

INFORME MUNDIAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL **SIDA** 2012

DIRECTRICES

Desarrollo de indicadores básicos para
el Seguimiento de la Declaración Política
sobre el VIH/sida de 2011



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA / JC2215S (versión española, Diciembre de 2011)

Versión original inglesa, UNAIDS / JC2215E, Octubre de 2011:
*Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS:
guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting.*
Traducción – ONUSIDA

Derechos de autor © 2011. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

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

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

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

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

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe mundial de avances en la lucha contra el sida : seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011 : directrices para el desarrollo de indicadores básicos : informe 2012.

"ONUSIDA / JC2215S".

1. Infecciones por VIH – estadística. 2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – estadística. 3. Recolección de datos – métodos. 4. Indicadores de salud. 5. Indicadores de calidad de la atención de salud. 6. Pautas. I. ONUSIDA.

ISBN 978 92 9173 907 3

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: publications@unaids.org – Internet: www.unaids.org

INFORME MUNDIAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA 2012

DIRECTRICES

Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de
la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011

Se ruega enviar el informe nacional sobre los progresos del país, una vez completado, antes del 31 de marzo de 2012 a través del sitio web dedicado al informe mundial de los avances en la lucha contra el sida (www.unaids.org/AIDSREPORTING).

Si no se utiliza el sitio web para presentar los informes, éstos han de enviarse antes del 15 de marzo de 2012 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en Ginebra.

Las copias impresas del informe nacional sobre los progresos del país, pueden enviarse por correo a:

Team Leader, RMA
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

Índice

Prefacio	5
Acrónimos y abreviaturas	6
Introducción	7
Objetivo	7
Antecedentes	7
Objetivos clave de la Declaración Política de 2011	8
Historial de informes	8
Formato del informe	9
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos	11
Seguimiento de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH/sida en Europa y Asia Central	12
Hacia el acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	12
Implementación a nivel nacional	13
Desarrollo de indicadores	13
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	13
Numeradores y denominadores	14
Desglose de los datos: separados fundamentalmente por sexo y edad	14
Novedad y representatividad de los datos de la encuesta	15
Interpretación y análisis	15
Selección de indicadores	16
Función de la sociedad civil	16
Contenidos del informe	17
Directrices para la presentación	18
Herramienta para enviar informes	18
Presentación de informes	19
El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias	19
Indicadores básicos para la elaboración de un informe mundial de avances en la lucha contra el sida	21
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	21
1.1 Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	24
1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	26
1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas	28
1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	29
1.5 Las pruebas del VIH en la población general	31
1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes	32
1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención	34
1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo	36
1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo	38
1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	40
1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	42
1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	44
1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	46
1.14 La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	48

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015	50
2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	51
2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo	53
2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	55
2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables	57
2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	59
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas con el sida	61
3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil	62
3.2 Diagnóstico infantil precoz	66
3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	69
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	71
4.1 Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral	72
4.2 Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento	75
Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	78
5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	79
Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	81
6.1 Gastos relacionados con el sida	82
Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	85
7.1 Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida	86
7.2 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	89
7.3 Asistencia escolar de los huérfanos	93
7.4 Apoyo económico externo a los hogares más pobres	96
Apéndices	99
Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados	100
Apéndice 2. Matriz de financiación nacional para 2012	102
Apéndice 3. Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012	110
Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados	167
Apéndice 5. Bibliografía seleccionada	168

Prefacio

La Reunión de Alto Nivel sobre el sida de 2011 marcó un hito en la respuesta mundial al sida. Como afirmó el Secretario General de la ONU Ban Ki-moon en su informe a la Asamblea General de la ONU, “han de tomarse decisiones drásticas para dar una nueva forma a la respuesta al sida y así lograr el objetivo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida”. Los Estados Miembros de la ONU respaldaron con unanimidad la Declaración Política y sus nuevos objetivos: para el 2015 reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH e infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables, aumentar el número de personas en tratamiento a los 15 millones, reducir a la mitad el número de muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con sida, y eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños. [1]

Basándose en el éxito de una década de notificaciones de los objetivos acordados en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida de 2001 (UNGASS), la nueva Declaración Política insta a ONUSIDA a apoyar a los países en la tarea de informar sobre los nuevos compromisos y objetivos. La Declaración también dispone que el Secretario General siga presentando informes regulares a la Asamblea General sobre los logros alcanzados relacionados con los compromisos que se acordaron en la nueva Declaración.

ONUSIDA pide a los Estados Miembros de la ONU que continúen con su excelente labor de notificación de los avances nacionales en la lucha contra el sida. En 2010, 182 de los 192 Estados Miembros de la ONU presentaron informes sobre sus progresos. Los informes nacionales que recibe ONUSIDA, en nombre del Secretario General, se usan para preparar informes regulares sobre el progreso mundial, tal y como dicta la Declaración Política.

Para ayudar a los Estados Miembros a preparar y presentar los próximos informes de progreso de los países, ONUSIDA ha elaborado las siguientes directrices para el seguimiento del progreso hacia los objetivos fijados en la Declaración Política sobre el VIH/sida. Por medio de la creciente abundancia de información, datos y análisis facilitados por los sistemas nacionales de Monitoreo y Evaluación, los países continuarán haciendo un seguimiento e informando sobre el progreso hacia los objetivos de 2015.

Me gustaría agradecerles sus esfuerzos en lo que se refiere al fortalecimiento de sus sistemas nacionales para la Monitoreo y Evaluación de la respuesta a la epidemia del VIH, y les deseo todo lo mejor con respecto a la preparación de su próximo informe sobre los avances del país.

Encomiendo sus esfuerzos a lograr los ambiciosos objetivos fijados en junio de 2011 y a lograr que nuestra visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida, sea una realidad mundial. Con su compromiso y apoyo continuos, podemos hacer que éste sea el principio del fin del sida.



Mr. Michel Sidibé
Director Ejecutivo
ONUSIDA

Acrónimos y abreviaturas

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

Introducción

Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar a los programas nacionales de sida y a los socios que participan en la respuesta nacional al sida información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de dicha respuesta. Estas directrices ayudarán también a asegurar la transparencia y sistematización del proceso que sigan los gobiernos nacionales. Además, esta información puede ser usada por ONUSIDA para preparar informes nacionales, regionales e internacionales sobre los progresos realizados en la implementación de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.

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

Cómo usar estas directrices

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

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



Antecedentes

Diez años después de la histórica Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida de 2011, se evaluaron los avances logrados y se adoptó una nueva Declaración Política sobre el VIH/sida¹ que incluye nuevos compromisos y nuevos firmes objetivos.

La declaración de 2011 se edifica sobre dos declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso de 2001, y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006. Al final de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2011, los Estados Miembros adoptaron unánimemente la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida. Dicha declaración se hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el sexto

¹ Declaración Política sobre el VIH/sida: intensificando nuestros esfuerzos para eliminar el VIH/sida, A/RES/65/277, 10 de junio de 2011

Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/sida para 2015. También reconocía la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes y se refería a respuestas a nivel internacional, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. La Declaración Política de 2006 reconocía la necesidad imperiosa de lograr acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

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

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

Estas directrices se han desarrollado con miras a facilitar la recolección de informes individuales sobre el progreso del país que se usan para hacer un seguimiento del progreso hacia los compromisos y objetivos de la Declaración Política de 2011 y que forman la base de los informes del Secretario General a la Asamblea General.

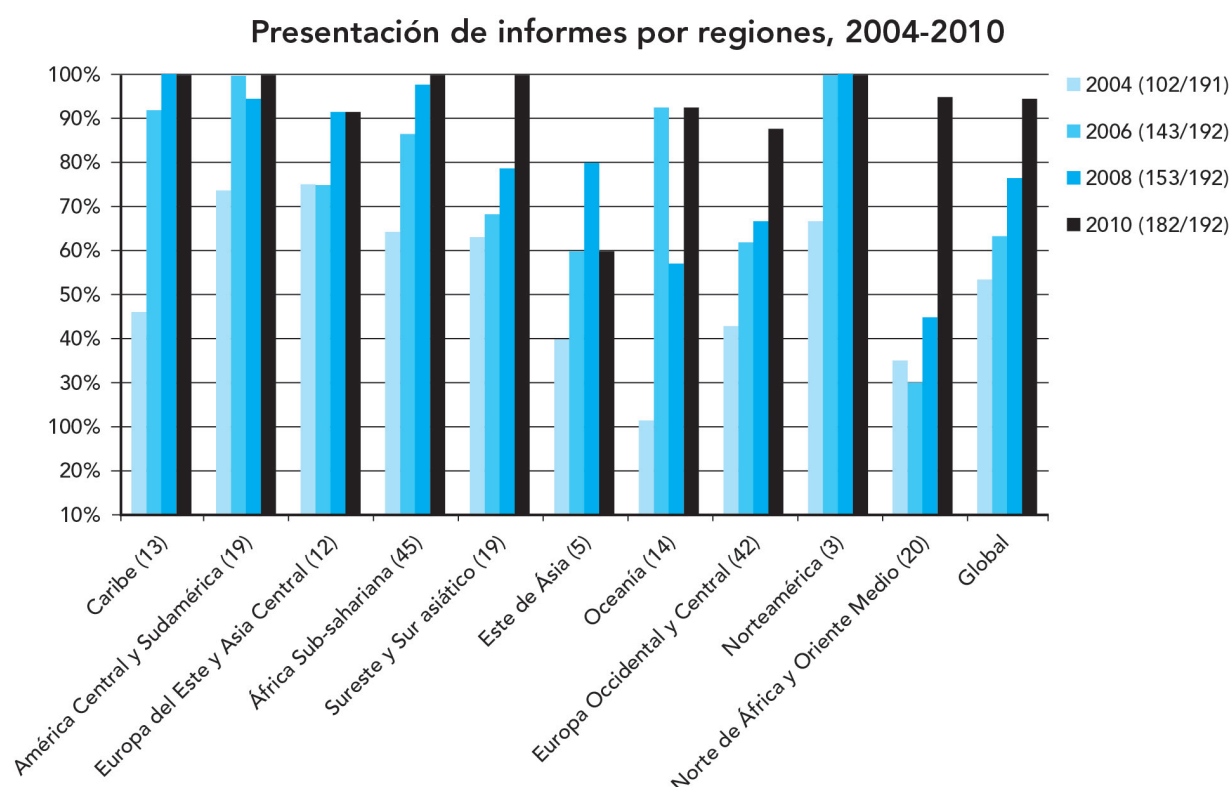
Objetivos clave de la Declaración Política de 2011

- La nueva Declaración sobre el VIH, ratificada unánimemente por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, marca cuatro objetivos firmes.
- Los Estados Miembros se han comprometido a:
 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015;
 2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015;
 3. Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH para 2015;
 4. Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015; y
 5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015.
 6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos de 22 a 24 mil millones de dólares por año para 2015 y reconocer que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.
- La Declaración expone claramente la necesidad de aumentar el acceso a los servicios relacionados con el VIH por parte de las personas en mayor riesgo de infección, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables y los profesionales del sexo.
- La Declaración promete eliminar las desigualdades de género, los abusos y la violencia de género, así como capacitar a las mujeres y las niñas. Esto ha de realizarse sin demora.

Historial de informes

Desde 2004, ONUSIDA lleva recogiendo cada dos años informes sobre los avances de los países

elaborados por los Estados Miembros con el propósito de hacer un seguimiento de las Declaraciones Políticas. Los índices de respuesta han aumentado de 102 Estados Miembros en 2004 (el 53%) a un máximo histórico de 182 en 2010 (el 95%). (Véase el gráfico para observar las tendencias e índices de la respuesta a lo largo del tiempo).



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

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/>.

Formato del informe

Los países deberían usar sus propios informes nacionales sobre los progresos realizados como base de su informe descriptivo en el proceso de notificación de los avances mundiales en la lucha contra el sida. Si se dispone de un informe nacional reciente, dicho informe puede presentarse como el informe descriptivo sobre los progresos del país. En el Apéndice 1 hay un modelo del informe nacional sobre los progresos realizados e instrucciones detalladas para rellenar las distintas secciones que se incluyen en ella. Los datos de los indicadores se consideran parte integral de la presentación sobre los avances de cada país. Por tanto, deben tenerse en cuenta tanto la parte descriptiva de dicho informe como los datos de los indicadores en el proceso de consulta y preparación del informe, tal como se indica en la sección titulada “Preparación de informes” en la página 22 de estas directrices.

Se recomienda encarecidamente que los países presenten los datos de los indicadores del informe sobre los progresos realizados a través del sitio web de presentación de informes mundiales sobre el sida (www.unaids.org/AIDSreportingtool) con el fin mejorar la cantidad y calidad de los datos y facilitar su procesamiento y análisis, tanto a nivel nacional como mundial.

► La fecha límite para el envío de los informes a través del sitio web mencionado es el 31 de marzo de 2012. Si no se utiliza el sitio web para la presentación de los informes, estos deberán enviarse antes del 15 de marzo de 2012 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual.

Los indicadores para el informe mundial de avances en la lucha contra el sida son importantes por dos razones. En primer lugar, pueden ayudar a los países a evaluar la eficacia de su respuesta nacional, lo cual refuerza la conveniencia de incluir estos indicadores en marcos de Monitoreo y Evaluación nacionales. En segundo lugar, al analizar en conjunto los datos de varios países, los indicadores ofrecen información fundamental sobre la eficacia de la respuesta a nivel regional y mundial, al tiempo que permiten a cada país comprender comparativamente los esfuerzos de otras respuestas nacionales.

A modo de preparación para la reunión de la Asamblea General de 2011 sobre VIH/sida, los indicadores empleados en rondas de informes anteriores se examinaron de forma rigurosa en un proceso de consulta basado en pruebas y liderado por el Grupo de Reverencia sobre Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA (MERG). Esta revisión consistió en una serie de consultas sobre los temas relacionados con la prevención, la atención y el apoyo, el entorno propicio y el sector sanitario. Cada consulta fue liderada de forma conjunta entre un socio de la sociedad civil y una organización de la ONU. Las consultas acogieron a participantes que representaban una gran variedad de partes interesadas, entre ellos expertos de VyE de los países, la sociedad civil, académicos, socios bilaterales y organizaciones multilaterales. La inclusión de los indicadores se basó en criterios objetivos explícitos descritos en el documento “Criterios para la elaboración de indicadores: directrices operativas para seleccionar indicadores para la respuesta al VIH”, *“Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response”* (en inglés)². Para minimizar la carga de los Estados Miembros que supone elaborar informes, y para preservar los datos de tendencias, solo se hicieron cambios en el conjunto existente de indicadores cuando fue estrictamente necesario³.

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

² El documento de ONUSIDA titulado en inglés “Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response”, Ginebra 2010, puede leerse en www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

³ **Se añadieron tres indicadores nuevos:**

- Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año
- Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento
- Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses),
- **Se modificaron cinco:**
- Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses (completamente modificado)
- Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil (modificado)
- Índice de transmisión maternoinfantil (modelado) (modificado)
- Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (ICPN) (modificado)
- Asistencia escolar actual por parte de los huérfanos y no huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años (modificado)

ausencia de datos y la no aplicabilidad de indicadores determinados en situaciones nacionales específicas.

La mayoría de los indicadores nacionales son aplicables a todos los países, pero hay unos cuantos que solo se aplican a contextos específicos relacionados con la epidemia del VIH. Por ejemplo, los indicadores de conocimiento y comportamiento relacionados con las poblaciones de mayor riesgo son tan pertinentes en países con epidemias concentradas como en aquellos con epidemias generalizadas, siempre y cuando sean conscientes de que tienen una sub-epidemia concentrada en un grupo específico de población clave de alto riesgo. Igualmente, a los países con una epidemia concentrada se les recomienda reunir datos sobre los comportamientos sexuales de los jóvenes como mecanismo para detectar cambios en las tendencias que pudieran influir en la naturaleza de la respuesta nacional en el futuro.

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

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

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

Los datos que emplea la División de Estadísticas de la ONU para notificar los ODM suelen proceder de la información facilitada por los Estados Miembros a través del informe mundial sobre los avances en la lucha contra el sida.

La circuncisión masculina es un elemento fundamental dentro del paquete de prevención del VIH en un cierto número de países con gran prevalencia del VIH, bajos niveles de circuncisiones masculinas y epidemias generalmente heterosexuales. En esta ronda de información, se recomienda a estos países que presenten información sobre sus programas de circuncisión masculina en sus informes descriptivos y los datos correspondientes a los indicadores se recogerán directamente a través de un estudio especial. En futuras rondas de información, los indicadores sobre las circuncisiones masculinas se incluirán en el conjunto de indicadores para la elaboración de informes mundiales sobre los avances de la lucha contra el sida en estos países seleccionados.

En el presente manual se pueden encontrar definiciones completas de todos los indicadores para el proceso de elaboración del informe mundial sobre los avances en la lucha contra el sida. Dichos indicadores también están disponibles en el Registro de Indicadores de ONUSIDA, en www.indicatorregistry.org . Esta base de datos en línea proporciona definiciones completas tanto de los indicadores para el proceso de elaboración del informe mundial de avances en la lucha contra el sida, como de otros indicadores del VIH empleados a nivel nacional. Desde el Registro de Indicadores, los indicadores pueden exportarse a Excel, Word o PDF.

Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

Al adoptar la Declaración Política sobre el VIH/sida, los países de ingresos altos se comprometieron a informar sobre los progresos realizados en sus respuestas nacionales al VIH. Se sabe que los países de ingresos altos suelen disponer de una serie de sistemas de información relativamente complejos y diversas fuentes de datos que pueden dificultar el cálculo de un único

indicador nacional. Sin embargo, esto no elude la necesidad de obtener datos procedentes de dichos países para efectuar el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración Política sobre el VIH/sida. Los países de ingresos altos de la UE han encontrado formas innovadoras de incrementar la relevancia de los sistemas de vigilancia del VIH a nivel internacional al conectarlo a las circunstancias regionales.

➤ **ONUSIDA insta al resto de países de ingresos altos a que se pongan en contacto o bien con el Equipo de Seguimiento de la Respuesta y Análisis de ONUSIDA, si desean obtener más información técnica sobre la notificación de sus programas locales (AIDSreporting@unaids.org); o bien se pongan en contacto con el Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades (teymur.noori@ecdc.europa.eu) si desean saber más sobre el enfoque europeo de vincular y armonizar los sistemas de vigilancia regionales e internacionales.**

Seguimiento de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH/sida en Europa y Asia central

Durante la presidencia irlandesa del Consejo de la Unión Europea en 2004, los Estados miembros de la UE y los países vecinos de Europa del Este y Asia Central reafirmaron los compromisos asumidos en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2001 y adoptaron la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH/sida en Europa y Asia Central. El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) coordina la preparación de informes sobre esta Declaración. ONUSIDA y el ECDC están trabajando de manera conjunta para coordinar y armonizar los sistemas regionales e internacionales de seguimiento para garantizar que la relevancia del proceso de notificación de los países en la región aumenta y así se reduce la carga de la preparación de informes. La recopilación de datos a tal efecto se llevará a cabo al mismo tiempo que la elaboración del informe mundial sobre los progresos en la lucha contra el sida (marzo de 2012). ECDC, en colaboración con ONUSIDA, facilitará asistencia técnica a los países europeos para la redacción del informe sobre los avances en la lucha contra el sida de 2012 y la Declaración de Dublín de 2012. Para obtener más información sobre el seguimiento de la Declaración de Dublín, póngase en contacto con el Sr. Teymur Noori, del ECDC, a través del correo electrónico (teymur.noori@ecdc.europa.eu)

Hacia el acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Se ha reconocido que el sida es una cuestión crucial en lo que respecta al desarrollo, que afecta las vidas de millones de personas. Por esta razón, la lucha contra el VIH/sida es uno de los ODM. La Declaración de Compromiso de la UNGASS de 2001, la Declaración Política sobre el Acceso Universal de 2006 y la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida reflejan tanto el apoyo político procedente desde las esferas más altas como los esfuerzos conjuntos para revertir la pandemia del sida.

Los compromisos acordados por los Estados Miembros en la Declaración Política sobre el VIH/sida quedan cumplidos a través del seguimiento y la notificación de los esfuerzos para aumentar el Acceso Universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Más importante aún es que, a través de estos esfuerzos, seremos capaces de determinar si podemos alcanzar los retos que presenta la pandemia y lograr de forma colectiva este ambicioso objetivo.

Implementación a nivel nacional

➡ Los países que necesiten mayor información sobre la implementación deberán solicitar asistencia técnica a los asesores de Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA y a los grupos de trabajo de Monitoreo y Evaluación sobre el VIH en el país. También puede obtener asistencia técnica por parte de los asesores regionales de Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA, basados en el Equipo de Apoyo Regional. La División de Vigilancia de la Respuesta y Análisis de la Secretaría del ONUSIDA también está disponible para brindar apoyo y puede contactarse por correo electrónico en AIDSreporting@unaids.org

Desarrollo de indicadores

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

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

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición son:

- (i) encuestas representativas del país basadas en muestras de la población general⁴;
- (ii) encuestas de vigilancia del comportamiento;
- (iii) encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (p. ej., encuestas sobre la cobertura de servicios concretos);
- (iv) sistemas de seguimiento de pacientes;
- (v) sistemas de información sanitaria;
- (vi) vigilancia centinela y
- (vii) el cuestionario del ICPN incluido en este manual.

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

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

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

⁴ Como las encuestas de demografía y salud (EDS), las encuestas sobre indicadores del VIH (EIV) y las encuestas sobre los indicadores múltiples por conglomerados (MICS)

Numeradores y denominadores

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

Se recomienda encarecidamente a los países a que presten mucha atención a las fechas que se atribuyen a los datos específicos cuando calculen un indicador. Si los datos se recogen a horas diferentes para el numerador y el denominador, la precisión y validez de la información se verá afectada.

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

Desglose de los datos: separados fundamentalmente por sexo y edad

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

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

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

Cuando no se tenga fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos se puede extraer de repertorios más grandes de datos, aunque la localización

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

Novedad y representatividad de los datos de la encuesta

Para los indicadores basados en encuestas de la población general, debe usarse la encuesta nacional representativa más reciente. Se reconoce que, en algunos casos, es posible que ello signifique que los datos presentados en esta ronda sean los mismos que en la ronda anterior, puesto que dichas encuestas suelen efectuarse con intervalos de cinco años. No obstante, es importante notificar nuevamente estos datos en esta ronda de informes a fin de comunicar que siguen siendo los mejores datos disponibles en la actualidad.

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

Interpretación y análisis

Las directrices de este manual incluyen una sección sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno de los indicadores básicos a nivel nacional. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la información; el propósito de dicha sección es proporcionar información adicional que ayude a interpretar cada indicador y cualquier cuestión que pueda surgir relacionada al respecto. Asimismo, antes de concluir su Informe nacional sobre los progresos realizados, deben reconsiderar los aspectos que se plantean en la sección, a fin de confirmar la idoneidad de sus datos para cada indicador.

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

Una vez que los países hayan compilado sus informes sobre los progresos realizados, se les recomienda encarecidamente seguir analizando sus datos para comprender mejor su respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorar dicha respuesta. Los países deben observar detalladamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas del VIH, el cambio verificable en el comportamiento y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país está implementando la política de reducir la transmisión maternoinfantil del VIH, ¿tiene también programas sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Si estos programas están en funcionamiento, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente como para producir un impacto en el número de bebés que nacen infectados por el VIH en ese país?

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

Selección de indicadores

Se espera que los países “conozcan su epidemia” y revisen todos los indicadores en función de estos conocimientos para determinar cuáles son aplicables a su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia concentrada sólo entre los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no necesitaría informar sobre los indicadores básicos relacionados con los usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, se recomienda que los países examinen de manera regular la situación para ver si los ejemplos de uso de drogas inyectables son un caso emergente que necesita atención.

Además, al mismo país se le recomendaría calcular no sólo indicadores específicos para los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, sino también indicadores más amplios (p. ej., conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, relaciones sexuales de alto riesgo entre varones y mujeres y uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo) pertinentes al seguimiento de la propagación del VIH a la población general.

Asimismo, los países con una epidemia generalizada deberían revisar los indicadores específicos para las poblaciones clave más expuestas, a fin de establecer si alguno de ellos es aplicable en su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia de alta prevalencia puede también tener una sub-epidemia concentrada entre los usuarios de drogas inyectables, de modo que sería útil calcular y notificar los indicadores que se relacionan con la población más expuesta.

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

- (i) no había datos disponibles para responder a ese indicador
o si
- (ii) el indicador no se consideró pertinente para la situación de la epidemia en el país.

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

Función de la sociedad civil

La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la pericia de las organizaciones de la sociedad civil las convierte en asociados ideales en el proceso de preparación de los Informes nacionales sobre los progresos realizados. Particularmente, las organizaciones de la sociedad civil están en una buena posición para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complementa los datos recopilados por los gobiernos. Asimismo, pueden aportar un criterio de valor para tratar los problemas que enumera el ICPN y su posición es propicia para participar en el proceso de revisión y análisis de los informes sobre los progresos realizados.

Los comités nacionales del sida o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, redes de personas que viven con el

VIH/sida, organizaciones religiosas, mujeres, jóvenes, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores básicos a nivel nacional que fundamentan la Declaración Política sobre el VIH/sida. No está de más insistir en la importancia de lograr la participación del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y sida; la sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad en la Monitoreo y Evaluación de la respuesta de un país al sida.

Los comités nacionales del sida o equivalentes, para lograr una relación fructífera con la sociedad civil durante la preparación de sus informes sobre los indicadores básicos, deben brindar a las organizaciones civiles fácil acceso a sus planes de recopilación de datos y a los datos sobre denominadores, así como un mecanismo directo para presentar y evaluar la información del Informe nacional sobre los progresos realizados. Estos informes deben incluir datos obtenidos de proveedores de servicios de la sociedad civil e indicar la contribución de la sociedad civil a la respuesta nacional al VIH, tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a las organizaciones de la sociedad civil a participar también en talleres de alcance nacional para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de notificación del país. Además, debe darse a la sociedad civil de cada país suficientes oportunidades para revisar y comentar el Informe nacional sobre los progresos realizados antes de que éste se considere terminado y se entregue. Asimismo, el Informe que se presente a ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para asegurar que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

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

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

ONUSIDA aceptará informes sombra de la sociedad civil para la ronda de informes de 2012, tal y como sucedió en rondas anteriores. Cabe señalar que los informes sombra no pretenden convertirse en un proceso de elaboración de informes paralelos de la sociedad civil. ONUSIDA promueve la integración de la sociedad civil en los procesos de elaboración de informes nacionales, siempre y cuando sea posible, tal como se ha descrito. El propósito de los informes sombra es ofrecer un punto de vista alternativo allí donde se considere que la sociedad civil no ha sido incluida como corresponde en el proceso de preparación de informes nacionales o donde los gobiernos no presenten un Informe nacional sobre los progresos realizados, o donde los datos suministrados por el gobierno difieran considerablemente de aquellos recopilados por la sociedad civil en su vigilancia del progreso realizado por el gobierno en la prestación de servicios.

Contenidos del informe

Se espera que en 2012 los países entreguen un informe detallado de todos los indicadores nacionales relacionados con su respuesta.

El Informe debe resaltar los logros, los obstáculos encontrados, y los planes nacionales futuros dirigidos a mejorar las actuaciones, particularmente en aspectos en que los datos señalen los puntos débiles en la respuesta del país. El Informe puede incluir también una nota explicativa breve sobre cada indicador que señale cómo se calcularon el numerador y el denominador y que evalúe la precisión de los datos compuestos y desglosados. Como ya se ha mencionado, si los países no presentan datos sobre un indicador, deben mencionar si se debió a una falta de datos apropiados o si el indicador no se consideró pertinente para su epidemia.

Los gobiernos nacionales son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo de la sociedad civil y sus asociados para el desarrollo. Los

procedimientos mencionados en el presente manual han de seguirse a fin de obtener y calcular la información necesaria para cada indicador. El modelo propuesto (Apéndice 1) puede usarse como plantilla para elaborar el informe descriptivo que ha de presentarse a ONUSIDA.

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

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

Una vez entregados todos los informes nacionales, se harán públicos en el sitio web del ONUSIDA. La presentación de los Informes nacionales sobre los progresos nacionales a través del sitio web del informe mundial de los avances en la lucha contra el sida (www.unaids.org/AIDSreporting) asegurará que los informes descriptivos se publiquen automáticamente en el sitio web en el plazo de una semana después del envío. Por lo tanto, es importante que el Informe se someta a una completa revisión en el país y esté oficialmente respaldado antes de presentarse a ONUSIDA.

Los datos deben validarse para que coincidan con el informe descriptivo. Asimismo debe comprobarse la calidad de todos los datos antes de su envío. Además de la publicación en el sitio web del ONUSIDA de los Informes nacionales sobre los progresos realizados, los datos sobre los indicadores también se darán a conocer después de un proceso de depuración, validación y conciliación de datos en AIDSinfo⁵.

➤ Si hay alguna duda, se insta a los países a dirigirse a ONUSIDA en su país o en Ginebra por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org. Se publicará la información actualizada sobre el proceso de elaboración del informe mundial de los progresos en la lucha contra el sida en sitio web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/AIDSreporting>.

Directrices para la presentación

➤ Los países que necesiten información adicional sobre la herramienta de notificación y los mecanismos de presentación, deberían solicitar asistencia técnica a sus asesores de Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA, y a los grupos de trabajo sobre la Monitoreo y Evaluación del VIH en sus países. El Equipo encargado de la Respuesta, Vigilancia y Análisis, localizado en la Secretaría de ONUSIDA, también puede suministrar apoyo. Se puede poner en contacto con este equipo por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org.

Herramienta para enviar informes

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

⁵ www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo

informe.

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

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

Para minimizar la carga que supone la tarea de notificación, y para facilitar el proceso de entrega de los informes, tanto el envío de los informes mundiales sobre los avances en la lucha contra el sida, como los informes del sector sanitario de la OMS sobre el acceso universal, serán coordinados y realizados a través de la misma herramienta de notificación electrónica.

El país finaliza su entrega al hacer clic en el botón que dice “enviar”. Esto cierra la sesión del país en la herramienta de notificación en línea, y el país no podrá hacer ningún cambio ni añadir nada a su informe presentado a través de esta herramienta.

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

Presentación de informes

Los informes sobre los progresos deberían presentarse a ONUSIDA mediante la herramienta de presentación de informes en línea antes del 31 de marzo de 2012. Esta presentación incluye un informe descriptivo (un archivo de Microsoft Word o PDF) y 30 indicadores mundiales del sida. Una vez entregado el informe descriptivo, éste se publicará en el sitio web de ONUSIDA en el plazo de una semana.

Siempre que sea posible, los datos se deberían introducir directamente a través del sitio web de notificación (www.unaids.org/AIDSreporting). Esto facilitará enormemente el proceso de los datos, y minimizará la posibilidad de cometer errores al introducir datos secundarios en Ginebra.

Nótese que los países que no presenten sus datos mediante la herramienta de notificación en línea, han de entregar sus informes antes del 15 de marzo de 2012 para permitir la introducción manual de la información en la base de datos de la respuesta mundial en ONUSIDA en Ginebra.

Para facilitar cualquier seguimiento que se estime necesario, se recomienda a los países que proporcionen el nombre y la información de contacto de la persona responsable de la presentación del informe nacional sobre los progresos realizados. Nótese que no es necesario tener este informe firmado oficialmente.

Las copias impresas de los informes pueden enviarse a:
Jefe del Equipo, Equipo de vigilancia y análisis de la respuesta.
ONUSIDA, 20 Avenue Appia CH-1211 Ginebra 27, Suiza

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

Notificar la totalidad de los indicadores básicos resulta esencial para que el informe nacional sobre los progresos realizados contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se insta a los países a

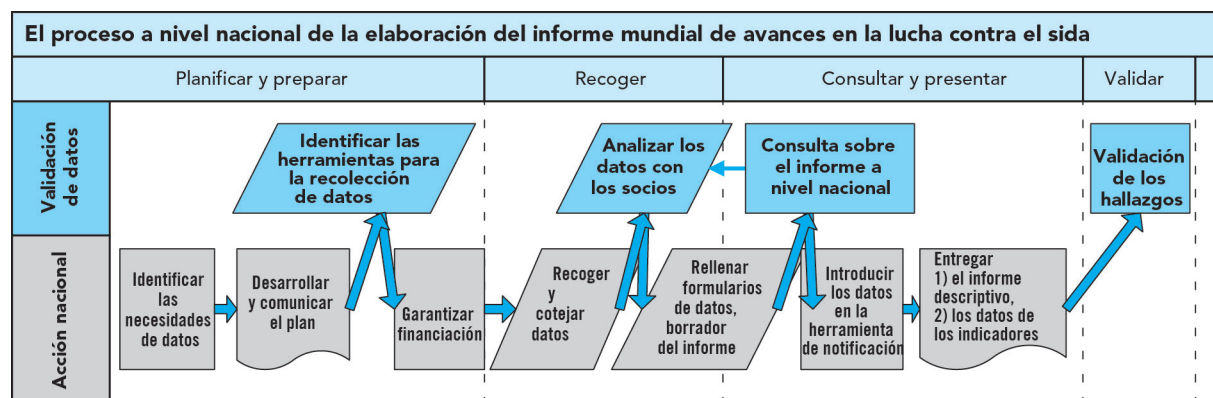
establecer diarios y fechas clave para concluir las tareas necesarias. A continuación se detallan las acciones necesarias para realizar el informe. Bajo la dirección del Comité Nacional del Sida o su equivalente, los países deben llevar a cabo las siguientes tareas:

1. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación a los indicadores de los avances mundiales en la lucha contra el sida;
2. Desarrollar y difundir un plan para la recopilación y análisis de datos y la redacción del informe, que indique las fechas límite y señale las funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otros organismos gubernamentales y de la sociedad civil;
3. Identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos;
4. Garantizar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos;
5. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
6. Analizar los datos en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
7. Rellenar los formularios necesarios y realizar un borrador de la sección descriptiva del informe nacional sobre los progresos realizados;
8. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, comenten el borrador del informe;
9. Validar los datos cotejándolos con el informe descriptivo e ingresarlos en el sitio web de notificación de los avances mundiales en la lucha contra el sida (www.unaids.org/AIDSreportingtool); y
10. Presentar (i) el informe descriptivo y (ii) los datos de indicadores a ONUSIDA en Ginebra antes del **31 de marzo de 2012** o antes del 15 de marzo de 2012 en el caso de los países que no lo hagan a través de la herramienta de notificación en línea.

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

En el Apéndice 4 se incluye una lista de comprobación sumaria para preparar y presentar el informe nacional sobre los progresos realizados. El gráfico que figura a continuación ilustra el proceso.

El proceso a nivel nacional de la elaboración del informe mundial de avances en la lucha contra el sida



Indicadores básicos para la elaboración de un informe mundial de avances en la lucha contra el sida

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

<i>Objetivos</i>	<i>Indicadores</i>
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015 <i>Población general</i>	1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH* 1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años 1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses 1.4 Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual* 1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados 1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*
<i>Profesionales del sexo</i>	1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención 1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente 1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados 1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH 1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina 1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados 1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015	2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año 2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual 2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó 2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a

		una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida ⁶	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil
	3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)
	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral*
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral
Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH
Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación
Objetivo 7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	7.1	Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación)
	7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses
	7.3	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
	7.4	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

⁶ El Plan mundial hacia la eliminación de nuevas infecciones de VIH entre los niños para el 2015 y hacia la visión de mantener a sus madres con vida define este objetivo como:

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

Si desea más información, diríjase a:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015

Población general

- 1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*
- 1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años
- 1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
- 1.4 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*
- 1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
- 1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*

Profesionales del sexo

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

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

1.1 Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas

Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años

Cálculo: Numerador / Denominador

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

Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

Frecuencia de medición: Preferiblemente: cada dos años; mínimo: cada 3 a 5 años

Desglose:

- Sexo
- Edad (15-19 y 20-24)

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años.

Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Entrevistas de carácter demográfico (EDS, EIS, MICS u otra encuesta representativa)

Se pregunta a los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Frecuencia de medición: Cada 3–5 años

Desglose:

- Sexo
- Edad (15-19 y 20-24)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

Más información

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

1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses.

Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 49 años.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas)
Se obtienen datos sobre el historial de la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses.

Frecuencia de medición: Cada 3 a 5 años.

Desglose:

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Más información

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

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

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años de edad) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador.
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.
Frecuencia de medición:	De 3 a 5 años
Desglose:	▪ Sexo ▪ Edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

1.5 Las pruebas del VIH en la población general

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Denominador: Número total de los entrevistados de 15 a 49 años.
En el denominador también se incluyen los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH o del sida.

Cálculo: Numerador / Denominador

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

Se les pregunta a los encuestados:

1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

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

Frecuencia de medición: Cada 3 a 5 años.

Desglose:

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH

Qué mide

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

Base lógica

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

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

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

Desglose: Ninguno.

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes sitios web:

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

1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención

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

Qué mide

Los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo⁷.

Base lógica

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

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

Numerador: Número de profesionales del sexo que respondieron “sí” a las dos preguntas.

Denominador: Número total de profesionales del sexo entrevistados.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Seguimiento del comportamiento u otras encuestas especiales.

Se les pregunta lo siguiente a los profesionales del sexo:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba del VIH?
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p.ej: a través de un servicio de difusión, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)

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

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

⁷ Este indicador sólo abarca dos elementos básicos de los programas de prevención para los profesionales del sexo. Se sabe que el indicador no mide ni la frecuencia con la que los miembros de estas poblaciones acceden a los servicios, ni tampoco la calidad de estos servicios. Estas limitaciones sugieren que el indicador puede sobrestimar la cobertura de los servicios de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo. Si bien se recomienda la vigilancia continuada de este indicador para determinar las tendencias en la cobertura de servicios mínimos, se requieren medidas adicionales a fin de determinar con exactitud si se prestan servicios adecuados de prevención del VIH a estas poblaciones.

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

Frecuencia de medición:

Cada 2 años.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

El acceso a los profesionales del sexo y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si tiene datos disponibles sobre otro período, como los últimos 3 o 6 meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal. Ginebra: ONUSIDA.

1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente.

Denominador: Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.
Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta:

¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente?

Siempre que sea posible, deberían recogerse los datos correspondientes a los profesionales del sexo por medio de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el terreno con esta población de manera muy cercana.

El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Bienal

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales remuneradas en los últimos doce meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos 3 o 6 meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios del instrumento de preparación de informes.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal. Ginebra: ONUSIDA.

1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

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

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuesta de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas especiales.
Se les pregunta a los profesionales del sexo:

1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?
Si la respuesta es afirmativa:
2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

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

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

Frecuencia de medición: Cada 2 años.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

El acceso a los profesionales del sexo y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo

Denominador: Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de medición: Anual

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp
- Se pueden encontrar directrices revisadas para la vigilancia del VIH en las poblaciones clave de mayor riesgo en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

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

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

Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH⁸.

Base lógica

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

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

Numerador: Número de HSH que respondieron “sí” a ambas preguntas.

Denominador: Número total de HSH encuestados.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.

Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual)

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

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

Siempre que sea posible, los datos referentes a los HSH deberían obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Bienal.

Frecuencia de medición:

Desglose: ■ Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

El acceso a los HSH y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si tiene datos disponibles sobre otro período, como los últimos 3 o 6 meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA(2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

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

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.

Denominador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina⁹ en los últimos seis meses.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales
En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.

⁹ Esto incluye tanto parejas habituales como no habituales y relaciones sexuales tanto remuneradas como no remuneradas. Al igual que sucede con todos los indicadores, este indicador sólo aporta información limitada. Para realizar una evaluación exhaustiva de los patrones de riesgo asociados con las relaciones sexuales entre hombres, se necesita más información, por ejemplo, sobre los tipos y los números de parejas y sobre si el individuo es la pareja activa o pasiva.

Siempre que sea posible, los datos de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Cada dos años.

Frecuencia de medición:

Desglose: ■ Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales entre hombres en los últimos seis meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos 3 o 12 meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

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

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

Qué mide

Los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH entre los HSH.

Base lógica

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

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

Numerador: Número de HSH que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos doce meses y que conoce los resultados.

Denominador: Número de HSH incluidos en la muestra.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados:

1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses?
Si la respuesta es afirmativa:
2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted?

Siempre que sea posible, los datos relativos a los HSH deberían recopilarse por medio de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con estas poblaciones.

El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Cada dos años.

Desglose:

- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

El acceso a los HSH y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

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

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.

Denominador: Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de medición: Anual

Desglose: ■ Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp
- Se pueden encontrar directrices revisadas para la vigilancia del VIH en las poblaciones clave de mayor riesgo en:

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

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015

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

2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Los programas de agujas y jeringas tienen el mayor impacto en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, y no son pocas las pruebas científicas que apoyan su eficacia a la hora de prevenir la expansión del VIH. Véase:

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

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

- Bajo: <100 jeringas por UDI por año.
- Medio: >100–<200 jeringas por UDI por año.
- Alto: >200 jeringas por UDI por año.

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

Más información

Se puede obtener una descripción detallada de este indicador en la guía técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA para que los países fijen sus objetivos de acceso universal a la prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH de los usuarios de drogas inyectables (2009): <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- OMS (2004). Efectividad de los programas de agujas y jeringas estériles en la reducción del VIH/sida entre los UDI: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/c4a-needle/en/index.html>
- UNODC. Programa de evaluación a nivel mundial sobre el abuso de drogas. Estimaciones de la prevalencia: métodos indirectos para estimar el alcance del problema de las drogas. Viena, UNODC, 2003.41
- Hickman M et al. Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de drogas: una revisión de los métodos y su aplicación. Boletín de la ONU sobre los narcóticos, 2002, 54:15–32.42
- Departamento estadounidense de servicios sanitarios y humanos, Centro para el control de las Enfermedades, Equipo de vigilancia del PMS. Estrategias de muestreo y herramientas de diseño para las poblaciones en mayor riesgo. HSS-CDC, 2009.43 Disponible en: <http://www.igh.org/surveillance>
- <http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (aquí puede obtener más detalles sobre el Grupo de Referencia, y puede acceder a las estimaciones notificadas a nivel nacional e internacional del consumo de drogas inyectables y del VIH entre los usuarios de drogas inyectables).
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (las directrices de 2010 del grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH).
- Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS (2011). Directrices para realizar un seguimiento de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH. Vea http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual¹⁰.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

Se pide a los usuarios de drogas inyectables que respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?
3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es “sí”: ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

¹⁰ Esto incluye tanto parejas habituales como no habituales y relaciones sexuales tanto remuneradas como no remuneradas. Al igual que sucede con todos los indicadores, este indicador sólo aporta información limitada. Para realizar una evaluación exhaustiva de los patrones de riesgo asociados con las relaciones sexuales y el uso de drogas inyectables, se necesita más información, por ejemplo, sobre los tipos y los números de parejas.

El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

Frecuencia de medición:

Bienal.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Guía técnica para que los países fijen sus objetivos de acceso universal por parte de los usuarios de drogas inyectables a la prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga durante el último mes.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.

Se les pide a los entrevistados que respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa: ¿usó una aguja y jeringa estériles la última vez que se inyectó drogas¹¹?

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población..

El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

¹¹ Puede que esta pregunta tenga que ser modificada en determinados contextos locales. Puede que en algunas culturas de inyección de drogas, por ejemplo, las agujas y las jeringas ya estén expuestas al VIH aún sin haber sido compartidas entre dos usuarios (p. ej., a través de soluciones de drogas compartidas). Las preguntas que formulen deben dejar claro que las agujas y las jeringas usadas sí estaban esterilizadas.

Frecuencia de medición:	Bienal.
Desglose:	▪ Sexo ▪ Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Guía técnica para que los países fijen sus objetivos de acceso universal por parte de los usuarios de drogas inyectables a la prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de encuestados usuarios de drogas inyectables que se ha sometido a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conoce los resultados.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables incluidos en la muestra.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.
Se les pregunta lo siguiente a los encuestados:

1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses?
Si la respuesta es afirmativa:
2. No quiero conocer los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba?

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Bienal.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

El acceso a los usuarios de drogas inyectables y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los usuarios de drogas inyectables. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

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

Más información

Si desea obtener más información, consulte las siguientes referencias:

- Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las ITS (2011): Directrices para realizar un seguimiento de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH. Vea http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf
- Directrices para usar las tecnologías de las pruebas del VIH en el proceso de seguimiento: selección, evaluación e implementación (2010). Vea: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf
 - OMS/UNODC/ONUSIDA (2009). *Guía técnica para que los países fijen sus objetivos de acceso universal por parte de los usuarios de drogas inyectables a la prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH*. Ginebra: OMS.
 - ONUSIDA (2007). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.
 - ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.

2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Numerador: Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las IST: Directrices para realizar un seguimiento de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de medición: Anual

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el siguiente sitio web:

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

Se pueden obtener directrices revisadas sobre el seguimiento del VIH en las poblaciones clave con mayor riesgo en:

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

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

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

3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil

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

Qué mide

Los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales. Este es uno de los cuatro métodos principales de prevención de la transmisión maternoinfantil, junto con la prevención primaria del VIH entre las mujeres de edad fértil, la prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH y el tratamiento, la atención y el apoyo apropiados para las madres que viven con el VIH.

Este indicador permite que los países vigilen la cobertura del suministro de fármacos antirretrovirales a las embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de la transmisión del VIH a los lactantes. Si se desglosa, este indicador muestra un mayor acceso a los regímenes de fármacos antirretrovirales más efectivos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los países que están ampliando nuevas categorías de regímenes. Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovirales distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al régimen. Este indicador no captura la fase final o el régimen post-parto que previene la transmisión durante el periodo de lactancia y reduce la resistencia de la madre a la nevirapina, aunque la OMS recomienda que esta fase final sea una medida estándar de atención para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Puesto que no se recoge esta fase final, los regímenes que se muestran a continuación no se definen como “Opción A” y “Opción B”, como figuran en las directrices de la OMS.

Base lógica

El riesgo de la transmisión maternoinfantil puede reducirse significativamente con enfoques complementarios relacionados con el suministro de fármacos antirretrovirales a la madre (como tratamiento o profilaxis) y profilaxis al lactante, la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante.

Los datos se emplearán para hacer un seguimiento de los avances hacia los objetivos nacionales e internacionales encaminados a eliminar la transmisión maternoinfantil; para informar sobre políticas y planes estratégicos; para tareas de sensibilización; y para aprovechar recursos para lograr una rápida ampliación.

Numerador: Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Denominador: Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.

Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Para el numerador: registros del programa agregados de instrumentos de vigilancia en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información sumaria. Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatales en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatales. Vigilancia de los programas y seguimiento del VIH.
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de vigilancia del país.
Desglose:	El numerador debería desglosarse en las cuatro categorías generales que se describen a continuación:

Aclaración sobre el numerador

El numerador debería desglosarse en las cuatro opciones generales¹² (las tres primeras son recomendadas) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil¹³:

Categoría	Aclaración	Ejemplos
a) terapia antirretroviral para embarazadas seropositivas que reúnen los criterios necesarios para recibir el tratamiento	Régimen antirretroviral triple empleado principalmente para mejorar la salud de la madre y también para reprimir totalmente la replicación del virus antes y durante el alumbramiento y el post-parto. Se da como terapia de por vida a la madre, con el beneficio adicional de reducir la transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el periodo post-parto.	• AZT + 3TC + NVP o • AZT + 3TC + EFV o • TDF + 3TC (o FTC) + NVP o • TDF + 3TC (o FTC) + EFV
b) Profilaxis antirretroviral triple para la madre;	Régimen antirretroviral triple que se usa para prevenir la transmisión vertical del VIH. Se administra desde la 14ª semana de embarazo, hasta que termina el periodo de lactancia.	• ARV triple (desde la semana 14 hasta el fin del periodo de lactancia** • AZT + 3TC + LPV-r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC (o FTC) + EFV **abandonar ARV una semana después de que el niño haya dejado de alimentarse de leche materna
c) AZT para la madre;	AZT se usa en la profilaxis antirretroviral. Se suministra a partir de la 14ª semana de embarazo.	• AZT antes del parto (a partir de la 14ª semana de embarazo) • Dosis única de NVP al comienzo del parto* • AZT + 3TC durante el parto y el alumbramiento*

¹² Las categorías de los distintos regímenes de fármacos antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH son (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf)

¹³ Si bien se recomienda que los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil se inclinen a usar los regímenes más eficaces, cuando se administra una única dosis de NVP hay que registrarlo y notificarlo.

		- AZT + 3TC durante 7 días después del parto* *la mono dosis de NVP y AZT-3TC pueden omitirse si la madre recibe > 4 semanas AZT antes del parto
d) monodosis de Nevirapina únicamente (no recomendada, pero debería registrarse hasta que se elimine);	Una única dosis de nevirapina para la madre administrada durante el parto, como tratamiento profiláctico antirretroviral	Monodosis de nevirapina

Se ha de contar el número de mujeres que recibe un régimen de fármacos antirretrovirales específico.

Aclaración sobre el denominador

Se pueden emplear dos métodos para estimar el denominador:

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

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

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador permite que los países vigilen la cobertura del suministro de medicamentos antirretrovirales a las embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de la transmisión del VIH a los lactantes. Si se desglosa, este indicador muestra un mayor acceso a los regímenes de fármacos antirretrovirales más efectivos para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en los países que están ampliando nuevas categorías de regímenes. Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovirales distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al régimen. Este indicador no captura el uso de regímenes post-parto apropiados para la madre (reducción de la transmisión y la resistencia viral) ni para el lactante (reducción de la transmisión durante el parto), que deberían acompañar a los regímenes de fármacos antirretrovirales para reducir la transmisión materno-infantil durante el parto.

Se recomienda a los países que rastreen y notifiquen el porcentaje real (o estimado, si no hay datos reales disponibles) de la distribución de los distintos regímenes, para que el impacto de los fármacos antirretrovirales en la transmisión materno-infantil pueda ser modelado según la eficacia de cada régimen. Cuando los países carecen de un sistema de recogida y notificación de datos relacionados con el suministro y cobertura de los distintos regímenes de fármacos

antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, deberían establecer tal sistema. Los países que disponen de mecanismos para suministrar a las embarazadas seropositivas los fármacos antirretrovirales a nivel comunitario deberían tener un sistema para recoger los datos relacionados.

Más información

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

- <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antirretroviral2010/en/index.html>
- <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

3.2 Diagnóstico infantil precoz

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Aclaración sobre el numerador

El numerador se ha de extraer de las bases de datos sobre DIP que hay en los laboratorios de análisis. El numerador debería representar el número de lactantes que recibió una prueba virológica dentro de los dos primeros meses tras su nacimiento; no debería representar el número de muestras analizadas en el laboratorio. Los datos deberían extraerse de las bases de datos del laboratorio. Siempre que sea posible, se ha de minimizar el hecho de contar datos por partida doble cuando se añadan los datos para producir datos a nivel nacional. Se espera que el número de lactantes que reciba más de una prueba virológica en los dos primeros

meses de vida vaya a ser bajo. Se han de llevar a cabo esfuerzos para incluir a todos los centros sanitarios públicos, privados y a todos los centros gestionados por ONG donde se realizan pruebas del VIH a los lactantes expuestos al VIH.

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

Aclaración sobre el denominador

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

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

a) Mediante un modelo de proyección como el que produce Spectrum, se usa el dato referente al “*número de embarazadas que necesitan programas de prevención de la transmisión maternoinfantil*” como indicador sustituto,

o;

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

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

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador permite a los países hacer un seguimiento de los avances realizados en lo que se refiere a la realización temprana de pruebas del VIH a los bebés de dos meses o menores expuestos al VIH, que es un aspecto fundamental en la atención y tratamiento que reciban posteriormente. Al limitar la edad a dos meses o menos, se elimina la posibilidad de que se den pruebas repetidas al mismo bebé que lleven a contar un dato por partida doble. La observación de los cambios en este indicador a lo largo del tiempo puede dar indicaciones accionables relacionadas con la cobertura del tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil, y la relación entre la cobertura relacionada con la prevención de la transmisión maternoinfantil y la cobertura del DIP. Los únicos tres campos que se necesitan para este indicador se introducen de forma sistemática en las bases de datos del DIP y laboratorios de análisis. Estos tres campos son: fecha de la recopilación de la muestra, edad en el momento de dicha recopilación (edad real o edad calculada basada en la fecha de nacimiento), y los resultados. Debido al bajo número de laboratorios de análisis, y al formato electrónico de las bases de datos, la tarea de recopilación de datos para este indicador no supone una gran carga. La calidad de los datos en los laboratorios suele ser muy alta, lo que deriva en la producción de un indicador sólido. El indicador no recoge el número de niños con un diagnóstico definitivo (p.ej., infección por el VIH), ni mide si se han facilitado los servicios de seguimiento apropiados al niño basándose en la interpretación de los resultados de las pruebas. Tampoco mide la calidad de las pruebas ni el sistema que se sigue para la

realización de las mismas. Un valor bajo del indicador podría señalar, no obstante, debilidades en el sistema, como una gestión nacional deficiente del suministro de instrumentos para la realización de las pruebas del VIH, una recopilación de datos pobre o una mala gestión de las muestras de las pruebas. El desglose por los resultados de las pruebas no se puede usar como indicador sustituto de los índices de transmisión generales de la transmisión maternoinfantil. Si la cobertura del DIP de necesidad nacional o la cobertura de las pruebas para el DIP en los dos primeros meses de vida son muy bajas, entonces los bajos índices de resultados positivos entre los lactantes no indicarán necesariamente el éxito del programa, dado que es muy fácil que haya lactantes con resultados positivos no incluidos en la muestra.

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

Más información

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

- OMS, UNICEF, ONUSIDA. Hacia el acceso universal: aumentando la prioridad de las intervenciones del VIH/sida en el sector sanitario. Informe sobre los progresos realizados, septiembre de 2010
<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>
- PEPFAR, Guía de referencia de los indicadores de próxima generación, 2009
- GFATM Conjunto de herramientas de Monitoreo y Evaluación. Parte 2: Herramientas para la vigilancia de los programas para el VIH, TB, malaria y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Febrero, 2009
- OMS/UNICEF. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH

3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

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

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

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: La transmisión maternoinfantil probablemente difiera dependiendo del régimen de fármacos antirretrovirales recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum¹⁴ usa la información relacionada con:

- a) La distribución de las embarazadas positivas que han recibido los distintos regímenes antirretrovirales antes y durante el parto por la categoría CD4 de la madre
- b) La distribución de mujeres y niños que han recibido fármacos antirretrovirales después del parto por la categoría CD4 de la madre
- c) El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI por la edad del niño
- d) Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de regímenes de fármacos antirretrovirales y en las prácticas de alimentación de los lactantes¹⁵.

¹⁴ El software Spectrum consiste en una serie de modelos que pueden emplearse para proyectar el impacto de la epidemia del VIH. Spectrum ha sido desarrollado por Futures Institute y puede descargarse desde <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

¹⁵ Hay valores por defecto en Spectrum en caso de que no haya datos disponibles del país

El índice nacional estimado de la transmisión se notifica en Spectrum en la pantalla de resumen de la categoría de niños de 0-14. La variable también se puede calcular usando las variables que en Spectrum se llaman “Nuevas infecciones del VIH” para los niños de 0 a 14 años¹⁶ y dividiendo estos datos por la variable “mujeres que necesitan PTMI”.

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

Frecuencia de medición: Anual

Desglose: Ninguno

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

¹⁶ En el modelo de Spectrum, los niños de 0 a 14 años solo pueden infectarse mediante la transmisión maternoinfantil, por lo que representa el número estimado de nuevos casos de infecciones del VIH, representado por la variable de Spectrum llamada “Nuevas infecciones del VIH (niños de 0 a 14 años)”.

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015

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

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral

Porcentaje de adultos y niños elegible que actualmente recibe terapia antirretroviral

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Denominador: Número estimado de niños y adultos elegibles.

Cálculo: Numerador / Denominador

Se han de notificar los porcentajes para 2011, para poder seguir las tendencias anuales de cobertura.

Método de medición: Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual.

Seguimiento del programa y vigilancia del VIH. Para el numerador: registros de la terapia antirretroviral basada en centros sanitarios, o sistemas de gestión de suministro de los fármacos. Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.

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

Desglose:

- Sexo
- Edad (<15, 15+)
- Si es posible, el indicador para los niños también debería desglosarse por edades <1, 1-4, 5-14 años

Aclaración sobre el numerador

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

El numerador debe ser igual al número de adultos y niños elegibles que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretroviral menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto. Los pacientes que no reciben un tratamiento en la actualidad, en otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.

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

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

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

Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de modelización del VIH, como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de la necesidad relacionada con el VIH y el uso de Spectrum, consúltase la metodología del Grupo de Referencia de ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones.¹⁷

La necesidad o los criterios requeridos para recibir terapia antirretroviral deben coincidir con las definiciones de la OMS sobre el diagnóstico del VIH avanzado (incluido el sida) en adultos y niños.¹⁸

¹⁷ <http://www.epidem.org/reports.htm>

¹⁸ <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>

Puntos fuertes y puntos débiles

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

La proporción de personas que necesitan terapia antirretroviral variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretroviral entre adultos y niños.

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

Más información

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

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

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.

Denominador: Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis de cohorte/ de grupo.

Registros de terapia antirretroviral y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretroviral.

El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento del periodo del 1 de julio de 2009 al 30 de junio de 2010.

Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretroviral (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretroviral, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009 habrán llegado a los resultados de 12 meses para el periodo de información entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011.

Frecuencia de medición:

A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<15, 15+).

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en mayo de 2009, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2009 y mayo de 2010 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), entonces en el duodécimo mes (mayo de 2010) no están en terapia antirretroviral y no se incluyen en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2009, dejó de ir a una visita en junio de 2009, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2010 (en el duodécimo mes), está en terapia antirretroviral y se incluye en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretroviral en mayo de 2009 esté registrado como persona con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2009 y mayo de 2010.

Aclaración sobre el denominador

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

Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2008. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015

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

5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.

Denominador: Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH.

Las estimaciones anuales del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis son calculados por la OMS y están disponibles en: <http://www.who.int/tb/country/en>

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Registros e informes del centro acerca de la terapia antirretroviral; instrumentos de vigilancia de los programas.

Datos y estimaciones de los programas de los casos de TB en personas que viven con el VIH.

Frecuencia de medición: Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de centro y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.

Desglose:

- Sexo
- Edad (<15, 15+)

Puntos fuertes y puntos débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS proporciona anualmente estimaciones de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis, en función de los criterios requeridos específicos del país. Los casos de tuberculosis se definen como los nuevos casos que han ocurrido en ese año, y específicamente excluye los casos latentes. Todas o la mayor parte de las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis deberían recibir terapia antirretroviral, en función de los criterios locales requeridos para ello. El tratamiento para la tuberculosis debería administrarse según las directrices del programa nacional de tuberculosis.

Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas infectadas por el VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, también se verá afectado por una baja utilización de las pruebas del VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y a la terapia antirretroviral, y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores y es conveniente hacer referencia a ellos cuando se interpretan los resultados de este indicador.

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

Si es posible, también se debe informar el número de pacientes atendidos por el VIH que han empezado un tratamiento para la tuberculosis pero aún no reciben terapia antirretroviral. De este modo, se reflejarían los casos de tuberculosis detectados y tratados entre las personas que viven con el VIH.

Más información

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

- OMS (2009). Control mundial de la tuberculosis: seguimiento, planificación, financiación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/tb/country/en>

Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios

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

6.1 Gastos relacionados con el sida

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

Qué mide

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

Base lógica

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

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

Herramienta de medición:

Herramienta/método principal:

1) Medición del Gasto Nacional en Sida(MEGAS)

Instrumentos/métodos alternativos:

2) Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida. No debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido según el método MEGAS y las subcuentas de las Cuentas Nacionales de Salud. Sin embargo, algunas actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud podrían no estar incluidas en las Cuentas Nacionales de Salud.

3) Encuesta del Flujo de Recursos. Ha habido un proceso de armonización y los países seleccionados en la muestra de esta encuesta que han respondido a los cuestionarios podrían introducir la información en la matriz de financiación agrupada por actividades principales. Algunas actividades llevadas a cabo fuera el sistema de salud podrían no incluirse en esta Encuesta del Flujo de Recursos. Además, deberían excluirse del total destinado al sida algunas acciones relacionadas con la población.

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

Método de medición:

Para notificar sobre el indicador del gasto nacional e internacional relativo al sida se debe rellenar la Matriz de Financiación Nacional. En el Apéndice 6 hay más instrucciones sobre la forma de presentar el informe acerca de este indicador a través de la Matriz de Financiación Nacional completada. La portada, así como la información indicada en el Apéndice 2, deben enviarse junto con el Informe nacional sobre los progresos realizados.

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

1. Prevención;
2. Atención y tratamiento;
3. Huérfanos y niños vulnerables¹⁹;
4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa;
5. Incentivos para los recursos humanos;
6. Protección social y servicios sociales (excluidos aquellos para huérfanos y niños vulnerables);
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad
8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa)

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

Los tres grupos principales de fuentes de financiación son:

3. Fuentes públicas nacionales;
4. Internacionales;
5. Privadas nacionales (optativo para el informe mundial sobre los avances en la lucha contra el sida).

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

Frecuencia de medición:

2009, 2010 y 2011 (según estén disponibles)
 Datos del año calendario o fiscal (según estén disponibles)

¹⁹ En el contexto de las estimaciones de las necesidades de recursos y las Valoraciones del Gasto relativo al Sida, los niños vulnerables se definen como aquellos que tienen por lo menos un progenitor vivo pero gravemente enfermo (principalmente a causa del VIH) y es incapaz de cuidarlos.

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

Más información

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

- ONUSIDA (2009). Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS): Clasificación, taxonomía y definiciones. Esta publicación está disponible en:
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>
- UNFPA/ONUSIDA/NIDI. Detalles sobre las encuestas de flujos de recursos, herramientas de encuestas, países en la muestra y más detalles de esta herramienta están disponibles en:
www.resourceflows.org
- Banco Mundial/OMS/USAID (2003). *Guía para producir cuentas nacionales de salud*. Esta publicación y otras herramientas para las cuentas nacionales de salud y las sub-cuentas del sida se pueden ver en: <http://www.who.int/nha>
- Sistemas sanitarios 20/20/USAID (2004). *Directrices metodológicas para realizar un sub-análisis de las cuentas nacionales de salud para el VIH/sida*. Esta publicación puede obtenerse en:
www.healthsystems2020.org
- USAID/Sistemas sanitarios 20/20/ONUSIDA (2009). *Vinculando la MEGAS con las cuentas de salud nacionales. Conceptos y mecánicas*. Esta publicación se puede ver en:
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>

Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

- | | |
|-----|---|
| 7.1 | Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación) |
| 7.2 | Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses |
| 7.3 | Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad* |
| 7.4 | Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses |

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

7.1 Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida

Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN)

Qué mide

El avance en el desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida a nivel nacional.

Base lógica

Este indicador sigue los progresos realizados en el desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida a nivel nacional, para lograr una respuesta efectiva al VIH.

Método de medición:

Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (véase Apéndice 3)

El cuestionario del ICPN se divide en dos partes que tratan las siguientes áreas:

Parte A (para que respondan los funcionarios gubernamentales)

La parte A cubre:

- I. Plan estratégico
- II. Liderazgo y apoyo político
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo
- VI. Monitoreo y Evaluación

Parte B (para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas).

La parte B cubre:

- I. Participación de la sociedad civil²⁰
- II. Liderazgo y apoyo político
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

Algunas preguntas se dan tanto en la Parte A como en la Parte B, para garantizar que se obtienen los puntos de vista de los entrevistados gubernamentales y no gubernamentales, estén de acuerdo o no.

²⁰ Incluida la participación de la sociedad civil en las tareas de Monitoreo y Evaluación.

Frecuencia de medición:	Bienal. Idealmente, el ICPN se rellena durante los 6 meses anteriores a la entrega (es decir, de octubre de 2011 a marzo de 2012 para la ronda de informes de 2012). Puesto que es necesario consultar a diversas partes interesadas, es importante dejar tiempo suficiente para el proceso de recopilación y consolidación de datos.
--------------------------------	---

Métodos

Para responder cada sección, deberán llevarse a cabo (a) un estudio de los documentos pertinentes y (b) entrevistas con personas clave más conocedoras del tema. Es importante presentar un ICPN relleno en su totalidad: verificar las respuestas normalizadas pertinentes y brindar información adicional en los cuadros de texto, donde así se lo solicite. Esto posibilitará un mayor entendimiento de la situación actual del país, brindará ejemplos de buena práctica para que otros puedan aprender de ellos y destacará algunas cuestiones que aún deben mejorarse. Las respuestas al ICPN reflejan el entorno legal, de políticas, de estrategias y de ejecución de programas de la respuesta al VIH. Los cuadros de texto abiertos ofrecen la oportunidad de comentar respecto de aquellas cuestiones que se consideran importantes pero que las preguntas, tal como están formuladas, no logran capturarlas adecuadamente, p. ej., variaciones sub-nacionales importantes; el nivel de aplicación de estrategias, políticas, leyes o reglamentaciones; comentarios sobre las fuentes de los datos, etc. En general, los *anteproyectos* de estrategias, políticas o leyes *no* se consideran “en existencia” (es decir, no hay oportunidad aún de anticipar su influencia en la ejecución del programa), por lo que las preguntas sobre si existe un documento de esa índole deberá responderse con un “no”. Sin embargo, sería útil indicar en los cuadros de texto correspondientes que dichos documentos se encuentran en etapa de anteproyecto.

Si bien la responsabilidad de presentar los datos consolidados del ICPN recae en el gobierno nacional, se aconseja firmemente que los coordinadores técnicos brinden su ayuda para la recopilación, la consolidación y la validación de datos. La compleción exacta del ICPN requiere la participación de una variedad de interesados que deben incluir representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Se recomienda encarecidamente: (a) organizar un taller inicial con interesados clave para acordar el proceso de recopilación de datos del ICPN (incluidos los documentos pertinentes para el estudio teórico, los representantes institucionales a quienes se entrevistará, el proceso que se utilizará para determinar las respuestas finales) y el calendario; y (b) organizar un taller final con interesados clave para presentar, analizar y validar los resultados del ICPN antes de la presentación oficial como parte del Informe mundial sobre los progresos realizados en la lucha contra el sida. El acuerdo respecto de los datos finales del ICPN no requiere que se concilien las discrepancias, si las hay, entre preguntas superpuestas en la Parte A y la Parte B; simplemente significa que cuando hay diferentes perspectivas, los encuestados de la Parte A coinciden en sus respuestas, y los encuestados de la Parte B coinciden en las propias, y se envían las respuestas de ambas Partes.

Si aún no es el caso, es útil ordenar todos los documentos clave (esto es, políticas, estrategias, leyes, directrices, informes, etc.) relacionados con la respuesta al VIH en un solo lugar (p. ej., un sitio web) que posibilite el fácil acceso de todos los interesados. Esto no sólo facilitará la validación de las respuestas al ICPN sino que, lo que tiene mayor importancia, aumentará el conocimiento sobre estos documentos importantes y fomentará su uso en la ejecución de la respuesta nacional al VIH en curso.

Puntos fuertes y puntos débiles

El ICPN es el cuestionario normalizado más completo del que se dispone para evaluar el entorno legal, de políticas, de estrategias y de ejecución de programas para la respuesta al VIH. Aunque generalmente se hace referencia al ICPN como “indicador”, no se usa en ese sentido. Si bien es posible calcular una puntuación general mediante la asignación de un valor a cada respuesta, la importancia del ICPN reside en el proceso de recopilación y conciliación de datos entre las diferentes partes interesadas, el análisis detallado de las respuestas y su utilización en el fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH. El proceso de respuesta al ICPN constituye una oportunidad única para que los distintos interesados evalúen los progresos realizados y analicen qué se necesita para apoyar una respuesta eficaz y eficiente al VIH. Si se responde en colaboración plena, es decir, invitando a la representación adecuada y respetando los diferentes puntos de vista, el proceso del ICPN puede desempeñar un importante papel en el fortalecimiento de la colaboración en el plano nacional y en el aumento de la apropiación compartida de la respuesta al VIH.

Es importante analizar los datos para cada una de las secciones del ICPN e incluir una reseña en la sección descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados en función de: (a) creación de políticas, estrategias y leyes y (b) la aplicación de éstas para apoyar la respuesta al VIH del país. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre preguntas que se superponen en la Parte A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN desde 2003, siempre que estén disponibles²¹.

²¹ Compárese el ICPN de las *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, ONUSIDA 2002, 2005, 2007 y 2009, respectivamente, para seleccionar las preguntas para las cuales se pueden calcular tendencias.

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

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

Qué mide

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

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

Base lógica

A nivel mundial, y en particular en el África subsahariana, los altos índices observados de la infección por el VIH entre las mujeres ha situado en el foco de atención el problema de la violencia contra las mujeres. Cada vez se reconoce más que el riesgo que corren las mujeres y las niñas y su vulnerabilidad con respecto a la infección de VIH está marcado por las arraigadas y dominantes desigualdades de género, y en especial por la violencia contra ellas. Se han llevado a cabo estudios en muchos países que indican que una alta proporción de mujeres han experimentado violencia de una manera u otra en algún punto de sus vidas. Los estudios realizados en Ruanda, Tanzania y Sudáfrica muestran aumentos hasta tres veces mayores en el riesgo de contraer el VIH por parte de las mujeres que han sufrido violencia, comparado con las que no la han experimentado.²²

Numerador:	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses.
Denominador:	Número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, o la ESD/AIS (modulo de violencia doméstica) ²³ , Encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres.

²² <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>

²³ Las preguntas formuladas en el módulo de la EDS sobre la violencia doméstica y el estudio multinacional de la OMS sobre la violencia doméstica y la salud femenina son un poco diferentes. No obstante, las estimaciones producidas de ambas son comparables.

La recopilación de datos sobre la violencia contra las mujeres requiere metodologías especiales que se adhieren a las normativas éticas y de seguridad²⁴ para garantizar que la información se recoge de una manera ética que no supone ningún riesgo a las personas que se someten al estudio, y que en cierto modo maximice la validez de los datos y su fiabilidad.

Frecuencia de medición: 3-5 años

Desglose:

- Edad (15-19, 20-24 y 25-49)
- Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

²⁴ Directrices éticas y de seguridad de la OMS para recopilar datos sobre la violencia contra las mujeres. 2003, <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

derechos y la salud reproductiva de las mujeres son bajos.²⁵

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

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

La compleja relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH ha sido ilustrada conceptualmente en un estudio detallado sobre el estado actual de pruebas y prácticas a la hora de desarrollar e implementar intervenciones y estrategias para tratar la intersección de la violencia contra las mujeres y el VIH.²⁶ Durante más de una década, investigaciones de todo el mundo han documentado el vínculo innegable entre la violencia contra las mujeres y el VIH. Los estudios han demostrado que hay una asociación entre la violencia contra las mujeres y el VIH, dado que los dos son tanto un factor que contribuye a la infección, como una consecuencia de la infección.²⁷ Esta relación se ve a través de una variedad de mecanismos directos e indirectos.²⁸ Por ejemplo:

- El miedo a la violencia puede frenar a las mujeres a la hora de insistir en el uso del preservativo con una pareja masculina de la que sospechen que puede estar infectado con el VIH;
- El miedo a la VPI puede impedir a las mujeres revelar su estado serológico o buscar tratamiento;²⁹
- La penetración vaginal forzada aumenta el riesgo de transmisión del VIH;
- La violación es una manifestación de la desigualdad de género y puede derivar en

²⁵ Invirtiendo en igualdad de género: poniendo fin a la violencia contra las mujeres y las niñas. Informe de UNIFEM, Oct. 2010.

²⁶ OMS (2010). Tratar el tema de la violencia contra las mujeres y el VIH/sida: ¿Qué funciona? Ginebra, OMS.

²⁷ Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Ginebra, OMS, 2009 (en la publicación: Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). Violencia por causa de género y VIH, borrador de informe final.

²⁸ Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) Las intersecciones del VIH y la violencia: direcciones para la investigación y las intervenciones futuras. *Social Science & Medicine*. 50 459-478.

²⁹ Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). Violencia por causa de género y VIH, borrador de informe final.

- la infección por el VIH, aunque esto represente una minoría de los casos
- La violación y otro tipo de abuso sexual y físico pueden derivar en malestar emocional que se manifiesta en comportamientos sexuales arriesgados, con el resultado de que la persona se infecta por el VIH.

Más información

- Invirtiendo en igualdad de género: poniendo fin a la violencia contra las mujeres y las niñas. Informe de UNIFEM, Oct. 2010: OMS (2010).
- Tratar el tema de la violencia contra las mujeres y el VIH/sida: ¿Qué funciona? Ginebra, OMS.
- Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Estrategias de intervención actuales en la intersección entre la violencia de género y el VIH: un estudio sistemático de los materiales publicados y revisados por pares que describen evaluaciones de intervenciones dirigidas a los temas relacionados con el género, la violencia y el VIH*. Ginebra, OMS, 2009
- Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública (2009). Violencia por causa de género y VIH, borrador de informe final.
- Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) Las intersecciones del VIH y la violencia: direcciones para la investigación y las intervenciones futuras. *Social Science & Medicine* 50 459-478.

7.3 Asistencia escolar por parte de los huérfanos

Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad)

Qué mide

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

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

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

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

Base lógica

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

Numerador:

Parte A: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela.

Parte B: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asiste a la escuela.

Denominador:

Parte A: Número de niños que ha perdido a ambos progenitores.

Parte B: Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos.

Cálculo:

Para la parte A y B: Numerador / Denominador

Método de medición:

Encuesta demográfica (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de Indicadores del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).

Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar, se le pregunta a un miembro de dicho hogar:

1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?

2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?
3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar?

Frecuencia de medición: Preferiblemente: bienal.
Mínimo: cada 4 a 5 años

Desglose: ■ Sexo

Aclaración sobre el numerador

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

Puntos fuertes y puntos débiles

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

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

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

El indicador no proporciona información sobre el número real de niños huérfanos. Restringirse a huérfanos de ambos padres y a niños de 10 a 14 años significa que las

estimaciones pueden basarse en cantidades menores en países con epidemias pequeñas o incipientes.

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

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

7.4 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

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

Qué mide

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

Base lógica

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

Numerador: Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico en los últimos 3 meses.

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

Denominador: Número total de los hogares más pobres.

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

Cálculo: Numerador / Denominador

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

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

Como parte de la encuesta al hogar, se debería usar una lista con todos los miembros que forman parte del hogar en la que también aparecen sus edades. El año anterior de realizar la encuesta hay que identificar a todos los hogares donde hay menores de 18 años y donde hay huérfanos. Después, se les pregunta a cada hogar una serie de cuestiones diferentes sobre los tipos de apoyo económico recibido en los últimos 3 meses, y la fuente principal de la ayuda.

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

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

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

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

Frecuencia de medición:

Cada 4 o 5 años.

Desglose:

Se recomienda que los indicadores se desglosen por tipo de apoyo económico para poder realizar un seguimiento de los distintos tipos de ayudas económicas brindadas. En especial, podremos distinguir entre el acceso a las ayudas sociales gratuitas, como las transferencias de dinero en efectivo (a menudo dirigidas a los hogares pobres que se ven obligados a trabajar) y las ayudas para el sustento dirigidas a menudo a los hogares pobres, que están menos sujetos al trabajo.

También se recomienda que el indicador se desglose según haya huérfanos o no en la casa, puesto que la orfandad sigue siendo un indicador determinante de la vulnerabilidad, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los servicios. Cuando sea posible, los datos también deberían desglosarse según el entorno de residencia: rural o urbano. En los países que opten emplear recolección de datos en los hogares situados en otros quintiles de riqueza aparte del más bajo, el indicador también se puede comparar con otros quintiles de riqueza para comprobar si el apoyo económico externo llega al quintil más bajo comparado con los quintiles más ricos..

Puntos fuertes y puntos débiles

Este indicador refleja nuevas pruebas de la necesidad de centrarse más en las dimensiones de la riqueza de la vulnerabilidad. El hecho de tener este objetivo como la base de la extrema pobreza en contextos de alta prevalencia garantiza una buena cobertura de los hogares pobres afectados por el VIH y el sida³⁰. Los indicadores aproximados de las afecciones del sida (como las “enfermedades crónicas”) a menudo se han asociado equivocadamente con el VIH, y ahora tienen asociaciones con los resultados adversos en materia de desarrollo. Además son muy difíciles de definir en los cuestionarios sobre los hogares.

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

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

³⁰ Las pruebas obtenidas de programas de asistencia social realizados en Malawi y Zambia muestran la eficacia de emplear criterios de vulnerabilidad sin hacer referencia específica al sida, a la hora de centrarse en los niños y en las familias afectadas por el sida. Estos programas se dirigen a la población paupérrima y obligada a trabajar, y al usar estos criterios los investigadores descubrieron que se llegaba al 80% de todos los hogares paupérrimos afectados directamente por el VIH y sida y forzado a trabajar (UNICEF 2007).

Apéndices

Apéndice 1. Modelo del informe nacional sobre los progresos realizados

Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional para 2012

Apéndice 3. Instrumento de observación de los Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) 2012

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

Apéndice 5. Bibliografía seleccionada

Apéndice 1: Modelo del Informe nacional sobre los progresos realizados

A continuación figura el modelo completo para la presentación de la parte descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados y las instrucciones detalladas para rellenar las diferentes secciones incluidas en ella. Se recomienda encarecidamente que los datos de los indicadores se entreguen a través de la herramienta de notificación en línea.

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL PAÍS

[Nombre del país]

Fecha de presentación: indique la fecha de envío formal del informe nacional a ONUSIDA.

Índice

I. Situación actual a simple vista

Instrucciones: Esta sección ofrecerá al lector un breve resumen de:

- (a) la participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe;
- (b) la situación actual de la epidemia;
- (c) la respuesta política y pragmática; y
- (d) los datos de los indicadores en una tabla general

II. Panorama general de la epidemia de sida

[Instrucciones: En este apartado se expondrá la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país durante el periodo que va de enero de 2010 a diciembre de 2011, en función de la vigilancia centinela y otros estudios específicos. Debe incluirse la fuente de información de todos los datos aportados.

IV. Respuesta nacional a la epidemia de sida

Instrucciones: Esta sección reflejará el cambio observado en el compromiso nacional y en la ejecución del programa, desglosado en los siguientes aspectos: prevención, atención, tratamiento y apoyo, cambio en los conocimientos y en el comportamiento, así como mitigación del impacto, durante el periodo que va de enero de 2010 a diciembre de 2011.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la implementación de los programas relacionados con el VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH basándose en los datos de los indicadores. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad. Los países también emplearán los datos del ICNP (véase Apéndice 3) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo e implementación de políticas y estrategias, e incluir un análisis de las tendencias de los datos clave del ICNP desde 2003, siempre que estén disponibles. Se insta a los países a que notifiquen datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos que figuran en los informes.

V. Prácticas óptimas

Instrucciones: Esta sección incluirá ejemplos detallados de lo que se considera una práctica óptima en el país en uno o más ámbitos clave (como liderazgo político; entorno político de apoyo; ampliación de programas eficaces de prevención; ampliación de programas de atención, tratamiento y/o apoyo; Monitoreo y Evaluación, mejora de las capacidades; desarrollo de infraestructuras). El objetivo de esta sección es compartir con otros países las lecciones aprendidas.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

Instrucciones: Esta sección ha de centrarse en:

- (a) los progresos realizados hacia los retos clave notificados en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2012, si hay alguno y;
- (b) los obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación (2010-2011) que retrasaron la respuesta nacional, en general, y el progreso hacia el logro de los objetivos, en particular; y
- (c) acciones correctoras concretas planeadas para lograr los objetivos marcados.

VII. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país (si corresponde)

Instrucciones: Esta sección debería centrarse en (a) el apoyo clave recibido de y (b) las acciones que tienen que emprender los asociados de desarrollo para garantizar el logro de los objetivos.

VIII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

Instrucciones: Esta sección debería facilitar (a) una visión general del sistema actual de M+E; (b) los obstáculos encontrados a la hora de implementar un sistema integral de M+E; y (c) acciones correctoras planificadas para superar los obstáculos, y (d) hacer hincapié allí donde sea necesario de la necesidad del desarrollo de las capacidades y la asistencia técnica para las tareas de M+E. Los países deberían basar esta sección en el ICPN (véase Apéndice 3).

ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta/preparación del informe nacional sobre el seguimiento de los progresos hacia la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida.

ANEXO 2: ICPN

*Entregue su informe mundial de los avances en la lucha contra el sida completo antes del **31 de marzo de 2012** usando la herramienta de notificación recomendada.*

Si tiene cualquier duda acerca del informe mundial del sida, póngase en contacto con la Secretaría de ONUSIDA: AIDSreporting@unaids.org

Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional - 2012

Portada

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

País:

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

Nombre:

Cargo:

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

- Dirección: _____ Correo electrónico: _____
 ■ Teléfono: _____ Fax: _____

Periodo cubierto para 2009: año calendario ____ o año fiscal ____

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

Periodo cubierto para 2011: año calendario o año fiscal

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

Divisa local:

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el periodo cubierto para: 2009: _____ / 2010: _____ / 2011: _____

Metodología:

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

Gastos no contabilizados:

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

2009: _____

2010: _____

2011:

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

2009: Sí ____ No ____ / 2010: Sí ____ No ____ / 2011: Sí ____ No ____

Matriz de Financiación Nacional sobre los gastos relativos al sida - 2012

Antecedentes

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

Estructura de la matriz

La Matriz de Financiación Nacional tiene dos componentes básicos:

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

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

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

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

Hay tres grupos principales de fuentes de financiación: públicas nacionales, privadas internacionales y nacionales (optativo para la preparación del informe mundial sobre los avances en la lucha contra el sida).

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

Instrucciones

- La Autoridad/Comité Nacional del sida o equivalente debe designar un coordinador técnico para gestionar la obtención y aportación de datos válidos para la Matriz de Financiación Nacional. Se recomienda que dicho coordinador posea conocimientos apropiados de los instrumentos y metodologías que actualmente se usan en el país para la recopilación de este tipo de datos financieros (p. ej., Medición del Gasto Nacional en sida, Cuentas nacionales de salud y Encuestas de flujos de recursos). Además, se insta al coordinador a que se ponga en contacto con otras personas de los puntos de seguimiento de los recursos nacionales, como los funcionarios del Ministerio de Salud que han participado en la elaboración de informes sobre los gastos relativos al VIH. El propósito de esta participación es lograr un acuerdo en cuanto a la estimación nacional de los desembolsos relativos al VIH y evitar la duplicación de iniciativas.
- Se insta a los países a que incorporen todos los detalles posibles en la Matriz de Financiación Nacional, incluidos todos los desgloses pertinentes por categorías y subcategorías de gasto relativo al sida y fuente de financiación. Todas las categorías y subcategorías que no sean aplicables a un país deben identificarse claramente; las explicaciones de las categorías y subcategorías que no incluyan estimaciones por ninguna otra razón deben aportarse a la matriz como parte de la portada.
- Los datos financieros de la matriz deben ser los gastos reales. No deben incluir partidas del presupuesto que no se hayan validado como gastos reales ni se deben hacer constar sumas correspondientes a compromisos u obligaciones. Los gastos reales deben corresponder al(los) año(s) calendario(s) o fiscal(es) de 2009, 2010 y/o 2011 (como corresponda).
- El total del apartado de cada línea debe incluir la financiación de todas las fuentes enumeradas para dicho apartado. Además, se consignará un subtotal para cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida, que reflejará la financiación total correspondiente a todas las fuentes de todas las subcategorías de determinada categoría.
- Las cantidades de cada categoría o subcategoría deben consignarse en la divisa local. Sin embargo, también es importante hacer constar la tasa promedio de cambio en relación con el dólar estadounidense correspondiente al año calendario o fiscal del periodo de información cubierto; véase la portada de la Matriz de Financiación Nacional en la página 108.

- Las categorías y subcategorías de gasto están diseñadas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “Otros/sin clasificar” que aparece en cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida. (La descripción detallada de las categorías y subcategorías está disponible en la publicación de ONUSIDA *Medición del gasto nacional en sida (MEGAS): Taxonomía, clasificación y definiciones*. Véase la referencia más abajo).
- Los gastos se computarán exclusivamente en una sola categoría o subcategoría; nunca deben contarse dos veces. Por ejemplo, los gastos en actividades para los huérfanos y niños vulnerables no se deben volver a computar en protección social y servicios sociales.
- Las categorías y subcategorías correspondientes a las fuentes de financiación están concebidas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “otros” que aparece tanto en las fuentes públicas como en las internacionales. Tenga en cuenta que la lista de categorías y subcategorías de fuentes de financiación no es exhaustiva; sin embargo, menciona las principales fuentes de financiación.
- La financiación en las subcategorías central/nacional y subnacional de las fuentes públicas **sólo** debe incluir los ingresos generados por el gobierno y destinados a la respuesta al sida. **No** debe figurar la asistencia para el desarrollo de ningún tipo proveniente de fuentes internacionales; la única excepción posible sería el apoyo presupuestario de organizaciones donantes que no puede diferenciarse de los ingresos nacionales. Si la cifra total de apoyo al presupuesto puede identificarse, debe figurar en la subcategoría de fuentes internacionales (p. ej., bilaterales). Si algún tipo de ayuda presupuestaria se incluye en las subcategorías central/nacional y/o subnacional, debe indicarse en la portada (véase más arriba).
- La financiación procedente de un banco de desarrollo debe hacerse constar tanto como “reembolsable” (p. ej., préstamos), que aparece en fuentes públicas, o “no reembolsable” (p. ej., subvenciones) que aparece en fuentes internacionales. Los países que reciben préstamos y subvenciones de los bancos de desarrollo deben tener cuidado de asignar dichos fondos a las categorías correctas.
- La financiación aportada por donantes bilaterales individuales **no** debe desglosarse por organismo donante en la matriz de financiación.
- Los fondos aportados por las fundaciones internacionales deben figurar en la subcategoría “Todas las otras” de la categoría internacional. Los fondos recibidos de fundaciones locales deben figurar en la subcategoría “Todas las otras” de la categoría fuentes de financiación públicas.
- Es optativo dar información sobre la financiación procedente de fuentes privadas. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a los países que recopilen los datos disponibles en este ámbito, e informen sobre ellos, para ofrecer un panorama más completo de los fondos disponibles para la respuesta al sida.
- Las poblaciones clave en alto riesgo: todos los programas dirigidos a la población más expuesta, incluidas las actividades de reducción del riesgo o de alcance (también entre pares), las pruebas y asesoramiento confidencial relacionados al VIH, y la

prevención de la transmisión sexual del VIH (incluidos el uso de condones, la prevención y el tratamiento de las ITS), y todos los programas dirigidos al desarrollo y adquisición de habilidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por el VIH debería clasificarse en la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.08 Programas de prevención para los profesionales del sexo y sus clientes*; *ASC.01.09, Programas para los HSH* o *ASC.01.10 Programas de reducción del daño para los UDI*.

- Todos los programas dirigidos a otras poblaciones específicas (p.ej., grupos indígenas, poblaciones migrantes/móviles, los militares, la policía y otros servicios de uniforme, etc.), incluidas las actividades de reducción del riesgo, de difusión (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluyendo preservativos, prevención y tratamiento de las ITS) y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.04 Programas de reducción del riesgo para las poblaciones vulnerables y accesibles*.
- Programas dirigidos a la población general: todos los programas dirigidos a la población general, incluidas las actividades de reducción del riesgo, de difusión (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluyendo preservativos, prevención y tratamiento de las ITS) y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.01 Comunicación para el cambio social y de comportamiento*, *ASC.01.02 Movilización comunitaria*, *ASC.01.03 Pruebas y asesoramiento relativos al VIH*, *ASC.01.12 Publicidad social de los preservativos*, *ASC.01.13 Sector público y comercial, provisión de preservativos masculinos* y *ASC.01.14 Sector público y comercial, provisión de preservativos femeninos*.
- Incentivos para los recursos humanos: estos gastos están dirigidos a garantizar la disponibilidad de los recursos humanos para la respuesta al sida. Los incentivos para los recursos humanos se refieren a la formación, retención, empleo y reconocimiento de la actuación de calidad de los trabajadores del sector sanitario y los administradores del trabajo en el sector del VIH. Por tanto, solo tienen como objetivo incluir incentivos adicionales para este propósito. El costo directo asociado con los recursos humanos se incluye en los costes de otras categorías de gasto. Por ejemplo, los recursos humanos se cuentan dentro de los costes unitarios de intervenciones de prevención y tratamiento—*ASC.01 Prevención* y *ASC.02 Cuidado y tratamiento*—y, cuando se refiera a los recursos humanos requeridos fuera del punto de entrega de servicios, se incluirá en el coste del programa también -*ASC.04 (Gestión del Programa)*. Por tanto, el salario de un doctor debería contarse en las intervenciones programáticas donde este doctor interviene de manera directa. Solo los incentivos monetarios adicionales al doctor, para que trabaje en una zona geográfica específica o para que trabaje sobre el VIH, se clasificarían bajo la categoría *ASC.05 Incentivos para los Recursos Humanos*. Los incentivos para los recursos humanos se refieren principalmente a las enfermeras y a los doctores.
- En la columna de fuentes privadas correspondiente a empresas, deben figurar los fondos desembolsados en el país por las diversas empresas en las distintas categorías y subcategorías de gasto relativo al sida; la columna adyacente,

“Consumidor/desembolsos directos”, debe incluir los fondos desembolsados por personas y/o familias en las categorías y subcategorías de gasto relativo al sida. (Nota: es probable que la mayor parte de las entradas de esta última columna figure en las categorías y subcategorías de atención y tratamiento y prevención).

- Si un país dispone de un programa de Cuentas Nacionales de Salud, debe implementar la MEGAS-NHA Crosswalk, a la hora de rellenar la Matriz de Financiación con los resultados del NHA-sida. El documento Vinculando los conceptos y mecánicas del MEGAS y NHA es una guía completa que muestra cómo hacer coincidir las categorías de gasto de las cuentas de NHA-sida con la Matriz de Financiación Nacional. Los países pueden ponerse en contacto con el oficial de Monitoreo y Evaluación de la oficina de ONUSIDA de su país o con el Equipo de seguimiento y análisis de la respuesta en la sede de ONUSIDA en Ginebra.
- Si un país trabaja a partir de una Encuesta de flujo de recursos, tal vez pueda vincular los subtotales de la encuesta con las ocho categorías de gasto relativo al sida de la Matriz de Financiación Nacional.
- Las versiones electrónicas de Cuaderno para producir la Medición del Gasto Nacional en sida (NASA) Clasificación, Taxonomía, Definiciones pueden descargarse de la siguiente página del sitio web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/> También puede descargarse una versión electrónica de la Matriz de Financiación Nacional en formato Excel del mismo sitio web.
- La Secretaría de ONUSIDA recomienda encarecidamente que la CNS, o equivalente, organice un taller de un día de duración con las partes interesadas pertinentes para revisar la Matriz de Financiación Nacional antes de enviarla como parte del proceso de preparación del informe mundial de los avances en la lucha contra el sida. Entre las partes interesadas pertinentes se incluirán a los ministerios y departamentos gubernamentales federales y provinciales/regionales/estatales, las organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, los órganos multilaterales, los donantes bilaterales, las fundaciones y entidades del sector comercial, así como los representantes de otras iniciativas pertinentes de seguimiento de recursos.

La Matriz de Financiación Nacional está disponible en el sitio web destinado al informe mundial de avances en la lucha contra el sida: www.unaids.org/AIDSreportingtool

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

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

Matriz de financiación nacional — 2012

Categorías de gasto relativo al sida												
TOTAL (Divisa local)												
1. Prevención (subtotal)												
1.01 Comunicación para el cambio social y comportamental												
1.02 Movilización de la comunidad												
1.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)												
1.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles												
1.05. Prevención de jóvenes escolarizados												
1.06. Prevención de jóvenes no escolarizados												
1.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV												
1.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes												
1.09 Programas de prevención para HSH												
1.10 Programa de reducción de daños para CDI												
1.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo												
1.12 Comercialización social de preservativos												
1.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial												
1.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial												
1.15 Microbicidas												
1.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS												
1.17 Prevención de la transmisión materno-infantil												
1.18 Circuncisión masculina												
1.19 Seguridad hematológica												
1.20 Inyecciones médicas seguras												
1.21 Precauciones universales												
1.22 Profilaxis posterior a la exposición												
1.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención												
1.99 Actividades de prevención sin clasificar en otras categorías												
2. Atención y tratamiento (subtotal)												
2.01 Atención ambulatoria (subtotal)												
2.01.01 Asesoramiento y pruebas indicadas por el proveedor												
2.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas												
2.01.03 Terapia antirretroviral												
2.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretroviral												
2.01.05 Vigilancia específica de laboratorio del VIH												
2.01.06 Programas de atención odontológica para PVV												
2.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo												
2.01.08 Atención paliativa ambulatoria												
2.01.09 Atención domiciliar												
2.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales												
2.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención												
2.01.99 Servicios de atención ambulatoria sin clasificar en otras categorías												
2.02 Atención hospitalaria (subtotal)												
2.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas												
2.02.02 Atención paliativa hospitalaria												
2.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención												
2.02.99 Servicios hospitalarios sin clasificar en otras categorías												
2.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia												

109

Apéndice 3. Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012

PAÍS:

Nombre del funcionario del Comité Nacional del sida encargado de la presentación del ICPN a quien pueden dirigirse dudas, si las hubiera:

Dirección postal:

Tel:

Fax:

Correo electrónico:

Fecha de presentación:

INSTRUCCIONES

El siguiente instrumento mide los avances realizados en material de desarrollo e implementación de las políticas, estrategias y leyes nacionales sobre el VIH. **Es parte integral de la lista de indicadores básicos y debe completarse y presentarse como parte del informe nacional sobre los progresos realizados de 2012.**

Esta quinta versión del ICPN y primera versión revisada desde que la herramienta cambiara su nombre a Instrumento de observación de los Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN), en lugar de Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), ha sido actualizada para que refleje la nueva orientación pragmática relativa al VIH y coincida con la nueva Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida. Se ha incluido una orientación adicional para aumentar la validez de las respuestas y la posibilidad de comparar datos entre los distintos países. La mayoría de las preguntas son idénticas a las del ICPN de 2005, 2007 y 2009, lo cual permite realizar un análisis de las tendencias. Se recomienda encarecidamente a los países que lleven a cabo un análisis de tendencias e incluyan una descripción de los avances realizados en materia de (a) desarrollo de las políticas, estrategias y leyes, y (b) aplicación de las mismas en apoyo a la respuesta nacional al VIH. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre las preguntas que se superponen en las partes A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN desde 2003, siempre que estén disponibles¹⁵.

I. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El ICPN se divide en **dos partes**, (las secciones que figuran en la parte A y B se han reorganizado desde la última ronda de notificación).

Parte A, que se entrega para que respondan los funcionarios gubernamentales.

Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo
- VI. Vigilancia y evaluación

Parte B, que se entrega para que respondan los representantes de organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca:

- I. Participación de la sociedad civil
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

Algunas de las preguntas figuran tanto en la parte A como en la parte B para asegurar que se obtienen las opiniones tanto del gobierno nacional como de informantes no gubernamentales, coincidan o no.

¹⁵ Compárese el ICPN de las Directrices para el desarrollo de los indicadores básicos, ONUSIDA, 2003, 2005, 2007, 2009 respectivamente, para seleccionar las preguntas con las que pueden calcularse las tendencias.

En las preguntas que se refieren a las poblaciones clave de mayor riesgo de contraer el VIH (de ahora en adelante denominadas “poblaciones clave”) y a otras poblaciones vulnerables, corresponde la siguiente definición: “Las poblaciones clave se definen como las poblaciones que tienen un **mayor riesgo de contraer el VIH (de aquí en adelante se denominarán poblaciones clave)** dentro de un contexto epidemiológico definido; como las poblaciones que están situadas en los niveles de riesgo más altos en lo que se refiere a la adquisición y transmisión del virus, y las que tienen una mayor tasa de mortalidad y/o morbilidad. El acceso a los servicios suele ser mucho más bajo que el del resto de la población. Según la enfermedad y el país del contexto, algunos grupos de población requerirán atención explícita (por ejemplo, los usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo, y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres). Otros grupos de población que pueden ser vulnerables al VIH son las mujeres y niñas; los transexuales; los clientes de los profesionales del sexo; prisioneros; refugiados, migrantes o poblaciones desplazadas de forma interna; personas que viven con el VIH; adolescentes y jóvenes; niños vulnerables y huérfanos; personas con discapacidades, minorías étnicas; las personas con ingresos bajos; las personas que viven en entornos rurales o aislados y demás grupos específicos del contexto nacional.

Es importante presentar un ICPN totalmente cumplimentado. Se ruega marcar las respuestas estandarizadas que correspondan y proporcionar información adicional en los cuadros de texto cuando se solicite. Esto facilitará un mejor entendimiento de la situación actual del país, aportará ejemplos de buenas prácticas para que otros aprendan, e identificará algunas cuestiones para seguir mejorando. Las respuestas del ICPN reflejan la ejecución general de las políticas, estrategias, leyes y programas relacionados con la respuesta al VIH. Los cuadros de texto en blanco brindan la oportunidad de comentar cualquier asunto que se considere importante y no se haya tratado lo suficiente en las preguntas estandarizadas (por ejemplo: importantes variaciones sub-nacionales; nivel de aplicación de las leyes, políticas o regulaciones; notas explicativas; comentarios sobre fuentes de datos, etc.). En general, los proyectos de estrategias, políticas o leyes no se consideran ‘existentes’ (es decir, no ha habido oportunidad aún de que ejerzan influencia en la ejecución de los programas), de modo que la respuesta a la pregunta de si dichos documentos existen debe ser negativa. No obstante, conviene aclarar en el correspondiente recuadro en blanco que existe una versión preliminar de dichos documentos.

La responsabilidad general de recopilar y presentar la información para el ICPN recae sobre los gobiernos nacionales, por medio de sus Comités Nacionales del Sida (CNS) o equivalentes.

II. PASOS PROPUESTOS PARA LA RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS

El ICPN debe completarse, en la medida de lo posible, durante los seis últimos meses del periodo de preparación del informe (es decir, entre octubre de 2011 y marzo de 2012 para la ronda de notificaciones de 2012). Como es preciso consultar a varias de las partes implicadas, es importante asignar el tiempo adecuado a la recopilación y el proceso de consolidación de datos.

1. Designación de dos coordinadores técnicos (uno para la parte A; otro para la parte B)

Los coordinadores técnicos deben ser los responsables de llevar a cabo el análisis teórico, realizar las entrevistas como es preciso, reunir a las partes interesadas que corresponda, y facilitar la recopilación y consolidación de los datos del ICPN. El coordinador técnico de la parte A será preferiblemente del CNS (o equivalente) y el de la parte B una persona ajena al gobierno. En la medida de lo posible, es conveniente que ambos posean formación en el campo de la vigilancia y evaluación, conozcan a los actores principales de la respuesta nacional al VIH, y dominen la política nacional y el entorno jurídico.

2. Acuerdo con las partes interesadas sobre la recopilación de datos del ICPN y el proceso de validación

La cumplimentación escrupulosa del ICPN exige la participación de un conjunto de partes interesadas, entre las que deben figurar representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Se recomienda encarecidamente organizar un taller inicial con las partes interesadas clave para acordar el proceso de recopilación de datos del ICPN, lo que incluye los documentos pertinentes para el análisis teórico, los representantes de organizaciones que serán entrevistados, y el proceso que se empleará para determinar las respuestas finales y el calendario.

3. Obtención de datos

Los datos del ICPN presentado deben representar la descripción más reciente de los entornos normativos, estratégicos y jurídicos. Dado que en el proceso participan varias partes interesadas y los datos deben reunirse antes de la presentación oficial a ONUSIDA, es importante conceder el tiempo suficiente para su cumplimentación.

Cada apartado debe completarse mediante la realización de las siguientes tareas:

(i). Análisis teórico de los documentos pertinentes.

Conviene, en caso de que no se haya hecho todavía, recopilar todos los documentos básicos (es decir, políticas, estrategias, leyes, directrices, informes, etc.) relativos a la respuesta al VIH en un lugar al que todas las partes interesadas puedan acceder con facilidad (como un sitio web). Eso no sólo facilitará la validación de las respuestas del ICPN, sino que además, y lo que es más importante, aumentará la sensibilización acerca de la importancia de estos documentos para la ejecución de la respuesta nacional al VIH y a la larga promoverá su utilización.

(ii). Entrevista (u otras formas que resulten eficaces para obtener información) de las personas clave mejor informadas sobre ese tema, incluidas, aunque no solamente, las siguientes:

- *Para las secciones “plan estratégico y apoyo político”*: el director o subdirector del Programa Nacional del Sida o del Comité Nacional del Sida (o equivalente), los responsables del Programa Provincial y de Distrito del Sida (o niveles descentralizados equivalentes).
- *Para el apartado “vigilancia y evaluación”*: funcionarios del Comité Nacional del Sida (o equivalente), del Ministerio de Salud, puntos focales sobre el VIH de otros ministerios y el grupo técnico de trabajo nacional de vigilancia y evaluación.
- *Para las cuestiones relacionadas con los derechos humanos*: funcionarios del Ministerio de justicia y comisionados de derechos humanos para las preguntas de la parte A; representantes de las organizaciones de derechos humanos y otras organizaciones de la sociedad civil y centros/instituciones de ayuda jurídica que trabajan en el campo del VIH para las preguntas de la parte B.
- *Para el apartado “participación de la sociedad civil”*: representantes clave de organizaciones importantes de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH. Eso incluye concretamente representantes de las redes de personas que viven con el VIH, de los grupos de población más expuestos y de otros grupos de población vulnerables.
- *Para las secciones “prevención” y “tratamiento, atención y apoyo”*: Ministerios y principales organismos y organizaciones de ejecución que trabajan en este campo, incluidas las organizaciones no gubernamentales y las redes de personas que viven con el VIH.

Obsérvese que a las personas entrevistadas no se les pide que proporcionen su opinión personal, sino su opinión en calidad de representantes de sus instituciones o distritos.

4. Validación, análisis e interpretación de los datos

Una vez rellenado todo el ICPN, los coordinadores técnicos deberán revisar cuidadosamente todas las respuestas para determinar si hacen falta consultas adicionales o la revisión de más documentos.

Es importante analizar los datos de cada uno de los apartados del ICPN e incluir una reseña en el Informe nacional sobre los progresos realizados en materia de desarrollo de políticas/estrategias y ejecución de los programas para contener la epidemia de VIH del país. También deben incluirse comentarios sobre las coincidencias/discrepancias de las preguntas de la parte A y la parte B que se superponen, así como un análisis de las tendencias de los datos clave del ICPN desde 2003, cuando estén disponibles.

Se recomienda encarecidamente organizar un taller final con las partes interesadas fundamentales para presentar, debatir y validar las respuestas del ICPN y la reseña con las conclusiones antes de la presentación oficial. Se prevé que los representantes de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH sean invitados a participar. Eso incluye específicamente a los representantes de las personas que viven con el VIH, los grupos de población clave y otros grupos vulnerables. También es importante que las personas con conocimientos especializados sobre género y otras poblaciones clave estén involucradas en el proceso de evaluación y validación. Idealmente, en el taller se revisarán, en la medida de lo posible, los resultados de la última ronda de elaboración del informe haciendo hincapié en los cambios que se hayan producido desde entonces y centrándose en la validación de los datos del ICPN. La coherencia de los datos finales del ICPN no supone la eliminación de las discrepancias, si las hubiera, entre las preguntas que se superponen en las partes A y B; simplemente supone que, cuando las perspectivas de los informantes difieran, concuerden las respuestas de la parte A por un lado, de la parte B por otro, y ambas sean presentadas. Si no hay mecanismos establecidos, el taller puede constituir también una buena oportunidad para plantear una mayor colaboración entre las partes interesadas que corresponda a fin de abordar las principales deficiencias detectadas durante el proceso del ICPN.

5. Entrada y presentación de datos

El ICPN final debe presentarse antes del 31 de marzo de 2012 utilizando la herramienta informática disponible para tal fin en el sitio web dedicado al envío de informes mundiales sobre los progresos en la lucha contra el sida (www.unaids.org/AIDSReporting). Si no fuera posible, debe librarse el cuestionario completo en versión electrónica como apéndice del Informe nacional sobre los progresos realizados antes del 15 de marzo de 2012 para que los datos puedan introducirse manualmente en Ginebra.

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PROCESO DE RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS

Describa el proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN:

Describa el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas:

Destaque las cuestiones, en caso de haberlas, relacionadas con los datos finales del ICPN presentados (como la calidad de los datos, posibles interpretaciones equívocas de las preguntas o puntos similares):

ENTREVISTADOS PARA EL ICPN

[Indique los datos de todos los entrevistados cuyas respuestas se han recogido para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añada tantas filas como sean necesarias]

ICPN - PARTE A [para que respondan los funcionarios gubernamentales]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la Parte A [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI

Agregue detalles de cada entrevistado.

ICPN - PARTE B [para que respondan las organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la Parte B [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V

Agregue detalles de cada entrevistado.

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PARTE A

[para que respondan los funcionarios gubernamentales]

I. PLAN ESTRATÉGICO

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2.)

Sí

No

Si la respuesta es **Sí**, indique el periodo cubierto [escribalo dentro]:

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior.
SI LA RESPUESTA ES “NO” O “NO CORRESPONDE”, explique brevemente los motivos.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, responda las preguntas 1.1 a 1.10; **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA**, pase a la pregunta 2.

1.1. ¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

Nombre de los ministerios u organismos gubernamentales [rellenar]:

1.2. ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

SECTORES	Incluido en la estrategia		Presupuesto asignado	
<i>Educación</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Salud</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Trabajo</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Ejército/Policia</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Transporte</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Mujeres</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Otros [especificar]:</i>	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No

Si NO hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para asegurar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector

1.3. La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones clave/otras poblaciones vulnerables, entornos y asuntos interrelacionados?

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES		
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas*</i>	Sí	No
ESCENARIOS		
<i>Prisiones</i>	Sí	No
<i>Escuelas</i>	Sí	No
<i>Lugares de trabajo</i>	Sí	No
ASUNTOS INTERRELACIONADOS		
<i>Tratamiento del estigma y la discriminación</i>	Sí	No
<i>Capacitación y/o igualdad de género</i>	Sí	No
<i>VIH y pobreza</i>	Sí	No
<i>Protección de los derechos humanos</i>	Sí	No
<i>Participación de las personas que viven con el VIH</i>	Sí	No

* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique cómo se identificó a las poblaciones clave

1.4. ¿Cuáles son las poblaciones clave y los grupos vulnerables a los que van destinados los programas nacionales del VIH? [especificar]

POBLACIONES CLAVE

1.5. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Sí

No

1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

a. objetivos formales del programa?	Sí	No
b. metas o hitos claros?	Sí	No
c. un desglose de los costos de cada área programática?	Sí	No
d. una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa?	Sí	No
e. un marco de vigilancia y evaluación?	Sí	No

1.7. ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil* en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

Participación activa

Participación moderada

Participación nula

* La sociedad civil incluye, entre otros: las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes, grupos afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, los migrantes, refugiados/poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones religiosas; las organizaciones de servicios relacionados con el sida; las organizaciones comunitarias; las organizaciones sindicales, las organizaciones de derechos humanos; etc. Nótese: El sector privado se considera por separado.

SI LA PARTICIPACIÓN ES ACTIVA, explique brevemente cómo se organizó:

--

SI LA PARTICIPACIÓN ES NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:

--

1.8. ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

Sí	No	N/C
----	----	-----

1.9. ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
-------------------------	-----------------------	----	-----

SI LO HAN HECHO ALGUNOS o NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste/armonización y por qué:

--

2. ¿Ha integrado el país el VIH en sus planes de desarrollo general, tales como: (a) el plan de desarrollo nacional, (b) la evaluación nacional común / el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, (c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y (d) el enfoque multisectorial?

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se integra el apoyo al VIH en alguno de los siguientes planes de desarrollo específicos?

PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS			
<i>Evaluación nacional común/marco de la ONU para la asistencia al desarrollo</i>	Sí	No	N/C
<i>Plan de desarrollo nacional</i>	Sí	No	N/C
<i>Estrategia para la reducción de la pobreza</i>	Sí	No	N/C
<i>Enfoque multisectorial</i>	Sí	No	N/C
<i>Otros [especificar]:</i>	Sí	No	N/C
	Sí	No	N/C

2.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?

ÁREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL O LOS PLANES DE DESARROLLO		
<i>Alivio del impacto del VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción del estigma y discriminación</i>	Sí	No
<i>Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)</i>	Sí	No
<i>Mayor poder económico de las mujeres (p. ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)</i>	Sí	No
<i>Otros [especificar a continuación]:</i>	Sí	No

3. ¿Ha evaluado el país el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

Sí	No	N/C
----	----	-----

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala del 0 al 5 (donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”), ¿en qué grado ha incidido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, la policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.)?

Sí	No
----	----

5. ¿Ha seguido el país los compromisos acordados en la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida?*

Sí	No
----	----

* Declaración Política sobre el VIH/sida: intensificando los esfuerzos para eliminar el VIH/sida, A/RES/65/277, 10 de junio de 2011

5.1. *¿Se han revisado el presupuesto y la estrategia nacionales como corresponde?*

Sí	No
----	----

5.2 *¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?*

Estimaciones y necesidades futuras y actuales	Solo estimaciones de necesidades futuras	No
---	--	----

5.3. *¿Se hace un seguimiento de la cobertura del programa del VIH?*

Sí	No
----	----

(a) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, ¿se vigila la cobertura por sexo (masculino, femenino)?

Sí	No
----	----

(b) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, ¿se vigila la cobertura por grupos de población?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué sectores de la población?

[illegible]

Explique brevemente cómo se usa esa información:

[illegible]

(c) *¿Se vigila la cobertura por zona geográfica?*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

[illegible]

Explique brevemente cómo se usa esa información:

5.4. *¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud?*

Sí

No

Incluya información sobre cómo esto ha impactado en las infraestructuras relacionadas con el VIH, en los recursos humanos y capacidades, y en los sistemas logísticos de suministro de fármacos:

6. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el VIH/sida y demuestran su liderazgo a través de varias formas: la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas del VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas del VIH.

1. *¿Los siguientes altos cargo hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales, al menos dos veces por año?*

A. Ministros del gobierno

Sí

No

B. Otros altos cargos a nivel subnacional

Sí

No

1.1. *En los últimos doce meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?*

(Por ejemplo, prometió más recursos para rectificar los puntos débiles identificados en la

Sí

No

respuesta al VIH, habló del VIH como un tema que concierne a los derechos humanos en un foro nacional/internacional, o hizo actividades como visitar una clínica del VIH, etc.)

Describa brevemente algún ejemplo de un caso donde el presidente u otro alto cargo haya demostrado su liderazgo:

2. *¿Dispone el país de un órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente (Consejo Nacional del Sida o equivalente)?*

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente por qué no, y cómo se gestionan los programas del VIH:

--

2.1.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, el órgano multisectorial nacional del sida:		
<i>¿Tiene términos de referencia?</i>	Sí	No
<i>¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?</i>	Sí	No
<i>¿Tiene un presidente oficial?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuál es su nombre y su cargo?</i>		
<i>¿Tiene una composición definida?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuántos miembros lo componen?</i>		
<i>¿Incluye a representantes de la sociedad civil?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?</i>		
<i>¿Incluye a las personas que viven con el VIH?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántas?</i>		
<i>¿Incluye al sector privado?</i>	Sí	No
<i>¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?</i>	Sí	No

3. *¿Cuenta el país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas/estrategias relativos al VIH?*

Sí

No

N/C

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos:

--

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

- 4.** *¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?* %
- 5.** *¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional de sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?*

<i>Desarrollo de las capacidades</i>	Sí	No
<i>Coordinación con otros asociados de ejecución</i>	Sí	No
<i>Información sobre las necesidades prioritarias</i>	Sí	No
<i>Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros</i>	Sí	No
<i>Orientación técnica</i>	Sí	No
<i>Otro [especificar a continuación]:</i>	Sí	No

- 6.** *¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del sida?* Sí No
- 6.1.** *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?* Sí No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa cómo se enmendaron las políticas/leyes

Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:

7. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

III. DERECHOS HUMANOS

- 1.1.** ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan de forma específica a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables? Rodee “S” si la política se refiere específicamente a alguno de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:

POBLACIONES CLAVE y GRUPOS VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especificar]:</i>	Sí	No

- 1.2.** ¿Dispone el país de una ley general (es decir, no de la discriminación relacionada con el VIH específicamente) contra la discriminación?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1. o 1.2, describa brevemente el contenido de la o las leyes:

Comente brevemente qué mecanismos están en marcha para garantizar la implementación de estas leyes:

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

2. *¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos* a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?*

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No

* No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”, “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”, “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”, “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”, “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras poblaciones vulnerable específicas* [especificar a continuación]:</i>	Sí	No

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:
Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

IV. PREVENCIÓN

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población general?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?		
<i>Abstenerse del consumo de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Evitar las relaciones sexuales remuneradas</i>	Sí	No
<i>Evitar las relaciones sexuales intergeneracionales</i>	Sí	No
<i>Fidelidad</i>	Sí	No
<i>Abstinencia sexual</i>	Sí	No
<i>Aplazamiento del inicio de la actividad sexual</i>	Sí	No
<i>Práctica de relaciones sexuales (más) seguras</i>	Sí	No
<i>Combatir la violencia contra las mujeres</i>	Sí	No
<i>Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva</i>	Sí	No
<i>Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH</i>	Sí	No
<i>Circuncisión masculina bajo supervisión médica</i>	Sí	No
<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH</i>	Sí	No
<i>Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres</i>	Sí	No
<i>Reducción del número de parejas sexuales</i>	Sí	No
<i>Uso de equipo de inyección estéril</i>	Sí	No
<i>Uso sistemático del preservativo</i>	Sí	No
<i>Otros [escribir abajo]:</i>	Sí	No

- 1.2. ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?

Sí	No
----	----

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?

Sí	No
----	----

2.1. ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de:

<i>las escuelas primarias?</i>	Sí	No
<i>las escuelas secundarias?</i>	Sí	No
<i>la formación de maestros?</i>	Sí	No

2.2. ¿Proporciona la estrategia la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos, y es adecuada a su edad?

Sí	No
----	----

2.3. ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?

Sí	No
----	----

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las sub-poblaciones más expuestas u otras sub-poblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

Describe brevemente el contenido de esta política o estrategia

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?

✓ Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia

	UDI*	HSH†	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras poblaciones‡ [especificar]
<i>Promoción del preservativo</i>						
<i>Terapia de sustitución de drogas</i>						
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH</i>						
<i>Intercambio de jeringas y agujas</i>						
<i>Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>						
<i>Reducción del estigma y la discriminación</i>						
<i>Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH</i>						
<i>Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)</i>						

3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* IDU = Usuarios de drogas inyectables

† MSM=Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

‡ Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

4. ***¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?***

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH?

4.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Seguridad hematológica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Promoción del preservativo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH en el lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC* sobre reducción del riesgo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC sobre reducción del estigma y la discriminación</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los profesionales del sexo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Educación escolar sobre el VIH para jóvenes</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Precauciones universales en entornos de atención sanitaria</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Otros[especificar]:</i>	1	2	3	4	N/C

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2011?

* IEC = información, educación, comunicación

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:										
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:										

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?
- | | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

Describa brevemente cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH

1.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Terapia antirretrovírica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Diagnóstico infantil precoz</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</i>	1	2	3	4	N/C

<i>Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención nutricional</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento pediátrico del sida</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Gestión de la infección transmitida por vía sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Otros[especificar]:</i>	1	2	3	4	N/C

2. ¿Dispone el gobierno de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas con/afectadas por el VIH?

Sí	No
----	----

Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:

3. *¿Dispone el país de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?*

Sí	No	N/C
----	----	-----

4. *¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos, y medicamentos de sustitución?*

Sí	No	N/C
----	----	-----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué tipo de materias?

5. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

5.1 ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

No

N/C

5.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe en el país una definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí

No

5.3 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

No

5.4 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerable a los que llegan las intervenciones existentes?

Sí

No

5.5 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerable se está llegando?

%

6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables in 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>

VI. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E) para el VIH?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describe brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:

1.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, años cubiertos[especificar]:

1.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre V+E (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de V+E?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
-------------------------	-----------------------	----	-----

Describe brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿El plan nacional de vigilancia y evaluación incluye lo siguiente?

Una estrategia de recopilación de datos	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿comprende esta:		

<i>Encuestas del comportamiento?</i>	Sí	No
<i>Evaluación /estudios de investigación?</i>	Sí	No
<i>Vigilancia de la Resistencia a los fármacos para el VIH?</i>	Sí	No
<i>Vigilancia del VIH?</i>	Sí	No
<i>Una vigilancia sistemática del programa?</i>	Sí	No
<i>Una estrategia de análisis de datos?</i>	Sí	No
<i>Una estrategia de divulgación y uso de los datos?</i>	Sí	No
<i>Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (si corresponde)?</i>	Sí	No
<i>Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?</i>	Sí	No

3. *¿Existe un presupuesto para la implementación del plan de V+E?*

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

3.1. *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de E+V en el presupuesto?*

	%
--	---

4. *¿Hay una Unidad funcional de V+E en el país?*

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describa brevemente los problemas encontrados:

--

4.1. *¿Dónde tiene su base la unidad nacional de V+E?*

<i>¿En el Ministerio de Sanidad?</i>	Sí	No
<i>¿En la Comisión Nacional de VIH (o equivalente)?</i>	Sí	No
<i>¿En otro lugar? [especificar]</i>	Sí	No

4.2. ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la Unidad nacional de V+E?

CARGO [especificar cargo en los espacios a continuación]	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
<i>Empleados permanentes [añada los que sean necesarios]</i>			
	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
<i>Empleados temporales [añada los que sean necesarios]</i>			

4.3. ¿Hay algún mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de V+E a la Unidad de V+E para incluirlos en el sistema nacional de V+E?

Sí	No
----	----

Describe brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

¿Cuáles son las principales dificultades?:

5. *¿Hay un comité o Grupo de Trabajo nacional sobre V+E que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de V+E?*

Sí

No

6. *¿Hay una base de datos nacional con datos relacionados con el VIH?*

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona.

6.1. *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?*

Sí, con todo lo anterior

Sí, pero solo con algunas cosas

No, con nada de lo anterior

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero solo con algunas de las cosas, ¿qué tipo de información incluye?

6.2. ¿Existe un sistema de información de salud funcional*?

<i>A nivel nacional</i>	Sí	No
<i>A nivel sub-nacional</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué nivel(es)? [rellenar]</i>		

7. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de V+E sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Sí	No
----	----

8. ¿Cómo se usan los datos de V+E...

<i>Para la mejora del programa?</i>	Sí	No
<i>Para el desarrollo / la revisión de la repuesta nacional al VIH?</i>	Sí	No
<i>Para la asignación de recursos?</i>	Sí	No
<i>Otros usos [especificar]:</i>	Sí	No

Proporcione brevemente ejemplos específicos del uso de los datos de V+E, y los mayores problemas relacionados, si hay alguno:

--

9. En el último año, ¿la formación en V+E se llevó a cabo

<i>A nivel nacional?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado:</i>		
<i>A nivel subnacional?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado</i>		

* ¿Como los datos recibidos periódicamente de los centros sanitarios que se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y se usan a distintos niveles?

<i>A nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?</i>	Sí	No
<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique cuántos.</i>		

Sí	No
----	----

10. *En general, en una escala del 0 al 10 (donde 0 es “Muy deficiente” y 10 es “Excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH 2011?*

<i>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PARTE B

[para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, los organismos bilaterales y las organizaciones de la ONU]

I. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL *

1. *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

2. *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p.ej., asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores)?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

* La sociedad civil incluye, entre otros: las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes, grupos afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, los migrantes, refugiados/poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones religiosas; las organizaciones de servicios relacionados con el sida; las organizaciones comunitarias; las organizaciones sindicales, las organizaciones de derechos humanos; etc. Nótese: El sector privado se considera por separado.

3. *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en:*

a. *la estrategia nacional del VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b. *el presupuesto nacional relacionado con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

c. *los informes nacionales del VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

4. *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de V+E de la respuesta al VIH?*

a. *¿En el desarrollo del plan nacional de V+E?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b. *¿En la participación en el comité nacional de V+E/ grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de V+E?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

c. *¿Participan en el uso de datos para la toma de decisiones?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

- 5.** *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, y de organizaciones religiosas)?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

- 6.** *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil al:*

- a. Apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

- b. Apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

Prevención para las poblaciones clave				
Personas que viven con el VIH	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Usuarios de drogas inyectables	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Profesionales del sexo	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Transexuales	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Reducción del estigma y discriminación	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Servicios clínicos (Terapia antirretrovírica/IO)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención domiciliaria	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programas para HNV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*IO= Infecciones oportunistas

**HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables

8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

- 1.** *¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha sucedido:

--

III. DERECHOS HUMANOS

- 1.1.** *¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a ciertas poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables de la discriminación? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:*

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Migrantes/poblaciones móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas* [especificar]:</i>	Sí	No

* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

1.2. *¿Dispone el país de una ley general (es decir, no específica a la discriminación relacionada con el VIH) contra la discriminación?*

Sí

No

SILA RESPUESTA a las preguntas 1.1 o 1.2 ES AFIRMATIVA, describa brevemente los contenidos de esas leyes:

Explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

<u>2.</u> <i>¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos* para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables?</i>	Sí	
--	----	--

Sí

No

* No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones con personas del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”, “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”, “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”, “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”, “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué subpoblaciones?

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Migrantes/Poblaciones Móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras poblaciones específicas vulnerables* [especificar]:</i>	Sí	No

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:
Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

Sí	No
----	----

*Las subpoblaciones que no figuran en la lista de arriba, que hayan sido identificadas localmente como un grupo que corre un riesgo elevado de contraer la infección del VIH (p.ej., en orden alfabético) los bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, lesbianas, personas desplazadas dentro de su país, prisioneros, y refugiados) se pueden poner arriba si está de acuerdo.

3. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?

Describa brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere.

4. *¿Se menciona explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y la protección de los derechos humanos?*

Sí	No
----	----

<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA</i> , describa brevemente cómo se menciona a los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:

5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:

6. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).

	Se facilitan gratis para todas las personas del país		Se facilitan gratis para algunas personas del país		Se facilitan, pero hay que pagar un precio	
<i>Tratamiento antirretrovírico</i>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<i>Servicios de prevención del VIH*</i>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<i>Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH</i>	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios.

7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

* Tales como: seguridad hematológica, promoción del preservativo, reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables, prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados, prevención del VIH en el lugar de trabajo, asesoramiento y pruebas del VIH, IEC* sobre reducción del riesgo, IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación, prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, prevención para las personas que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva como la prevención y tratamiento de las ITS, reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave, reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reducción del riesgo para los profesionales del sexo, educación escolar sobre el VIH para los jóvenes y precauciones universales en el entorno de la atención sanitaria.

7.1. *En concreto, ¿tiene establecida el país una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y del parto?*

Sí	No
----	----

8. *¿Dispone el país de una estrategia o política que asegure a las poblaciones clave y/o a otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:

--

8.1. *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye esta política/estrategia diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables?*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

--

9. *¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de la política o ley:

10. ¿Tiene el país los siguientes mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?

a. *Existencia de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.*

Sí

No

b. *Indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH.*

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:

11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación y/o de desarrollo de las capacidades?:

a. *Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)*?*

Sí

No

b. *Programas para los miembros del fortalecimiento de la ley y del sistema judicial* sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos humanos*

Sí

No

* Incluye, por ejemplo, las campañas de sensibilización para conocer tus derechos, que son campañas que favorecen a los afectados por el VIH y les dan la capacidad de conocer sus derechos y las leyes en el contexto de la epidemia (véase Nota sobre las Directrices de ONUSIDA: tratando las leyes relacionadas con el VIH a nivel nacional. Trabajo, 30 de abril de 2008)

que pueden surgir en el contexto de su trabajo?

12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- | | | |
|--|----|----|
| a. <i>Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH</i> | Sí | No |
| b. <i>Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la Universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH.</i> | Sí | No |

13. ¿Existen programas diseñados a reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

Sí	No
----	----

<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?</i>		
<i>Programas para los trabajadores de la atención sanitaria</i>	Sí	No
<i>Programas para los medios de comunicación</i>	Sí	No
<i>Programas en el lugar de trabajo</i>	Sí	No
<i>Otros [especificar]:</i>	Sí	No

14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones que hay para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

* Incluye, por ejemplo, a los jueces, magistrados, abogados, policía, comisarios de los derechos humanos y jueces del tribunal de empleo o comisarios.

- 15 *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011?*

Muy deficientes										Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

IV. PREVENCIÓN

1. ¿Ha identificado el país las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH?	Sí	No
--	----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?
SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

1.1 ¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención del VIH?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Seguridad hematológica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Promoción del preservativo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH en el lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC* sobre reducción del riesgo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación</i>	1	2	3	4	N/C

* IEC = información, educación, comunicación

<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los parejas íntimas de las poblaciones clave</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los profesionales del sexo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Educación escolar sobre el VIH para jóvenes</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Precauciones universales en entornos de atención sanitaria</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Otros[especificar]:</i>	1	2	3	4	N/C

2. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:

Identifique brevemente cómo los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH se están ampliando

- 1.1. ¿En qué grado se han implementado los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Terapia antirretrovírica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Diagnóstico infantil precoz</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C

<i>Atención nutricional</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento pediátrico del sida</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Gestión de la infección transmitida por vía sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Otros[especificar]:</i>	1	2	3	4	N/C

1.2. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

No

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe en el país una definición operativa de “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí

No

2.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

No

2.3. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que le llegan las intervenciones existentes?

Sí

No

2.4. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de los huérfanos y los niños vulnerables se está llegando?

%

3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

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

- ☐ Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos la secuencia temporal e hitos, y las funciones de los CNS, los órganos gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados pertinentes.
- ☐ Se ha garantizado la financiación para todos los aspectos de elaboración del informe.
- ☐ Se ha establecido el proceso de compilación, investigación y análisis de datos, incluidos:
 - ☐ La identificación de los instrumentos y Fuentes pertinentes para la recopilación de los datos relativos a cada indicador.
 - ☐ El calendario de recopilación de datos acorde con otros esfuerzos de obtención de datos, incluidos aquellos que proceden de órganos de financiación tales como el Fondo Mundial, PEPFAR y los organismos de las Naciones Unidas.
 - ☐ El calendario de notificación de los indicadores basados en los centros, para agregarlos al nivel nacional
 - ☐ Examen de datos y talleres de triangulación para llegar a un consenso sobre el valor correcto para cada indicador.
- ☐ Se han establecido los protocolos para el procesamiento y gestión de los datos, incluidos:
 - ☐ El cribado y validación de los datos básicos.
 - ☐ Una base de datos a efectos de análisis e información.
- ☐ Se han analizado los datos relevantes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- ☐ Se ha redactado el borrador del informe.
- ☐ Se han introducido los datos de los indicadores en la herramienta de notificación recomendada.
- ☐ Se ha efectuado la comprobación de la coherencia de los datos incluidos en la parte descriptiva del informe y los datos introducidos en los formularios de datos.
- ☐ Se ha concluido el borrador del informe.
- ☐ Se ha llegado a un consenso con las partes interesadas, incluidos los órganos gubernamentales y la sociedad civil, sobre el informe final que se presentará.
- ☐ Se ha enviado el informe y los formularios de datos requeridos a ONUSIDA en Ginebra (AIDSreporting@unhcr.org) antes del 31 de marzo de 2012.
- ☐ Se ha establecido un punto focal en el país para entablar comunicaciones con la Secretaría de ONUSIDA en caso de que haya preguntas relacionadas con el informe y/o los datos presentados.

Apéndice 5. Bibliografía seleccionada

ONUSIDA (2010) *12 Componentes de la evaluación del sistema de M+E: Directrices para apoyar la preparación, implementación y seguimiento de las actividades*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *12 componentes de la herramienta del fortalecimiento de sistemas de M+E*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2011) *AIDS at 30: Nations at the Crossroads*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2011) *Glosario y Terminología de la VyE*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Directrices para el desarrollo de capacidades relativas al VIH y a la M+E*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Estándares para los indicadores y herramienta de evaluación*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Principios fundamentales de la Vigilancia y la Evaluación: A National Evaluation Agenda for HIV*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Principios fundamentales de la Vigilancia y la Evaluación: Introducción a la triangulación*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Principios fundamentales de la Vigilancia y la Evaluación: Introducción a los indicadores*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Principios fundamentales de la Vigilancia y la Evaluación: terminología básica y marcos de trabajo para la Vigilancia y la Evaluación*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2008) *Organización del marco de trabajo para un sistema funcional nacional de Monitoreo y Evaluación del VIH*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2011) *Asegurando el futuro hoy – Síntesis de la información estratégica sobre el VIH y los jóvenes*; Ginebra, ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Directrices estratégicas para la Evaluación de los programas de prevención del VIH*. Ginebra: ONUSIDA

ONUSIDA (2009). *UNGASS Guidelines on Construction of Core Indicators*. Ginebra: ONUSIDA.

OMS (2010) *Terapia antirretroviral para la infección por el VIH en adultos y adolescentes*. Ginebra; ONUSIDA

UNICEF (2011). *El informe sobre el estado de los niños en el mundo*. Nueva York: UNICEF.

UNICEF (2009) *Sistemas de Monitoreo y Evaluación dirigidos por los países*. Nueva York; UNICEF.

ONUSIDA, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, es una asociación innovadora de las Naciones Unidas que lidera e inspira al mundo para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Para más información, consulte unaids.org.

Impreso en papel certificado FSC

El propósito de las presentes directrices es facilitar a los países orientación técnica para medir los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011. Estas directrices proporcionan orientación técnica sobre las especificaciones detalladas de los indicadores básicos, sobre la información que éstos requieren y los fundamentos de su elaboración, y sobre su interpretación. Asimismo, están concebidas para maximizar la validez, la coherencia interna y la capacidad de comparación entre los países y a lo largo del tiempo de las estimaciones de los indicadores obtenidas. En particular, las directrices procuran asegurar la coherencia en los tipos de datos y métodos de cálculo utilizados.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Tel.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
e-mail: unaids@unaids.org

www.unaids.org