud; y temores de revelar o insinuar comportamientos individuales y preferencia / orientación sexual.

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

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

Este indicador es importante para comprender y abordar las barreras para alcanzar los objetivos 95–95–95 entre los miembros de las poblaciones clave. Los datos de este indicador miden directamente el miedo al estigma o la discriminación. Este indicador podría ofrecer una mejor comprensión y mejorar las intervenciones para la reducción del estigma y la discriminación de las siguientes formas: (1) mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que perciben o sufren el estigma asociado al VIH, (2) permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y (3) poniendo de relieve áreas de actuación.

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

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

Numerador

Número de encuestados que responden “sí” a una de las siguientes preguntas:

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

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

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

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

Denominador

Número de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Deberán facilitarse las preguntas incluidas en los instrumentos de encuesta.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado. Adjunte la versión digital de cualquier informe de encuesta utilizando la herramienta para cargar documentos.

Puntos fuertes y débiles

Como medición del estigma y la discriminación, este indicador se centra en los resultados de los comportamientos en cuestión. Si se sufre el estigma y la discriminación, o simplemente se perciben uno y otra, de forma suficientemente grave como para disuadir la búsqueda de los servicios sanitarios necesarios, esto no solo puede identificarse fácilmente como un problema sino que puede afectar de forma crítica al uso de esos servicios. Algunos encuestados, sin embargo, pueden experimentar o percibir una importante estigmatización o graves conductas discriminatorias en sus comunidades, pero, gracias a su propia fortaleza o resiliencia personal o al carácter discreto o especializado de esos servicios sanitarios, aun así acudir a ellos y utilizarlos. Este indicador no servirá para cuantificar la consecución de un nivel cero de discriminación, pero puede ser útil para conocer si la discriminación está reduciendo el nivel de uso de servicios sanitarios.

Información adicional

Para más información sobre el estigma y la discriminación, y los esfuerzos para medir su prevalencia, véase: Serie de sesiones temáticas sobre la no discriminación, 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA. Nota de referencia. Ginebra ONUSIDA; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf, consultado el 21 de noviembre de 2017).

Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Ginebra ONUSIDA; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf, accessed 21 November 2017).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington (DC) y Londres: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine, STRIVE; 2012 (https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/07/STRIVE_stigma-brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16 (3 Suppl. 2). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/pdf/JIAS-16-18734.pdf>).).

6.7 Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos

Proporción de personas que viven con el VIH que han sufrido violaciones de sus derechos en los últimos 12 meses y han buscado reparación

Qué mide

Progreso en la defensa de los derechos de las personas que viven con el VIH

Justificación

La existencia de mecanismos de reparación formales e informales, así como de mecanismos de acceso a servicios de apoyo legal asequibles, son fundamentales para garantizar que las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave puedan acceder a la justicia en caso de que no se respeten sus derechos. Sin embargo, la disponibilidad no equivale necesariamente al uso. Es importante captar el porcentaje de personas que viven con el VIH y de poblaciones clave que recurren a estos servicios con el fin de identificar los posibles problemas de acceso o de aceptación de estos mecanismos, como la ubicación geográfica, la sociodemografía o la condición de población clave.

Numerador

Número de encuestados que experimentaron una o más violaciones de los derechos en los últimos 12 meses y declararon haber buscado reparación

Denominador

Número total de encuestados que declararon haber sufrido una o más violaciones de derechos en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH. El indicador se calcula a partir de las respuestas a una serie de preguntas que evalúan en primer lugar si se han producido violaciones de derechos en los últimos 12 meses. A quienes informaron de que se produjeron violaciones de los derechos en los últimos 12 meses se les pregunta si intentaron hacer algo al respecto, y a los que responden "sí" se les pregunta específicamente sobre lo que hicieron.

El indicador se confecciona a partir de la respuesta a la siguiente pregunta:

- En caso afirmativo, ¿qué intentó hacer al respecto?
 - Presentó una denuncia (sí/no).
 - Contactó con un abogado (sí/no).
 - Contactó con un funcionario o político del gobierno (sí/no).
 - Habló públicamente (sí/no).
 - Contactó con una organización/red comunitaria de personas que viven con el VIH para obtener apoyo (sí/no).
 - Otros (especifique).

Estar de acuerdo con cualquiera de estas opciones de respuesta constituiría la búsqueda de una reparación formal o informal..

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

- Grupo de edad (18–19 años, 20–24 años, 25–49 años, más de 50 años).
 - Población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
 - Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decir).
 - Tipo de reparación buscada (**formal** = presentó una denuncia y/o contactó con un abogado; **informal** = contactó con un político se pronunció públicamente y/o se puso en contacto con una organización/red comunitaria de personas que viven con el VIH para obtener apoyo; u **otros** = otros).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador capta directamente si las personas que viven con el VIH han buscado reparación tras las violaciones de derechos sufridas en los últimos 12 meses.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento en el porcentaje indica que se ha progresado para garantizar que los mecanismos de reparación estén disponibles y se utilicen en respuesta a las violaciones de los derechos, mientras que una disminución en el porcentaje indica una reducción de la reparación solicitada tras las violaciones de los derechos y sugiere la necesidad de intervenciones para garantizar la disponibilidad, el acceso, la utilización y la eficacia de los mecanismos de reparación.

Estos datos proporcionarán información importante sobre si las personas que viven con el VIH acceden a los servicios de apoyo legal disponibles, y si utilizan los mecanismos de reparación formales o informales que existen en el país. El indicador no refleja si se ha conseguido resolver la vulneración de derechos. Aunque son indicativos de la reparación que buscan las personas que viven con el VIH en un país o contexto determinado, los datos utilizados para calcular el indicador no son generalizables más allá de las personas que viven con el VIH incluidas en la muestra, ya que los encuestados del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH se seleccionan mediante un muestreo de bola de nieve (frente a los métodos de muestreo aleatorio).

Información adicional

Pruebas para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH: orientación para que los países puedan implementar programas eficaces para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos del estudio del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

7.1 Hepatitis vírica entre grupos de población clave

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

Qué mide

Comorbilidad con el VIH y necesidad potencial de tratamiento apropiado

Justificación

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

Numerador

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C

o

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba del antígeno de superficie de la hepatitis B

y

Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos sobre el VIH junto con una de las dos anteriores situaciones

Denominador

Número de encuestados que han recibido resultados positivos para uno o ambos tipos de hepatitis, B y C.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Edad (<25 años y 25+ años)
 - Género (hombres, mujeres y transgénero)
 - Grupos de población clave
-

Información adicional solicitada

Si el algoritmo de las pruebas está disponible para pruebas de detección de la hepatitis C, deberá incluirse esa información, especialmente si se realizan pruebas complementarias o RCP.

Puntos fuertes y débiles

En general, no se dispone de estimaciones basadas en probabilidades sobre coinfección con el VIH y el virus de la hepatitis C o con el VIH y el virus de la hepatitis B entre grupos de población clave, aunque a través de diversas encuestas bioconductuales se han realizado pruebas sobre anticuerpos de la hepatitis. Mejorar el conocimiento sobre coinfecciones ayudará a mejorar los programas de tratamiento y también a maximizar la supervivencia entre las poblaciones afectadas. El número de personas coinfectadas será probablemente bajo, con la posible excepción de la población que se inyecta drogas, por lo que los intervalos de confianza serán amplios.

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

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

7.2 Pruebas de hepatitis C

Proporción de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección del virus de la hepatitis C (VHC)

Qué mide

Supervisa tendencias en pruebas médicas de hepatitis C, que son una intervención esencial para evaluar las necesidades para controlar la hepatitis C.

Las pruebas de hepatitis C ofrecen información sobre la prevalencia de la coinfección por VIH y VHC, lo que ofrece información para los profesionales sanitarios sobre la necesidad de evaluaciones clínicas y de laboratorio ulteriores, y de tratamiento.

Justificación

Las pruebas para la hepatitis C identifican coinfecciones con el VIH y el VHC para adaptar el tratamiento

Numerador

Número de adultos y niños que inician terapias antirretrovirales que fueron sometidas a pruebas para la hepatitis C durante el periodo del que se informa utilizando la secuencia de pruebas sobre anticuerpos anti-VHC seguidas de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa a VHC para quienes sean anti-VHC-positivos.

Denominador

Número de adultos y niños que empiezan terapias antirretrovirales durante el periodo sobre el que se informa

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Registros clínicos o de laboratorio

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Sexo
- Edad (<15 años y 15 años o más)
- Personas que se inyectan drogas

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Los pacientes que son anti-VHC-positivos tienen una evidencia serológica de infecciones pasadas o presentes. Las personas que resultan anti-VHCpositivas deberán ser sometidas a ARN de VHC (detecta VHC que circula en la sangre) para diferenciar entre infecciones resueltas e infecciones actuales que requieran tratamiento.

Este indicador supervisa los avances en las actividades de pruebas médicas de hepatitis C de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que reciben atención por el VIH que conocen su coinfección con el virus de la hepatitis C. El indicador C.6 del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral desglosado según estado serológico refleja todo ello.

La recopilación de información sobre el consumo de drogas por vía parenteral en el pasado o en la actualidad permite la presentación de datos desglosados sobre las personas que viven con el VIH. El registro de información sobre conductas estigmatizadas y comúnmente criminalizadas, como el consumo de drogas ilícitas, supone un riesgo cuando se puede identificar a una persona. Es preciso esforzarse por garantizar que las historias clínicas y los registros de los pacientes eviten la divulgación de información que permita la identificación de personas con comportamientos estigmatizados o criminalizados..

Información adicional

Driving impact through programme monitoring and management. Consolidated HIV strategic information guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1>).

7.3 Personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que inician el tratamiento del virus de la hepatitis C

Proporción de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) que inician el tratamiento contra el VHC

Qué mide

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

Justificación

La prevalencia de la coinfección es especialmente alta en la Región Africana y la Región Europea de la OMS, por la incidencia de transmisiones infantiles tempranas y el alto nivel de consumo de drogas intravenosas, respectivamente. Tratar la hepatitis B entre las personas que viven con el VIH influye sobre su calidad de vida, esperanza de vida y mortalidad.

Numerador

Número de personas diagnosticadas con VIH y coinfección por el VHC que inician el tratamiento para el VHC durante el periodo de referencia

Denominador

Número de personas diagnosticadas con el VIH y el VHC que reciben atención para el VIH durante el periodo del que se informa (12 meses)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador se calculan sobre la base de los registros clínicos de las instalaciones sanitarias que ofrecen tratamiento y atención para el VIH.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Personas que se inyectan drogas

Puntos fuertes y débiles

Este indicador supervisa el acceso al tratamiento de la hepatitis C para las personas que viven con el VIH coinfectadas por el VHC. El punto débil es que solo refleja un año de actividad. Para describir el efecto acumulado de las personas coinfectadas por el VIH y el VHC que inician el tratamiento, es necesario recopilar los datos acumulados de las personas que inician el tratamiento y tener en cuenta a las personas recién infectadas por el VHC y reinfectadas por el VHC en el denominador.

La recopilación de información sobre el consumo de drogas por vía parenteral en el pasado o en la actualidad permite la presentación de datos desglosados sobre las personas que viven con el VIH. El registro de información sobre conductas estigmatizadas y comúnmente criminalizadas, como el consumo de drogas ilícitas, supone un riesgo cuando se puede identificar a una persona. Es preciso esforzarse por garantizar que las historias clínicas y los registros de los pacientes eviten la divulgación de información que permita la identificación de personas con comportamientos estigmatizados o criminalizados.

Información adicional

Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: recommended indicators and framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204790/9789241510288_eng.pdf?sequence=1).

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1>).

7.4 Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)

Prevalencia de la sífilis en poblaciones clave específicas

Este indicador se divide en tres subindicadores:

A. Prevalencia de la sífilis entre profesionales del sexo.

B. Prevalencia de la sífilis entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

D. Prevalencia de la sífilis entre las personas transgénero.

Qué mide

Avances en la reducción de la prevalencia de la sífilis entre grupos de población clave

Justificación

La prevalencia de la sífilis suele ser mucho mayor en las poblaciones clave que en la población general. La reducción de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave es importante para la salud de las poblaciones y también una medida crítica de la respuesta a la sífilis a nivel nacional.

El uso cada vez más frecuente de pruebas rápidas para la detección de la sífilis ha aumentado el acceso a las pruebas de sífilis en entornos que antes no tenían capacidad. Como resultado, este indicador se ha ampliado a la prevalencia de la sífilis en lugar de centrarse únicamente en la sífilis activa.

Las pruebas de sífilis en poblaciones clave son un componente de la vigilancia del VIH de segunda generación.

Numerador

Número de personas de una población clave que reciben resultados positivos en las pruebas de sífilis

Denominador

Número de personas de una población clave sometidas a pruebas de sífilis

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Este indicador se calcula a partir de los datos de las pruebas de sífilis realizadas a los encuestados en los sitios centinela o a los participantes en las encuestas bioconductuales o en los servicios regulares de detección de infecciones de transmisión sexual. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

El cribado puede realizarse mediante una prueba no treponémica (por ejemplo, el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o la reagin plasmática rápida [RPR]) o una prueba treponémica (por ejemplo, el ensayo de hemaglutinación del Treponema pallidum [TPHA], la prueba de aglutinación de partículas del Treponema pallidum [TPPA], el inmunoensayo enzimático o la prueba treponémica rápida). Aunque las pruebas serológicas no treponémicas son sensibles, carecen de especificidad y pueden dar lugar a falsos positivos. Las pruebas treponémicas son más específicas pero no pueden diferenciar entre la infección actual y la pasada o entre la infección tratada y la no tratada. Para el propósito de este indicador (destinado a medir la seropositividad), es aceptable la notificación de la positividad basada en el resultado de una sola prueba. Sin embargo, si se dispone de los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas de una persona individual, la positividad a la sífilis debe definirse como la obtención de resultados positivos en ambas pruebas. Los países deben informar del algoritmo de pruebas utilizado para determinar la positividad, de modo que las estimaciones de prevalencia puedan ajustarse para observar las tendencias a lo largo del tiempo y generar estimaciones regionales y globales.

Frecuencia de medición

Anual (datos del programa) o cada dos años (encuesta bioconductual).

Desglose

A,B,D: Edad (<25 años y 25+ años)

A: Género (hombres, mujeres y transgénero)

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro).

Información adicional solicitada

Por favor, documente en la sección de comentarios el algoritmo para las pruebas de sífilis en las diferentes poblaciones clave y si éste ha cambiado desde el último informe de Monitoreo Global del Sida.

Por favor, comente en qué medida los datos se consideran representativos de la población nacional. Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Comprender la forma en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones más amplias que comparten comportamientos de alto riesgo resulta esencial para interpretar este indicador. Las tendencias de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave de la capital proporcionan una indicación útil del rendimiento de los programas de prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en esa localidad, pero pueden no ser representativas de la situación en el conjunto del país. La adición de nuevos centros centinela aumenta la representatividad de la muestra y, en consecuencia, ofrece una estimación puntual más sólida de la prevalencia de la sífilis. Sin embargo, añadir nuevos centros centinela reduce la comparabilidad de valores a lo largo del tiempo. Por lo tanto, cualquier cambio en el número de centros que proporcionan datos debe documentarse en la sección de comentarios.

Son escasos las encuestas que cubren exclusivamente a las personas transgénero. La mayor parte de los datos sobre comunidades transgénero se extraen de encuestas sobre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o sobre profesionales del sexo. El entorno de riesgo que se registra en la mayoría de las comunidades transgénero es elevado, lo que sitúa a las mujeres transgénero en un riesgo especialmente alto de contraer una infección de transmisión sexual y de transmitirla. Si se encuesta a mujeres transgénero en encuestas sobre profesionales del sexo, deberán incluirse los datos relativos a profesionales del sexo como desglose. Si se encuesta a personas transgénero en encuestas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, deberá incluirse esos datos bajo la pestaña “transgender” (transgénero).

La realización de pruebas tanto no treponémicas como treponémicas aumenta la probabilidad de que el número de pruebas positivas notificado represente una infección activa. Sin embargo, algunos países sólo disponen de información para un tipo de prueba. Por favor, indique en los campos de comentarios si las prácticas de pruebas de sífilis han cambiado, ya que habrá que tenerlo en consideración a la hora de interpretar las tendencias de la enfermedad.

Información adicional

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>).

Consolidated HIV strategic information guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

7.5 Hombres con cuadros de secreción uretral

Número de hombres que informan de cuadros de secreción uretral en los anteriores 12 meses

Qué mide

Avances en la reducción del nivel de relaciones sexuales sin protección entre hombres.

Justificación

Los cuadros de secreción uretral son un síndrome de infección de transmisión sexual causado en la mayoría de los casos por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. La presentación con síndrome de infección aguda de transmisión sexual, como es el de secreción uretral, es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y los cuadros de secreción uretral facilitan la transmisión y adquisición del VIH. La vigilancia de los casos de secreción uretral contribuye, en consecuencia, al seguimiento de segunda generación del VIH ofreciendo una alerta temprana sobre el riesgo potencial sobre VIH resultante de la transmisión sexual y continuadas actividades de riesgo que pueden requerir intervenciones programáticas más agresivas para reducir ese riesgo. Los cuadros de secreción uretral no tratados pueden resultar en infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada. Incrementar la resistencia a las opciones de tratamiento que se recomiendan para *Neisseria gonorrhoeae* puede resultar en que la infección devenga intratable.

Numerador

Número de hombres que comunican cuadros de secreción uretral durante el periodo del que se informa

Denominador

Número de hombres de 15 o más años de edad

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina

Frecuencia de medición

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

Desglose

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha provisto una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o entre países, como también puede hacerlo la capacidad clínica de diagnóstico. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.

Los países, cuando informen sobre casos de cuadros de secreción uretral, deberán dar cuenta de la medida en que los datos que utilicen se consideren representativos de la población nacional.

Hacer un seguimiento de las tendencias en los cuadros de secreción uretral constituye un medio plausible para supervisar la incidencia de infecciones de transmisión sexual en una determinada población. Los datos sobre cuadros de secreción vaginal entre las mujeres, aunque son útiles para finalidades de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan para el nivel mundial porque, en muchos entornos, las infecciones de transmisión sexual no causan casos de secreción vaginal.

Los países deberán evaluar periódicamente las causas del síndrome de secreción uretral para comprender las causas de esos cuadros patológicos y, en consecuencia, los tratamientos adecuados.

Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas. Deberán examinarse las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.

Información adicional

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

7.6 Gonorrea entre la población masculina

Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres de países que cuentan con capacidades de laboratorio para este tipo de diagnósticos

Qué mide

Avances a la hora de reducir el número de hombres que tienen relaciones sexuales sin protección.

Justificación

La infección con una infección bacteriana aguda de transmisión sexual, como es la gonorrea, es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y adquisición del VIH. La vigilancia de los casos de gonorrea contribuye, en consecuencia, al seguimiento de segunda generación del VIH ofreciendo una alerta temprana sobre el potencial riesgo sobre VIH resultante de la transmisión sexual y continuadas actividades de riesgo que pueden requerir intervenciones programáticas más agresivas para reducir ese riesgo. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada. Incrementar la resistencia a las opciones de tratamiento que actualmente se recomiendan puede resultar en que la infección devenga intratable.

Numerador

Número de hombres con cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio en los anteriores 12 meses

Denominador

Número de hombres de 15 o más años de edad

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina

Desglose

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha provisto una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones. Además, las capacidades de diagnóstico pueden variar entre países. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.

Información adicional

Los países, cuando informen sobre casos de gonorrea, deberán dar cuenta de la medida en que los datos que utilicen sean representativos de la población nacional. Los datos sobre casos de gonorrea entre mujeres, aunque son útiles para finalidades de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a nivel mundial, porque la mayoría de la mujeres infectadas por *Neisseria gonorrhoeae* son asintomáticas, y no están ampliamente disponibles pruebas diagnósticas sensibles sobre gonorrea entre la población femenina en los países con ingresos bajos y medios. En consecuencia, los datos sobre gonorrea entre la población femenina dependen demasiado de recursos para diagnóstico y prácticas de detección que han de ser adecuadamente supervisadas a nivel local. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

7.7 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis

Porcentaje estimado de casos incidentes de tuberculosis (TB) en las personas portadoras del VIH que recibieron tratamiento para ambas enfermedades, TB y VIH

Qué mide

Progreso en la detección y el tratamiento de la TB y el VIH entre las personas con TB asociada al VIH B

Justificación

La TB es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, incluso las que reciben terapia antirretroviral. El tratamiento oportuno de la TB y la terapia antirretroviral temprana son fundamentales para reducir la mortalidad por TB asociada al VIH y deben ser la actividad de máxima prioridad tanto para el Programa de lucha contra el SIDA y el Programa nacional sobre la TB. Por lo tanto, es muy importante medir el porcentaje de pacientes VIH-positivos con TB que acceden al tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

Numerador

Número de pacientes VIH-positivos nuevos y que recaen de TB que iniciaron un tratamiento contra la TB durante el período de notificación, que ya se sometieron a una terapia antirretroviral o que la comenzaron durante el tratamiento de la TB durante el año de notificación

Denominador

Número estimado de los casos incidentes de TB en personas que viven con VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Registros e informes de la terapia antirretroviral en las instalaciones; herramientas de vigilancia del programa. Cuente el número total de pacientes VIH-positivos nuevos y que recaen de TB que iniciaron el tratamiento para la TB (según el registro de TB) y la terapia antirretroviral, o aquellos que ya recibían terapia antirretroviral (según el registro de terapia antirretroviral). La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de TB en las unidades básicas de manejo relevantes antes de la consolidación y notificación.

Para el denominador: Datos del programa y estimaciones de los casos incidentes de TB entre personas que viven con VIH. La OMS calcula una estimación anual del número de casos incidentes de TB en personas que viven con VIH. Las estimaciones del denominador, proporcionadas por los países sobre la notificación y la cobertura de la terapia antirretroviral, están disponibles solo en agosto del año del informe y no es necesario proporcionarlas en el momento de la notificación. Las estimaciones para 2020 están disponibles en <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deben recopilarse continuamente en el establecimiento, conciliarse con los registros de TB y agregarse con regularidad, preferiblemente de manera mensual o trimestral y notificarse de manera anual. Aquí debe indicarse el año más reciente para el que se dispone de datos y estimaciones.

Desglose

- Sexo.
 - Edad (<15 años y 15 años o mas).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la TB prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga comunitaria de TB. La OMS proporciona estimaciones anuales de la carga de TB entre las personas que viven con el VIH, según las mejores estimaciones del país disponibles sobre la prevalencia del VIH y la incidencia de la TB. Todas las personas que viven con el VIH y que se infectaron recientemente con TB deben comenzar el tratamiento y la terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas posteriores al inicio del tratamiento de TB, independientemente del recuento de CD4. Las personas con VIH y TB con inmunosupresión profunda (como recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm³) deben recibir terapia antirretroviral dentro de las dos primeras semanas después de iniciar el tratamiento de TB. El tratamiento de la TB debe iniciarse de acuerdo con las directrices del programa nacional de TB.

Este indicador mide hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de TB y VIH asegura que las personas que viven con el VIH y la TB puedan acceder al tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, este indicador se verá afectado por la escasa aceptación de las pruebas de VIH, el escaso acceso a los servicios de atención del VIH y la terapia antirretroviral y el bajo acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB. Se debe hacer referencia a los indicadores por separado para cada uno de estos factores al interpretar los resultados de este indicador.

Es importante que quienes brinden atención y terapia antirretroviral para el VIH registren el diagnóstico y el tratamiento de la TB, ya que esta información tiene implicaciones para la idoneidad de la terapia antirretroviral y la elección del régimen antirretroviral. Por tanto, se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de la TB se anote en el registro antirretroviral.

Información adicional

WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012). (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf?sequence=1).

Global tuberculosis report 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021>).

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

7.8 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa

Número total de personas que viven con el VIH que tienen tuberculosis (TB) activa expresado como porcentaje de las que recientemente inscritas en tratamiento para el VIH durante el periodo de notificación

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Para el numerador: A la conclusión del periodo de notificación, contabilizar el número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito por primera vez en tratamiento para el VIH que tienen TB activa. Los datos deben proceder de servicios y fuentes de datos relacionados con la TB y el VIH.

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

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

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

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

Desglose

Ninguna.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

7.9 Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas en terapia antirretroviral que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) durante el periodo de referencia

Qué mide

El grado en que las personas que están en terapia antirretroviral iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar tuberculosis activa y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH deben someterse a pruebas de detección de la tuberculosis en cada visita al centro de salud utilizando un algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan tuberculosis activa y se les deba ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. La OMS recomienda una serie de herramientas de cribado que pueden utilizarse para descartar la tuberculosis activa (por ejemplo, radiografía de tórax, proteína c reactiva).

A los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual, se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis, independientemente de que reciban o no una terapia antirretrovírica.

Numerador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación que también iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.
 2. Número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral y que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo de notificación.
-

Denominador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
 2. Número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
-

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El tratamiento preventivo de la tuberculosis debe iniciarse para todas las personas seropositivas que reúnan los requisitos y la fecha de inicio debe registrarse en la tarjeta de atención al VIH/tratamiento antirretroviral (sección Encuentros). Aquellos que acepten el tratamiento y reciban al menos la primera dosis deberán ser registrados en los registros de terapia antirretroviral (en la columna de inicio de tratamiento preventivo de la tuberculosis, mes y año).

1. **Numerador.** Recuento del número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito recientemente en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación y que también han comenzado el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el mismo periodo de notificación (es decir, los que han recibido al menos una dosis del régimen)

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH inscritas por primera vez en la terapia antirretrovírica durante el periodo del informe.

2. **Numerador.** Recuento del número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral durante el periodo de notificación y que también iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el mismo periodo de notificación (es decir, los que recibieron al menos una dosis del régimen).

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH y que están recibiendo terapia antirretroviral durante el periodo del informe.

Se solicita a los países que informen sobre 1 y/o 2, según su disponibilidad.

Si está disponible, se les pide que indiquen también el número de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que han recibido alguna vez un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (excluyendo a los que lo recibieron durante el periodo de notificación actual).

Frecuencia de medición

Los datos sobre las personas que iniciaron la terapia antirretroviral y el tratamiento preventivo de la tuberculosis deben registrarse diariamente y notificarse trimestralmente a nivel nacional o subnacional. Deben consolidarse anualmente y notificarse a ONUSIDA.

Desglose

- Edad (<5 años, 5-15 años, +15 años).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide la cobertura del tratamiento preventivo de la tuberculosis entre las personas en tratamiento contra el VIH, pero carece del punto de referencia para un rendimiento aceptable. La ampliación de esta intervención ayudará a desarrollar dicho punto de referencia a nivel nacional. A menos que se recopilen más datos, este indicador no proporciona información sobre el número de personas que se adhieren al tratamiento o lo completan.

Para una planificación y gestión de medicamentos precisas, es necesario recopilar información más detallada además de este indicador. Se puede usar un registro basado en farmacia para registrar la asistencia del cliente y la recogida de medicamentos. Como alternativa, el centro de tratamiento del VIH puede mantener un registro de tratamiento preventivo de la tuberculosis en paralelo con el registro de la terapia antirretroviral. Dicho registro puede proporcionar información valiosa sobre el número de pacientes nuevos y continuos en tratamiento preventivo de la tuberculosis, así como sobre las tasas de finalización del tratamiento y los acontecimientos adversos

Información adicional

1. Directrices de la OMS sobre la prevención y el control de la infección por tuberculosis. Actualización de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>).
 2. Directrices consolidadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).
-

7.10 Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas que viven con el VIH que inician un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) y están en terapia antirretroviral y que completan un curso de tratamiento preventivo contra la TB

Qué mide

Este indicador mide la eficacia de los programas de tratamiento preventivo de la tuberculosis ampliados mediante la evaluación de la proporción de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso recomendado de tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar tuberculosis activa y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Completar el tratamiento preventivo de la tuberculosis según lo prescrito optimiza su eficacia. Todas las personas en tratamiento del VIH deben someterse a pruebas de detección de TB en cada visita, mediante el algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan tuberculosis activa y se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. Del mismo modo, a los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la TB.

Aunque muchos países han avanzado en el inicio del tratamiento preventivo de la tuberculosis entre las personas seropositivas que cumplen los requisitos, las tasas de finalización siguen siendo escasas o desconocidas. La evaluación de la finalización del tratamiento preventivo contra la tuberculosis es un elemento crítico de la cascada de servicios contra la tuberculosis y el VIH y es esencial para garantizar el impacto.

Numerador

Número de personas en terapia antirretroviral que completaron el tratamiento preventivo contra la TB entre los que iniciaron cualquier curso de tratamiento preventivo contra la TB durante el año anterior, por ejemplo, la cohorte de 2021 para el informe de 2023 (Figuras 1 y 2).

Denominador

Número de personas en terapia antirretroviral que iniciaron algún curso de tratamiento preventivo contra la TB durante el año anterior (inserte el mismo año de cohorte que el numerador: por ejemplo, 2021 para el informe de 2023).

Cálculo

Numerador/denominador (expresado como %)

Método de medición

Numerador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o registros médicos electrónicos (EMR)). Contabilizar el número total de personas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral y que inician el tratamiento preventivo contra la TB durante el año de notificación de la cohorte y que completan el curso del tratamiento preventivo contra la TB. El año de informe de la cohorte sería normalmente el último año natural durante el cual se puede evaluar la finalización del tratamiento de todas las personas que lo inician. Como se mencionó anteriormente, para el ciclo de informes de 2023, la cohorte comprendería a los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante 2021.

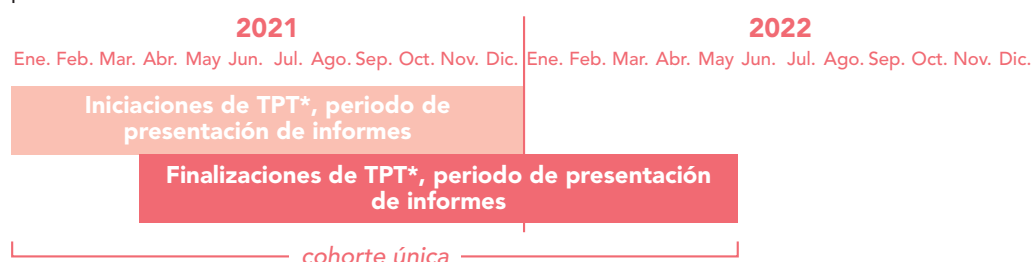
Esto incluye a todas las personas elegibles para el tratamiento preventivo de la TB que empezaron el tratamiento preventivo de la TB (incluyendo a los nuevos en la terapia antirretroviral y a los que están actualmente en tratamiento) y que completaron el tratamiento preventivo de la TB durante el mismo año o el siguiente. Para los programas que utilizan una terapia preventiva continua con isoniazida (IPT de 36 meses), la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis se define como 6 meses de tratamiento. La finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis debe determinarse sobre la base de las directrices clínicas nacionales (ver el *WHO operational handbook on tuberculosis—module 1: prevention*).

Denominador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o EMRs). Contar el número total de personas que viven con el VIH que estaban en terapia antirretroviral y que iniciaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo de notificación de la cohorte (informe de 2021 para 2023). Si una persona iniciada en el tratamiento preventivo contra la TB fallece antes de completar el tratamiento preventivo contra la TB, debe registrarse en el denominador, pero no en el numerador.

Esto refleja un enfoque de cohorte anual en el que los informes de 2023 se basan en los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis en 2020, independientemente de si lo completaron en 2021 o en 2022.

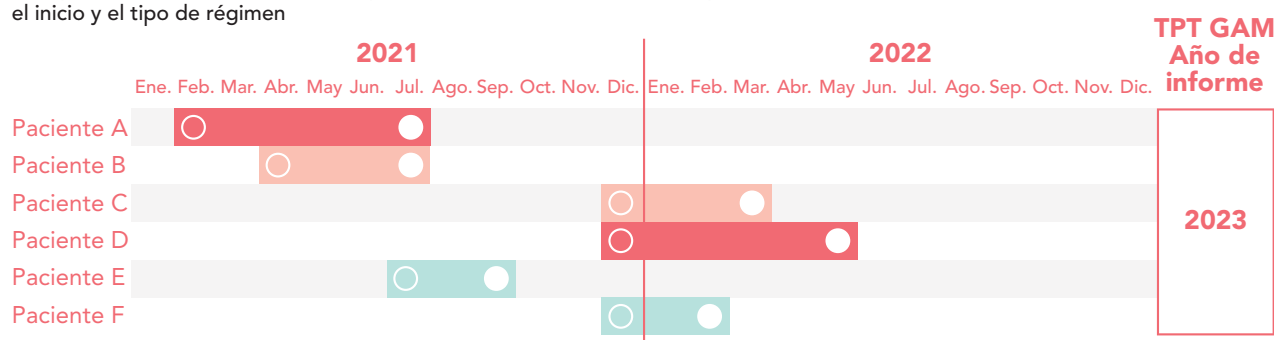
Ilustración de la cohorte de finalización

Periodo de presentación de informes de la GAM de 2023: Iniciación del tratamiento preventivo de la tuberculosis y finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis



*TPT = Tratamiento preventivo de TB

Ejemplos de informes de 2023 GAM para la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis con el inicio y el tipo de régimen



leyenda

○ TPT iniciado	● 6 INH, seis meses de monoterapia con isoniazida
● TPT completado	● 4R, cuatro meses de rifampicina diaria
	● 3HP, tres meses de isoniazida más rifapentina una vez a la semana

Frecuencia de medición

Anual. Puede ser conveniente una periodicidad más frecuente que la anual (por ejemplo, la presentación de informes trimestrales para informar más oportunamente de los pacientes con un nuevo régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis)

Desglose

- Género (femenino, masculino, transgénero).
- Edad (<5 años, 5-14 años, 15 años o más).
- Tipo de régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis (si el país puede informar sobre el desglose).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador proporcionaría información más precisa sobre las personas que viven con el VIH que han recibido esta intervención para reducir la incidencia y la mortalidad de la TB entre las personas que viven con el VIH. Ya se probó en el campo a través de los programas del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) durante varios años y se notificó a través del sistema de vigilancia, evaluación y notificación (MER).

Los desafíos incluyen el registro y la presentación de informes incompletos, sistemas de información que pueden no captar la finalización del tratamiento preventivo de la TB, el uso de diferentes criterios para determinar la finalización y dar cuenta de las interrupciones del tratamiento preventivo de la TB, y la implementación subóptima del programa.

Información adicional

WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention—tuberculosis preventive treatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-operational-handbook-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).

7.11 Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado

El número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses mediante cualquier prueba de detección

Qué mide

Avances en la ampliación del cribado de la población para la prevención del cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

Justificación

El objetivo de este indicador es evaluar la disponibilidad y la aceptación del cribado para prevenir el cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH. A fin de prevenir el cáncer de cuello uterino invasivo, las mujeres pueden someterse a diversas pruebas para identificar a las que tienen o corren el riesgo de padecer un precáncer de cuello uterino. Existen métodos de cribado y tecnología adecuada de bajo coste que permiten identificar la mayoría de las lesiones pre-cancerígenas en etapas en las que pueden tratarse y curarse fácilmente. Lograr una alta cobertura de cribado de las mujeres -con el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas detectadas por el cribado- puede conducir a una baja incidencia del cáncer cervical invasivo.

El método tradicional para detectar el cáncer de cuello uterino en las mujeres ha sido la citología (la prueba de Papanicolaou, también conocida como frotis). Las pruebas de cribado más recientes incluyen la inspección visual con ácido acético (IVA) y las pruebas moleculares, principalmente las basadas en el ADN del VPH de alto riesgo, que son adecuadas para su uso en todos los entornos. Se han desarrollado también otras pruebas moleculares, así como pruebas de inspección visual más avanzadas basadas en plataformas de inteligencia artificial/aprendizaje automático. El cribado del cáncer de cuello de útero puede realizarse mediante diferentes pruebas de cribado primario y de triaje, y existen numerosas combinaciones o algoritmos que se utilizan en diferentes entornos.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de detección

Denominador

n/d

Cálculo

n/d

Método de medición

La cifra se genera contando el número de mujeres que viven con el VIH entre todas las mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses, utilizando como fuente los datos del programa de detección de cáncer de cuello uterino y/o del programa de VIH.

Cada persona solo debe contarse una vez dentro del periodo de notificación. Si se realizó una segunda prueba de triaje o una prueba de seguimiento como parte de la estrategia de cribado, esa persona solo debe contarse una vez

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Personas que se sometieron a una prueba de detección por primera vez en su vida.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Puesto que el intervalo de cribado entre las pruebas depende de la prueba utilizada, el número de mujeres examinadas puede variar de un año a otro.

No es posible alcanzar los niveles de cobertura del cribado para todas las mujeres que viven con el VIH sin una estimación del tamaño de la población.

Los cambios en este indicador como medida de progreso a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de los datos relacionados, incluido el número de mujeres que se sabe que viven con el VIH.

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer. A step-by-step guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.12 Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH

Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección de precáncer de cuello uterino y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas en los últimos 12 meses

Qué mide

Progreso hacia el objetivo de cobertura de tratamiento del 90% de las mujeres con una prueba de detección positiva, que reciben tratamiento.

Justificación

El propósito de este indicador es evaluar la disponibilidad, el acceso y la cobertura del tratamiento de las lesiones precancerosas entre las mujeres que viven con el VIH a las que se les diagnosticaron lesiones pre-cancerígenas en el momento del cribado y que se consideraron aptas para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas de acuerdo con las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el cribado y el tratamiento para prevenir el cáncer de cuello de útero*.

Los objetivos de la Estrategia Mundial de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino son vacunar al 90% de las niñas elegibles contra el virus del papiloma humano (VPH), someter a pruebas de detección al 70% de las mujeres elegibles al menos dos veces en su vida y tratar eficazmente al 90% de las que tengan una prueba de detección positiva o una lesión cervical, incluyendo cuidados paliativos cuando sea necesario, todo ello para 2030.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas del cuello del útero después de un cribado positivo para el precáncer del cuello del útero.

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección del precáncer de cuello uterino

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador se generan a partir de los datos programáticos de los programas de detección del VIH o del cáncer de cuello de útero. No deben contarse las mujeres que dieron positivo en el cribado, pero que no fueron elegibles para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas, por ejemplo, porque fueron remitidas para la evaluación de un posible cáncer cervical invasivo.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Episodio de tratamiento del precáncer de cuello uterino (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
 - Método de tratamiento recibido (crioterapia, ablación térmica, escisión de la zona de transformación [LLETZ], otros).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La variación en el denominador que se produce a lo largo del tiempo puede reflejar el cambio en la capacidad del personal sanitario para evaluar la elegibilidad para el tratamiento precanceroso, la prueba de cribado utilizada y su precisión, y si se utiliza una prueba de triaje

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.13 Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH

El porcentaje de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que fueron tratadas en los últimos 12 meses

Qué mide

Avances para aumentar el acceso al tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH

Justificación

La finalidad de este indicador es evaluar la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH a lo largo del tiempo. A largo plazo, se espera que el número de mujeres seropositivas que recibieron tratamiento para el cáncer cervical invasivo se estabilice y disminuya lentamente, ya que los programas de cribado ampliarán la detección y el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas, y la cobertura de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) aumentará de acuerdo con los objetivos de eliminación 90-70-90 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que recibieron tratamiento

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y tuvieron sospecha de cáncer invasivo

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

La cifra se genera a partir de los datos programáticos de los programas de VIH o de cáncer de cuello uterino, o de un registro nacional de cáncer, si el estado del VIH se registra allí

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Episodio de tratamiento de cáncer de cuello uterino invasivo (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
 - Tipo de tratamiento: médico, quirúrgico.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Los cambios en este indicador a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de las intervenciones relacionadas, como la generalización del programa de cribado y tratamiento del precáncer.

La variación también puede representar cambios en la capacidad del personal sanitario para identificar el cáncer invasivo.

Further information

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231>).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

7.14 Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Proporción de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Qué mide

La proporción de todas las personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral, que recibieron un suministro multimensual (como se especifica a continuación) de medicamentos antirretrovirales en su recogida más reciente de medicamentos antirretrovirales.

Justificación

La opción de que las personas que viven con el VIH que son clínicamente estables (asentados en la terapia antirretroviral – consulte “Definiciones” a continuación) reciban varios meses de medicamentos antirretrovirales es un componente clave de la atención que responde a las necesidades y preferencias de las personas que viven con el VIH (conocido como suministro diferenciado de servicios – consulte “Definiciones”, más adelante). Para personas que viven con el VIH y que están asentadas en terapia antirretroviral, la dispensación multimensual tiene el potencial de mejorar los resultados de salud y apoyar la adherencia al tratamiento a largo plazo, al tiempo que reduce la asistencia innecesaria al centro de salud, lo que contribuye a la eficiencia del sistema. En líneas generales, la dispensación multimensual puede contribuir a los esfuerzos por alcanzar los objetivos 95–95–95.

La adopción y la puesta en marcha de la dispensación multimensual como parte de las estrategias y planes de los gobiernos nacionales van en aumento. Desde 2016, la prestación de servicios diferenciados -incluida la opción de dispensación multimensual- ha sido recomendada en las directrices de tratamiento del VIH y de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La pandemia de COVID-19 ha puesto especialmente de manifiesto la fragilidad de los sistemas sanitarios y, como respuesta, se ha priorizado la búsqueda de formas de mantener la prestación de servicios y reducir la asistencia innecesaria a los centros de salud.

El grado de implantación de estos modelos de atención en muchos países es incierto y la información sobre este indicador apoyará los esfuerzos para ampliar la oferta de dispensación multimensual.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral que recibieron 3 – <6 o 6+ meses de medicamentos antirretrovirales en la última recogida de medicamentos antirretrovirales.

(El número que recibe <3 meses de suministro de antirretrovirales también se recoge con fines de validación)

Si los países no pueden informar sobre el número de meses de medicamentos antirretrovirales dispensados mediante el desglose descrito anteriormente, podrían, de manera alternativa, informar sobre el número total de personas que están actualmente en terapia antirretroviral y que reciben ≥3 meses de medicamentos antirretrovirales en su última recogida de medicamentos.

Denominador

Número de personas que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral.

Cálculo

Numerador / Denominador

Método de medición

Los datos de este indicador se recogen al final del periodo de notificación a partir de los registros de terapia antirretroviral de los centros (incluida la terapia antirretroviral dispensada fuera de los centros) las herramientas de seguimiento del programa u otras bases de datos. (Si se dispone de datos del sector privado, deben incluirse).

Se debe identificar a todas las personas que reciben actualmente terapia antirretroviral. Las personas que no hayan recibido la medicación antirretroviral en los 28 días siguientes a su recogida programada de medicamentos se consideran perdidas en el seguimiento y no deben contarse en el denominador ni en el numerador. Por ejemplo, si se suministró medicamento antirretroviral para tres meses (12 semanas), el tiempo transcurrido desde la última recogida de medicamentos no debe ser superior a 16 semanas (12 semanas más 28 días).

Para el numerador: los registros deben capturar la duración de la medicina antirretroviral dispensada para cada paciente que esté actualmente en terapia antirretroviral en su última visita de recogida de medicamentos. Si es posible, esto debería clasificarse como <3 meses, 3- <6 meses, o +6 meses y resumirse para cada grupo de edad/sexo.

El denominador debe coincidir con el número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral al final del año y estar en consonancia con los valores nacionales reportados a través de la herramienta de Monitoreo Global del SIDA.

Si el resultado de este indicador solo está disponible para una proporción de personas actualmente en tratamiento, introduzca el número de personas en el que se basa el porcentaje, así como el valor del denominador nacional, para que quede claro qué proporción de la población actualmente en tratamiento está representada en el cálculo.

Por favor, recuerde: la dispensación multimensual no debe confundirse con la prescripción multimensual. Alguien que recibe una receta de medicamentos antirretrovirales para seis meses pero que necesita acudir al centro de salud cada uno o dos meses para reponerlos no se contaría como receptor de una dispensación multimensual.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad 0–14
- Edad de 15 años o más por sexo (hombre, mujer y transexual).

Información adicional solicitada

Por favor, incluya cualquier información sobre los cambios sostenidos en la orientación nacional sobre la frecuencia de dispensación que esté relacionada con la COVID-19 en el informe narrativo.

Puntos fuertes y débiles

Un indicador centrado en la escala de dispensación multimensual es una forma pragmática de captar un aspecto importante de la prestación de servicios diferenciada. El indicador ofrece una idea general de la amplitud con la que se está adoptando un enfoque de prestación de servicios diferenciados para el tratamiento del VIH y el alcance del posible beneficio individual. Sugiere también la posibilidad de mejorar aún más la eficacia del sistema mediante un mayor espaciado de la dispensación de medicamentos antirretrovirales.

La presencia de este indicador no implica que todas las personas que viven con el VIH deban recibir suministros multimensuales de medicamentos antirretrovirales. Además de considerar las necesidades clínicas de cada persona – la dispensación multimensual se aplica a personas asentadas en la terapia antirretroviral, la frecuencia de dispensación también debe guiarse por las necesidades y preferencias de las personas y poblaciones afectadas. Otros factores que afectan a la capacidad de suministrar medicamentos antirretrovirales para varios meses son los problemas de la cadena de suministro, las consideraciones políticas y la preparación del personal sanitario. El hecho de que la cobertura del 100% no deba considerarse como el objetivo de la dispensación multimensual pone de manifiesto la importancia de disponer de cierta información contextual para orientar la interpretación de los resultados.

Concentrarse únicamente en la duración de los medicamentos antirretrovirales dispensados proporciona una imagen incompleta de la prestación de servicios diferenciados. El control de los resultados, como la supresión de la carga viral, la satisfacción de los pacientes y la permanencia en la atención, se sumaría a este panorama, al igual que la información sobre la calidad y el alcance del apoyo social y de otro tipo que se proporciona como parte de la prestación de servicios diferenciados. Lo ideal sería captar la proporción de personas que viven con el VIH a las que se les ofreció la posibilidad de elegir un modelo de tratamiento diferenciado, pero esto puede no ser factible.

Definiciones

La OMS define la **prestación de servicios diferenciados** para el VIH como un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios para el VIH con el fin de atender mejor las necesidades de las personas que viven con el VIH y optimizar los recursos disponibles en los sistemas sanitarios.

La **dispensación multimensual** se refiere al suministro de varios meses de medicamentos antirretrovirales y/u otros medicamentos en un solo momento. La dispensación multimensual se ofrece con frecuencia como un componente de la prestación de servicios diferenciados. La OMS recomienda que a las personas que están asentadas en la terapia antirretroviral se les ofrezcan reposiciones de medicamentos antirretrovirales que duren de tres a seis meses, preferiblemente seis meses cuando esto sea posible.

Asentado/a en terapia antirretroviral. Los criterios para determinar si una persona está asentada con éxito en la terapia antirretroviral son:

- a) Haber recibido terapia antirretroviral al menos los últimos seis meses;
- b) No tener una enfermedad actualmente (sin incluir condiciones crónicas de salud que estén bien controladas).
- c) Buen entendimiento de la adherencia de por vida: consejo adecuado con respecto a la adherencia; y
- d) Evidencia de éxito del tratamiento: al menos un resultado de supresión de carga viral en los últimos seis meses (si la carga viral no está disponible: un recuento de CD4 > 200 células/mm³ (un recuento de CD4 > 350 células/mm³ para niños entre 3-5 años) o ganancia de peso, ausencia de síntomas e infecciones simultáneas.

La definición de estar asentado en la terapia antirretroviral deberá ser aplicada a todas las poblaciones, incluyendo aquellas que reciben regímenes de segunda y tercera línea, aquellos que presentan comorbilidades controladas, niños, adolescentes, embarazadas y mujeres que amamantan y poblaciones clave.

Información adicional

Directrices consolidadas de información estratégica sobre el VIH. Impulsar el impacto a través del monitoreo y la gestión de los programas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

8.1 Presupuesto público nacional para el VIH

Presupuesto para programas de VIH y SIDA de fuentes públicas nacionales

Qué mide

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

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

Justificación

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

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

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

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

Cálculo

Presupuestos planificados y ejecutados por cada año fiscal.

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

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

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

Método de medición

Análisis de presupuestos

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

Frecuencia de medición

Anualmente, para el año fiscal

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Anexo 2

8.2 Antirretrovirales: precios unitarios y volumen

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

El precio medio unitario por paquete de régimen en USD actual o en unidades de la moneda local para el año del informe, y el número absoluto de paquetes adquiridos en un período determinado.

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Sistemas de gestión de compras y cadena de suministro

Herramientas para la recopilación de datos

Sistema de información de gestión logística

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Anexo 3

8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos

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

Qué mide

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

Justificación

El indicador sobre el que se ha de reportar es el gasto total y subtotal relativo al VIH por categorías de programas o de servicios y por fuentes de financiación. Hay ocho subindicadores básicos que se corresponden con este informe. Estos se describen en el Anexo 3.

A finales de 2021, la disponibilidad de recursos internacionales y nacionales para la respuesta al VIH alcanzó unos 21.500 millones de USD (en dólares constantes de 2019) en los países de ingresos bajos y medios. Hacer realidad los objetivos nacionales y mundiales requiere un mayor enfoque, más recursos y mejor eficacia y efectividad de los programas para ofrecer los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH, con el fin de reducir la incidencia del virus y alargar la vida.

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

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

La gran mayoría de las categorías de gasto en sida (o CSA, según las clasificaciones de la Evaluación del Gasto Nacional en Sida [NASA]) o los subindicadores se han extraído de los marcos existentes y se han estructurado en torno a la Declaración Política de 2021 para poner fin al Sida. Las necesidades de recursos para los países de ingresos bajos y medios dieron lugar a un objetivo de movilización de al menos 29.000 millones de USD (en dólares constantes de 2019) para 2025.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisa y valores monetarios

Cálculo

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

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

La cuantificación se limita a los gastos en el país, utilizando los fondos de la ayuda internacional al desarrollo y a los gastos realizados con fondos públicos o privados notificados en el dólar corriente o en unidades monetarias locales para el año de referencia elegido.

Existen ciertos requisitos para la recopilación y calidad de los datos para asegurar la fiabilidad y validez de los indicadores que garantizan la credibilidad.

La conciliación de estimaciones descendentes (procedentes de fuentes de financiación) y ascendentes (relacionadas con el coste de la prestación de servicios) ofrece la mejor evaluación del gasto nacional interno relativo al VIH.

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

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

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

Método de medición

Primario:

- MEGAS.

Alternativo:

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

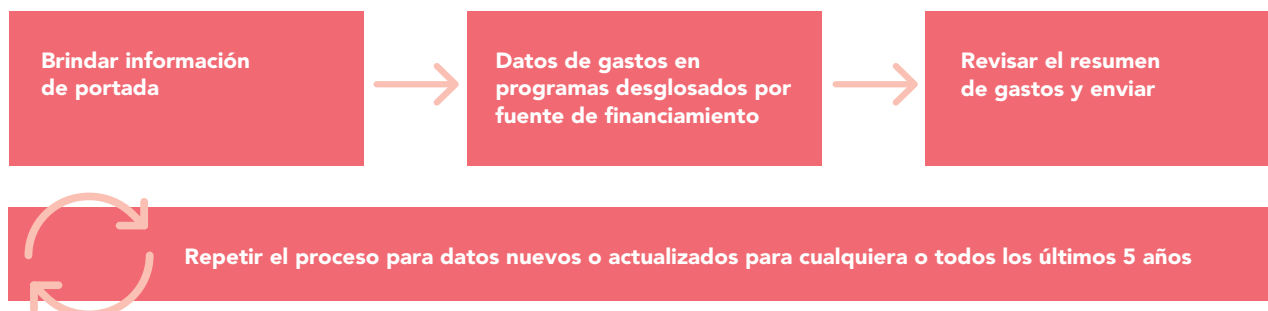
Nota:

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

Herramientas para la recopilación de datos

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

Flujo del proceso para reportar este indicador



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

Frecuencia de medición

Anualmente, para el año natural o fiscal. Dado que los resultados de cualquier ejercicio contable pueden demorarse más allá de la fecha límite para la presentación del informe anual, los países podrán enviar resultados preliminares, que luego serán sustituidos cuando estén disponibles los resultados definitivos. En este ciclo de presentación de informes, se sugiere que los países presenten todo el conjunto de informes anuales definitivos disponibles sobre los últimos cinco años, indicando su estatus de preliminares o definitivos y si vienen a sustituir a informes previos. No resulta necesario volver a presentar datos ya enviados en informes previos y que no hayan sufrido cambios. Puede contactarse con ONUSIDA para recibir asistencia si el país desea enviar informes modificados recientemente o definitivos sobre gastos anteriores a 2016.

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Listado de subindicadores básicos y metadatos estadísticos asociados

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

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

Información adicional

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

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

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

Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino de 2023

Introducción

La vigilancia de políticas ha formado parte de los procedimientos de información mundial sobre el sida desde el año 2003 y se ha implementado cada dos años, la última vez en 2022. El ICPN es un componente integral del Monitoreo Global del Sida (GAM) cuyo objetivo es medir el progreso en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y legislación relativas a la respuesta frente al VIH. Se propone lograr esto a través de:

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

Las respuestas realizan un seguimiento directo de varios objetivos y proporcionan un contexto sobre el progreso hacia la consecución de los objetivos globales.

El ICPN ha de ser completado y presentado como parte de los informes del GAM cada dos años. Este intervalo refleja la expectativa de que los cambios en las leyes, las políticas y los reglamentos se producen lentamente y que la necesidad de un seguimiento más frecuente puede ser limitada.

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

Sobre la base de amplias consultas, el cuestionario del ICPN ha sido reestructurado y las preguntas revisadas en 2021 para reflejar los compromisos globales de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas (ONU) de 2021: Poner fin a las desigualdades y avanzar en el camino para acabar con el sida en 2030. La redacción de algunas de las preguntas se ha perfeccionado sobre la base de las experiencias de anteriores rondas de informes y para reflejar la evolución de las recomendaciones políticas y las tecnologías disponibles.

Estructura del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

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

Las preguntas están estructuradas en torno a los compromisos de la Declaración Política sobre el Sida de 2021.⁶

Pasos propuestos para la recopilación y validación de datos

El proceso que se describe a continuación para completar el ICPN deberá estar integrado con el plan y el plazo de cada país para el proceso de reporte del GAM. Este proceso que se sugiere tiene como propósito integrar comprobaciones sobre la coherencia de los datos del ICPN recopilados durante todo el procedimiento y promover un análisis de la información que sea lo más objetivo posible.

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

1. Establecer un grupo de trabajo para acompañar el proceso de presentación de informes relativos al ICPN. Puede ser un grupo técnico de trabajo multisectorial de monitoreo y evaluación ya establecido.
2. Identificar una persona que coordine la cumplimentación del cuestionario.
3. El grupo de trabajo del ICPN lleva a cabo un ejercicio de identificación de partes interesadas para seleccionar de forma sistemática personas que puedan contribuir.

Un ejercicio de identificación puede garantizar que puedan recopilarse los datos más actualizados y precisos a través del ICPN, implicando a los expertos relevantes y evitando la influencia de posibles sesgos en el proceso de información. Puede garantizar que los informes reflejen un amplio abanico de perspectivas; la participación de un amplio número de partes interesadas también puede ayudar a interpretar los datos cualitativos o potencialmente ambiguos.

La lista de personas o entidades que puedan aportar información o perspectivas sobre las preguntas que se incluyen en el ICPN puede obtenerse de los integrantes de grupos de trabajo mediante contactos con otras personas conocedoras de la respuesta nacional frente al VIH y revisando documentación relevante. Pueden identificarse partes interesadas de entre los siguientes sectores y grupos, entre otros:

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

⁶ Para obtener más información sobre la Declaración de 2021 sobre el sida, consulte: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf

Se deberá considerar el factor de la diversidad geográfica a la hora de identificar a las partes interesadas relevantes, para garantizar su representatividad.

Deberá registrarse la siguiente información sobre todas las partes interesadas con las que se entre en contacto en este proceso:

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

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

4. Recoger las respuestas a las preguntas del ICPN. Para garantizar la precisión y evitar el cansancio de los encuestados, se sugiere que las preguntas específicas se dirijan a encuestados concretos que tengan conocimientos en esa área. Las personas encargadas de la coordinación del cuestionario y el asesor o asesores seleccionados para apoyar el proceso, coordinan el contacto con las partes interesadas previamente identificadas, por ejemplo a través de entrevistas personales, por teléfono o por correo electrónico, para compartir con ellas las preguntas del ICPN que se correspondan con su área de experiencia y para reunir sus respuestas.

Si resulta posible, se recomienda remitir una misma pregunta a más de una persona experta en la materia. Si hubiese respuestas discordantes, el coordinador que se ocupe del ICPN compartirá un resumen de la información recibida para esa pregunta con las diferentes partes interesadas que la hayan facilitado, para esclarecer el origen de las diferentes respuestas y alcanzar un consenso, si es posible. Para evitar posibles prejuicios o sesgos, deberá mantenerse el anonimato de los informantes en la medida en que sea posible durante este proceso de verificación de datos y de seguimiento.

Existe una versión en PDF del cuestionario que también puede descargarse a través del encabezado del ICPN en la lista de indicadores de la herramienta de informes en línea del GAM (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Consulte el glosario de términos clave que aparece a continuación y las orientaciones adicionales para responder a las preguntas relacionadas con la legislación en el ICPN (anexo 6).

5. La persona encargada de la coordinación del GAM introduce las respuestas en la herramienta en línea de presentación de informes.
6. Las diferentes partes interesadas visualizan los borradores de las respuestas y ofrecen comentarios sobre ellos. El borrador del ICPN cumplimentado puede compartirse con las partes interesadas concediéndoles facultades de visualización para la herramienta de reporte en línea del GAM o bien compartiendo en PDF el cuestionario del ICPN con las versiones preliminares de las respuestas. El PDF puede extraerse de la herramienta de reporte en línea haciendo clic en Imprimir todo en PDF que se incluye en la página con la lista de indicadores.

7. Realizar una consulta de validación:

- o Para revisar respuestas del ICPN para preguntas determinadas.
- o Para analizar los datos del ICPN conjuntamente con los datos sobre indicadores, identificar avances, brechas, obstáculos y elementos facilitadores para la respuesta frente al sida.
- o Para identificar puntos clave para los resúmenes narrativos correspondientes a cada área de compromisos.

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

- 8. Actualizar las respuestas para el ICPN introducidas en la herramienta de reporte en línea del GAM atendiendo a los comentarios y observaciones recibidos en la preparación de las consultas y durante ellas y completar los resúmenes narrativos relativos a cada área de compromisos.
- 9. Presentar las respuestas del ICPN con los demás componentes del GAM el 31 de marzo de 2023 o antes de esa fecha.
- 10. Responder a las consultas que se publiquen en la herramienta de reporte en línea durante el proceso de validación de datos.

Para obtener una orientación importante sobre la interpretación y respuesta a las preguntas del ICPN sobre la existencia de determinadas leyes, consulte el Anexo 6 de estas directrices.

Operacionalización y uso de los datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

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

Los datos del ICPN también se utilizarán (a) para supervisar directamente el progreso a nivel mundial hacia varios de los objetivos del 10-10-10; (b) para proporcionar un contexto a los datos cuantitativos recogidos a través de los indicadores del GAM durante el análisis del progreso hacia otros compromisos mundiales en la Declaración Política sobre el Sida de 2021; y (c) para informar sobre las estrategias e informes mundiales. Las respuestas a las preguntas del ICPN de cada país se agregarán para generar valores regionales y globales. Los datos del ICPN por países estarán disponibles a través de AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) y de Laws and Policies Analytics (análisis de leyes y políticas, en español) (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

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

Los países que han presentado respuestas a las preguntas a través de un ICPN anterior que han permanecido igual desde la ronda de informes anterior pueden optar por cargar esas respuestas en la herramienta de informes en línea del GAM 2023. Luego, pueden actualizar las respuestas o volver a presentar aquellas que no hayan sufrido modificaciones.

Definiciones

A continuación se presentan las definiciones de los términos clave incluidos en el cuestionario del ICPN, cuando están marcados con un asterisco (*).

Estas definiciones deben seguirse para completar el cuestionario: el uso coherente de estas definiciones a lo largo del tiempo y entre países refuerza la capacidad de comparación y los análisis de tendencias.

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

Personas establecidas en el tratamiento: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas establecidas en el tratamiento antirretroviral como aquellas que cumplen todos los criterios siguientes: (a) han estado recibiendo tratamiento antirretroviral durante al menos seis meses; (b) no tienen ninguna enfermedad actual, que no incluya condiciones de salud crónicas bien controladas; (c) tienen una buena comprensión de la adherencia a lo largo de la vida; (d) reciben un asesoramiento adecuado sobre la adherencia; y (e) hay pruebas del éxito del tratamiento (al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos seis meses; si la carga viral no está disponible se puede considerar al menos uno de los siguientes: Recuento de CD4 >200 células/mm³ [recuento de CD4 >350 células/mm³ para niños de 3 a 5 años] o aumento de peso, ausencia de síntomas e infecciones concurrentes).⁷

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

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

Participación. Participación activa e informada en la formulación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de todas las decisiones, políticas e intervenciones que afecten a la salud para garantizar el respeto por los derechos humanos. También significa garantizar que los sistemas e intervenciones sanitarios sean sensibles, eficaces, apropiados y sostenibles. La participación es informada cuando las personas pueden acceder a la información que se requiere para permitir que participen de forma significativa y eficaz. Si fuese necesario, deberán llevarse a cabo actuaciones de capacitación para garantizar tal cosa.⁹

⁷ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery, and monitoring. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>, accessed 9 November 2021).

⁸ Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Ginebra: OMS; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>, acceso el 9 de noviembre de 2021).

⁹ Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf, acceso el 10 de noviembre de 2021).

Prueba de carga viral rutinaria. Se puede realizar una prueba de carga viral rutinaria a los seis meses, a los 12 meses y, posteriormente, cada 12 meses si el paciente se muestra estable en la terapia antirretroviral.¹⁰

Protección social. Se define como “todas las iniciativas públicas y privadas que ofrecen transferencias de ingresos o alimentos para los pobres, protegen a la población vulnerable contra riesgos para sus medios de vida y mejoran la posición social y los derechos de las personas marginadas; su objetivo general es reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres y marginados”. La protección social es sensible al VIH cuando se incluye a las personas que están en riesgo de infección por el virus o que pueden verse afectadas por las consecuencias de la epidemia.¹¹

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

¹⁰ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (<https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>, accessed 10 November 2021).

¹¹ HIV and social protection guidance note. Ginebra: ONUSIDA; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, accessed 10 November 2021).

ICPN interino

Abreviaturas y acrónimos

3TC	lamivudina
ABC	abacavir
AZT	zidovudina
CrAg	antígeno criptocócico
DTG	dolutegravir
EWI	indicador de alerta temprana
FDC	combinación de dosis fija
FTC	emtricitabina
GAM	Monitoreo Global del SIDA
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
HIVDR	resistencia a los medicamentos contra el VIH
IGRA	prueba de liberación de interferón-gamma
IPT	terapia preventiva con isoniácida
LF-LAM	prueba de lipoarabinomanano en orina de flujo lateral
LPV/r	lopinavir reforzado con ritonavir
LTBI	infección tuberculosa latente
MNCH	salud materna, neonatal e infantil
ENT	Enfermedades no transmisibles
ICPN	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales
NNRTI	inhibidores no nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa
INTI	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
OAMT	tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos
PDR	resistencia a medicamentos de pretratamiento
PEP	profilaxis posterior a la exposición
PrEP	profilaxis previa a la exposición
ITS	infecciones de transmisión sexual
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir disoproxil fumarato
TPHA	prueba de hemaglutinación del treponema pallidum
TPPA	prueba de aglutinación de partículas para treponema pallidum
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino

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

1. Prevención combinada del VIH para todos

- Reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 370 000 para 2025.
- Garantizar que el 95 % de las personas en riesgo de infección por el VIH -dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos- tengan acceso y utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces.
- Reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes a menos de 50 000 para 2025.
- Garantizar la disponibilidad de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para 10 millones de personas con riesgo sustancial de contraer el VIH y la profilaxis posterior a la exposición (PEP) para las personas recientemente expuestas al VIH para 2025.
- Garantizar que el 95 % de las personas en entornos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, prioritarias, centradas en las personas y eficaces.

Profilaxis previa a la exposición

1. ¿Recomiendan las directrices nacionales de su país alguna de las siguientes modalidades/productos de profilaxis previa a la exposición (PrEP)? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ PrEP oral diaria
- ☐ PrEP basada en eventos (a demanda)
- ☐ El anillo vaginal de dapivarina (DVR)
- ☐ Cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA)
- ☐ En las directrices nacionales no se recomiendan modalidades/productos de la PrEP

1.1 ¿A qué poblaciones se suministra la profilaxis previa a la exposición (PrEP) según las directrices nacionales? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con otros hombres
- ☐ Trabajadores sexuales
- ☐ Personas que se inyectan drogas
- ☐ Personas transgénero
- ☐ Parejas serodiscordantes
- ☐ Mujeres jóvenes (de 18 a 24 años)
- ☐ Adolescentes (<17 años)
- ☐ Presos y otras personas privadas de libertad
- ☐ Mujeres embarazadas y lactantes
- ☐ Personas con PrEP solicitada
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No se han desarrollado directrices nacionales de PrEP

1.2 ¿Quién tiene la autoridad para prescribir la profilaxis previa a la exposición (PrEP) en su país? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Médicos
- ☐ Trabajadores sanitarios
- ☐ Equipo de enfermería (p. ej.: matronas, enfermeros especialistas y enfermeros titulados)
- ☐ Farmacéuticos
- ☐ Otro (especifique): _____

1.3 ¿Está disponible la profilaxis previa a la exposición (PrEP) a través de alguno de los siguientes medios en su país? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Centros sanitarios públicos
 - ☐ Distribución basada en la comunidad (incluidos los servicios móviles)
 - ☐ Farmacias (independientes, incluyendo online)
 - ☐ Proveedores de servicios sanitarios privados
 - ☐ Internet (compras informales)
 - ☐ Instituciones educativas (por ejemplo, escuelas y universidades)
 - ☐ Sitios de investigación
 - ☐ Otro (especifique): _____
-

Preservativos

2. ¿Se ha estimado la necesidad nacional de preservativos?

- ☐ Sí
☐ No

2.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el número estimado de preservativos necesarios? _____

2.2 En caso afirmativo, ¿para qué año se estiman las necesidades de preservativos? _____

2.3 En caso afirmativo, ¿qué método se utilizó para calcular el número de preservativos necesarios? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Población general (condones por hombre sexualmente activo/año)
☐ Histórico (igual que el año anterior + crecimiento de la población)
☐ Orientado al presupuesto (sobre la base de lo que se puede comprar)
☐ Basado en la demanda (sobre la base de las tasas de uso de condones en el pasado, como utilizando el modelo de objetivos)
☐ Basado en la capacidad (cuántos condones pueden suministrarse y distribuirse con la capacidad actual)
☐ Parte de las estimaciones de las necesidades de abastecimiento para planificación familiar
☐ Enfoque de «universo total de necesidades»
☐ Herramienta de estimación de requerimientos de recursos y necesidades de condones del UNFPA/ONUSIDA
☐ Otro (especifique): _____

3. ¿Ha habido situaciones de desabastecimiento* de condones en los últimos 12 meses?

3.a Situaciones de desabastecimiento de alcance nacional

- ☐ Sí
☐ No

3.b Situaciones de desabastecimiento de alcance local

- ☐ Sí
☐ No
-

2. Cumplimiento del objetivo 95–95–95 para pruebas de detección del VIH y el tratamiento del VIH

- Reducir las muertes anuales relacionadas con el sida a menos de 250 000 para 2025.
- Garantizar que 34 millones de personas reciban tratamiento contra el VIH para 2025.
- Alcanzar el objetivo de 95-95-95 para pruebas, tratamiento y supresión vírica en todos los grupos demográficos y entornos geográficos, incluidos los niños y adolescentes que viven con el VIH:
 - 95% de las personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.
 - 95% de las personas que conocen su estado seropositivo acceden al tratamiento.
 - 95% de las personas en tratamiento tienen cargas virales suprimidas.
- Garantizar que el 90% de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) para 2025.
- Reducir en un 80% el número de muertes por tuberculosis en personas que viven con VIH para 2025 (en comparación con la referencia de 2020).

Pruebas sobre VIH

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

- ☐ Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- ☐ Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- ☐ Pruebas prenatales rutinarias
- ☐ Pruebas dobles de diagnóstico rápido de VIH/sífilis para mujeres embarazadas en la atención prenatal
- ☐ Pruebas dobles de diagnóstico rápido del VIH/sífilis para cualquier grupo de población clave
- ☐ Pruebas basadas en la comunidad
- ☐ Pruebas en el hogar (de puerta en puerta)
- ☐ Pruebas a través de proveedores no profesionales
- ☐ Pruebas autodiagnósticas
- ☐ Remisiones guiadas por el proveedor (notificación asistida para parejas/pruebas para parejas de personas diagnosticadas)
- ☐ Pruebas de VIH a través de las redes sociales
- ☐ Otro (especifique): _____

5. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2019 sobre los servicios de pruebas del VIH en un proceso nacional sobre directrices de pruebas?

- ☐ Sí, plenamente
- ☐ Sí, parcialmente
- ☐ No
- ☐ No lo sé

6. ¿Su país ha incluido las pruebas de autodiagnóstico del VIH en la política nacional (ya sea dentro del plan/política nacional para el VIH o de una política independiente de pruebas de autodiagnóstico del VIH)?

- ☐ Sí
- ☐ No

6.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿están implementadas de forma rutinaria las pruebas de autodiagnóstico del VIH en su país?

- ☐ Sí, implementadas de forma rutinaria a escala nacional
- ☐ Sí, implementadas de forma rutinaria a escala subnacional o en distritos seleccionados
- ☐ No, solo en proyectos piloto
- ☐ No, no están implementadas en ningún lugar

6.2 Si la respuesta a la pregunta 6 es negativa, ¿está en desarrollo una política o plan nacional con respecto a las pruebas de autodiagnóstico del VIH?

- ☐ Sí y se están realizando pruebas piloto sobre las pruebas de autodiagnóstico para sustentar el desarrollo de normas
- ☐ Sí, pero no se están realizando pruebas piloto sobre las pruebas de autodiagnóstico
- ☐ No

6.2.a Si la respuesta a la Pregunta 6.2 es afirmativa, indíquese el año en el que está planificado que se complete un plan o política nacional sobre la prueba de autodiagnóstico:

- ☐ No hay un año previsto para esa acción
 - ☐ 2023
 - ☐ 2024
 - ☐ 2025
 - ☐ 2026
-

7. ¿Ha incluido su país remisiones guiadas por el proveedor (notificación asistida para parejas/pruebas para parejas de personas diagnosticadas) en su política nacional?

☐ Sí

☐ No

7.1 Si la respuesta es negativa, ¿hay una política o plan nacional en desarrollo con respecto a las pruebas del proveedor (notificación asistida para parejas / pruebas para parejas de individuos diagnosticados)?

☐ Sí

☐ No

7.1.a Si la respuesta es afirmativa, indique el año en el que se planea completar una política nacional sobre remisiones guiadas por el proveedor (notificación asistida para parejas/pruebas para parejas de personas diagnosticadas):

☐ No hay un año previsto para esa acción

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

☐ 2026

8. ¿Su país ha incluido enfoques de servicios de pruebas de VIH a través de las redes sociales en su política nacional?

☐ Sí

☐ No

8.1 Si la respuesta es negativa, ¿tiene su país planes para incluir enfoques de servicio de pruebas de VIH a través de las redes sociales en su política nacional en el futuro?

☐ Sí

☐ No

8.1.a Si la respuesta a la pregunta 8.1 es afirmativa, indique el año en el que se planea completar una política nacional sobre enfoques de servicio de pruebas de VIH a través de las redes sociales:

☐ No hay un año previsto para esa acción

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

☐ 2026

9. ¿Su país utiliza tres pruebas reactivas consecutivas (estrategia/algoritmo de 3 pruebas) para el diagnóstico de VIH positivo?

☐ Sí

☐ No

9.1 En caso negativo, ¿tiene su país un plan para adoptar una estrategia/algoritmo de 3 pruebas para el diagnóstico del VIH?

☐ Sí

☐ No

9.1.a En caso afirmativo, indique el año en el que se prevé adoptar una política nacional sobre la estrategia de las tres pruebas para el diagnóstico del VIH.

☐ No hay un año previsto para esa acción

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

☐ 2026

10. ¿Cuenta su país con políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de pruebas y asesoramiento sobre VIH e inclusión en servicios de atención sanitaria tras un diagnóstico de VIH-positivo?

☐ Sí

☐ No

11. ¿Cuenta su país con políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de pruebas y asesoramiento sobre VIH tras un diagnóstico de VIH-negativo?

☐ Sí, para todas las poblaciones

☐ Sí, pero solo para poblaciones clave y grupos de alto riesgo

☐ No

Tratamiento antirretroviral

12. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones sobre la iniciación rápida del tratamiento antirretroviral que figuran en las *Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre la prevención, las pruebas, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública*?

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

12.1 Si su país ha adoptado una política sobre el inicio rápido del tratamiento antirretroviral, ¿cual es el estado de la implementación?

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

12.2 ¿Cuenta su país con una política para ofrecer el inicio de la terapia antirretroviral el mismo día del diagnóstico de VIH como parte de la política de inicio rápido de la terapia antirretroviral?

- ☐ Sí
- ☐ No

12.3 Si su país cuenta con una política sobre el inicio el mismo día, ¿cuál es el estado de la implementación?

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

13. ¿Hay pruebas de CD4 disponibles para diagnosticar la enfermedad del VIH en estado avanzado?

- ☐ Sí
- ☐ No

13.1 Si es así, ¿dónde están disponibles? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Centro de atención
- ☐ Laboratorio
- ☐ Laboratorio centralizado
- ☐ Otro (especifique): _____

13.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué porcentaje de centros (estimado) tienen acceso los clientes a las pruebas CD4 y los resultados?

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

13.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el tiempo promedio (en número de días) para que el paciente reciba los resultados de las pruebas CD4?

- ☐ Especifique: _____
- ☐ No disponible

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

- ☐ Adultos excepto mujeres embarazadas
- ☐ Mujeres embarazadas
- ☐ Adolescentes (de 10 a 19 años)
- ☐ Niños menores de 10 años
- ☐ Ninguna de las opciones anteriores
-

15. ¿Cuenta su país con una política nacional que promueva la prestación comunitaria de terapia antirretroviral (externo a las instalaciones sanitarias)?

☐ Sí

☐ No

15.1 En caso afirmativo, ¿dónde se realiza la prestación en un entorno comunitario?

☐ Nacionalmente

☐ Regionalmente

☐ En centros piloto

☐ Otro (especifique): _____

15.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué poblaciones se proporciona la terapia antirretroviral en entornos comunitarios en su país (como fuera de las instalaciones de salud)?

☐ A todas las personas con terapia antirretroviral, incluyendo niños y mujeres embarazadas y en período de lactancia

☐ A todas las personas con terapia antirretroviral, excluyendo niños y mujeres embarazadas y en período de lactancia

☐ A todas las personas con terapia antirretroviral y mujeres embarazadas y en período de lactancia, pero excluyendo niños

☐ A todas las personas con terapia antirretroviral, incluyendo niños, pero excluyendo mujeres embarazadas y en período de lactancia

☐ A todas las personas que se muestran estables en la terapia antirretroviral, de acuerdo con las directrices nacionales

☐ Otro (especifique): _____

15.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué servicios de atención diferenciados utiliza su país para la recogida de medicamentos antirretrovirales? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Recogida en la farmacia en el mismo lugar que las instalaciones sanitarias

☐ Otra farmacia (p. ej.: independiente)

☐ Grupo de adherencia en el mismo lugar que las instalaciones sanitarias

☐ Puntos de recogida comunitaria (individual)

☐ Grupos de adherencia comunitarios

☐ Otro (especifique): _____

16. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los adultos que están establecidos* en la terapia antirretroviral?

☐ Sí

☐ No

16.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de esas visitas clínicas incluida en la política nacional.

☐ Una vez al mes

☐ Cada 2 meses

☐ Cada 3 meses

☐ Cada 6 meses

☐ Cada 12 meses

16.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

17. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia con la que los adultos que están establecidos* en la terapia antirretroviral deben recoger los medicamentos antirretrovirales?

☐ Sí

☐ No

17.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de la recogida de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional.

☐ Una vez al mes

☐ Cada 2 meses

☐ Cada 3 meses

☐ Cada 6 meses

☐ Cada 12 meses

☐ Otro (especifique): _____

17.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

18. ¿Incluyen los criterios nacionales (o su definición) para las personas establecidas* en tratamiento antirretroviral los siguientes elementos definidos en las *Directrices consolidadas de la OMS de 2021 sobre la prevención, las pruebas, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública*? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Recibir terapia antirretroviral durante al menos 6 meses

☐ Ninguna enfermedad actual (no incluye las enfermedades crónicas bien controladas)

☐ Buena comprensión de la adherencia de por vida

☐ Evidencia del éxito del tratamiento (es decir, al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos 6 meses)

☐ Otro (especifique): _____

19. ¿Proporciona el país apoyo psicológico a los adolescentes que viven con el VIH?

☐ Sí

☐ No

20. ¿Su país emplea intervenciones para rastrear a las personas que se han desvinculado de la asistencia y proporcionarles apoyo para que vuelvan a participar?

☐ Sí

☐ No

21. Proporcione los criterios nacionales del país para (o definición de) una pérdida de seguimiento. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define una "pérdida de seguimiento" como un paciente que no ha recibido medicamentos antirretrovirales durante 28 días o desde la última cita de recogida de medicamentos a la que no se presentó.¹²

22. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones de las *Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre la prevención, las pruebas, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública de ofrecer un paquete de intervenciones a todos los pacientes que presenten una enfermedad avanzada por el VIH (definida por la OMS como CD4<200)*?

☐ Sí, la ha adoptado plenamente

☐ Sí, parcialmente adoptado (solo para intervenciones y/o poblaciones específicas, como niños, adolescentes o adultos) (por favor, especifique): _____

☐ No

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

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

¹² Fuente: Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos rutinarios para el impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022: página 127.

23. ¿Cuál de los siguientes componentes del paquete de intervenciones avanzadas de la enfermedad del VIH para la tuberculosis (TB), las infecciones bacterianas graves y la meningitis criptocócica recomendadas en las *Directrices consolidadas de la OMS de 2021 sobre la prevención, las pruebas, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública* se incluye en la política nacional sobre la terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Las pruebas CD4 estándar para diagnosticar la enfermedad del VIH en estado avanzado
- ☐ Pruebas de diagnóstico molecular para el diagnóstico de la tuberculosis
- ☐ LF-LAM en orina para el diagnóstico de la TB
- ☐ Detección de antígeno criptocócico (CrAg)
- ☐ Profilaxis con cotrimoxazol
- ☐ Tratamiento preventivo de TB
- ☐ Profilaxis empírica con fluconazol
- ☐ Terapia preventiva con fluconazole
- ☐ Inicio rápido de la terapia antirretroviral
- ☐ Soporte de adhesión adaptado
- ☐ Otro (especifique): _____

24. ¿Cuál o cuáles de las siguientes modalidades de provisión de servicios se incluyen en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Los proveedores de servicios de tuberculosis (TB) ofrecen terapia antirretroviral en centros de atención de TB a lo largo de la duración del tratamiento de TB
 - ☐ Los proveedores de terapia antirretroviral ofrecen tratamiento para TB en entornos de terapia antirretroviral a lo largo de la duración del tratamiento de TB
 - ☐ Los proveedores de servicios para madres, recién nacidos y niños ofrecen terapia antirretroviral en centros sanitarios de atención para madres, recién nacidos y niños
 - ☐ Los proveedores de terapia antirretroviral proporcionan terapia antirretroviral para mujeres embarazadas
 - ☐ Los proveedores de terapia antirretroviral proporcionan terapia antirretroviral para recién nacidos, bebés y niños
 - ☐ Servicios de asesoramiento y apoyo nutricional ofrecidos para personas que viven con el VIH y que presentan cuadros de malnutrición
 - ☐ Terapia antirretroviral ofrecida en entornos en los que se ofrece terapia de sustitución de opiáceos
 - ☐ Los proveedores de atención sanitaria primaria ofrecen terapia antirretroviral en entornos de atención sanitaria primaria para adultos y adolescentes
 - ☐ Los proveedores de atención sanitaria primaria ofrecen terapia antirretroviral en entornos de atención sanitaria primaria para niños
 - ☐ Estrategias de apoyo psicosocial para una atención centrada en el paciente (p. ej.: grupos de apoyo, asesoramiento sobre adherencia mejorado, apoyo para la revelación o remisión a servicios psicológicos/socioeconómicos) vinculadas a las instalaciones
 - ☐ Apoyo centrado en el paciente (p. ej.: grupos de apoyo, asesoramiento sobre adherencia mejorado, apoyo para la revelación o remisión a servicios psicológicos/socioeconómicos) independiente de las instalaciones
 - ☐ Servicios clave para la población
 - ☐ Servicios de salud para adolescentes
 - ☐ Terapia antirretroviral ofrecida en la comunidad como parte de un modelo de atención sanitaria diferenciado
 - ☐ Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares
 - ☐ Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento sobre salud mental
 - ☐ Otro (especifique): _____
-

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

☐ Sí

☐ No

25.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se trata de una tasa específica formal o informal?

25.1.a Pruebas sobre VIH

☐ Formal

☐ Informal

25.1.b Dispensación de profilaxis previa a la exposición (PPrE)

☐ Formal

☐ Informal

25.1.c Cita de atención primaria

☐ Formal

☐ Informal

25.1.d Tarjetas de paciente

☐ Formal

☐ Informal

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

☐ Formal

☐ Informal

25.1.f Dispensado de tratamiento para el VIH

☐ Formal

☐ Informal

25.1.g Dispensado de la prevención y el tratamiento de las coinfecciones

☐ Formal

☐ Informal

25.1.h Dispensa de otras coterapias (por ejemplo, medicamentos para enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva o vacunas)

☐ Formal

☐ Informal

Esquemas terapéuticos de la terapia antirretroviral**Adultos y adolescentes**

- 26.** En base a las recomendaciones de las *Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública de la OMS de 2021*, ¿es TDF + 3TC o (FTC) + DTG la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en las directrices nacionales para los siguientes grupos?:
- 26.a** ¿Adultos y adolescentes?
- ☐ Sí
- ☐ No, TDF + 3TC (o FTC) + DTG se incluye como régimen alternativo de primera línea
- ☐ No
- 26.a.i** Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?
- ☐ Implementadas en pocos (<50 %) centros de tratamiento
- ☐ Implementadas en muchos (50-95 %) centros de tratamiento
- ☐ Implementadas en todo el país (>95 % de los centros de tratamiento)
- ☐ No implantadas en la práctica
- ☐ Otros (especificar): _____
- 26.a.ii** Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?
- ☐ TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
- ☐ TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ☐ ABC + 3TC + DTG
- ☐ TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- ☐ Otros regímenes (especifique): _____
- 26.a.iii** Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC (o FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2023?
- ☐ Sí
- ☐ No
- 26.b** ¿Mujeres en edad de procrear?
- ☐ Sí
- ☐ No
- 26.b.i** Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?
- ☐ TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
- ☐ TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ☐ TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- ☐ Otros regímenes (especifique): _____
- 26.b.ii** Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2023?
- ☐ Sí
- ☐ No
- 26.c** ¿Mujeres embarazadas y/o lactantes?
- ☐ Sí
- ☐ No
- 26.c.i** Si la respuesta es negativa, ¿cuál es la opción u opciones de preferencia?
- ☐ TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
- ☐ TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ☐ TAF + 3TC (o FTC) + DTG
- ☐ Otros regímenes (especifique): _____
- 26.c.ii** Si la respuesta es negativa, ¿hay un plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como la combinación de antirretrovirales de primera línea de preferencia para la iniciación de tratamiento en 2023?
- ☐ Sí
- ☐ No
-

27. ¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral con dosis fijas (FDC, en inglés) como la terapia antirretroviral de primera línea de preferencia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Sí, combinación de dosis fija de 3 medicamentos suministrados una vez al día

☐ Sí, combinación de dosis fija de 2 medicamentos más 1 medicamento diferente suministrados una vez al día

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

28. ¿En las directrices nacionales se incluye un régimen basado en DTG como opción para las combinaciones de antirretrovirales de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?

☐ Sí, como opción preferida

☐ Sí, como opción alternativa

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

29. ¿En las directrices nacionales se incluye un régimen basado en ATV/r (o LPV/r) como opción para las combinaciones de antirretrovirales de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?

☐ Sí, como opción preferida

☐ Sí, como opción alternativa

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

30. ¿En las directrices nacionales se incluye un régimen basado en DRV/r como opción para las combinaciones de antirretrovirales de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?

☐ Sí, como opción preferida

☐ Sí, como opción alternativa

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

Niños

31. ¿Son los regímenes de DTG la opción preferida de inicio de tratamiento en las directrices nacionales para todos los bebés y niños con VIH?

☐ Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg

☐ Sí, pero solo para niños que pesan más de 20 kg

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

31.1 Si DTG no es la opción de tratamiento preferida para los lactantes y niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg, ¿son los regímenes basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida?

☐ Sí, para todos

☐ No, pero solo para niños que pesan menos de 20 kg

☐ No

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

☐ TDF + 3TC (o FTC)

☐ AZT + 3TC (o FTC)

☐ ABC + 3TC (o FTC)

☐ Otro (especifique): _____

33. ¿Se recomienda DTG como la opción de segunda línea de preferencia para los niños en los que fracasan los regímenes basados en NNRTI?

☐ Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas

☐ Sí, para niños que pesan más de 20 kg

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

34. ¿Se recomienda DTG como la opción de segunda línea de preferencia para los niños en los que fracasan los regímenes basados en inhibidores de la proteasa?

☐ Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg

☐ Sí, pero solo para niños que pesan más de 20 kg

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

35. ¿Se recomienda LPV/r (o ATV/r) como la opción de segunda línea de preferencia para los niños en los que fracasan los regímenes basados en DTG?

☐ Sí

☐ No

☐ Otro (especifique): _____

36. ¿Se integra alguna de las siguientes actividades de desarrollo de la primera infancia en los programas de VIH? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Cuidados responsables

☐ Promoción del aprendizaje temprano

☐ Integración de las intervenciones de cuidado y nutrición

☐ Apoyo a la salud mental materna

☐ Ninguna de las opciones anteriores

Carga viral

37. A partir de las directrices nacionales de tratamiento, indique el umbral en el que la supresión de carga viral¹³ en un individuo se define como suprimida:

☐ ≤1000 copias/ml

☐ ≤400 copias/ml

☐ ≤200 copias/ml

☐ ≤50 copias/ml

☐ No se detecta por la prueba o el tipo de muestra utilizado

☐ Otro (especifique): _____

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

38.a Para adultos y adolescentes

☐ Sí

☐ No

38.a.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

38.b Para niños

☐ Sí

☐ No

38.b.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

¹³ El umbral de supresión viral puede diferir del umbral para determinar el fracaso del tratamiento.

39. ¿Cuenta actualmente su país con una política nacional sobre las pruebas de carga viral en los puntos de atención?

- ☐ Sí
☐ No

39.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

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

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ Otro (especifique): _____

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

- ☐ Total
☐ Parcial
☐ No están implementados

41. ¿Cuenta el país con una política para dar prioridad a las pruebas de carga viral en determinadas poblaciones y/o situaciones (p. ej.: mujeres embarazadas, recién nacidos, adolescentes)?

- ☐ Sí
☐ No

41.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué poblaciones se da prioridad a las pruebas de carga vital? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

Vigilancia de la resistencia a los medicamentos de VIH y toxicidad¹⁴

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

- ☐ Sí
☐ No

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

¹⁴ Los datos de las encuestas sobre resistencia a los medicamentos contra el VIH deberían cargarse de forma rutinaria en la base de datos de resistencia a los medicamentos contra el VIH (HIVDR) de la OMS. Los usuarios designados del Ministerio de Sanidad o de los programas de terapia antirretroviral pueden solicitar acceso poniéndose en contacto con hiv-aids@who.int. Para más información, véase: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance/hiv-drug-resistance-surveillance>

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

43.a Encuestas sobre resistencia a medicamentos de pretratamiento (PDR)

☐ Sí

☐ No, pero existe un plan para implementar la encuesta de PDR este año

☐ No y no existe un plan para implementar la encuesta de PDR este año

43.a.i En caso afirmativo, especifique en qué año se inició la última encuesta de PDR: _____

43.b Encuesta sobre la resistencia a los medicamentos de VIH entre las personas expuestas a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) diagnosticadas con infección por el VIH

☐ Sí

☐ No, pero existe un plan para implementar la encuesta este año

☐ No y no existe un plan para implementar la encuesta este año

43.b.i En caso afirmativo, especifique en qué año se inició la última encuesta: _____

43.c Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos en adultos¹⁵

☐ Sí

☐ No, pero existe un plan para implementar la encuesta este año

☐ No y no existe un plan para implementar la encuesta este año

43.c.i En caso afirmativo, especifique en qué año se inició la última encuesta: _____

43.d Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos entre población infantil

☐ Sí

☐ No, pero existe un plan para implementar la encuesta este año

☐ No y no existe un plan para implementar la encuesta este año

43.d.i En caso afirmativo, especifique en qué año se inició la última encuesta: _____

43.e Resistencia a medicamentos contra el VIH entre bebés (<18 meses) utilizando diagnóstico infantil temprano¹⁶

☐ Sí

☐ No, pero existe un plan para implementar la encuesta sobre recién nacidos este año

☐ No y no existe un plan para implementar la encuesta sobre recién nacidos este año

43.e.i En caso afirmativo, especifique en qué año se inició la última encuesta sobre recién nacidos: _____

43.f Encuestas o monitoreo rutinarios de rendimiento clínico utilizando indicadores de alerta temprana (EWI) sobre resistencia a medicamentos contra el VIH

☐ Sí

☐ No

43.f.i Si la respuesta es afirmativa, especifique:

☐ Año en que se monitoreó por última vez: _____

☐ Cantidad de centros sanitarios monitoreados: _____

43.f.ii Los indicadores de alerta temprana (EWI) sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH se recopilaron de las siguientes maneras:

☐ Encuesta de indicadores de alerta temprana en una muestra de centros sanitarios

☐ Sistemas rutinarios de vigilancia de pacientes

¹⁵ Para obtener más información, consulte: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART. Ginebra: OMS; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073>).

¹⁶ Para más información, véase: HIV drug resistance. En: Organización Mundial de la Salud: Programa Mundial del VIH: Tratamiento y atención [sitio web]. Ginebra: OMS; c2018 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>).

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

45.1 En caso afirmativo, ¿qué enfoques se utilizan? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
-

46.1 En caso afirmativo, ¿qué enfoques se utilizan? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
-

Adherencia y retención

47. ¿Tiene su país políticas y/o estrategias nacionales sobre apoyo a la adherencia (comunitarias y basadas en instalaciones)?

- ☐ Sí
- ☐ No
-

48. ¿Se están implementando alguno de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia en su país? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Asesores entre pares
- ☐ Mensajes de texto
- ☐ Uso de dispositivos recordatorios
- ☐ Reintegración de pacientes: llamadas de seguimiento/visitas en el hogar
- ☐ Mejorar el asesoramiento sobre la adhesión
- ☐ Remisión a apoyo psicológico/socioeconómico
- ☐ Terapia cognitivo-conductual
- ☐ Formación sobre capacidades conductuales/formación sobre adhesión a medicamentos
- ☐ Combinaciones de dosis fija y pautas posológicas de una dosis única diaria
- ☐ Gestión de casos
- ☐ Navegación entre pares
- ☐ Otro (especifique): _____
-

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

- ☐ Sí
- ☐ No
-

50. ¿Se están implementando alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención en su país? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

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

- ☐ Sí
☐ No
-

Tuberculosis/HIV

52. ¿Se recomiendan las siguientes herramientas de detección para las personas que viven con el VIH en las directrices nacionales relacionadas con la tuberculosis (TB) y/o el VIH? Por favor, seleccione todos los grupos de edad que correspondan.

- ☐ Examen de cuatro síntomas recomendado por la Organización Mundial de la Salud para adultos y adolescentes (>10 años)
☐ Proteína C-reactiva (PCR) para adultos y adolescentes (>10 años)
☐ Radiografía de tórax para adultos y adolescentes (>10 años)
☐ Pruebas moleculares de diagnóstico rápido de la tuberculosis aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (mWRD) para adultos y adolescentes (>10 años)
☐ Pruebas de detección de síntomas, incluyendo tos, fiebre, aumento de peso insuficiente o contacto cercano con un paciente con tuberculosis para niños <10 años
☐ Ninguna de las opciones anteriores
-

53. ¿Ha adoptado su país la actualización de la política sobre El uso de la prueba de lipoarabinomano en orina de flujo lateral (LF-LAM) para el diagnóstico y la detección de tuberculosis activa en personas que viven con HIV de la OMS de 2019? Por favor, seleccione todos los grupos de edad que correspondan.

- ☐ Sí, para adultos y adolescentes (>10 años)
☐ Sí, para niños (<10 años)
☐ No
-

**54. ¿Cuál de los siguientes regímenes se recomienda en las directrices nacionales para el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB)?
Seleccione todas las opciones que correspondan.**

54.a Adultos y adolescentes que viven con el VIH

- ☐ 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- ☐ 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- ☐ 36 meses en monoterapia con isoniácida diaria (36H)
- ☐ 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- ☐ 3 meses con rifapentina semanal más isoniácida (3HP)
- ☐ 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- ☐ 1 meses con rifapentina diaria más isoniácida (1HP)
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ Ninguno de los regímenes de tratamiento preventivo de TB recomendados por la Organización Mundial de la Salud se recomienda en las directrices nacionales para adultos y adolescentes

54.a.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el régimen de preferencia?

- ☐ 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- ☐ 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- ☐ 36 meses en monoterapia con isoniácida diaria (36H)
- ☐ 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- ☐ 3 meses con rifapentina semanal más isoniácida (3HP)
- ☐ 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- ☐ 1 meses con rifapentina diaria más isoniácida (1HP)
- ☐ Otro (especifique): _____

54.b Niños que viven con el VIH

- ☐ 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- ☐ 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- ☐ 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- ☐ 3 meses con rifapentina semanal más isoniácida (3HP)
- ☐ 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ El tratamiento preventivo de TB no se recomienda en las directrices nacionales para los niños

54.b.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el régimen de preferencia?

- ☐ 6 meses en monoterapia con isoniácida diaria (6H)
- ☐ 9 meses en monoterapia con isoniácida diaria (9H)
- ☐ 4 meses con rifampicina diaria (4R)
- ☐ 3 meses con rifapentina semanal más isoniácida (3HP)
- ☐ 3 meses con rifampicina diaria más isoniácida (3RH)
- ☐ Otro (especifique): _____

55. ¿Se requieren las siguientes opciones en las directrices nacionales antes de iniciar el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB) para las personas que viven con el VIH?

55.a Prueba cutánea o prueba de ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA)

- ☐ Sí, para todos
- ☐ No
- ☐ Solo si está disponible

55.b Rayos X

- ☐ Sí, para todos
 - ☐ No
 - ☐ Solo si está disponible
-

56. En el último periodo del que se informa, ¿ha habido situaciones de desabastecimiento de alguno de los siguientes?

56.a Isoniacida

- ☐ Sí, a nivel nacional
☐ Sí, a nivel local
☐ No

56.b Vitamina B6

- ☐ Sí, a nivel nacional
☐ Sí, a nivel local
☐ No

56.c Rifapentina (incluidas las combinaciones de dosis fija con isoniazida)

- ☐ Sí, a nivel nacional
☐ Sí, a nivel local
☐ No

57. ¿Cuál es la situación de la integración de los siguientes servicios VIH y tuberculosis (TB)?

57.a Los diagnósticos moleculares rápidos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (por ejemplo, Xpert MTB/RIF) se encuentran en el mismo lugar:

- ☐ En pocos centros sanitarios (<50%) que ofrecen pruebas y atención del VIH
☐ En muchos (entre el 50 % y el 95 %) centros sanitarios que proporcionan servicios de pruebas y atención para el VIH
☐ En centros sanitarios de todo el país (>95 %) que proporcionan servicios de pruebas y atención para el VIH
☐ No integrado en la práctica
☐ Otro (especifique): _____

57.b Las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis (TB) reciben medicamentos antirretrovirales en el mismo centro en que reciben el tratamiento para la tuberculosis (TB)

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

57.c El mismo trabajador de atención sanitaria que ofrece tratamiento para la tuberculosis (TB) inicia la terapia antirretroviral a las personas que viven con el VIH y tienen TB

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

57.d Un mismo trabajador de atención sanitaria monitorea la terapia antirretroviral y el tratamiento para la tuberculosis (TB) de las personas que viven con el VIH y tienen TB

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

3. Poner fin al sida infantil y eliminar la transmisión vertical

- Garantizar que el 75 % de todos los niños que viven con el VIH tengan cargas virales suprimidas para 2023 y el 86 % para 2025, en consonancia con los objetivos de tratamiento del VIH 95-95-95.
- Garantizar que el 95 % de las mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas del VIH, la sífilis, la hepatitis B y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) para 2025.
- Garantizar que el 95 % de las mujeres embarazadas y lactantes en entornos con alta carga de VIH tengan acceso a la repetición de la prueba durante la última etapa del embarazo y en el período posparto para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH reciban tratamiento antirretroviral de por vida y que el 95 % logre y mantenga la supresión viral antes del parto y durante la lactancia para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes seronegativas en entornos con alta carga de VIH -o que tengan parejas masculinas con alto riesgo de contraer el VIH en todos los entornos- tengan acceso a la prevención combinada, incluida la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y que el 90 % de sus parejas masculinas que viven con el VIH reciban continuamente tratamiento antirretroviral.
- Garantizar que el 95 % de los niños expuestos al VIH se sometan a la prueba antes de los dos meses de edad y tras el cese de la lactancia materna.

Prevención de la transmisión vertical del VIH

58. ¿Tiene su país una política para la repetición de pruebas en mujeres con VIH negativo durante el periodo del embarazo, parto y/o posparto/lactancia?

- ☐ Sí
☐ No

58.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se vuelve a realizar la prueba?

58.1.a Durante el embarazo

- ☐ Sí
☐ No

58.1.a.i En caso afirmativo, indique en qué mes del embarazo: _____

58.1.b En el parto

- ☐ Sí
☐ No

58.1.c Posparto/lactancia

- ☐ Sí
☐ No
☐ En caso afirmativo, indique cuántos meses después del parto: _____

59. ¿Existe en su país una política de realización de pruebas de detección del virus de la hepatitis B a las mujeres durante el embarazo?

- ☐ Sí
☐ No

60. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical del VIH?

- ☐ Sí
☐ No

60.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique:

60.1.a Objetivo(s) para el índice de transmisión vertical (%): _____

60.1.b Año: _____

60.1.c Objetivo(s) para la eliminación (como el número casos por 100 000 habitantes): _____

60.1.d Año: _____

61. ¿Está su país aplicando una política de tratamiento universal para las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH?

- ☐ Sí
☐ No
-

62. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda en su país para la prevención de la transmisión vertical del VIH para recién nacidos expuestos al VIH?:

☐ Especifique el régimen de profilaxis para recién nacidos: _____

☐ Duración recomendada del régimen: _____

62.a ¿Se recomiendan diferentes regímenes para los recién nacidos de alto riesgo?

☐ Sí

☐ No

62.a.i Si la respuesta es afirmativa, especifíquense los regímenes: _____

62.a.ii ¿Cómo define la política nacional el concepto de "bebé de alto riesgo"? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida que han recibido menos de 4 semanas de terapia antirretroviral en el momento del parto

☐ Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida con una carga viral >1000 copias/mL en las 4 semanas anteriores al parto (si se dispone de la carga viral)

☐ Nacidos de mujeres con infección por VIH incidente durante el embarazo o la lactancia

☐ Nacidos de mujeres identificadas por primera vez durante el período posparto, con o sin una prueba de VIH negativa prenatalmente

☐ Otro (especifique): _____

63. ¿Cuenta su país con una recomendación nacional sobre alimentación infantil y juvenil para recién nacidos expuestos al VIH?

☐ Sí, lactancia

☐ Sí, alimentación sustitutiva

☐ Sí, ambas prácticas están recomendadas, pero sujetas a la elección individual o dependen de diferentes entornos

☐ No

63.1 Si se recomienda la lactancia para mujeres VIH-positivas y recién nacidos expuestos al VIH, ¿está especificada su duración recomendada?

☐ Sí (especifique la duración en meses): _____

☐ No

64. ¿Está la asistencia alimentaria y nutricional integrada en su país a programas de prevención de la transmisión maternoinfantil?

☐ Implementada en pocos (<50 %) centros de salud maternoinfantil

☐ Implementada en muchos (del 50 % al 95 %) centros de salud maternoinfantil

☐ Implementada en todo el país (>95% de los centros de salud maternoinfantil)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

65. ¿Cuenta su país con una estrategia nacional sobre intervenciones en el parto de mujeres que viven con el VIH a las que no se ha aplicado previamente la prueba de VIH?

☐ Sí, plenamente implementadas

☐ Sí, parcialmente implementada

☐ Sí, pero no está implementada

☐ No

66. ¿Tiene su país una política sobre pruebas de carga viral para mujeres durante el periodo del embarazo, parto y/o posparto/lactancia?

☐ Sí

☐ No

66.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se realiza la prueba de carga viral?

Durante el embarazo

☐ Sí

☐ No

66.1.a En caso afirmativo, indique en qué mes del embarazo: _____

66.2 En el parto

☐ Sí

☐ No

66.3 Posparto/lactancia

☐ Sí

☐ No

66.3.a En caso afirmativo, indique cuántos meses después del parto: _____

Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis

67. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis?:

- ☐ Sí, integrado en iniciativas sobre el VIH o en otras iniciativas de eliminación
- ☐ Sí, pero es independiente (no está integrado en otras iniciativas relacionadas con el VIH o en otras iniciativas de eliminación)
- ☐ No existe un plan nacional

67.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se actualizó por última vez el plan nacional?

- ☐ 2017 o antes
- ☐ 2018
- ☐ 2019
- ☐ 2020
- ☐ 2021
- ☐ 2022

68. ¿Cuenta su país con una política nacional para la detección rutinaria de la sífilis entre mujeres embarazadas?

- ☐ Sí
- ☐ No

68.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de pruebas se utilizan?:

- ☐ Pruebas de laboratorio no treponémicas
- ☐ Pruebas de laboratorio treponémicas
- ☐ Pruebas rápidas treponémicas de sífilis
- ☐ Pruebas rápidas duales de VIH/sífilis

69. ¿Cuenta su país con directrices nacionales para el tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis?

- ☐ Sí
- ☐ No

69.1 En caso afirmativo, ¿es la penicilina benzatina la primera línea de tratamiento recomendada en las directrices nacionales?

- ☐ Sí
- ☐ No

69.2 En caso afirmativo, ¿permite su política el tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis con penicilina benzatina en los centros de atención primaria, incluidas las clínicas prenatales, por cualquiera de los siguientes profesionales? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Enfermeros
- ☐ Médicos
- ☐ Otros trabajadores sanitarios
- ☐ Ninguna de las opciones anteriores

70. ¿Cuenta su país con una política nacional de seguimiento clínico de los bebés nacidos de madres seropositivas?

- ☐ Sí
- ☐ No

71. ¿Incluye la definición nacional de la sífilis congénita los partos de mortinatos?

- ☐ Sí
 - ☐ No
-

Diagnóstico infantil

72. ¿Recomiendan sus directrices nacionales que los bebés expuestos al VIH se sometan a las siguientes pruebas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Prueba de ácido nucleico al nacer
 - ☐ Prueba de ácido nucleico a las 6 semanas
 - ☐ Prueba de ácido nucleico a los 9 meses
 - ☐ Prueba de anticuerpos a los 18 meses
 - ☐ Prueba de anticuerpos después de 3 meses desde el cese de la lactancia
 - ☐ Otro (especifique): _____
-

73. Además de los entornos de prevención de la transmisión vertical, ¿alguno de los siguientes centros realiza la prueba de VIH para niños? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Salas de hospitalización pediátrica
 - ☐ Centros de nutrición
 - ☐ Clínicas de inmunización
 - ☐ Clínicas de consulta externa
 - ☐ Clínicas de tuberculosis (TB)
 - ☐ Otro (especifique): _____
-

74. ¿Cuenta su país con una política o recomendaciones para pruebas de detección infantil en puntos de atención sanitaria?

- ☐ Sí
- ☐ No

74.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde está implementada?

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

Antirretrovirales para niños

75. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los niños que están establecidos* en la terapia antirretroviral?

- ☐ Sí
- ☐ No

75.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de esas visitas clínicas incluida en la política nacional:

- ☐ Una vez al mes
- ☐ Cada 2 meses
- ☐ Cada 3 meses
- ☐ Cada 6 meses
- ☐ Cada 12 meses
- ☐ Otro (especifique): _____

75.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

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

76. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia con la que los niños que están establecidos* en la terapia antirretroviral deben recoger los medicamentos antirretrovirales?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Una vez al mes
- ☐ Cada 2 meses
- ☐ Cada 3 meses
- ☐ Cada 6 meses
- ☐ Cada 12 meses
- ☐ Otro (especifique): _____

76.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

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

77. ¿Cuándo se considera en su país que se ha perdido el seguimiento de un niño que haya iniciado terapia antirretroviral?

☐ Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 1 mes

☐ Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 2 meses

☐ Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 3 meses

☐ Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 6 meses

78. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan para garantizar que no se pierda el seguimiento de adolescentes nacidos con el VIH cuando pasan a ser incluidos en la atención sobre VIH para adultos?

☐ Sí

☐ No

79. ¿Se monitorean las cohortes de niños que reciben terapia antirretroviral (por ejemplo, asegurándose de que esos niños siguen vivos y que están recibiendo terapia antirretroviral) en los registros nacionales en intervalos de 6 y 12 meses?

☐ Sí

☐ No

80. ¿Están los programas de monitoreo del crecimiento y nutricionales para niños integrados en su país en las pruebas y el tratamiento para el VIH?

☐ Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

☐ Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

☐ No implementado en la práctica

☐ Otro (especifique): _____

4. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas

- Reducir a no más del 10 % el número de mujeres, niñas y personas que viven el VIH, corren el riesgo de contraerlo y se ven afectadas por él y que experimentan desigualdades de género y violencia sexual y de género.
- Garantizar que el 95 % de las mujeres y niñas en edad reproductiva tienen cubiertas sus necesidades de atención al VIH y a la salud sexual y reproductiva, incluidas la atención prenatal y materna, la información y el asesoramiento.

Violencia

81. ¿Cuenta su país con, al menos, un punto de prestación de servicios que proporcione elementos de atención integral tras la violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)? Los elementos son: (1) asistencia de primera línea, primeros auxilios psicológicos y asistencia psicosocial; (2) anticoncepción de emergencia; (3) profilaxis o tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS); (4) profilaxis postexposición al VIH (PPE); y (5) aborto seguro con todo el rigor de la ley.

- ☐ Sí, proporciona los 5 elementos
- ☐ Sí, proporciona 4 de 5 elementos
- ☐ Sí, proporciona de 1 a 3 elementos
- ☐ Ningún punto de prestación de servicios proporciona ninguno de estos elementos

81.1 En caso afirmativo, ¿qué proporción de centros sanitarios prestan cada uno de los siguientes servicios de la atención integral tras la violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

81.1.a Asistencia de primera línea, primeros auxilios psicológicos y asistencia psicosocial

- ☐ <50 % de los centros sanitarios
- ☐ 50-80 % de los centros sanitarios
- ☐ >80 % de los centros sanitarios
- ☐ No se prestan en ningún centro sanitario
- ☐ No lo sé

81.1.b Anticonceptivos de emergencia

- ☐ <50 % de los centros sanitarios
- ☐ 50-80 % de los centros sanitarios
- ☐ >80 % de los centros sanitarios
- ☐ No se prestan en ningún centro sanitario
- ☐ No lo sé

81.1.c Tratamiento o profilaxis de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

- ☐ <50 % de los centros sanitarios
- ☐ 50-80 % de los centros sanitarios
- ☐ >80 % de los centros sanitarios
- ☐ No se prestan en ningún centro sanitario
- ☐ No lo sé

81.1.d Profilaxis postexposición al VIH (PEP)

- ☐ <50 % de los centros sanitarios
- ☐ 50-80 % de los centros sanitarios
- ☐ >80 % de los centros sanitarios
- ☐ No se prestan en ningún centro sanitario
- ☐ No lo sé

81.1.e Aborto seguro con todo el rigor de la ley

- ☐ <50 % de los centros sanitarios
 - ☐ 50-80 % de los centros sanitarios
 - ☐ >80 % de los centros sanitarios
 - ☐ No se prestan en ningún centro sanitario
 - ☐ No lo sé
-

5. Liderazgo comunitario

- Garantizar que las organizaciones comunitarias presten el 30 % de los servicios de pruebas y tratamiento para 2025, centrándose en las pruebas del VIH, la vinculación con el tratamiento, el apoyo al cumplimiento terapéutico y la retención y los conocimientos sobre el tratamiento.
- Garantizar que las organizaciones comunitarias presten el 80 % de los servicios de prevención del VIH a las poblaciones con alto riesgo de infección por el VIH para 2025, incluidas las mujeres dentro de esas poblaciones.
- Garantizar que las organizaciones comunitarias ejecuten el 60 % de los programas para apoyar la consecución de los habilitadores sociales para 2025.

82. ¿Existen leyes, reglamentos o políticas que contemplen el funcionamiento de las organizaciones comunitarias en su país? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas que viven con el VIH
- ☐ Es posible el registro de organizaciones dirigidas por poblaciones clave
- ☐ Las organizaciones dirigidas por la comunidad pueden prestar servicios relacionados con el VIH
- ☐ Las organizaciones dirigidas por la comunidad pueden prestar servicios a las poblaciones clave
- ☐ Se racionalizan los requisitos de presentación de informes para las organizaciones dirigidas por la comunidad que prestan servicios relacionados con el VIH
- ☐ No existen leyes, reglamentos ni políticas que prevean el funcionamiento de las organizaciones dirigidas por la comunidad en el país
- ☐ Otro (especifique): _____

83. ¿Existen leyes, políticas o reglamentos que permitan el acceso a la financiación de las organizaciones dirigidas por la comunidad? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Mecanismos de contratación social u otros mecanismos que permitan la financiación de la prestación de servicios por parte de las comunidades a través de fondos nacionales
- ☐ La contratación social u otros mecanismos que permitan la financiación de la supervisión y la investigación dirigida por las comunidades a partir de la financiación nacional
- ☐ Contratación social u otros mecanismos que permitan financiar la defensa dirigida por las comunidades con fondos nacionales
- ☐ A través de donantes internacionales
- ☐ Se exige un determinado porcentaje de financiación gubernamental para las organizaciones dirigidas por la comunidad
- ☐ No existen leyes que permitan el acceso a la financiación, pero las organizaciones dirigidas por la comunidad pueden acceder a la financiación en virtud de leyes, políticas o reglamentos generales
- ☐ No existen leyes, políticas ni reglamentos que permitan el acceso a la financiación de las organizaciones dirigidas por la comunidad
- ☐ Otro (especifique): _____

Participación

84. ¿Participan las personas que viven con el VIH* en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- ☐ Sí
- ☐ No

85. ¿Participan las mujeres que viven con el VIH* en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con la prevención de la transmisión de madre a hijo?

- ☐ Sí
- ☐ No

86. ¿Participan los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres* en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- ☐ Sí
- ☐ No

87. ¿Participan* los y las profesionales del sexo en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- ☐ Sí
- ☐ No

88. ¿Participan* las personas que se inyectan drogas en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- ☐ Sí
 - ☐ No
-

89. ¿Participan* las personas transgénero en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

☐ Sí

☐ No

90. ¿Participan* los antiguos y actuales presos en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

☐ Sí

☐ No

91. ¿Participan las personas jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad)* en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

☐ Sí

☐ No

91.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿participan las personas jóvenes* en alguno de los siguientes ámbitos de toma de decisiones en la respuesta nacional frente al VIH?

Ámbito de toma de decisiones	¿Existe?	¿Participan las personas jóvenes en este ámbito?
Equipos técnicos para el desarrollo, la revisión y la actualización de las estrategias y planes nacionales sobre el sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Equipos técnicos para el desarrollo o la revisión de programas que estén relacionados con el acceso de los jóvenes a servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo para el VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autoridad coordinadora nacional sobre el sida u equivalente, con un amplio mandato multisectorial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mecanismo de coordinación de país del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entidad de asesoramiento de la comunidad para hospitales, clínicas y/o proyectos de investigación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. Realización de los derechos humanos y eliminación del estigma y la discriminación

- Garantizar que menos del 10 % de los países dispongan de marcos jurídicos y políticos restrictivos que afecten injustamente a las personas que viven, corren el riesgo de vivir y están afectadas por el VIH para 2025. Algunos ejemplos son las leyes sobre la edad de consentimiento y las leyes relacionadas con la no revelación, exposición y transmisión del VIH, las leyes que imponen restricciones a los viajes relacionados con el VIH y las pruebas obligatorias y las leyes que conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios en 2025.
- Invertir 3.100 millones de dólares en habilitadores sociales -incluyendo la protección de los derechos humanos, la reducción de la estigmatización y la discriminación y la reforma de la legislación, cuando proceda- en países de ingresos bajos y medios para 2025.
- Garantizar que menos del 10 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo y están afectadas por este sufran estigmatización y discriminación para 2025.

Leyes punitivas

92. Si la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH están tipificadas como delito, ¿se ha iniciado o está en proceso alguna acción legal para despenalizar la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Litigios estratégicos
- ☐ Propuesta presentada al Parlamento
- ☐ Otros (especifique): _____
- ☐ No hay leyes a escala nacional o subnacional que criminalicen la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH

93. Si las personas transgénero están criminalizadas, ¿se ha iniciado o está en proceso alguna acción legal para despenalizar a las personas transgénero en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Litigios estratégicos
- ☐ Propuesta presentada al Parlamento
- ☐ Otros (especifique): _____
- ☐ No hay leyes a escala nacional o subnacional que criminalicen a las personas transgénero

94. Si el trabajo sexual está penalizado, ¿se ha iniciado o está en proceso alguna acción legal para despenalizarlo en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Litigios estratégicos
- ☐ Propuesta presentada al Parlamento
- ☐ Otros (especifique): _____
- ☐ No hay leyes a escala nacional o subnacional que criminalicen el trabajo sexual ni otros reglamentos que penalizan el trabajo sexual

95. Si los actos sexuales entre personas del mismo sexo están penalizados, ¿se ha iniciado o está en proceso alguna acción legal para despenalizar los actos sexuales entre personas del mismo sexo en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Litigios estratégicos
- ☐ Propuesta presentada al Parlamento
- ☐ Otros (especifique): _____
- ☐ No hay leyes a escala nacional o subnacional que criminalicen los actos sexuales entre personas del mismo sexo en privado

96. Si el consumo de drogas y/o la posesión para uso personal son delitos penales, ¿se ha iniciado o está en proceso alguna acción legal para despenalizar el consumo de drogas o la posesión para uso personal en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Litigios estratégicos
- ☐ Propuesta presentada al Parlamento
- ☐ Otros (especifique): _____
- ☐ No hay leyes a escala nacional o subnacional que criminalicen el consumo o la posesión de drogas para uso personal

97. Si el consumo y/o la posesión de drogas son infracciones administrativas/no penales, ¿se aplica alguna de las siguientes medidas en su país para las personas que consumen drogas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Detención obligatoria o rehabilitación obligatoria en un centro cerrado
 - ☐ Detención obligatoria o rehabilitación fuera de un centro
 - ☐ Restricciones a la circulación, incluida la suspensión del pasaporte o del permiso de conducir
 - ☐ Asesoramiento obligatorio
 - ☐ Sanciones
 - ☐ Otras sanciones administrativas (especifique): _____
 - ☐ El consumo y/o la posesión de drogas no son infracciones administrativas/no penales
-

7. Cobertura sanitaria universal e integración

- Invertir en sistemas sólidos, resilientes, equitativos y financiados públicamente para los sistemas de salud y protección social que proporcionen al 90 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo y están afectadas por él, servicios integrados centrados en las personas y específicos para cada contexto para: el VIH y otras enfermedades transmisibles; las enfermedades no transmisibles; la atención a la salud sexual y reproductiva; la violencia de género; la salud mental; los cuidados paliativos; el tratamiento de la dependencia del alcohol; los servicios legales para el consumo de drogas; y otros servicios que necesitan para su salud y bienestar general. Garantizar que, para 2025, el 45% de las personas que viven con el VIH y el sida, que corren el riesgo de contraerlos o están afectadas por ellos tengan acceso a beneficios de protección social.
- Garantizar que el 90 % de las personas en contextos humanitarios tengan acceso a servicios integrados relacionados con el VIH.
- Garantizar la participación sistemática de las respuestas al VIH en la infraestructura y los acuerdos de respuesta a la pandemia, aprovechando los planes estratégicos nacionales sobre el VIH para orientar los elementos clave de la planificación de la preparación para la pandemia y garantizar que el 95 % de las personas que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él, estén protegidas contra las pandemias, incluida la COVID-19.

Cáncer de cuello de útero

- 98. ¿Se recomiendan las pruebas de detección y tratamiento de cáncer de cuello de útero para mujeres que viven con el VIH en los siguientes?**
- 98.a La estrategia, la política, el plan o las directrices nacionales sobre respuesta al cáncer, al cáncer de cuello de útero o la respuesta más amplia a las enfermedades no comunicables**
- ☐ Sí
- ☐ No
- 98.b El plan estratégico nacional que regula la respuesta frente al sida**
- ☐ Sí
- ☐ No
- 98.c Directrices nacionales sobre el tratamiento y/o las pruebas del VIH**
- ☐ Sí
- ☐ No
- 98.d Otro documento político (especifique): _____**
- ☐ Sí
- ☐ No
-
- 99. ¿Se han adoptado en las directrices nacionales de su país las recomendaciones de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino para las mujeres que viven con el VIH?**
- ☐ Sí, se han desarrollado directrices
- ☐ No, no se han desarrollado directrices
- 99.1 En caso negativo, indique el año en el que está prevista la adopción de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021.**
- ☐ 2023
- ☐ 2024
- ☐ 2025
- ☐ 2026
- ☐ No hay un año previsto para esa acción
- ☐ Otro (especifique): _____
-

Políticas en relación con la coinfección

100. ¿Qué políticas sobre coinfección están en vigor en el país para adultos, adolescentes y niños? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Terapia preventiva con isoniácida o profilaxis para infecciones latentes de TB (tuberculosis) para las personas que viven con el VIH
 - ☐ Actuaciones intensificadas de búsqueda de casos de tuberculosis (TB) entre las personas portadoras del VIH
 - ☐ Control de infección por TB en entornos de atención sanitaria para el VIH
 - ☐ Los proveedores de antirretrovirales administran la terapia antirretroviral en las dos semanas siguientes al inicio del tratamiento de la tuberculosis
 - ☐ Profilaxis con cotrimoxazol
 - ☐ Detección de casos y gestión de la hepatitis B en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 - ☐ Cribado y gestión de la hepatitis B en las clínicas de atención prenatal para prevenir la transmisión vertical del virus de la hepatitis B
 - ☐ Detección de casos y gestión de la hepatitis C en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 - ☐ Vacunación para la hepatitis B ofrecida en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 - ☐ Vacunación oportuna de la hepatitis B al nacer en los servicios de partos (dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento)
 - ☐ Tratamiento para la hepatitis C (agentes antivirales de acción directa) ofrecido en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral
 - ☐ Otro (especifique): _____
-

Infecciones de transmisión sexual

101. ¿Cuenta su país con directrices o recomendaciones de tratamiento nacionales para infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- ☐ Sí
- ☐ No

101.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué año se actualizaron por última vez? _____

102. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan de acción nacional para la prevención y el control de ITS?

- ☐ Sí
 - ☐ No
-

103. ¿Se realiza en su país el monitoreo de la resistencia a antimicrobianos gonocócicos?

- ☐ Sí, anualmente
 - ☐ Sí, con frecuencia menor a la anual
 - ☐ No
-

Protección social

104. Las estrategias, políticas o marcos de trabajo de protección social nacionales:

104.1 ¿Reconocen a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

- ☐ Sí
☐ No

104.1.a En caso negativo, describa las condiciones en las que las personas que viven con el VIH pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

104.2 ¿Reconocen a grupos de poblaciones clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, personas transgénero y presos) como beneficiarios clave?

- ☐ Sí
☐ No

104.2.a Si la respuesta es afirmativa, ¿qué grupos de poblaciones clave se reconocen como beneficiarios clave? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Trabajadores sexuales
☐ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con otros hombres
☐ Personas transgénero
☐ Personas que se inyectan drogas
☐ Presos

104.2.b En caso negativo, describa las condiciones en las que las personas que viven con el VIH pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

104.3 ¿Reconocen a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- ☐ Sí
☐ No

104.4 ¿Reconocen a los niños afectados por el VIH como beneficiarios clave?

- ☐ Sí
☐ No

104.5 ¿Reconocen a las familias afectadas por el VIH como beneficiarios clave?

- ☐ Sí
☐ No

104.6 ¿Tratan la cuestión del trabajo de cuidado no remunerado en el contexto del VIH?

- ☐ Sí
☐ No

105. ¿Se incluye a los representantes del Programa Nacional sobre Sida o su equivalente en el mecanismo o plataforma de coordinación de protección social*?

- ☐ No existen mecanismos o plataformas de coordinación de la protección social
☐ Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social, pero no incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o su equivalente
☐ Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social e incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o su equivalente

106. ¿Están siendo implementados en el país programas de transferencias de efectivo* para mujeres jóvenes, de entre 15 y 24 años de edad?

- ☐ Sí
☐ No
-

Seguro médico universal

107. ¿Cuenta su país con un programa de seguro médico universal?

- ☐ Sí
☐ No

107.1 En caso negativo, ¿su país está pasando a un programa de seguro médico universal?

- ☐ Sí
☐ No

107.2 En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 106 o 106.1, ¿el paquete de prestaciones incluye lo siguiente?

107.2.a Medicamentos antirretrovirales

- ☐ Sí
☐ No

107.2.b Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

- ☐ Sí
☐ No
-

8. Datos, ciencia e innovación

Sistema de Información sanitaria

108. ¿Están disponibles de manera rutinaria datos a nivel del paciente dentro del sistema de información sanitaria?

- ☐ Sí, totalmente electrónico
- ☐ Sí, parcialmente electrónico
- ☐ Sí, solo en papel
- ☐ No existen sistemas de información sanitaria

108.1 Si existen datos del paciente, ¿se incluyen los datos sobre las pruebas de atención prenatal y sobre la cascada de tratamiento en el sistema de información sanitaria a nivel de distrito? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Mujeres embarazadas que realizan pruebas durante la atención prenatal y resultado de las pruebas
- ☐ Mujeres que ya están en tratamiento antirretroviral en la primera visita de atención prenatal
- ☐ El número de personas que realizan la prueba del VIH
- ☐ El número de personas que han dado positivo en la prueba del VIH
- ☐ El número de personas a las que se les ha diagnosticado recientemente el VIH y que reciben tratamiento antirretroviral
- ☐ El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral y que tienen la carga viral suprimida

Vigilancia

109. ¿En su país los diagnósticos de casos de VIH se notifican por ley?

- ☐ Sí
- ☐ No

110. ¿Cuenta el país con un sistema nacional de vigilancia de casos de VIH*?

- ☐ Sí
- ☐ No

110.1 En caso afirmativo, ¿incluye el sistema nacional de vigilancia de casos de VIH alguno de los siguientes elementos? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Datos a nivel individual para cada persona diagnosticada con el VIH
- ☐ Recolección de datos de diferentes fuentes (laboratorios, registros de pruebas y tratamientos) para promover la exhaustividad de los datos sobre los casos de VIH
- ☐ Vinculación de los datos a nivel individual para eliminar los registros duplicados
- ☐ Recuento de CD4 en el momento del diagnóstico del VIH
- ☐ Iniciación del tratamiento antirretroviral
- ☐ Resultados de la primera prueba de carga viral y de las de seguimiento
- ☐ Embarazos en mujeres que viven con el VIH
- ☐ Muerte

Sistemas de seguimiento de pacientes

111. ¿Ha actualizado el país los indicadores y las herramientas de pruebas y tratamiento del VIH utilizando las *Directrices consolidadas sobre información estratégica del VIH centrada en la persona* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2022?

- ☐ Sí, plenamente
- ☐ Sí, parcialmente
- ☐ No
- ☐ No lo sé

Códigos de identificación únicos para pacientes

112. ¿Su país cuenta con un método para vincular y eliminar información de salud duplicada de los pacientes dentro y entre clínicas (como vincular registros usando identificadores únicos y/o información de identificación personal, como datos biométricos) para los siguientes servicios?

	Servicios de tratamiento	Método para identificar y eliminar la información sanitaria duplicada
Servicios de tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de pruebas	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de prevención de VIH diseñados para cualquier grupo de población clave para rastrear la adopción de métodos de prevención combinados		
Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	<input type="checkbox"/> Yes, nationally harmonized <input type="checkbox"/> Yes, but varies across regions <input type="checkbox"/> Yes, but varies across programmes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Trabajadores sexuales	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Personas transgénero	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Personas que se inyectan drogas	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función de la región <input type="checkbox"/> Sí, pero varía en función del programa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal nacional único <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recogida de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Datos biométricos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

112.1 En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, ¿la política de identificadores únicos también prevé protecciones de la privacidad de los datos legalmente exigibles?

- ☐ Sí
☐ No

95-95-95

113. ¿Cuándo se llevó a cabo la revisión de la calidad de los datos más reciente con el fin de determinar la precisión del número reportado de personas que reciben tratamiento a nivel nacional?

- ☐ Se está realizando actualmente (se espera obtener los resultados el año próximo)
☐ Se completó el año pasado y los resultados están disponibles
☐ Se completó hace 2 a 5 años
☐ Nunca se realizó o se realizó hace más de 5 años

113.1 Si se llevó a cabo una revisión de la calidad de los datos el año pasado, ¿se han usado los resultados para ajustar el número reportado de personas que reciben tratamiento en el Indicador 2.2?

- ☐ Sí
☐ No

114. ¿Cuándo se llevó a cabo la revisión más reciente de la calidad de los datos para determinar la exactitud del número de personas que, según los informes, tienen cargas virales suprimidas?

- ☐ Se está realizando actualmente (se espera obtener los resultados el año próximo)
☐ Se completó el año pasado y los resultados están disponibles
☐ Se completó hace 2 a 5 años
☐ Nunca se realizó o se realizó hace más de 5 años

114.1 Si se ha llevado a cabo una revisión de la calidad de los datos en el último año, ¿se ha utilizado para ajustar el número de personas que tienen cargas víricas suprimidas notificadas en el indicador 2.3?

- ☐ Sí
☐ No

Uso de datos

115. ¿Se están realizando revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH?

- ☐ Sí
☐ No

115.1 En caso afirmativo, seleccione la frecuencia con la que se realizan las revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH.

- ☐ Trimestralmente
☐ Cada 6 meses
☐ Anualmente
☐ Otro, especifique: _____

115.2 En caso afirmativo, ¿a qué nivel se realizan las revisiones de datos? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Nacional
☐ Distrito
☐ Centro
-

Anexo 1.

Bibliografía Seleccionada

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).
21. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Anexo 2.

Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados

Para completar el formulario, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Es necesario indicar un año fiscal. El año fiscal puede corresponder o no con el año natural (utilice el año fiscal que empiece en el año natural especificado en el campo).
2. Elija la moneda del informe. Se puede completar en la moneda local o convertirse a dólares estadounidenses cuando se especifique un tipo de cambio oficial.
3. Es necesario indicar los importes en unidades monetarias en miles o millones.
4. Indique el presupuesto aprobado y ejecutado en el año fiscal correspondiente. El presupuesto aprobado incluye el presupuesto interno aprobado por el gobierno. Las asignaciones presupuestarias que utilizan préstamos gubernamentales (préstamos no oficiales de asistencia para el desarrollo) también se consideran parte del presupuesto nacional. El presupuesto ejecutado es el gasto del presupuesto aprobado; no debe exceder el presupuesto aprobado salvo que se hayan proporcionado fondos adicionales (si es así, especifique). La totalidad del gasto puede exceder el presupuesto aprobado, ya que algunos gastos incurridos no están financiados por los presupuestos asignados para el VIH.
5. Indique la percepción de un aumento, un mantenimiento en el mismo nivel o una disminución del presupuesto para el año fiscal siguiente.
6. Es necesario proporcionar los subtotales agregados para los presupuestos en cada nivel de gobierno, así como para estructuras presupuestarias subsegmentadas e independientes. Para los niveles de gobierno, notifique los subtotales para los niveles nacional/central/federal, provincial/estatal/de distrito y municipal/de la ciudad/local en cada país (según corresponda). **Reporte por separado los presupuestos públicos para las instituciones que pertenecen a diferentes sistemas, como las instituciones de seguridad u otros organismos nacionales (por ejemplo, la comisión nacional sobre el SIDA), si esos sistemas son independientes de los niveles gubernamentales mencionados anteriormente.**

Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales adquiridos y distribuidos

Como parte del Indicador 8.2, es obligatorio completar la información sobre el volumen y los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales adquiridos y.

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

Notas:

1. Exprese el volumen en número de paquetes adquiridos y los precios unitarios en unidades de moneda local o en USD corrientes para el año del informe.
2. El número de paquetes adquiridos debe proporcionarse para cada lote de adquisición de un régimen/formulación.
3. Los datos sobre el número de paquetes recogidos por los beneficiarios corresponden al régimen/formulaciones, sin necesidad de desglosarlos por proceso de adquisición.
4. Al elegir la opción “Otros”, el informante podrá proporcionar datos personalizados sobre el régimen y la combinación de posología, en caso de que la información del régimen no se encuentre en la lista estándar que se muestra arriba.
5. La información sobre los pacientes por régimen se recogerá como parte de la Encuesta de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales y tecnologías de laboratorio y en la aplicación de las directrices de la OMS relacionadas, alojadas en la herramienta en línea de Monitoreo Global del SIDA.

Anexo 4.

La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos

Al igual que en los ciclos de informes anteriores, la matriz de financiamiento nacional sugerida para el ciclo del Monitoreo Global del SIDA 2023 contiene un conjunto de programas y servicios básicos clave por fuente de financiación. Cada una de las categorías del programa se divide en conjuntos de subindicadores. El conjunto de los subindicadores centrales comprende los siguientes programas o servicios clave:

- Prevención combinada, que incluye preservativos, PrEP, circuncisión masculina médica voluntaria, servicios de reducción de daños, empoderamiento de las mujeres jóvenes y niñas, y suministro de paquetes de servicios esenciales para grupos de población clave.
- Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.
- Pruebas y asesoramiento sobre VIH.
- Seguimiento de laboratorio específico para el VIH.
- Terapia antirretroviral.
- VIH y tuberculosis (TB).
- Facilitadores sociales, incluida la reducción del estigma y la discriminación.
- Institución de programas de derechos humanos.

El marco de información sobre el Indicador 8.3 “Gasto total relativo al VIH por origen de los recursos” se organiza en torno a un sistema bidimensional para el registro del gasto relativo al VIH por programa y fuente de financiación. En consecuencia, el formato de esa información tiene un formato de matriz.

La tabla siguiente (tabla 1) proporciona un conjunto completo de programas o servicios y una categoría residual que explica la totalidad del posible uso de los recursos en los países, incluidas las fuentes de financiación. Se pide de los países que informen de los programas y servicios que correspondan según proceda (es decir, los países solamente deben informar de las filas de la matriz que sean relevantes de acuerdo con la realidad de cada país, no de todas). Lo mismo es válido para los recursos financieros: deberán completarse según existan en cada nación. Es importante diferenciar cuándo el gasto es inexistente (es decir, tiene un valor "0"), no está disponible o no es aplicable.

El gasto total relativo al VIH es la suma de los programas y servicios básicos de las cifras reportadas de los Compromisos 1 a 10 (tabla 1), más la categoría residual de "Otros programas esenciales fuera del marco sugerido" para contabilizar el gasto total relativo al VIH y no solo los gastos derivados de presupuestos asignados.

Se proporcionará más orientación en la herramienta de presentación de informes en línea de la Vigilancia Global del SIDA, sobre cómo completar los formularios de presentación de informes y presentar los indicadores de gastos a ONUSIDA. La cantidad total de recursos deberá incluir la totalidad de flujos financieros y gastos según todos los programas o servicios y según todos los recursos. Los subindicadores representarían únicamente un subconjunto del total que corresponde a parte de los compromisos específicos. Los montos reportados se compararán con el número de personas que estén recibiendo los mismos servicios notificados en la Vigilancia Global del SIDA o en otras partes.

Las directrices de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) están siendo actualizadas. Estará disponible una correlación sobre las nuevas Categorías de Gasto sobre el SIDA (CGS) y la matriz de financiación del Monitoreo Global del SIDA solicitada para el Indicador 8.3 a tiempo para los informes del Monitoreo Global del SIDA. Cuando se realiza una MEGAS (un ejercicio exhaustivo de seguimiento de los recursos del VIH) en los países, se puede extraer un informe en Excel de la herramienta de seguimiento de recursos (HSR) y cargarlo en el módulo de gasto relativo al SIDA del Monitoreo Global del SIDA.

Tabla 1Lista de programas o servicios sobre el VIH de la matriz de financiación nacional¹⁷

Códigos en la matriz de financiamiento nacional del Monitoreo Global del SIDA	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: conjunto completo de intervenciones	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: subindicadores centrales
1 Tratamiento, cuidados y asistencia (subtotal)		
1.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV)	Gastos en PAV (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2	Tratamiento antirretroviral (subtotal)	Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica).
1.2.1.	Tratamiento antirretroviral para adultos	Gastos en tratamiento antirretroviral para adultos desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.2.	Tratamiento antirretroviral para niños	Gastos en tratamiento antirretroviral para uso pediátrico, desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.3.	Terapia antirretroviral no desglosada por línea de tratamiento o edad	
1.3	Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH (CD4, carga viral)	Gasto en el control de laboratorio específico del VIH (recuento de células CD4, carga viral y otras pruebas de laboratorio) desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
1.4	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas (IO), con exclusión del tratamiento y prevención de la TB para las personas que viven con el VIH	
1.5	Cuidados paliativos	
1.6	Apoyo y retención	
1.98	Actividades programáticas de tratamiento, atención y apoyo no desglosadas por tipo	
2 Prevención de la transmisión vertical del VIH (subtotal)		
2.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV) para mujeres embarazadas	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.3	Tratamiento antirretroviral para la reducción de la transmisión vertical del VIH	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.4	Componente relacionado con la medicina antirretroviral no ARV para la prevención de la transmisión de maternoinfantil	Gastos para la prevención de la transmisión vertical del VIH distintos de los gastos en el tratamiento antirretroviral proporcionado a las mujeres embarazadas si se les proporciona un régimen para un adulto que vive con el VIH.
2.98	Prevención de la transmisión vertical del VIH no desglosada	

¹⁷ Tenga en cuenta que la convención de numeración de códigos representada en esta tabla para la matriz de financiación nacional no ha cambiado desde 2021 y no se alinea directamente con los números de indicadores de seguimiento del GAM de 2022. Esto se debe a que las categorías del programa están mapeadas con varias otras partes interesadas y, por lo tanto, deben permanecer alineadas.

3 Prevención (subtotal)		
3.1	Programas de cambio social y conductual (CSC)	Sin especificar.
3.2	Preservativos	Gastos en preservativos (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
3.3	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) desglosada por grupos de población clave (subtotal)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.1.	PrEP para homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.2.	PrEP para profesionales del sexo	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.3.	PrEP para personas que se inyectan drogas	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.4.	PrEP para personas transgénero	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.5.	PrEP para grupos de población clave	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.6.	PrEP para mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.7	PrEP para parejas serodiscordantes	Profilaxis previa a la exposición (PrEP)
3.3.98	Profilaxis previa a la exposición PrEP no desglosada por tipo de población	
3.4	Circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta prevalencia	Circuncisión masculina médica voluntaria
3.5	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.6	Prevención, promoción de pruebas y vinculación a programas de atención para profesionales del sexo y sus clientes	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas (subtotal)	Prevención entre grupos de población clave.
3.7.1.	Intercambio de agujas y jeringuillas, prevención y promoción de pruebas, y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.2.	Terapia de sustitución	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.8	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas transgénero	Prevención entre grupos de población clave.

3.9	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas privadas de libertad	Prevención entre grupos de población clave.
3.10	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Prevención entre grupos de población clave.
3.11	Transferencias de efectivo para chicas (países con alta prevalencia)	Gastos en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (10-24 años, en países con alta prevalencia del VIH) de presupuestos asignados para el VIH.
3.12	Programas de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles	
3.13	Profilaxis posterior a la exposición	
3.14	Lugar de trabajo	
3.15	Sinergias con el sector sanitario	
3.16	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH no desglosada	
3.99	Prevención de la transmisión del VIH no desglosada	No incluya otras actividades en este código si no se enumeran explícitamente. Si hay actividades adicionales, enumérelas individualmente en categorías mutuamente excluyentes (asegurándose de que no se cuenten dos veces); evite usar una categoría ya incluida anteriormente.
4 Programas de género		
5 Programas para niños/as y adolescentes		
6 Protección social		
7 Movilización de la comunidad		
8 Gobernabilidad y sostenibilidad (subtotal)		
8.1	Información estratégica	
8.2	Planificación y coordinación	
8.3	Abastecimiento y logística	
8.4	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios	
8.5	Educación	
8.6	Investigación relacionada con el VIH y el SIDA	
8.98	Gobernabilidad y sostenibilidad no desglosadas	

9 Facilitadores sociales críticos (subtotal)

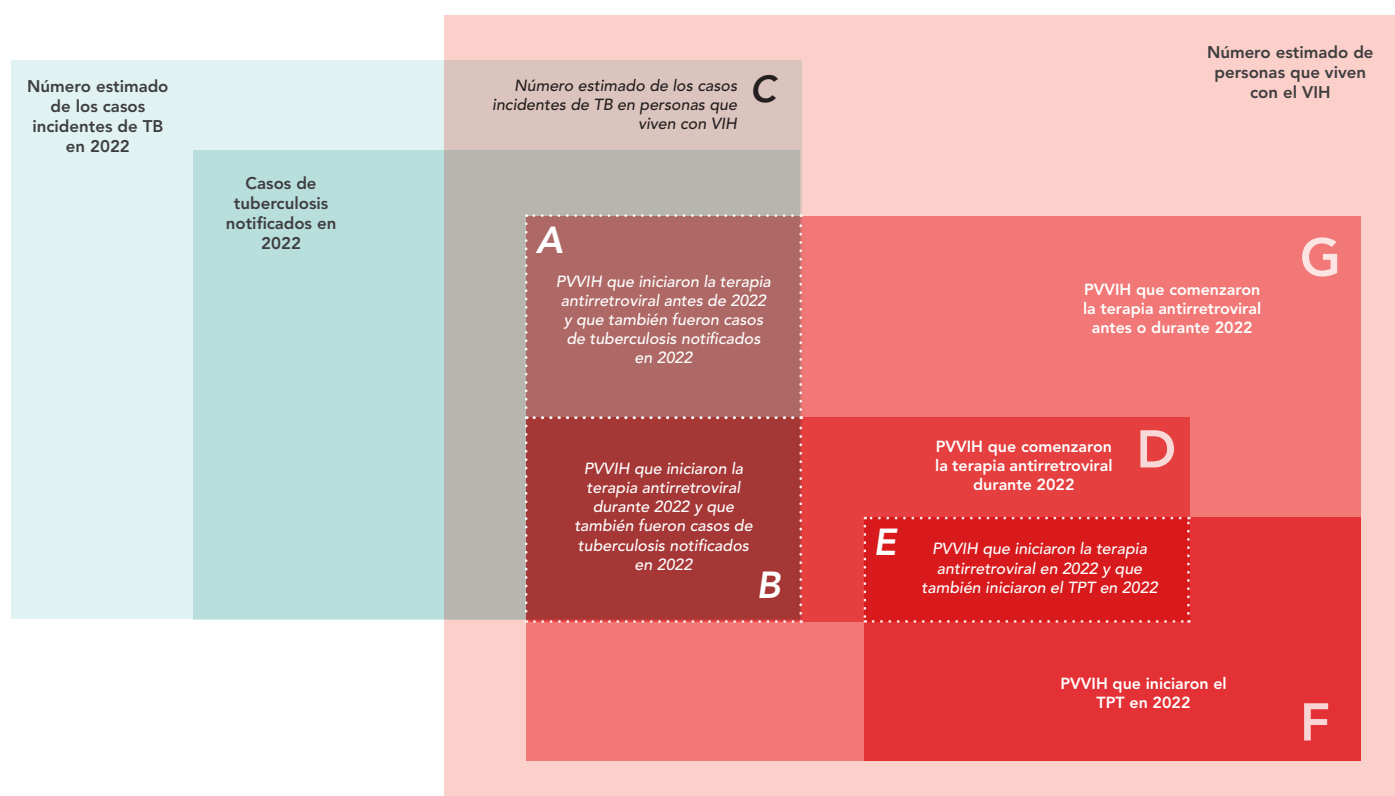
9.1	Diálogo sobre políticas
9.2	Programas clave sobre derechos humanos
9.3	Desarrollo institucional específico sobre el VIH y el SIDA
9.98	Facilitadores sociales críticos no desglosados

10 Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento (subtotal)

10.1	Detección y diagnóstico de TB entre las personas que viven con el VIH (PVVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.2	Prevención y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH (PVVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.98	Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento no desglosados	
11.99	Otros programas esenciales fuera del marco sugerido de los programas de VIH y SIDA centrales (enúmérelos a continuación y especifique)	<p>Todos los demás gastos relacionados con el VIH no clasificados en ninguna otra parte de las categorías anteriores (códigos 1 a 10).</p> <p>Asegúrese de que ninguno de los programas o actividades enumerados aquí esté duplicado con ninguna de las categorías anteriores.</p> <p>Cualquier programa o servicio enumerado a continuación debe ser mutuamente excluyente con cualquiera de los códigos enumerados anteriormente (códigos 1 a 10).</p>

Anexo 5.

Orientación adicional para la construcción de Global AIDS Indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.7–7.10



Indicador 7.7 = (A+B) / C

Nota: El numerador para el Indicador 7.7 debe ser igual al número de pacientes de tuberculosis nuevos y con recaída seropositivos que iniciaron la terapia antirretroviral según los datos del Programa Nacional de Tuberculosis. Concilie los datos con el Programa Nacional de Tuberculosis

Indicador 7.8 = B / D

Nota: El numerador del indicador 7.7 será mayor que el del indicador 7.8. Para el numerador, los casos de tuberculosis notificados deben incluir los nuevos, las recaídas y los casos de retratamiento.

Indicador 7.9 (entre las personas recién inscritas en la TAR) = E / D

Indicador 7.9 (entre las personas inscritas actualmente en la TAR) = F / G

Por favor, observe que para el indicador 7.10 se ofrece orientación en la hoja de definición del indicador de la página 100 de estas directrices

Anexo 6.

Monitoreo Global del Sida Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino 2023 Directrices sobre preguntas relacionadas a leyes

El ICPN formula una serie de preguntas sobre las leyes y reglamentos relativos al VIH, así como sobre las poblaciones clave y los grupos vulnerables. La forma en que se regulan o criminalizan los distintos aspectos de la vida pública y privada difiere mucho entre los distintos países y dentro de ellos. El presente documento ofrece más asesoramiento y algunos ejemplos para ayudar a los países a responder a esas preguntas. Los ejemplos que se ofrecen son meramente ilustrativos y no deben considerarse exhaustivos, ya que no necesariamente reflejan la realidad de su país.

Esta guía cubre las siguientes preguntas del ICPN interino

82
92
93
94
95
96

Sección 5

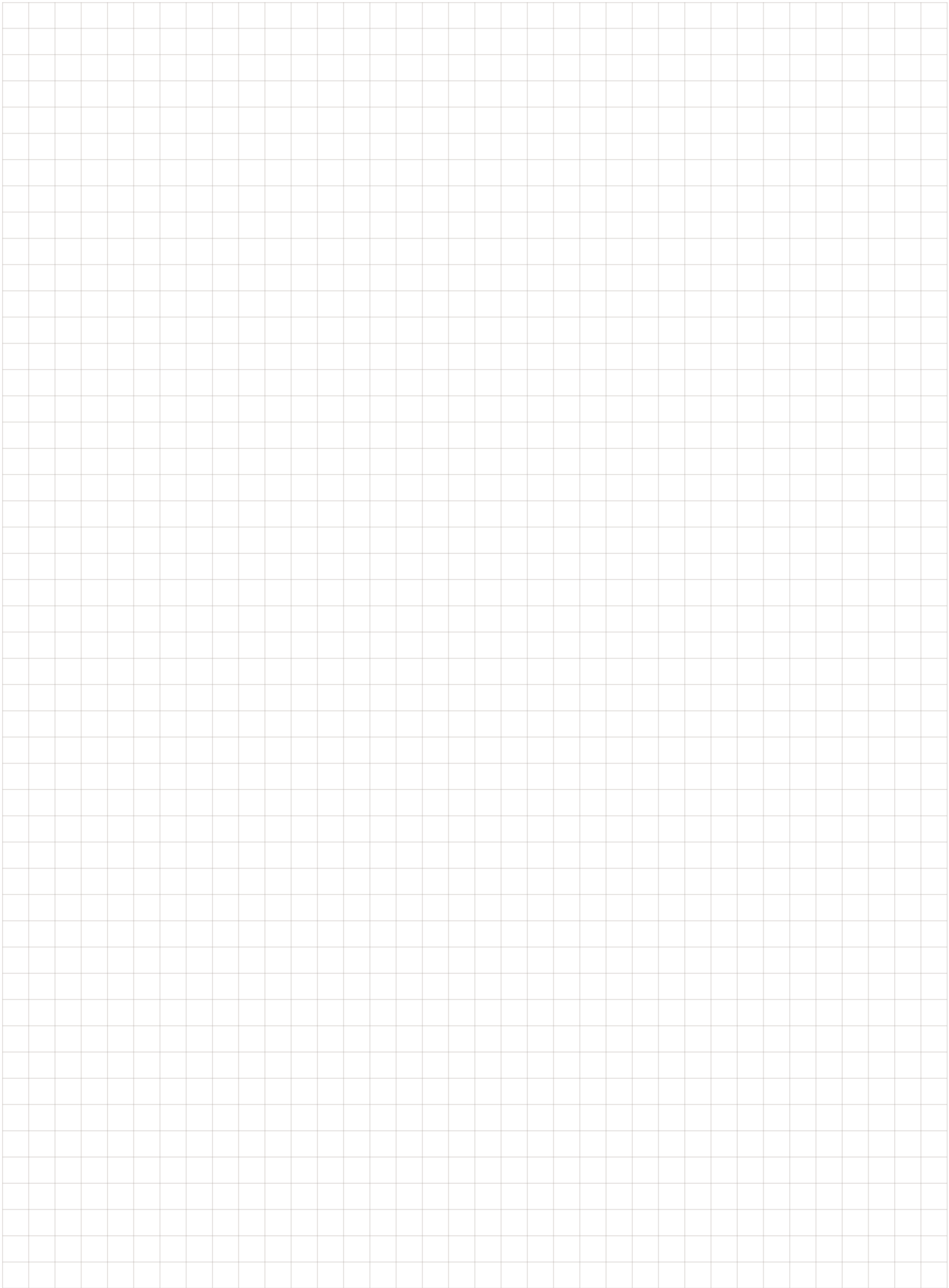
82. **¿Existen leyes, reglamentos o políticas que contemplen el funcionamiento de las organizaciones comunitarias en su país (seleccione todas las que correspondan)?**

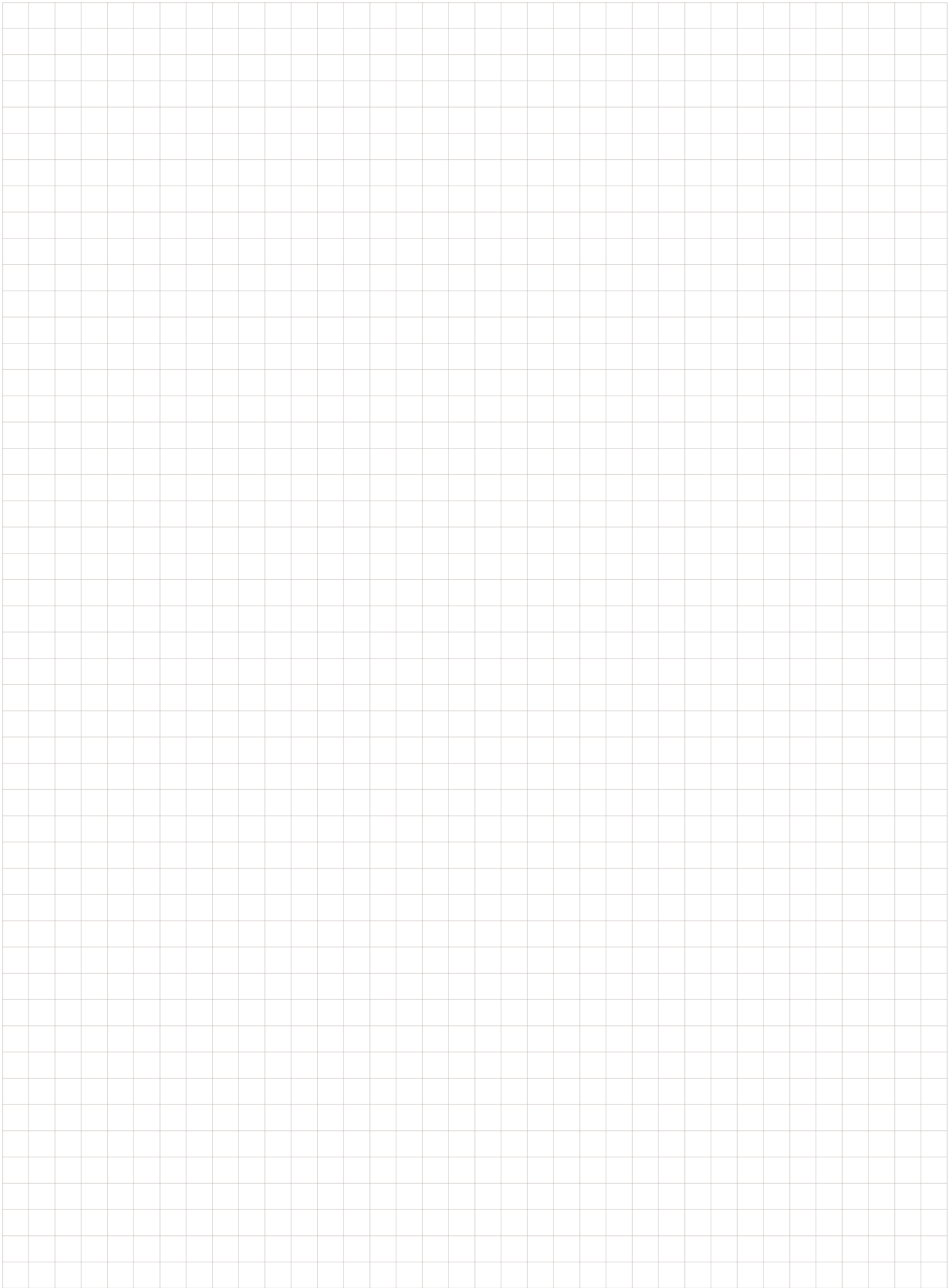
Las organizaciones comunitarias son organizaciones en las que la mayor parte de la gobernanza, la dirección, el personal, los portavoces, los miembros y los voluntarios, reflejan y representan las experiencias, las perspectivas y las voces de sus miembros. Las leyes y los reglamentos pueden influir en la posibilidad de que los distintos grupos puedan formar asociaciones legales y en la facilidad con la que estas asociaciones pueden operar, prestar servicios sanitarios, cumplir con los requisitos de información, etc. Las opciones de respuesta de la pregunta 138 se refieren a las leyes y políticas que determinan qué tipos de entidades pueden registrar una asociación, si pueden prestar servicios como la realización de pruebas, la reducción de daños o el asesoramiento entre iguales, y si las leyes permiten simplificar o facilitar la presentación de informes para las organizaciones comunitarias o de la sociedad civil en general. Puede que las leyes y los reglamentos no mencionen específicamente a las organizaciones comunitarias, pero pueden, por interpretación, incluirlas, por ejemplo, en el marco de las leyes sin ánimo de lucro.

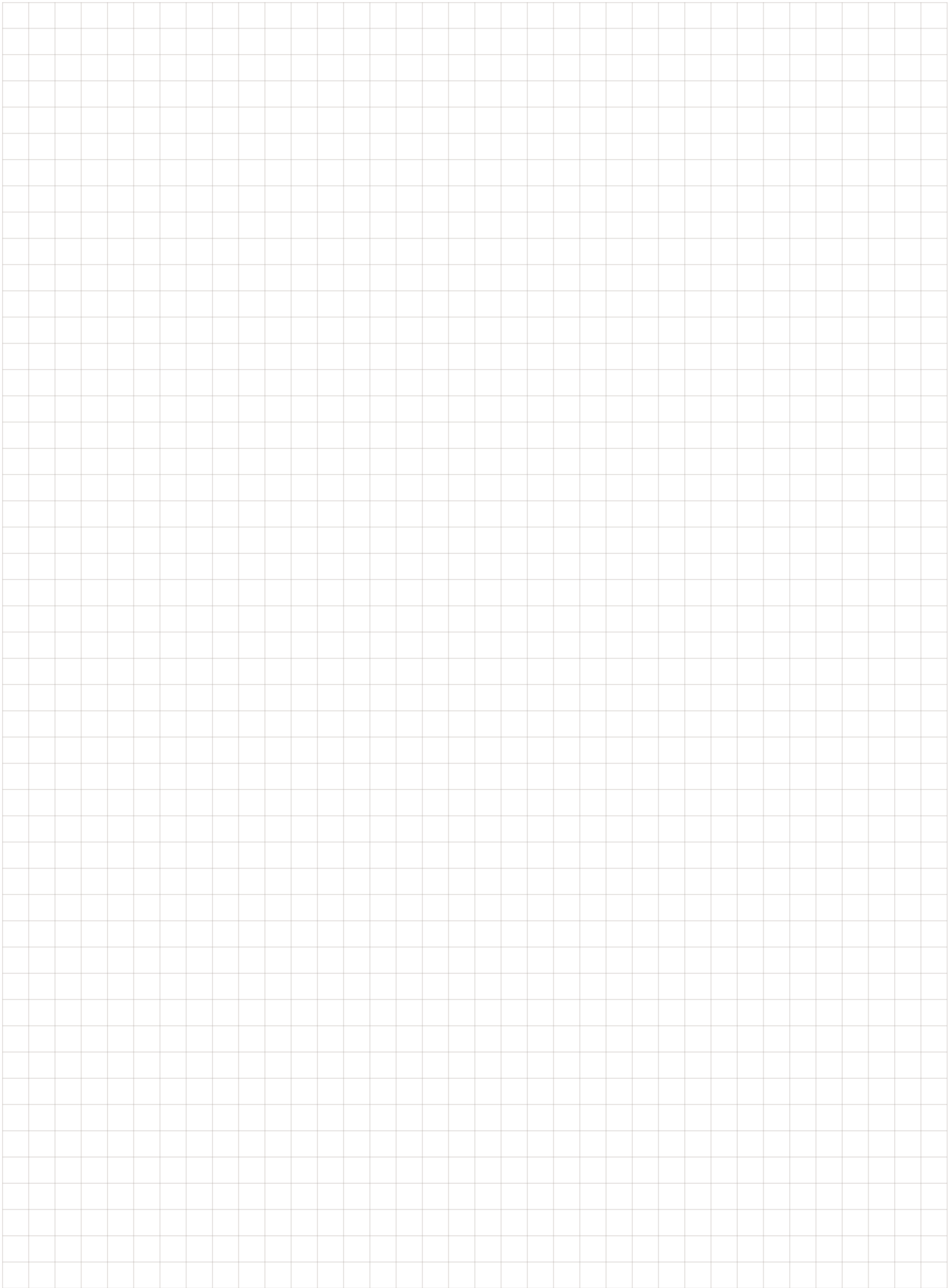
92, 93, 94, 95, 96

¿Se han producido acciones legales para despenalizar?

Aunque la reforma de la ley puede llevar mucho tiempo, hay algunas acciones concretas que pueden tomarse como pasos hacia la reforma de la ley. Esta pregunta tiene por objeto captar las acciones concretas sustanciales que conducen o podrían conducir a la despenalización. Aunque los litigios estratégicos y las propuestas debatidas por el parlamento son dos formas principales, puede haber otras en su país, como una consulta nacional sobre un proyecto de ley, un proyecto de decreto en discusión, un referéndum propuesto. La acción debe ser de naturaleza legal, es decir, debe implicar procesos parlamentarios, gubernamentales o judiciales. Excluye prácticas que, aunque importantes, no suponen pasos legales hacia el cambio. Por ejemplo, no incluiría actividades de sensibilización o formación.







© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2022

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Mención sugerida. [Título]. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; [Año]. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.



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

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org