

09

Periodo extraordinario de sesiones de
la Asamblea General de las Naciones
Unidas sobre el VIH/sida

**Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre
el VIH/sida**

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES BÁSICOS

Informe 2010



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA/09.10S / JC1676S (versión española, Junio de 2009)

Versión original inglesa, UNAIDS/09.10E / JC1676E, Marzo de 2009:
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of
core indicators : 2010 reporting.*

Traducción – ONUSIDA

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2009.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones del ONUSIDA —sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA, por correo a la dirección indicada más abajo, por fax al +41 22 791 4835, o por 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.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la presente publicación. No obstante, el material aquí publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita alguna. Corresponde al lector la responsabilidad por la interpretación y el uso que haga de este material. En ningún caso el ONUSIDA se responsabiliza de los daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

“ONUSIDA/09.10S / JC1676S”.

Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos: Informe 2010

1.Infecciones por VIH – estadística 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – estadística
3.Recolección de datos 4.Indicadores de salud 5.Indicadores de calidad de la atención de salud 6.Pautas I.Naciones Unidas. Asamblea General. Período Extraordinario de Sesiones sobre el VIH/Sida. II.Título.

ISBN 978 92 9173 766 6

(Clasificación NLM: WC 503.2)

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

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea
General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

Seguimiento de la Declaración de compromiso
sobre el VIH/sida

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES BÁSICOS

Informe 2010

Se ruega enviar el Informe nacional completado sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS antes del 31 de marzo de 2010 utilizando el CRIS3 o el sitio web para la presentación de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).

Si no se utiliza el sitio web para informes del UNGASS ni el CRIS3 para el envío de datos sobre los indicadores, sírvanse enviar los informes antes del 15 de marzo de 2010 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en Ginebra.

Todas las presentaciones deben realizarse en formato electrónico. Si se desea enviar también una copia impresa del Informe nacional, pueden enviarse por correo a:

Dra. Deborah Rugg
Jefa, División de Vigilancia y Evaluación
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

Índice

Agradecimientos	5
Prefacio	7
Acrónimos	8
Introducción	9
Objetivo	9
Antecedentes	9
El actual periodo de información: 2008-2009	10
Estructura del Informe nacional sobre los progresos realizados	10
Indicadores: panorama general	11
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos	11
Establecimiento del objetivo de acceso universal	12
Aplicación en el ámbito nacional	12
Desarrollo de indicadores	12
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	12
Numeradores y denominadores	13
Desglose de los datos: separados fundamentalmente por sexo y edad	13
Novedad y representatividad de los datos de la encuesta	14
Interpretación y análisis	14
Selección de indicadores	15
Función de la sociedad civil	15
Orientación para la presentación	16
La función de los indicadores de vigilancia en la sensibilización basada en las pruebas	18
La función de los indicadores de vigilancia en un sistema integral nacional de vigilancia y evaluación	19
Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida	20
Indicadores del compromiso y la acción nacionales	23
1. Gasto relativo al sida	24
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/sida	27
Indicadores del programa nacional	29
3. Seguridad hematológica	30
4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	32
5. Prevención de la transmisión maternoinfantil	34
6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	37
7. Las pruebas del VIH en la población general	39
8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas	40
9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención	42
10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el sida	44
11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida	46
Indicadores de conocimiento y comportamiento	49
12. Los huérfanos: asistencia a la escuela	50
13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	52
14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH	54
15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	56

16. Relaciones sexuales de alto riesgo	57
17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo	58
18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo	59
19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	61
20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo	63
21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	65
Indicadores de impacto	67
22. Reducción de la prevalencia del VIH	68
23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH	70
24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica	72
25. Reducción de la transmisión maternoinfantil	75
Apéndices	77
Apéndice 1: Modelo del Informe nacional sobre los progresos realizados	79
Apéndice 2. Proceso de consulta y preparación del Informe nacional sobre los progresos realizados en la vigilancia del seguimiento de la <i>Declaración de compromiso sobre el VIH/sida</i>	81
Apéndice 3. Matriz de Financiación Nacional	82
Apéndice 4. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) 2010	87
Apéndice 5. Ejemplo de lista de comprobación para el Informe nacional sobre los progresos realizados	134
Apéndice 6. Bibliografía seleccionada	135

Agradecimientos

La elaboración de estas directrices revisadas no habría sido posible sin la ayuda de un gran número de personas, instituciones, organizaciones y países.

Deseamos agradecer en especial al Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación (incluidos los expertos en evaluación de los comités nacionales del sida, los copatrocinadores, organismos afines, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales) por su orientación y retroalimentación sistemáticas, así como a los copatrocinadores del ONUSIDA y a los puntos focales de la Secretaría por sus aportaciones y apoyo durante todo el proceso.

Queremos agradecer especialmente a las siguientes personas por su ayuda inestimable en la preparación de las Directrices revisadas 2010:

- Greet Peersman, Universidad de Tulane, Nueva Orleans
- Sofia Gruskin, Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston
- Laura Ferguson, Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston
- Sally Smith, ONUSIDA, Ginebra
- Grupo de Trabajo Ucraniano de Seguimiento y Evaluación
- Chika Hayashi, VIH OMS, Ginebra
- Christian Gunneberg, Stop TB, OMS, Ginebra
- Karen Stanecki, ONUSIDA, Ginebra
- Peter Ghys, ONUSIDA, Ginebra
- Alasdair Reid, ONUSIDA, Ginebra
- Christian Aran, ONUSIDA, Ginebra

La revisión general y el proceso de edición han estado a cargo del personal de la División de Vigilancia y Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA, a saber: Eva Kiwango, Teiji Takei, Igor Toskin, Taavi Erkkola, Ju Yang, Ali Safarnejad, Lucy Braun y Luisa Frescura.

La gestión general del proceso estuvo a cargo de Matthew Warner-Smith, bajo la dirección de Deborah Rugg, jefe de la División de Vigilancia y Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA, Ginebra y Paul De Lay, director de Documentación de Pruebas, Vigilancia y Política.

Para comentarios e información, diríjase por favor por correo electrónico a: ungassindicators@unaids.org

Prefacio

La *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida de 2001* y la *Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2006* adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas son el motor que rige la respuesta mundial al sida. Debemos poner todo nuestro empeño en alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo integrales del VIH para 2010 y en contener y hacer retroceder la epidemia para 2015.

El presente documento proporciona directrices para vigilar los progresos realizados hacia el alcance de estos objetivos y redactar los informes de los países sobre dichos progresos que deberán presentarse a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2010.

El proceso de elaboración de los informes nacionales sobre los progresos realizados debería contar con la participación de todos los asociados implicados en la respuesta al sida y brindar una oportunidad para examinar la respuesta nacional, sus logros y los obstáculos encontrados en el camino hacia el cumplimiento de las metas de acceso universal.

La vigilancia de la respuesta a la epidemia de sida es fundamental para asegurar que las inversiones relacionadas con la lucha contra esta enfermedad produzcan resultados.

Sr. Michel Sidibé
 Director Ejecutivo
 ONUSIDA

Acrónimos

Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CRIS	Sistema de Información para la Respuesta Nacional
EDS	Encuesta demográfica y de salud
UE	Unión Europea
BDRM	Base Datos de la Respuesta Mundial
N/C	No corresponde
NU	Naciones Unidas
CNS	Comité Nacional del Sida
PNS	Programa Nacional del Sida
NASA	Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida
ITS	Infección de transmisión sexual
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
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
OMS	Organización Mundial de la Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Introducción

Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar a los actores fundamentales 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 el ONUSIDA para preparar informes regionales y mundiales sobre los progresos realizados en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida* del Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS).

Se alienta vehementemente a los países a que integren los indicadores básicos en sus actuales actividades de vigilancia 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 contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la pandemia de sida, incluido el avance hacia los objetivos establecidos en la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*. Dadas las aplicaciones paralelas de los indicadores, las directrices del presente documento se proponen 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 en los niveles regional, nacional y mundial.

Antecedentes

En la clausura del renovador Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/sida celebrado en junio de 2001, un total de 189 Estados Miembros adoptaron la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*, que se hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/sida para 2015.

Al reconocer la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes, la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida* aborda las respuestas mundiales, regionales y nacionales para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. Si bien fueron los gobiernos quienes apoyaron inicialmente la *Declaración*, 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 otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH. En 2006, los Estados Miembros de las Naciones Unidas renovaron estos compromisos en una Declaración Política sobre el VIH/sida para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH para 2010.

En los términos de la *Declaración de compromiso*, el éxito en la respuesta al sida se mide por el logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La *Declaración* propone el seguimiento cuidadoso del avance en la aplicación 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 problemas y obstáculos, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas.

De acuerdo con estos mandatos, en 2002 la Secretaría del ONUSIDA colaboró con los comités nacionales del sida, sus copatrocinadores y otros asociados para desarrollar un repertorio de indicadores básicos con miras a medir los progresos en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*. Los indicadores básicos se agruparon en cuatro grandes categorías: (i) acción y compromiso nacionales; (ii) conocimiento y comportamiento nacionales; (iii) impacto nacional, y (iv) compromiso y acción mundiales. Una vez que los indicadores fueron formulados, la División de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA estableció definiciones claras para cada indicador y mecanismos para obtener información de una manera continua.

Para el periodo de información del 2002 al 2003, 103 Estados Miembros (el 55%) presentaron al ONUSIDA Informes nacionales sobre los progresos realizados basados en los indicadores básicos. En la mayor parte de los casos, los comités nacionales del sida, o instancias equivalentes, supervisaron la compilación del informe nacional, y más del 75% incluyó información suministrada por tres o más ministerios gubernamentales. La sociedad civil participó en la preparación de alrededor de dos tercios de los informes, y en poco más de la mitad de estos casos participaron personas que viven con el VIH.

Para el periodo de información del 2004 al 2005, 137 Estados Miembros (el 72%) presentaron Informes nacionales sobre los progresos realizados, lo que significó un aumento del 33% en el número de países que informaron. De esos informes, 40 procedían de África subsahariana, 21 de Asia y el Pacífico, 32 de América Latina y el Caribe, 21 de Europa oriental y Asia central, 5 de África del Norte y Oriente Medio y 18 de países de ingresos altos.

Para el periodo de información del 2006 al 2007, 153 Estados Miembros (el 80%) presentaron en 2008 Informes nacionales sobre los progresos realizados, lo que significó un aumento del 12% en el número de países que informaron en la ronda anterior. De estos informes, 45 provinieron de África subsahariana, 20 de Asia y el Pacífico, 32 de América Latina y el Caribe, 18 de Europa oriental y Asia central, 9 de África del Norte y Oriente Medio y 29 de países de ingresos altos.

La información suministrada por los informes nacionales representa la serie de datos más completa disponible sobre la situación de la epidemia y los progresos sobre la respuesta. Sin embargo, se advirtieron limitaciones importantes en los datos presentados para las tres rondas de informes hasta ahora. En 2008, por ejemplo, mientras que la mayoría de los países respondieron al cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional, menos de la mitad de los que señalaron que los indicadores sobre las poblaciones más expuestas eran pertinentes a su epidemia y su respuesta pudieron proporcionar datos sobre dichos indicadores. Además, los datos insuficientemente desglosados dificultaron la obtención de conclusiones más válidas y generales (*Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008*).

El actual periodo de información: 2008-2009

Para minimizar la carga que supone la preparación de informes para los Estados Miembros y a fin de preservar datos de tendencias, se realizaron sólo cambios de poca importancia en indicadores seleccionados para 2010¹. Se brindan orientación y aclaraciones adicionales sobre estos indicadores en función de las aportaciones recibidas de diversos asociados y un análisis del desempeño de indicadores correspondiente a la ronda de informes 2006-2007.

El ONUSIDA recomienda encarecidamente que se utilicen los indicadores del UNGASS como base para el sistema nacional de vigilancia y evaluación. De acuerdo con sus necesidades específicas, y si los recursos lo permiten, los países podrían incluir indicadores adicionales en sus planes nacionales de seguimiento.

Uso de indicadores adicionales recomendados para vigilar el progreso nacional

Los donantes, las organizaciones multilaterales y el sistema de las Naciones Unidas trabajan en estrecha colaboración con los gobiernos nacionales para armonizar los indicadores de seguimiento y reducir la carga de la presentación de informes que recae sobre los países. A tal fin, el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación ha revisado los indicadores recomendados por los asociados internacionales para su uso en los informes nacionales y obtuvo el consentimiento para limitarlos a un conjunto de 15 indicadores normalizados adicionales complementarios a los del UNGASS. Estos indicadores están disponibles como complemento de estas Directrices y las anteriores, y pueden descargarse del sitio web del ONUSIDA. Están pensados para su utilización en el nivel nacional y no son obligatorios para los informes del UNGASS. Sin embargo, si hay datos para estos indicadores, los países pueden decidir informarlos en la sección descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados.

Estructura del Informe nacional sobre los progresos realizados

En respuesta a las aportaciones recibidas, hemos suministrado un modelo de Informe nacional sobre los progresos realizados a fin de asegurar que se reciba información similar de cada país y de promover un mejor uso por parte de éstos de los datos sobre la aplicación del UNGASS. El propósito de dicha estructura y las presentes directrices es facilitar un análisis más profundo y minucioso de los datos sobre la aplicación del UNGASS a nivel nacional antes de que se presenten a nivel mundial. Los datos de los indicadores del UNGASS se consideran parte integral de la presentación del Informe sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS de cada país. Por consiguiente, deben tenerse en cuenta tanto la parte descriptiva de dicho informe como los indicadores del UNGASS en el proceso de consulta y preparación del informe, tal como se indica en la sección titulada "Preparación de informes" en la página 16 de estas directrices.

En el Apéndice 1 figuran una plantilla completa para el Informe nacional sobre los progresos realizados e instrucciones detalladas para rellenar las distintas secciones que se incluyen en ella. Se recomienda encarecidamente que los datos de indicadores del UNGASS se presenten a través del sitio web de presentación de informes para el UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) 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 2010. Si no se utiliza el sitio web ni el CRIS3 para la presentación de los informes, estos deberán enviarse antes del 15 de marzo de 2010 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos de la Respuesta Mundial.

¹ Los cuatro indicadores a nivel mundial se han eliminado de esta publicación puesto que su finalidad es servir de orientación para los informes nacionales. Los indicadores mundiales no están pensados para que se incluyan en los Informes nacionales sobre el progreso realizado, y las referencias a dichos indicadores incluidas en estas Directrices para los informes nacionales generaron cierta confusión en rondas anteriores.

Indicadores: panorama general

Los indicadores 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 evaluación y seguimiento 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.

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

Los indicadores del UNGASS a nivel nacional se dividen en tres categorías:

1. **Compromiso y acción nacionales.** Estos indicadores se centran en las políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección por el VIH, con el fin de proporcionar tratamiento, atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad debidas al sida. También miden la producción, la cobertura y los resultados del programa; por ejemplo, la prevención de la transmisión maternoinfantil, el tratamiento con fármacos anti-retrovíricos para aquellos que los necesitan y los servicios para huérfanos y niños vulnerables.
2. **Conocimiento y comportamiento nacionales.** Estos indicadores abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento, incluidos el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, el comportamiento sexual y la asistencia escolar entre los huérfanos.
3. **Impacto del programa a nivel nacional.** Estos indicadores, como el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH, se refieren al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas.

En su mayor parte, los indicadores nacionales son aplicables a todos los países. 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 subepidemia concentrada en un grupo específico. De la misma forma, a los países con una epidemia concentrada se les recomienda reunir datos sobre actividades generales, como la enseñanza sobre aptitudes para la vida y el comportamiento sexual de los jóvenes como mecanismo para rastrear las tendencias que podrían influir en la naturaleza de la respuesta nacional en el futuro.

Cinco de los indicadores nacionales son también indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio. Estos indicadores miden el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que forman parte de la *Declaración del Milenio*, un compromiso adoptado por los 189 Estados Miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000. Estos cinco indicadores se relacionan con la cobertura del tratamiento antirretrovírico, el conocimiento que tienen los jóvenes acerca del VIH, el uso del preservativo, la asistencia escolar de los huérfanos y el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH.

Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

Al adoptar la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*, los países de ingresos altos se comprometieron a informar sobre los progresos hechos en sus respuestas nacionales al VIH a nivel interno (no a nivel internacional a través de la asistencia para el desarrollo y los programas de ayuda). Es sabido 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 datos procedentes de dichos países para efectuar el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*. Se insta a los países de ingresos altos a que se pongan en contacto con la División de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA (ungassindicators@unaids.org) en caso de necesitar mayor asesoramiento técnico en relación con la preparación de informes sobre sus programas locales.

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 (la primera mitad de 2004), los Estados miembros de la UE y los países vecinos de Europa oriental y Asia central reafirmaron los compromisos asumidos en el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2001. En reconocimiento de las tensiones entre reducir la carga de la preparación de informes y armonizar los informes con la necesidad de respetar las especificidades de la región europea, se anticipa que el seguimiento de la aplicación de la *Declaración de Dublín* se basará principalmente en un subconjunto de indicadores del UNGASS. El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) coordina la preparación de informes sobre esta *Declaración*. La recopilación de datos a tal efecto se llevará a cabo en 2009. Para obtener más información sobre el seguimiento de la *Declaración de Dublín*, comuníquense con el Sr. Teymur Noori, del ECDC, al correo electrónico teymur.noori@ecdc.europa.eu

Establecimiento del objetivo de acceso universal

La iniciativa de acceso universal es complementaria de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida* del UNGASS. El ONUSIDA, siempre que ha sido posible, ha fomentado el uso de los indicadores del UNGASS en el proceso para establecer el objetivo de acceso universal. Por lo tanto, pueden usarse los Informes nacionales sobre los progresos realizados presentados para el proceso de seguimiento del UNGASS a fin de vigilar los avances hacia la concreción del acceso universal. Se ofrece mayor orientación sobre el acceso universal en *Establecimiento de metas nacionales orientadas a alcanzar el acceso universal para 2010: orientación operativa* (ONUSIDA, 2006) y *Ampliación hacia el acceso universal. Criterios para que los países establezcan sus propias metas en cuanto a la prevención, el tratamiento y la atención del sida* (ONUSIDA, 2006); ambos documentos están disponibles en el sitio web del ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/Setting+national+targets.asp>

Aplicación en el ámbito nacional

En esta sección del manual se abordan los problemas referentes a la recopilación, análisis, interpretación y notificación de datos para los indicadores básicos a nivel nacional. Los países que necesiten mayor información sobre la aplicación deberán solicitar asistencia a los asesores de vigilancia y evaluación del ONUSIDA y a los grupos de trabajo de vigilancia y evaluación sobre el VIH en el país. La División de Vigilancia y Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA también está disponible para brindar apoyo y puede contactarse por correo electrónico en ungassindicators@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, su aplicabilidad en un país determinado, la frecuencia con que deben recopilarse los datos pertinentes, los instrumentos de medición recomendados, los métodos de medición recomendados y una interpretación sumaria del indicador.

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición son: (i) encuestas representativas del país aplicadas a muestras de la población general, como las Encuestas demográficas y de salud (EDS y EDS+), las encuestas sobre indicadores múltiples (EIM) y la Encuesta demográfica y de salud/Encuesta de indicador del sida (EIS); (ii) encuestas en las escuelas; (iii) encuestas de vigilancia del comportamiento; (iv) encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (p. ej., encuestas sobre la cobertura de servicios concretos); (v) sistemas de seguimiento de pacientes; (vi) sistemas de información sanitaria; y (vii) el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional incluido en este manual.

Las fuentes de datos existentes, como la revisión de los registros y del programa de instituciones de salud y de escuelas, además de la información específica de actividades de vigilancia y programas de control de la infección por el 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, lo que incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las embarazadas.

En la mayor parte de los países es probable que las fuentes existentes no aporten el volumen de datos suficiente para desarrollar los indicadores básicos a nivel nacional, lo que tal vez 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 la información de escuelas, establecimientos de salud y empleadores, los requisitos necesarios de datos sobre el VIH pueden añadirse al proceso en curso de recopilación de datos.

En el caso de los países con epidemias concentradas o subepidemias en las poblaciones más expuestas (p. ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) debe hacerse lo posible para recopilar datos sobre cada grupo de riesgo. Es sabido que puede ser complejo el seguimiento de las tendencias de comportamiento y de prevalencia del VIH de las poblaciones más expuestas, y que se necesitarán un considerable esfuerzo obtener datos fundamentales. En muchos casos, la colaboración con organizaciones de la sociedad civil que trabajen directamente con estas poblaciones será el método más eficaz para recopilar datos.

Puesto que algunos comportamientos de los grupos más expuestos pueden ser ilegales o altamente estigmatizados, estas poblaciones por lo general son marginales y muy móviles. Por lo tanto, muchas veces resulta sumamente difícil determinar el tamaño de estas poblaciones con algún grado de precisión. Por este motivo, la elaboración de indicadores del UNGASS sobre las poblaciones de mayor riesgo no requiere estimaciones del tamaño de estas poblaciones. Además, los proveedores de servicios que atienden a las poblaciones más expuestas a menudo protegen el anonimato de sus clientes mediante la no recopilación de datos personales. En consecuencia, los datos de programas suelen incluir el conteo duplicado de los individuos. Por estas dos razones, los indicadores se elaboran mediante el uso de encuestas transversales de estas poblaciones.

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.

En un indicador dado, es importante que el periodo de recopilación de datos sea coherente en toda la información referente a los numeradores y denominadores de ese indicador. Si los datos de los numeradores y los denominadores se obtienen en fechas distintas, la exactitud y validez de esa información se verán afectadas. Se exhorta encarecidamente a los países a que presten mucha atención a las fechas que se atribuyen a los datos específicos cuando calculen un indicador.

Los métodos descritos han sido elaborados para facilitar el desarrollo de estimaciones mundiales a partir de los datos nacionales. Aunque estos métodos pueden aplicarse también en el plano subnacional, quizá resulte más apropiado adoptar enfoques más simples, expeditos y flexibles, acordes a las condiciones locales que orienten la toma de decisiones por debajo del nivel nacional. Una excepción importante son los países con poblaciones grandes, como China, India, Indonesia y Nigeria, donde la dificultad de obtener datos de alcance nacional señala la conveniencia de utilizar un enfoque subnacional usando los métodos del presente manual.

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 2008, 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 de rondas anteriores de informes, es claro que varios países aún no pueden efectuar un correcto seguimiento de las diferencias por edad y sexo en 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.

El problema fundamental para el desglose de los datos radica en el proceso real para obtener la información. Sin ninguna duda, recabar la información dividida en todos sus componentes exige un mayor esfuerzo. No obstante, es importante señalar que muchos de los datos que se reúnen a nivel subnacional están desglosados desde que se recogen la primera vez. Se sabe, por ejemplo, si la información procede de un varón o una mujer. Lamentablemente, es frecuente que los datos más detallados se pierdan cuando la información pasa al nivel nacional. Un objetivo interesante para los comités nacionales del sida o equivalentes será verificar que los datos se *conserven* desglosados y permanezcan así cuando pasen del nivel local al nacional, y luego al mundial. Cuando el desglose de datos esté disponible sólo de manera parcial, habrá que evaluar la representatividad de los datos al determinar el valor total para informar sobre ese indicador. Por ejemplo, informar sobre datos obtenidos sólo de varones puede no representar el valor total para la población en conjunto de determinado indicador, como el porcentaje de población sometido a la prueba del VIH o que recibe terapia antirretrovírica.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados una de las piedras angulares de sus esfuerzos de vigilancia y evaluación. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información sanitaria, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para asegurar que se obtengan los datos desglosados a escala subnacional, incluidos los niveles de establecimiento y proyecto. Debe prestarse especial atención de hacer un seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones civiles o del sector privado que participen en la respuesta del país 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 desglose por sexo y edad permitirá un seguimiento más eficaz de los recursos y la respuesta programática, que, a su vez, mejorará la capacidad de los programas nacionales del sida y los esfuerzos mundiales de vigilancia para conocer el grado de éxito de la respuesta al VIH destinada a poblaciones especiales como la mujeres y los jóvenes, que son dos de las poblaciones más afectadas en esta pandemia.

El sitio web para la presentación de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) 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 subsección precedente, “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 para fortalecer la capacidad respecto de 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 los comités nacionales del sida o equivalentes no tengan fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos puede extraerse 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, la OMS y el UNICEF y 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 se efectúan con intervalos de cinco años. **No obstante, es importante informar nuevamente estos datos en esta ronda de informes a fin de comunicar que siguen siendo los mejores datos disponibles en la actualidad.**

Asegurar la representatividad de las muestras tomadas para las encuestas de poblaciones más expuestas es 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, sabemos que los países tal vez no puedan dar fe de la representatividad de las muestras usadas para la encuestas de las poblaciones más expuestas. Por lo tanto, se recomienda a los países que presenten los datos para estos indicadores usando la encuesta de las poblaciones más expuestas más reciente que haya sido revisada y avalada por expertos técnicos del país, tales como grupos de trabajo técnico de vigilancia y evaluación o consejos nacionales de investigación.

Interpretación y análisis

Las directrices de este manual incluyen una sección sobre la interpretación de cada uno de los indicadores básicos de nivel nacional. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la infor-

mación para que un indicador determinado les ayude a entender la intención específica del mismo y de cualquier problema eventual relacionado. Asimismo, antes de concluir su Informe nacional sobre los progresos realizados, deben reconsiderar los aspectos que se plantean en la sección de interpretación, a fin de confirmar la idoneidad de sus datos para cada indicador.

Muchos de los puntos que se exponen en la sección de interpretación de las directrices tienen por objeto mejorar la exactitud y coherencia de los datos que se presentan al 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 las variaciones que pueden ocurrir 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 pide encarecidamente seguir analizando sus datos para comprender mejor su respuesta nacional e identificar oportunidades para perfeccionar esa respuesta. Los países deben estudiar meticulosamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas del VIH, el cambio comprobable de comportamientos y la prevalencia del VIH. Por ejemplo, si un país está aplicando la política de reducir la transmisión materno-infantil del VIH, ¿tiene también programas sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Si estos programas están en funcionamiento, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente como para producir un impacto en el número de lactantes que nacen infectados por el VIH en ese país?

Existen vínculos de este tipo en todas las facetas de la respuesta de un país determinado, y muchos de los más importantes se reflejan en los indicadores básicos nacionales que se incluyen 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 de los sectores público y privado. La confianza excesiva en datos de un tipo u origen determinados tiende menos a brindar la perspectiva o las ideas necesarias para comprender las vinculaciones 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 no necesitaría informar sobre los indicadores básicos relacionados con los consumidores de drogas inyectables. Sin embargo, convendría que el mismo país calculara no sólo indicadores específicos para los profesionales del sexo, 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 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 subepidemia concentrada entre los consumidores de drogas inyectables, de modo que sería útil calcular los indicadores que se relacionan con la población más expuesta e informar también sobre ellos.

Los países que no faciliten datos para un indicador determinado, 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 pertinente a la epidemia y la respuesta, pero que el indicador del UNGASS en sí no es pertinente ni adecuado para el seguimiento de esta cuestión en un país en particular, esto deberá aclararse en el informe descriptivo. En el caso que en ese país se utilice un indicador alternativo para vigilar el tema en cuestión, deberá describirse este indicador en la sección descriptiva (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 tiene una función fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la competencia estratégica y táctica 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. Específicamente, 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. Pueden también aportar un criterio útil de los problemas que enumera el Índice Compuesto de Política Nacional y su posición es propicia también para que participen 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, organizaciones religiosas, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores básicos a nivel nacional que fundamentan la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida* del UNGASS. 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 vigilancia y evaluación de la respuesta de un país al sida.

Los comités nacionales del sida o equivalentes, para lograr una relación productiva 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 la sociedad civil (incluido el sector confesional) 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 al ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para asegurar que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

Los miembros del personal del ONUSIDA de cada país están preparados para facilitar la aportación de la sociedad civil durante todo el proceso. En especial, 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 directo a las personas que viven con el VIH, y asegurar la difusión de los informes, cuando sea posible, en los idiomas nacionales.

El ONUSIDA aceptará informes sombra de la sociedad civil para la ronda de informes 2009, tal como en 2003, 2005 y 2007. El ONUSIDA efectuará una consulta con la sociedad civil en relación con su participación en la elaboración de los informes del UNGASS, que abordará la cuestión de la inclusión de la sociedad civil tanto en la preparación y presentación de Informes oficiales nacionales sobre los progresos realizados como en los informes sombra.

Cabe señalar que los informes sombra no pretenden convertirse en un proceso de elaboración de informes paralelos de la sociedad civil. El ONUSIDA promueve la integración de la sociedad civil en los procesos de elaboración de informes nacionales, siempre que 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. Al aceptar los informes sombra, el ONUSIDA reconoce la función de “órgano fiscalizador” que cumplen muchas organizaciones de la sociedad civil en sus países.

Orientación para la presentación

Los gobiernos nacionales, por conducto de sus comités nacionales del sida o equivalentes, 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. A fin de obtener y calcular la información necesaria para cada indicador, deben seguirse los procedimientos mencionados en el presente manual. Para presentar el informe al ONUSIDA, es necesario utilizar el modelo propuesto (Apéndice 1).

Los Informes sobre los progresos deben enviarse a la División de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA en Ginebra antes del 31 de marzo de 2010. Los Informes nacionales sobre los progresos realizados deben incluir una sección descriptiva (en un archivo de Microsoft Word o PDF) y los archivos con los 25 indicadores del UNGASS.

El informe descriptivo en Word o formato PDF deberá subirse directamente al sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010), lo que permitirá su publicación más rápida en el sitio web del ONUSIDA.

Siempre que sea posible, deberán ingresarse los datos directamente a través del sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010). De esta forma, se facilitará en gran medida el procesamiento de los datos y se minimizará la posibilidad de errores asociados con el ingreso secundario de datos en Ginebra. A su debido tiempo, se suministrarán instrucciones más detalladas sobre cómo utilizar este servicio.

En casos en que los países tengan planeado utilizar la versión 3 del Sistema de Información para la Respuesta Nacional (CRIS3), los datos podrán exportarse desde el CRIS3 en formato Excel. Deberán subir el archivo exportado en Excel al sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010). Debe tenerse en cuenta que el CRIS3 no es el mismo software de ingreso de datos del UNGASS que se distribuyó para la ronda de informes de 2008. El software para la presentación de informes 2008 no puede utilizarse para los informes de 2010.

No es necesario utilizar el CRIS3 y el ingreso directo de datos en línea a través del sitio web del UNGASS.

Debe tenerse presente que los países que no envíen sus datos a través del sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) o el CRIS3 deberán presentar sus informes antes del 15 de marzo de 2010 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos de la Respuesta Mundial en la sede del ONUSIDA en Ginebra.

Para facilitar cualquier tipo de seguimiento que pueda ser necesario, se solicita a los países que proporcionen el nombre y los datos de contacto de la persona responsable de enviar el Informe nacional. Nótese que no hace falta que el Informe nacional sobre los progresos realizados esté firmado oficialmente.

Las copias impresas de los Informes pueden enviarse a:

Dra. Deborah Rugg
Jefa, División de Vigilancia y Evaluación
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

El Informe debe resaltar los logros y las limitaciones, además de los planes nacionales futuros encaminados a mejorar el desempeño, particularmente en aspectos en que los datos señalen debilidades en la respuesta del país. El Informe debe 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. Por consiguiente, el Informe nacional sobre los progresos realizados debe contener todos los indicadores de estas directrices, independientemente de si se consignan datos sobre determinado indicador.

Como ya se ha señalado, y con arreglo a los requisitos de la *Declaración de compromiso 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. El 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 al ONUSIDA. Cuando así convenga, el Informe final reflejará el análisis de 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 de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) asegurará que los informes descriptivos se publiquen automáticamente en el sitio web en el plazo de 48 horas 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 al 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.

El proceso de elaboración de informes a nivel nacional: medidas necesarias

La presentación completa de datos de nivel nacional sobre los indicadores básicos resulta esencial para que el Informe sobre los progresos realizados contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se exhorta a los países a establecer calendarios 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:

- Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices del UNGASS.

- Desarrollar y difundir un plan para la recopilación y análisis de datos y la redacción del informe, que indique fechas y señale las funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otras instancias del gobierno y de la sociedad civil.
- Identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos.
- Asegurar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos.
- Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- Analizar los datos en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- Preparar el borrador de la sección descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados.
- Permitir que los interesados, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, comenten el borrador del informe.
- Validar los datos cotejándolos con el informe descriptivo e ingresarlos en el sitio web de informes para el UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).
- Presentar (i) el informe descriptivo y (ii) los datos de indicadores al ONUSIDA en Ginebra antes del **31 de marzo de 2010** o antes del **15 de marzo de 2010** en el caso de los países que no lo hagan a través del sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) o del CRIS3.

Es importante que los datos informados sean validados y conciliados entre todos los asociados del nivel nacional. En años anteriores, hubo algunos casos en los que varios valores diferentes para el mismo indicador se comunicaron a través de procesos de notificación internacionales. Por esto, se necesitaron esfuerzos considerables a nivel nacional y mundial para identificar y corregir los datos contradictorios.

En el Apéndice 5 se incluye una lista de comprobación sumaria para preparar y presentar el Informe nacional sobre los progresos realizados.

La función de los indicadores de vigilancia en la sensibilización basada en las pruebas

La elaboración de informes sobre los indicadores básicos representa una oportunidad para que los países evalúen sus progresos en el cumplimiento de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*. Es asimismo una ocasión para que evalúen los esfuerzos de sensibilización que hayan realizado hasta la fecha y, lo más importante, definan el programa de esfuerzos futuros de sensibilización en los niveles nacional y mundial. El papel central de la sensibilización en el desarrollo de las políticas, la asignación de recursos y la ejecución de programas en ambos niveles subraya la importancia de la presentación exhaustiva de informes nacionales, incluidos los datos desglosados y las aportaciones de las organizaciones del sector público y privado que participan en la respuesta al VIH.

La sensibilización es un proceso estratégico concebido para influir en los cambios políticos, sociales, económicos y culturales necesarios para mejorar la respuesta al sida. La sensibilización eficaz utiliza datos creíbles para incidir en quienes toman las decisiones y en las personas influyentes a fin de cambiar la situación. Los países que se comprometen a reunir, analizar e informar acerca de los indicadores básicos de este manual dispondrán de datos abundantes útiles para la sensibilización nacional y mundial, lo que incluye respuestas a las preguntas siguientes:

- ¿Cuál es el estado de la epidemia en el país?
- ¿Cuáles son las tendencias fundamentales en la transmisión del VIH y la cobertura de los servicios?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento relacionados con el VIH?
- ¿Qué empeora los obstáculos para acceder a los servicios? (p. ej., políticas, leyes, recursos, política, costumbres, organizaciones, individuos)
- ¿Qué calidad tienen los servicios que se proporcionan?
- ¿Se están proporcionando los servicios de una manera equitativa y eficiente?
- ¿Quién puede cambiar esta situación? (p. ej., los líderes electos, los altos cargos, los dirigentes religiosos, comunitarios, tradicionales, los donantes, las organizaciones internacionales, las no gubernamentales)
- ¿Qué hacen actualmente estas personas para atender los problemas?

Si no puede accederse con facilidad a los datos necesarios para los indicadores básicos, será evidente la necesidad de una mayor sensibilización para abordar el problema de la mejora de la capacidad de los sistemas de vigilancia y evaluación en sí.

La función de los indicadores de vigilancia en un sistema integral nacional de vigilancia y evaluación

En última instancia, la función del sistema de vigilancia y evaluación de un país es abordar las tres cuestiones clave de la respuesta nacional:

- ¿Estamos tomando las medidas adecuadas?
- ¿Lo estamos haciendo bien?
- ¿Tienen estas medidas la escala suficiente para producir un impacto?

El seguimiento sistemático de indicadores normalizados es un elemento fundamental del sistema nacional de vigilancia ya que permite la comparación con el transcurso del tiempo y por regiones geográficas. Sin embargo, los indicadores lógicamente brindan sólo una pequeña parte de la información acerca de cuestiones potencialmente muy complejas. Por esto, los indicadores sólo tienen como finalidad servir de signos vitales superficiales de una respuesta y nunca pueden suministrar toda la información necesaria para abordar a fondo cada una de estas tres cuestiones. Para la gestión eficaz de los programas, se requieren fuentes adicionales de información, con el uso de diversos métodos. A fin de asegurar que la respuesta a la epidemia de VIH sea eficaz y eficiente, un sistema nacional de vigilancia y evaluación que sea realmente funcional debe agrupar los datos de indicadores provenientes de sistemas de información sectorial e interpretar estos datos a la luz de información adicional obtenida de evaluaciones, investigación de operaciones y otros estudios especiales.

Para obtener más información sobre los elementos críticos de un sistema nacional de vigilancia y evaluación completamente funcional para la respuesta al VIH, deberá consultarse *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System* (ONUSIDA, 2008).

Avance hacia el acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Se ha reconocido al sida como un problema crucial para el desarrollo que afecta la vida de millones de personas. Por este motivo, la lucha contra el sida es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tanto la *Declaración de compromiso* del UNGASS de 2001 como la *Declaración Política sobre el Acceso Universal* de 2006 reflejan el apoyo político de los más altos niveles hacia nuestros esfuerzos combinados por hacer retroceder la pandemia de sida.

La vigilancia y la presentación de informes de los esfuerzos para ampliar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH satisfacen las obligaciones de los Estados Miembros asumidas en virtud de la *Declaración de compromiso*. Lo que es más importante, son estos esfuerzos los que nos permitirán determinar si podremos hacer frente a los desafíos impuestos por la pandemia y alcanzar en forma conjunta este ambicioso objetivo.

Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida

Indicadores	Frecuencia de recopilación de datos	Instrumento de medición
-------------	-------------------------------------	-------------------------

Compromiso y acción nacionales

Gastos

1. Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación	Ad hoc según la petición y la financiación del país, por año calendario o fiscal	Evaluación del gasto nacional relativo al sida Flujos de recursos financieros
---	--	--

Estado de desarrollo y aplicación de políticas

2. Índice Compuesto de Política Nacional (Áreas cubiertas: prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y vigilancia y evaluación)	Bienal	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
---	--------	---

Programas nacionales (seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovírica, prevención de la transmisión materno infantil, cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH, pruebas del VIH, programas de prevención, servicios para los huérfanos y niños vulnerables, y educación)

3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Anual	Vigilancia del programa/ encuesta especial
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica*	Anual	Estimaciones y vigilancia del programa
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	Anual	Estimaciones y vigilancia del programa
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Anual	Vigilancia del programa
7. 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	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Bienal	Encuestas comportamentales
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Bienal	Encuestas comportamentales
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	Bienal	Encuesta escolar

Indicadores

Frecuencia de recopilación de datos

Instrumento de medición

Conocimiento y comportamiento

12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
13. Porcentaje de mujeres y varones 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*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Bienal	Encuestas comportamentales
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
17. 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*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Bienal	Encuestas comportamentales
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Bienal	Encuestas comportamentales
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Bienal	Encuestas comportamentales
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Bienal	Encuestas comportamentales

Impacto

22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH*	Anual	Encuesta de vigilancia centinela del VIH y demográfica
23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Anual	Encuesta de vigilancia centinela del VIH
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Bienal	Vigilancia del programa
25. Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	Anual	Protocolos de tratamiento y estudios de eficacia

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

INDICADORES DEL COMPROMISO Y LA ACCIÓN NACIONALES

1. Gasto relativo al sida por categoría y fuente de financiación
2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)
Parte A (para que respondan los funcionarios gubernamentales:
 - plan estratégico;
 - apoyo político;
 - prevención;
 - tratamiento, atención y apoyo y
 - vigilancia y evaluación.
Parte B (para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas):
 - derechos humanos;
 - participación de la sociedad civil;
 - prevención y
 - tratamiento, atención y apoyo.

1. Gasto relativo al sida

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 el compromiso y la acción nacionales, un elemento importante de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida* del UNGASS. 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., Valoraciones del Gasto Nacional relativo al Sida “NASA”, 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.

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

OBJETIVO	Recopilar datos exactos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Datos para los años calendario o fiscales 2007, 2008 y 2009 (según estén disponibles)
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Instrumento/método principal: Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA) Instrumentos/métodos alternativos: 1) Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida. No debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido según el método NASA 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. 2) 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 3).

MÉTODO DE MEDICIÓN

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 vulnerables²
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 subcategorías en cada categoría de gasto relativo al sida; véase el Apéndice 3)

Tres grupos principales de fuentes de financiación:

1. Público nacional
2. Internacional
3. Privado nacional (optativo para el informe del UNGASS).

(Hay múltiples subcategorías para cada fuente; véase el Apéndice 3)

La Matriz de Financiación Nacional se encuentra en el sitio web para la presentación de informes del UNGASS 2010: www.unaids.org/UNGASS2010

INTERPRETACIÓN

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.

PREPARACIÓN DE INFORMES

Para notificar sobre el indicador del gasto nacional e internacional relativo al sida se debe rellenar la Matriz de Financiación Nacional. En el Apéndice 3 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 3, deben enviarse junto con el Informe nacional sobre los progresos realizados.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias y sitios web:

- ONUSIDA (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*. Esta publicación está disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/Tracking/Nasa.asp>
- UNFPA/ONUSIDA/Netherlands Interdisciplinary Demographics Institute. Los detalles sobre las Encuestas de Flujos de Recursos, los instrumentos, los países de muestra y otros detalles sobre este instrumento están disponibles en: www.resourceflows.org

² 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.

- Banco Mundial/OMS/USAID (2003). *Guide to Producing National Health Accounts*. Esta publicación y otros instrumentos para las Cuentas Nacionales de Salud y las subcuentas del sida pueden encontrarse en: <http://www.who.int/nha>
- Health Systems 20/20/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Esta publicación puede encontrarse en: www.healthsystems2020.org

2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/sida

Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)

OBJETIVO	Evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida a nivel nacional.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal. Idealmente, el Índice Compuesto de Política Nacional se rellena durante los últimos 6 meses del periodo de información (es decir, entre junio y diciembre de 2009 para la ronda de informes de 2010). Puesto que es necesario consultar a diversas partes interesadas, es importante dejar tiempo suficiente para el proceso de recopilación y consolidación de datos.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 4).
MÉTODO DE MEDICIÓN	El cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional se divide en dos partes que abarcan las siguientes áreas: Parte A (para que respondan los funcionarios del gobierno) I. Plan estratégico II. Apoyo político III. Prevención IV. Tratamiento, atención y apoyo V. Vigilancia y evaluación Parte B (para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas). I. Derechos humanos II. Participación de la sociedad civil III. Prevención IV. Tratamiento, atención y apoyo Algunas preguntas están incluidas en el Parte A y en la Parte B con miras a obtener las opiniones tanto de los entrevistados nacionales gubernamentales como de los no gubernamentales, ya sea que concuerden o no.

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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 subnacionales importantes; el nivel de aplicación de estrategias, políticas, leyes o reglamentaciones; comentarios sobre las fuentes de los datos, etc. En general, los *ante-proyectos* 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional (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 Índice Compuesto de Política Nacional antes de la presentación oficial como parte del Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. El acuerdo respecto de los datos finales del Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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.

INTERPRETACIÓN

- El Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional como “indicador” o un “índice”, 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 Índice 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 lo responde en colaboración plena, es decir, invitando a la representación adecuada y respetando los diferentes puntos de vista, el proceso del Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional 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 Índice Compuesto de Política Nacional desde 2003, siempre que estén disponibles.³

³ Compárese el ICPN de las *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, ONUSIDA 2002, 2005 y 2007, respectivamente, para seleccionar las preguntas para las cuales se pueden calcular tendencias.

INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL

Áreas programáticas: seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovírica, prevención de la transmisión maternoinfantil, cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH, prueba del VIH, programas de prevención, servicios para huérfanos y niños vulnerables, y educación

3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica*
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH
7. 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
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

3. Seguridad hematológica

Los programas de seguridad hematológica tienen por objeto lograr que todas las unidades de sangre se analicen para detectar infecciones transmisibles, incluido el VIH, y que sólo aquellas unidades no reactivas al cribado se destinen para uso clínico. En muchos países las unidades de sangre no se someten al análisis de detección de las infecciones más importantes transmisibles por transfusión y, en caso de realizarse, a menudo la seguridad de la sangre se ve comprometida por equipos de pruebas de mala calidad o un almacenamiento inadecuado. Además, la falta de capacitación del personal o de procedimientos operativos normalizados puede producir errores de laboratorio que ocasionan que se clasifiquen como seguras unidades de sangre infectadas, lo que plantea un serio riesgo de transmisión del VIH a través de sangre poco segura.

El cribado sistemático universal (100%) de las donaciones de sangre para la detección del VIH y otras infecciones transmisibles por transfusión no puede lograrse sin mecanismos que aseguren la calidad y continuidad del análisis. En algunos países, las interrupciones de los suministros de estuches de pruebas y reactivos, o las situaciones de emergencia, pueden traer aparejados el uso de sangre para transfusiones no analizada para la detección de infecciones transmisibles por transfusión. Por lo tanto, el desarrollo de sistemas para el suministro fiable y constante de estuches de pruebas y reactivos asequibles y de alta calidad, así como la gestión eficiente de las existencias son fundamentales para asegurar la calidad del cribado sistemático universal de las unidades de sangre.

De modo que resulta fundamental que todas las unidades de donación de sangre sean analizadas con criterios de calidad asegurada para detectar el VIH. Las siguientes metodologías son dos elementos básicos para asegurar la calidad del cribado sistemático:

1. el uso de procedimientos documentados y de referencia (procedimientos operativos normalizados) para el cribado sistemático de todas las unidades de sangre; y
2. la participación de los laboratorios en un Plan de Control de Calidad Externo del cribado sistemático para la detección del VIH, en el cual la evaluación externa del desempeño del laboratorio se efectúe por medio del uso de muestras de contenido conocido, pero anónimas, para evaluar la calidad del sistema y contribuir a mejorar los criterios de desempeño.

Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada

OBJETIVO	Evaluar los progresos en el cribado sistemático de las donaciones de sangre con criterios de calidad asegurada.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Instrumento FRAME (Marco para la valoración, el seguimiento y la evaluación de los servicios de transfusión de sangre): un instrumento de evaluación rápida usado por la Base de Datos Mundial sobre Seguridad Hematológica de la OMS.
MÉTODO DE MEDICIÓN	La información se relaciona con los datos de los 12 meses anteriores (enero–diciembre). Debe estar disponible a través del servicio nacional de transfusión de sangre o de los funcionarios responsables del Programa Nacional Hematológico del Ministerio de Salud. Para medir este indicador, es necesaria la siguiente información. 1. El número total de unidades de sangre que se donó en su país. 2. Para cada centro hematológico y laboratorio de análisis de sangre que efectúa el cribado sistemático de las donaciones de sangre para la detección del VIH: i. El número de unidades de sangre que fueron donadas en cada centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre. ii. El número de unidades donadas que fueron analizadas en el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre.

- iii. Si el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre siguió procedimientos operativos de referencia documentados para el cribado sistemático para la detección del VIH.
- iv. Si el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre participó en un plan de garantía de calidad externo del cribado sistemático para la detección del VIH.

El indicador puede calcularse a partir de esta información.

Numerador:

Número de unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. A los efectos de la recopilación de datos, el cribado sistemático con criterios de calidad asegurada se define como aquel que se efectúa en centros hematológicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que: (i) siguen procedimientos operativos de referencia documentados y (ii) participan en un plan de control de calidad externo (CCE).

Denominador:

Número total de unidades de sangre donada.

En este contexto, donación se refiere a la sangre recogida a efectos de uso médico, lo que incluye todos los tipos posibles de donantes, independientemente de que hayan recibido o no remuneración.

A continuación se muestran ejemplos de los datos necesarios para calcular este indicador:

Nombre del centro hematológico o del laboratorio de cribado sistemático de sangre	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre		
	Procedimientos operativos normalizados	Plan externo de control de la calidad	Sangre donada	Sangre analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada
A	Sí	Sí	1000	1000	1000
B	Sí	No	800	450	0
C	No	Sí	150	50	0
D	No	No	50	0	0
Total	2	2	2000	1500	1000
	[número de establecimientos]		[número de unidades de sangre]		

Por lo tanto, el porcentaje de unidades de donaciones de sangre analizado sistemáticamente para detectar el VIH y asegurar su calidad en los 12 meses anteriores es: $1000/2000 = 50\%$.

INTERPRETACIÓN

Si el laboratorio de análisis de sangre sigue procedimientos de referencia documentados para el cribado sistemático, está claro que el desempeño del personal capacitado para usar procedimientos operativos normalizados tiene cierto nivel de uniformidad, fiabilidad y sistematización. Si un laboratorio de análisis de sangre participa en un plan de control de calidad externo, significa que se evalúa la calidad del cribado sistemático de la sangre para la detección del VIH a intervalos regulares. Es importante tener en cuenta el porcentaje de unidades de sangre analizado en relación con estos dos elementos básicos de calidad, ya que ambos son imprescindibles para asegurar la calidad de los procedimientos.

Los países proporcionan datos anualmente sobre este indicador a la Base de Datos Mundial de Seguridad Hematológica de la OMS. A nivel local, los datos pueden obtenerse dirigiéndose al Servicio Nacional de Transfusión de Sangre, al Programa Nacional Hematológico o al Programa Nacional del Sida.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, pueden consultarse los siguientes sitios web:

- www.who.int/bloodsafety
- www.who.int/diagnostics_laboratory
- www.who.int/worldblooddonorday

4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

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

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica de combinación a todas las personas que viven con la infección por el VIH avanzada.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada establecimiento y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Para el numerador: registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos o sistemas de gestión del suministro de fármacos. Para el denominador: modelos de estimación de la prevalencia del VIH, como Spectrum.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Vigilancia de los programas y vigilancia del VIH
Numerador:	Número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que actualmente recibe terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo que cubre el informe.
Denominador:	Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada. Este indicador se desglosará por sexo y edad (<15, 15+)⁴ y los porcentajes dados para 2008 y 2009 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura.
Explicación del numerador:	El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto. El numerador debe ser igual al número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretrovírico menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto. En otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido. Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Es preciso hacer esfuerzos para dar cuenta de dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador.

⁴ Siempre que sea posible, para los niños el indicador debe ser desglosado también por las siguientes edades: <1, 1-4, 5-14 años.

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

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

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

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

Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de modelización del VIH, como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de la necesidad relacionada con el VIH y el uso de Spectrum, consúltese la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones.⁵

La necesidad o los criterios requeridos para recibir terapia antirretrovírica deben coincidir con las definiciones de la OMS sobre el diagnóstico del VIH avanzado (incluido el sida) en adultos y niños.⁶

INTERPRETACIÓN

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

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

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

⁵ http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp

⁶ <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging.pdf>

5. Prevención de la transmisión maternoinfantil

Cuando no se realizan intervenciones preventivas, los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH y amamantados por ellas tienen una probabilidad aproximada de que uno de cada tres contraiga la infección. La transmisión puede ocurrir durante el embarazo, el parto y el alumbramiento, o después del parto a través de la lactancia materna. El riesgo de TMI puede reducirse significativamente con enfoques complementarios de tratamientos antirretrovíricos para la madre, con o sin profilaxis para el lactante, la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante.

Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua en el establecimiento y agruparse periódicamente.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Para el numerador: instrumentos de vigilancia de los programas, como registros de pacientes y formularios de información sumaria. Para el denominador: encuestas de vigilancia en dispensarios prenatales en combinación con datos demográficos, o modelos de estimación, como Spectrum.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Vigilancia de los programas y vigilancia del VIH
Numerador:	Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.
Denominador:	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses. Se deben proporcionar los datos para este indicador correspondientes a 2008 y 2009 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura. Siempre que sea posible, el numerador para este indicador debe desglosarse por el tipo de tratamiento antirretrovírico.

Explicación del numerador: Hay cuatro categorías antirretrovíricas generales que las mujeres infectadas por el VIH pueden recibir para prevenir la transmisión materno-infantil (PTMI).

Categorías	Aclaración	Ejemplos
1) Monodosis de Neviparina únicamente	Una dosis de neviparina para la madre administrada durante el parto o perinatalmente	Monodosis de NVP (MD NVP)
2) Tratamientos profilácticos con una combinación de dos fármacos antirretrovíricos	Tratamiento profiláctico que utiliza más de un fármaco antirretrovírico para las madres a fin de prevenir la transmisión del VIH y que se administra antes del trabajo de parto y parto	- AZT + NVP - AZT + MD NVP + 7 días postparto de AZT/3TC - AZT + 3TC - AZT + 3TC + MD NVP
3) Tratamientos profilácticos con una combinación de tres fármacos antirretrovíricos	Tratamiento altamente activo para profilaxis de la transmisión materno-infantil diseñado para eliminar por completo la replicación vírica antes y durante el parto y durante un tiempo variable después del parto	- AZT + 3TC + NNRTI o AZT + 3TC + PI o AZT + 3TC + NRTI
4) Terapia antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas que reúnen los criterios requeridos para recibir el tratamiento	Terapia antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas que reúnen los criterios requeridos para recibir el tratamiento	Tratamiento estándar nacional AZT + 3TC + NNRTI o AZT + 3TC + PI o AZT + 3TC + NRTI

Las mujeres infectadas por el VIH que reciban cualquier tipo de terapia antirretrovírica, incluida aquella específica para profilaxis, cumplen la definición para este numerador. Como numerador, los países deben informar el número total de embarazadas infectadas por el VIH que recibió algún tipo de terapia antirretrovírica. Este número debe desglosarse por tipo de tratamiento. El desglose debe ser por las opciones una a cuatro (si se utilizan otros tratamientos, deben indicarse los detalles).

En la opción número cuatro, las embarazadas infectadas por el VIH que reúnen los criterios requeridos para recibir la terapia antirretrovírica y que recibieron tratamiento también se beneficiarán del efecto profiláctico para la transmisión materno-infantil y, por lo tanto, se incluyen en el numerador.

Los fármacos antirretrovíricos pueden administrarse a las mujeres infectadas por el VIH durante el embarazo, el parto y poco después del alumbramiento, y dicha administración puede tener lugar en diferentes establecimientos. Los países pueden recopilar los datos para el numerador procedentes de los registros de pacientes en los dispensarios prenatales, en maternidades, centros de atención y establecimientos de cuidados posparto y servicios para el VIH.

Las mujeres que reciben terapia antirretrovírica tanto en el sector privado como en el público deben incluirse en este numerador siempre que haya datos disponibles para ambos sectores.

Explicación del denominador: El denominador se calcula estimando el número de mujeres infectadas por el VIH que hayan estado embarazadas en los últimos 12 meses, basándose en los datos de vigilancia de los dispensarios prenatales.

Hay dos métodos posibles para calcular la estimación del denominador.

1. Estimaciones calculadas según un modelo de proyección⁷ como el Spectrum;⁸ o
2. Multiplicar:
 - (a) el número total de mujeres que dio a luz durante los últimos 12 meses, que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística o estimaciones proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas, por
 - (b) la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas, que puede derivar de las estimaciones de la vigilancia centinela de los dispensarios prenatales.

INTERPRETACIÓN

Se insta a los países a que efectúen el seguimiento e informen sobre la distribución porcentual real o estimada de los diversos tratamientos suministrados a fin de vigilar las tendencias en la utilización de los tratamientos y, de ese modo, poder modelizar el impacto de los fármacos antirretrovíricos en la transmisión maternoinfantil en función de la eficacia de las correspondientes pautas farmacológicas. En 2006, las directrices internacionales se actualizaron para recomendar tratamientos más eficaces para la transmisión maternoinfantil; y es posible que los países estén en diferentes fases con respecto a la adopción de las recomendaciones más recientes. Algunos de ellos tal vez aún no dispongan de un sistema en funcionamiento para reunir datos e informar sobre la cobertura de la prestación de terapia antirretrovírica para la prevención de la transmisión maternoinfantil según las diversas posibilidades de tratamiento; sin embargo, el objetivo debe ser la creación de dicho sistema.

Este indicador permite efectuar el seguimiento de las tendencias en el suministro de terapia antirretrovírica que aborde la prevención de la transmisión maternoinfantil. Sin embargo, como los países ofrecen diferentes tratamientos para la prevención de la transmisión maternoinfantil, las comparaciones entre ellos de estimaciones agrupadas deben interpretarse con cautela y haciendo referencia a los tratamientos suministrados.

Además de la terapia antirretrovírica para la madre, los tratamientos antirretrovíricos para reducir la transmisión maternoinfantil deben acompañarse de otros adecuados para el lactante y, siempre que sea posible, se debe efectuar el seguimiento e informar si se han administrado dosis para lactantes.

En algunos países, un gran número de embarazadas no tiene acceso a los servicios de los dispensarios prenatales o decide no hacer uso de ellos. Las embarazadas que viven con el VIH pueden ser más o menos proclives a utilizar dichos servicios (o los servicios de los dispensarios prenatales públicos antes que los privados) que las no infectadas; en especial, allí donde puede accederse a los fármacos antirretrovíricos a través de esos servicios o cuando los niveles de estigma son particularmente elevados. Las estimaciones nacionales de las embarazadas infectadas por el VIH deben obtenerse adaptando los datos de vigilancia de los centros prenatales centinela y otras fuentes, sin olvidar características tales como las tendencias de prevalencia urbana/rural que puedan afectar la representatividad de los centros centinela.

MÁS INFORMACIÓN

La prevención de la transmisión maternoinfantil es un ámbito programático que evoluciona rápidamente. Por lo tanto, los métodos de seguimiento de la cobertura de dicho servicio también evolucionan. Para acceder a la información más actual disponible, se ruega consultar el siguiente sitio web:

- <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>

⁷ Metodología descrita por el Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones: http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp

⁸ http://www.unaids.org/es/HIV_data/Epidemiology/episofware.asp

6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

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

Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de establecimiento 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.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Registros e informes del establecimiento acerca de la terapia antirretrovírica; instrumentos de vigilancia de los programas.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Datos y estimaciones de los programas de los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.
Numerador:	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.
Denominador:	Número estimado de casos de tuberculosis 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 Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y por adultos (>15 años) y niños (<15 años).

INTERPRETACIÓN

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

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

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 antirretrovírica. De este modo, se reflejarían los casos de tuberculosis detectados y tratados entre las personas que viven con el VIH.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, pueden consultarse la referencia y el sitio web siguientes:

- OMS (2009). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/tb/country/en>

7. Las pruebas del VIH en la población general

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.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 o 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	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? 2. Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
Numerador:	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
Denominador:	Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad. El indicador debe presentarse en forma de porcentajes para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años. El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el sida.

INTERPRETACIÓN

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.

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

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas

Para protegerse y no infectar a otros, es importante que las poblaciones más expuestas conozcan su estado serológico con respecto al VIH. Este conocimiento es también un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado: los profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

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

Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos los que tienen una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
MÉTODO DE MEDICIÓN	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?
Numerador:	Número de encuestados pertenecientes a poblaciones más expuestas que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
Denominador:	Número de poblaciones más expuestas incluidas en la muestra. Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones más expuestas deberán recopilarse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con las poblaciones. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Puede ser difícil acceder o encuestar a las poblaciones más expuestas. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta encuestada. Si hay razones para suponer que los datos no provienen de una muestra representativa, esa sospecha deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando existan fuentes de datos diversas, debe aplicarse 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.

Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de las poblaciones más expuestas puede resultar difícil debido a su movilidad y a la imposibilidad de acceder a ellas, puesto que muchos de sus grupos son poblaciones ocultas. Por lo tanto, se debe informar sobre la naturaleza de la muestra en la parte descriptiva para facilitar la interpretación y el análisis a lo largo del tiempo.

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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

A menudo es difícil llegar a las poblaciones más expuestas con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH en estas poblaciones y en la población general es importante que dispongan de acceso a estos servicios. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado: profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

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

Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas ⁹ .
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual)? A los consumidores de drogas inyectables se les debe hacer la siguiente pregunta adicional: 3. En los últimos doce meses, ¿ha recibido equipo de inyección estéril (p. ej., a través de un agente de extensión, un educador inter pares o gracias a un programa de intercambio de jeringas)?
Numerador:	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a ambas preguntas (a las tres en el caso de los consumidores de drogas inyectables).
Denominador:	Número total de encuestados. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Los datos obtenidos para este indicador deben presentarse para cada población más expuesta y desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos de la población más expuesta deberán 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.

⁹ Este indicador sólo abarca dos elementos básicos de los programas de prevención para las poblaciones más expuestas. Es sabido que el indicador no mide la frecuencia con la que los miembros de estas poblaciones acceden a los servicios, tampoco la calidad de estos servicios. Estas limitaciones sugieren que el indicador pueden sobrestimar la cobertura de los servicios de prevención del VIH para las poblaciones más expuestas. 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.

INTERPRETACIÓN

El acceso a las poblaciones más expuestas o la realización de encuestas entre ellas pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta encuestada. 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 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.

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 inter pares), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, terapia de sustitución de opiáceos para los consumidores de drogas inyectables y otros. Para obtener más información sobre los elementos de programas integrales de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones más expuestas, 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 del instrumento para preparación de informes.

Se ha recomendado que la cuestión de la calidad y la intensidad de los servicios entre las poblaciones más expuestas, sobre los que se informa, se aborde más explícitamente en cuanto a los criterios de medición de los elementos de los servicios suministrados. Teniendo en cuenta la complejidad de este elemento de medición, especialmente en el contexto de las poblaciones más expuestas, el desarrollo de tales criterios exige un proceso intensivo de recopilación de información, síntesis y formulación de recomendaciones. Este proceso fue iniciado en 2008 y configurará la revisión del sistema de informes del UNGASS que está programado para 2010. Mientras tanto, se recomienda remitirse a las directrices que se mencionan más abajo como documentos de referencia que pueden facilitar la interpretación de los datos recogidos desde una perspectiva de calidad e intensidad.

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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el sida

Puesto que el número de huérfanos y niños vulnerables sigue aumentando, es necesario asegurar el apoyo adecuado a las familias y comunidades. En la práctica, la atención y apoyo a los niños huérfanos provienen de las familias y las comunidades. Como base para este apoyo, es importante que las familias estén conectadas con el apoyo adicional de fuentes externas.

Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en el suministro de apoyo a los hogares que están cuidando a los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad.
APLICABILIDAD	Países con alta prevalencia del VIH.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 o 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	Una vez identificados todos los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad del hogar, a los jefes de familia se les hacen las cuatro preguntas siguientes acerca de los tipos y la frecuencia del apoyo recibido, así como del origen de la fuente principal de ayuda para cada niño huérfano y vulnerable. Cada pregunta debe hacerse para cada uno de los niños. 1. ¿Ha recibido este hogar apoyo médico, incluidos atención médica o suministros médicos, en los últimos 12 meses? 2. ¿Ha recibido este hogar ayuda relacionada con la educación escolar, incluidos los gastos de matrícula, en los últimos 12 meses? (Esta pregunta se hará sólo para niños de 5 a 17 años). 3. ¿Ha recibido este hogar apoyo emocional o psicológico, incluidos asesoramiento de un profesional o ayuda o apoyo emocional o espiritual, en los últimos tres meses? 4. ¿Ha recibido este hogar otras formas de apoyo social, incluido apoyo socioeconómico (p. ej., ropa, alimento suplementario, apoyo económico, vivienda) o instrumental (p. ej., ayuda con el trabajo de la casa, capacitación para cuidadores, guardería, servicios jurídicos) en los últimos tres meses? Se entiende por apoyo externo la ayuda gratuita que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de la comunidad.
Numerador:	Número de huérfanos y niños vulnerables que viven en hogares que recibieron al menos uno de los cuatro tipos de apoyo para cada uno de los niños (que contestaron afirmativamente a por lo menos una de las preguntas 1, 2, 3 y 4).
Denominador:	Total de niños huérfanos y vulnerables de 0 a 17 años. A efectos de este indicador y de conformidad con las definiciones del UNICEF (véase la referencia más abajo), un huérfano se define como un niño menor de 18 años que ha perdido a uno o ambos progenitores.

Un niño vulnerable por causa del VIH menor de 18 años y que:

- (i) ha perdido a uno o ambos progenitores; o
- (ii) tiene un progenitor con una enfermedad crónica (independientemente de si éste vive en el mismo hogar que el niño); o
- (iii) vive en un hogar en el cual, en los últimos 12 meses, por lo menos un adulto falleció o estuvo enfermo durante tres de los cuatro meses anteriores a su fallecimiento; o
- (iv) vive en un hogar en el cual por lo menos hubo un adulto gravemente enfermo durante por lo menos tres de los últimos 12 meses.

INTERPRETACIÓN

Este indicador debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia del VIH (5% o mayor). El indicador *no* mide las necesidades de los hogares ni de los huérfanos y niños vulnerables. Podrían añadirse preguntas adicionales para medir las necesidades que expresan las familias que tienen a cargo a los huérfanos. Este indicador lleva implícita la idea de que todas las familias con huérfanos y niños vulnerables necesitan apoyo externo: algunos huérfanos y niños vulnerables necesitan más apoyo externo que otros. Por lo tanto, es importante desglosar la información en otros indicadores de vulnerabilidad, como la situación socioeconómica de la familia, grado de dependencia, jefes de familia, etc.

Si el tamaño de las muestras lo permite, puede resultar útil a efectos programáticos comparar las diferencias entre los valores para este indicador correspondientes a los huérfanos y a otros niños vulnerables. También deben desglosarse los datos por edad y por tiempo de orfandad, factores ambos fundamentales para establecer el tipo de apoyo que se necesita. Por ejemplo, un huérfano cuyo progenitor falleció hace 10 años necesitará un tipo de apoyo distinto del de aquel cuyo progenitor falleció el año pasado.

Cuando se examinan los cuatro tipos de ayuda por separado, los datos sobre la ayuda relacionada con la escolarización deben limitarse a niños de 5 a 17 años.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

La educación basada en las aptitudes para la vida es un método eficaz que utiliza ejercicios de participación para enseñar a los jóvenes formas de comportamiento que los ayudan a enfrentar las dificultades y exigencias de la vida diaria. Puede incluir aptitudes para la toma de decisiones y la resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, toma de conciencia, comunicación y relaciones interpersonales. También puede enseñar a los jóvenes a hacer frente a sus emociones y a las causas de estrés. Cuando se adapta específicamente para la instrucción relacionada con el VIH en las escuelas, un enfoque basado en las aptitudes para la vida ayuda a los jóvenes a entender y evaluar los factores individuales, sociales y ambientales que aumentan y disminuyen el riesgo de transmisión del VIH. Aplicado con eficacia, puede tener un impacto positivo en el comportamiento, incluido el aplazamiento de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales.

Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia la aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se informa a los directores y responsables de una muestra nacional representativa de escuelas (tanto públicas como privadas) del significado de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida y luego se les formula la siguiente pregunta: En el último año académico, ¿ofreció su escuela por lo menos 30 horas de capacitación en aptitudes para la vida en cada curso?
Numerador:	Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.
Denominador:	Número de escuelas encuestadas. Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de escuelas y de las escuelas primarias y secundarias por separado. Si la escuela proporciona educación primaria y secundaria, la información debe obtenerse y presentarse por separado para ambos niveles de educación.

INTERPRETACIÓN

Es importante que la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida se inicie en los primeros cursos de la escuela primaria y continúe a lo largo de toda la escolarización, con contenidos y métodos adaptados a la edad y experiencia de los alumnos.

El indicador proporciona información útil sobre las tendencias de la cobertura de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en las escuelas. Sin embargo, hay que tener en cuenta las importantes variaciones que existen en los niveles de escolarización (o al realizar comparaciones entre países) al interpretar este indicador. Por consiguiente, la información de apoyo que se brinde para este indicador deberá incluir las tasas de escolarización en los niveles de enseñanza primaria y secundaria correspondientes al año académico más reciente.

Las estrategias complementarias dirigidas a satisfacer las necesidades de los jóvenes no escolarizados serán particularmente importantes en los países con tasas de escolarización bajas.

El indicador es una medida de la cobertura. La calidad de la enseñanza proporcionada también puede diferir entre países y a lo largo del tiempo.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, se pueden consultar los siguientes sitios web:

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

INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
13. Porcentaje de mujeres y varones 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*
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
17. 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*
18. Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

12. Los huérfanos: asistencia a la escuela

El sida se está cobrando la vida de un número creciente de adultos, precisamente en el periodo de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Como consecuencia, en muchos países la prevalencia de huérfanos aumenta constantemente, mientras que un número menor de familiares en la plenitud de la edad adulta significa que los niños huérfanos se enfrentan a un futuro cada vez más incierto. 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.

Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

OBJETIVO	Evaluar el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Preferiblemente: bienal. Mínimo: cada 4 a 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de Indicadores del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	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? Parte A: Tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad.
Numerador:	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores y sigue asistiendo a la escuela.
Denominador:	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores. Parte B: Tasa actual de asistencia a la escuela de niños de 10 a 14 años con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.
Numerador:	Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos y que asisten a la escuela.
Denominador:	Número de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos. Este indicador debe presentarse desglosado por sexo.

INTERPRETACIÓN

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 mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Las epidemias de VIH se perpetúan fundamentalmente a través de la transmisión sexual de la infección a generaciones sucesivas de jóvenes. Un conocimiento sólido acerca del VIH es una condición indispensable, aunque a menudo insuficiente, para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión.

Porcentaje de mujeres y varones 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

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Preferiblemente: bienal; mínima: cada 4 a 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta sobre indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	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 fiel y no infectada? 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?
Numerador:	Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las cinco preguntas.
Denominador:	Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad. Las primeras tres preguntas no deben modificarse. Las preguntas 4 y 5 se refieren a las ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Por ejemplo: “¿Puede una persona contraer el VIH abrazando o estrechando la mano a una persona infectada?” y “¿Puede una persona contraer el VIH por medios sobrenaturales?” Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y el sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Una respuesta de “no sé” debe registrarse como respuesta incorrecta. El indicador debe presentarse con porcentajes separados para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años. Se requieren puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.

INTERPRETACIÓN

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 virus puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma al que se enfrentan las personas que viven con el VIH.

Este indicador es particularmente útil en países en que 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, también es importante en otros países, porque puede ayudar a lograr que se mantengan niveles altos de conocimiento donde ya existen.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información sobre cómo acceder a los datos de las encuestas demográficas de salud, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH

Las epidemias concentradas suelen verse favorecidas por la transmisión sexual o el uso de equipo de inyección contaminado. Los conocimientos adecuados sobre el VIH son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado: profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

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

Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas comportamentales especiales, como la Encuesta de vigilancia del comportamiento de las poblaciones más expuestas de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 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 compartiendo alimentos con una persona infectada?
Numerador:	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas.
Denominador:	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas. Deben facilitarse puntuaciones del indicador para todos los encuestados y desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador.

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 las poblaciones más expuestas deberán 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 recopilada debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

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.

Encuestar a las poblaciones más expuestas puede ser una tarea difícil. Por esa razón, 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 debe 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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Un objetivo importante de muchos países es aplazar la edad en la que los jóvenes tienen su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial a fin de reducir el posible riesgo de exposición al VIH. Hay pruebas también de que posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por acto sexual, al menos en las mujeres.

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 o 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad. El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por varones y mujeres, y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.

INTERPRETACIÓN

En los países en que muy pocas personas jóvenes tienen su primera relación sexual antes de los 15 años de edad puede optarse por utilizar un indicador alternativo: “Porcentaje de mujeres y varones de 20 a 24 años de edad que indica haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años”. La ventaja de utilizar la edad de la primera relación sexual (en lugar de la edad promedio de la primera relación sexual) es que requiere un cálculo 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 sólo los individuos que ingresan en el grupo, es decir, los que tienen menos de 15 años de edad al comienzo del periodo cuyas tendencias se evalúan, pueden influir en el numerador. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, probablemente convenga concentrarse en los cambios en los niveles correspondientes al grupo de edad de 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 que los programas de prevención del VIH promueven la virginidad o el aplazamiento de la primera relación sexual, las respuestas de los jóvenes a las preguntas de la encuesta pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberadamente falsa de la edad de su primera relación sexual.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información sobre cómo acceder a los datos de las encuestas demográficas de salud, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

16. Relaciones sexuales de alto riesgo

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 (simultánea o consecutivamente) tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no forman parte de una red sexual amplia.

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 o 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los entrevistados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad. Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

INTERPRETACIÓN

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 los cambios 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 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

Para mayor información sobre cómo acceder a los datos de las encuestas demográficas de salud, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 o 5 años.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas).
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: 1. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? Si la respuesta es más de una, se pregunta: 2. ¿Usted o su pareja usaron un preservativo durante la última relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

INTERPRETACIÓN

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, una mayor importancia del valor de cualquier indicador en concreto dependerá del grado en que las personas practican tales relaciones. 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 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

Para mayor información sobre cómo acceder a los datos de las encuestas demográficas de salud, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo

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 subepidemia concentrada entre profesionales del sexo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar 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.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales para el numerador y denominador, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los profesionales del sexo de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses. Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). 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 entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo

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 subepidemia 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.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	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.
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina ¹⁰ durante los últimos seis meses. Los datos de este indicador deben desglosarse por edad (<25; 25+). 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 entrevistados y a la información que proporcionar debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

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

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 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.

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 examinada 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 del instrumento de informes.

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 la población más expuesta entrevistada. 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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo

En el caso de los consumidores de drogas inyectables, resulta esencial salvaguardar la 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 consumidores 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 subepidemia concentrada entre los consumidores de drogas inyectables. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH.
APLICABILIDAD	Países en que el consumo de drogas inyectables es una vía reconocida de transmisión del VIH.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los consumidores de drogas inyectables de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente serie de preguntas: 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es afirmativa: ¿ha tenido relaciones sexuales en el último mes? 3. Si las respuestas a las preguntas 1 y 2 son afirmativas: ¿utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual. ¹¹
Denominador:	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas y haber tenido relaciones sexuales en el último mes. Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todos los entrevistados y desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los consumidores 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 entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores 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.

¹¹ 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.

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 consumidores de drogas inyectables utilizan equipo de inyección contaminado, y (iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso del preservativo entre los consumidores 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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

En el caso de los consumidores de drogas inyectables, las prácticas de inyección y sexuales seguras resultan esenciales, 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 consumidores de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (p. ej., por transmisión sexual) a la población general.

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables.
APLICABILIDAD	Países en que el consumo de drogas inyectables es una vía reconocida de transmisión del VIH.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los consumidores de drogas inyectables de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan las siguientes preguntas: 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es afirmativa, ¿usó equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas¹²?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas.
Denominador:	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes.
	Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todos los entrevistados y desglosarse por sexo y edad (<25/25+).
	Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los consumidores 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 entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores de drogas inyectables entrevistada. 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.

¹² Es probable que sea necesario modificar esta pregunta en determinados contextos locales. En algunas culturas de inyección de drogas, por ejemplo, las agujas y las jeringas pueden estar expuestas al VIH aun sin ser compartidas entre usuarios (p. ej., a través de soluciones de drogas compartidas). Las preguntas utilizadas deben averiguar si la aguja y la jeringa empleadas realmente eran estériles.

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 consumidores de drogas inyectables utilizan equipo de inyección contaminado, y (iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso del preservativo entre los consumidores de drogas inyectables, y entre estos últimos y la población general. Este indicador brinda información parcial 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

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2007). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra: ONUSIDA.

INDICADORES DE IMPACTO

- 22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por elVIH*
- 23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por elVIH
- 24. Porcentaje de adultos y niños con elVIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica
- 25. Porcentaje de lactantes infectados por elVIH que nació de madres infectadas

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

22. Reducción de la prevalencia del VIH

El objetivo de la respuesta al VIH es reducir la infección por el VIH. Habida cuenta de que las tasas más elevadas de nuevas infecciones se observan generalmente en jóvenes, más de 180 países se han comprometido a alcanzar reducciones considerables en la prevalencia del VIH entre los jóvenes, una reducción del 25% en los países más afectados para 2005 y una reducción mundial del 25% para 2010.

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.
APLICABILIDAD	Países con epidemias generalizadas.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Directrices de la OMS para la vigilancia centinela del VIH.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y rurales.
Numerador:	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
Denominador:	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH. 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. Siempre que sea posible, debe facilitarse la proporción del total de mujeres de 15 a 24 años que reside en la capital, en otras zonas urbanas y en zonas rurales, de modo que puedan calcularse las estimaciones nacionales.

INTERPRETACIÓN

La prevalencia del VIH a 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 promedio 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 19 años. 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.

En países en 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 correcta 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 más expuestas.

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 encuestales, estas estimaciones deben ser incluidas en el cuadro de comentarios para posibilitar las comparaciones entre varias encuestas. Siempre que estén disponibles, 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 mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp

23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

Las poblaciones más expuestas son las que suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países tanto con epidemias generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia en estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia en las poblaciones más expuestas es un parámetro esencial de la respuesta al VIH a nivel nacional. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; p. ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Nota: los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, donde no se recomienda la vigilancia sistemática de las embarazadas; incluye también países con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	<i>Directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación</i> , del ONUSIDA/OMS, y directrices de Family Health International sobre muestreo en grupos de población.
MÉTODO DE MEDICIÓN	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.
Numerador:	Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH
Denominador:	Número de miembros de poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH. Las estimaciones de la prevalencia deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+) 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.

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 las personas que se han iniciado en el consumo de drogas inyectables durante el último año o que practican el comercio sexual desde hace menos de un año, etc.). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia. En el Informe nacional sobre los progresos realizados, es imperativo indicar si este tipo de análisis se emplea de forma que permita un análisis mundial significativo.

INTERPRETACIÓN

Debido a las dificultades que plantea el acceso a las poblaciones más expuestas, 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 las poblaciones más expuestas 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.

Actualmente, el Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS están preparando directrices revisadas sobre la vigilancia del VIH en las poblaciones más expuestas. Para obtener más información, consúltese: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/default.asp>.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp.

24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica

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

Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis de cohorte/ de grupo.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica.
Numerador:	Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.
Denominador:	Total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes. Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (<15, 15+).
Definiciones:	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 2009, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2008. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2008 al 30 de junio de 2009, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento del periodo del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2008. Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2007 habrán llegado a los resultados de 12 meses para el periodo de información entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008.

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

- http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp.
Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciar el tratamiento.

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en mayo de 2005, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2005 y mayo de 2006 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), entonces en el duodécimo mes (mayo de 2006) no están en terapia antirretrovírica y no se incluyen en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretrovírica en mayo de 2005, dejó de ir a una visita en junio de 2005, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretrovírica en mayo de 2006 (en el duodécimo mes), está en terapia antirretrovírica y se incluye en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretrovírica en mayo de 2005 esté registrado como persona con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2005 y mayo de 2006.

Explicación del denominador:

El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretrovírica inicial en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses. Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretrovírica como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

A nivel del establecimiento de salud, el número de adultos y niños en terapia antirretrovírica a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 12 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, a nivel del establecimiento, 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.

INTERPRETACIÓN

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

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

25. Reducción de la transmisión maternoinfantil

En países de ingresos altos, las estrategias como la terapia antirretrovírica durante el embarazo y después del parto, así como la utilización de sucedáneos de la leche materna, han reducido en gran medida la tasa de transmisión materno-infantil del VIH. En los países en desarrollo se observan importantes dificultades en la aplicación de dichas estrategias, debido a las limitaciones en el acceso, asequibilidad y uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, así como en servicios de salud reproductiva y materno-infantil, que tienen integradas intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil, incluidos los sucedáneos de la leche materna (cuando son parte de las políticas nacionales de prevención de la transmisión materno-infantil). No obstante, es posible lograr reducciones importantes en la transmisión materno-infantil mediante métodos como la profilaxis antirretrovírica breve.

Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Spectrum u otra modelización estadística que utilice estudios de eficacia y cobertura de los programas.
MÉTODO DE MEDICIÓN	El indicador se calculará tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión materno-infantil en las embarazadas que reciben y no reciben profilaxis para el VIH; el factor que se pondera es la proporción de mujeres que recibe y no recibe diversos tratamientos profilácticos.

INTERPRETACIÓN

Este indicador se centra en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, a través de una mayor provisión de medicamentos antirretrovíricos. El software de modelización de estimaciones del VIH, Spectrum, tiene en cuenta el tipo de tratamiento antirretrovírico así como factores adicionales que influyen en las tasas de transmisión del VIH, entre ellos, las prácticas de alimentación de lactantes. Para obtener más información sobre Spectrum, consúltese la página web del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones que se indica a continuación.

MÁS INFORMACIÓN

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp

Apéndices

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.

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS (Nombre del país)

Periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009

Fecha de presentación: consignar la fecha de envío formal por correo electrónico del informe nacional al ONUSIDA

I. Índice

Instrucciones: rellenar

II. Situación actual

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

- a) la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe;
- b) la situación de la epidemia;
- c) la respuesta política y programática; y
- d) los datos de los indicadores del UNGASS en una tabla general

III. Panorama general de la epidemia de sida

Instrucciones: En esta sección se expondrá la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país durante el periodo que va de enero de 2008 a diciembre de 2009, en función de la vigilancia centinela y otros estudios específicos (si los hubiera) de los indicadores de impacto del UNGASS. 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, apoyo, cambio en el conocimiento y comportamiento, así como mitigación del impacto, durante el periodo que va de enero de 2008 a diciembre de 2009.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la ejecución de los programas del VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH basándose en los datos de los indicadores del UNGASS. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad (15–19 años, 20–24 años y 25–49 años). Los países también emplearán los datos del Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 4) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo y aplicación de política y estrategia, e incluir un análisis de las tendencias de los datos clave del Índice Compuesto de Política Nacional desde 2003, siempre que estén disponibles. Se insta a los países a que informen sobre datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos del UNGASS.

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 preven-

ción; ampliación de programas de atención, tratamiento y/o apoyo; vigilancia y evaluación; desarrollo de aptitudes; desarrollo de infraestructuras). El objetivo de esta sección es intercambiar las enseñanzas adquiridas con otros países.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

Instrucciones: Esta sección se centrará en:

- a) los progresos realizados con respecto a los problemas clave especificados en el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS de 2007 (si los hubiera);
- (b) los problemas afrontados durante todo el periodo de información (2008-2009) que hayan obstaculizado la respuesta nacional en general, y los avances hacia la consecución de los objetivos del UNGASS en particular; y
- (c) las medidas correctoras concretas ideadas para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS acordados.

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

Instrucciones: Esta sección se centrará en (a) el apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo, y (b) las medidas que éstos deben tomar para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS.

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

Instrucciones: Esta sección ofrecerá (a) un panorama general del sistema actual de vigilancia y evaluación; (b) los problemas afrontados en la aplicación de un sistema integral de vigilancia y evaluación (c) las medidas correctoras ideadas para superar los problemas; y d) destacar, cuando sea apropiado, las necesidades de asistencia técnica en materia de vigilancia y evaluación y de desarrollo de las capacidades. Los países deben basar esta sección en el Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 4).

ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida.

ANEXO 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.

Sírvanse enviar el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS antes del 31 de marzo de 2010 a través del sitio web para la presentación de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).

Todas las consultas relacionadas con los informes del UNGASS deben ser dirigidas a la División de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA a ungassindicators@unaids.org.

Si no se utiliza el Sistema de Información de la Respuesta Nacional versión 3 (CRIS3) ni el sitio web de informes del UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) para el envío de datos sobre los indicadores, sírvanse enviar los informes antes del 15 de marzo de 2010 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial de Ginebra.

Apéndice 2. Proceso de consulta y preparación del Informe nacional sobre los progresos realizados en la vigilancia del seguimiento de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*

1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?

a) CNS o equivalente	Sí	No
b) PNS	Sí	No
c) Otras (sírvanse especificar)	Sí	No

2) Con aportaciones de

Ministerios:

Educación	Sí	No
Salud	Sí	No
Trabajo	Sí	No
Relaciones Exteriores	Sí	No
Otros (sírvanse especificar)	Sí	No

Organizaciones de la sociedad civil	Sí	No
Personas que viven con el VIH	Sí	No
Sector privado	Sí	No
Organizaciones de las Naciones Unidas	Sí	No
Organizaciones bilaterales	Sí	No
ONG internacionales	Sí	No
Otras (sírvanse especificar)	Sí	No

3) ¿Se debatió el informe en un gran foro? Sí No

4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta? Sí No

5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública? Sí No

6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

Nombre / cargo: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Apéndice 3. Matriz de Financiación Nacional – 2010

Portada

Sírvanse proporcionar la siguiente información al presentar la Matriz de Financiación Nacional rellena.

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: año calendario _____ o año fiscal _____

En caso de de que el periodo cubierto sea un ejercicio fiscal, sírvanse consignar el mes/año de inicio y cierre:

de ____ / ____ a ____ / ____

Moneda local: _____

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el periodo de información abarcado: _____

Metodología:

(Sírvanse confirmar qué metodología [Valoraciones del Gasto Nacional relativo al Sida, Cuentas nacionales de salud o Encuestas de flujos de recursos] proporcionó los datos para la Matriz de Financiación Nacional y ofrecer información 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:

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

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?

____ Sí ____ No

Matriz de Financiación Nacional – 2010

Antecedentes

La Matriz de Financiación Nacional puede encontrarse en el sitio web para la presentación de informes del UNGASS: www.unaids.org/UNGASS2010. La Matriz de Financiación Nacional se utiliza para medir el primer indicador del UNGASS sobre compromiso y acción nacionales: Gasto relativo al sida por fuente de financiación. Se trata de una hoja de cálculo que permite a los países registrar los gastos relativos al sida en 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., Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA), Cuentas nacionales de salud¹³ 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 NASA, la matriz es uno de los productos de este instrumento. (Se insta a los países interesados en aplicar la NASA a que se pongan en contacto con el 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 77 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 objeto 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 del UNGASS).

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 categorías: 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 del UNGASS. Sin embargo, se recomienda 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 actualmente en uso en el

¹³ Si un país dispone de un programa de Cuentas nacionales de salud, debe remitirse a la guía completa de la NASA del ONUSIDA que proporciona orientación sobre la forma de elaborar matrices de Cuentas Nacionales de Salud que hagan cuadrar los resultados de dicho programa con la Matriz de Financiación Nacional. Puede solicitarse apoyo técnico adicional a los asesores del ONUSIDA de evaluación y vigilancia sobre la aplicación del cruce de datos en las oficinas del ONUSIDA en el país o en la Unidad de Seguimiento de Recursos en la sede del ONUSIDA en Ginebra.

país para la recopilación de este tipo de datos financieros (p. ej., Valoración del Gasto Nacional relativo al 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 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.
- 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 moneda 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 2006 del periodo de información cubierto; véase la portada de la Matriz de Financiación Nacional en la página 82.
- 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 del ONUSIDA *Notebook to Produce National Spending Assessments*; 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. Téngase 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.

- 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 se seleccione en la de prevención*).
- Si un país dispone de un programa de Cuentas Nacionales de Salud, debe solicitar el *NASA-NHA Crosswalk*, una guía completa del ONUSIDA que muestra cómo hacer coincidir los resultados de ese programa con la Matriz de Financiación Nacional. Los países pueden ponerse en contacto con el oficial de vigilancia y evaluación de la oficina del ONUSIDA en el país o con la Unidad de Seguimiento de Recursos en la sede del ONUSIDA en Ginebra.
- Si un país trabaja a partir de una Encuesta de flujo de recursos, tal vez pueda vincular los subtotales de la encuesta con las ocho categorías de gasto relativo al sida de la Matriz de Financiación Nacional.
- Las versiones electrónicas de *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments* y *National AIDS Spending Assessment (NASA) Classification Taxonomy and Definitions* pueden descargarse de la siguiente página del sitio web del ONUSIDA: www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp. También puede descargarse una versión electrónica de la Matriz de Financiación Nacional en formato Excel del mismo sitio web.
- La Secretaría del 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 de informes del UNGASS. 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 de informes del UNGASS 2010: www.unaids.org/UNGASS2010.

Si no cuentan con acceso a la herramienta de preparación de informes en línea para el UNGASS 2010, sírvanse enviar la Matriz de Financiación Nacional por correo electrónico a la División de Financiamiento y Economía del Sida (FES) del ONUSIDA (nfm@unaids.org).

La Matriz de Financiación Nacional debe presentarse a través del sitio web para informes del UNGASS.

Matriz de Financiación Nacional
Categoría de gasto relativo al sida por fuentes de financiación

AÑO _____
 Año civil: Si _____ No _____
 Año calendario: _____ (especificar comienzo/fin)
 Moneda utilizada en la Matriz: _____
 Tasa de cambio promedio para el año _____

Año civil: Si _____ No _____		Fuentes de financiación																	
Año calendario: _____ (especificar comienzo/fin)		TOTAL	Fuentes públicas					Fuentes internacionales						Fuentes privadas					
Moneda utilizada en la Matriz: _____			Públicas (subtotal)	Centrales/ Nacionales	Subna- cionales	Banco de desarrollo (reembolsable)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacionales (subtotal)	Bilaterales	Organos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsable)	Todas las otras multilaterales	Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Empresas/Insti- tuciones con fines de lucro	Fondos domésticos	Todas las otras privadas
Tasa de cambio promedio para el año _____																			
Categorías de gasto relativo al sida																			
TOTAL																			
1. Prevención (subtotal)																			
1.01 Comunicación para el cambio social y comportamental																			
1.02 Movilización de la comunidad																			
1.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias																			
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 masc. en el sector público y comercial																			
1.14 Suministro de preservativos fem. en el sector público y comercial																			
1.15 Microbicidas																			
1.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS																			
1.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil																			
1.18 Circuncisión masculina																			
1.19 Seguridad hematológica																			
1.20 Inyecciones médicas seguras																			
1.21 Precauciones universales																			
1.22 Profilaxis posterior a la exposición																			
1.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención																			
1.99 Actividades de prevención sin clasificar en otras categorías																			
2. Atención y tratamiento (subtotal)																			
2.01 Atención ambulatoria																			
2.01.01 Asesoramiento y pruebas inducidas 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 domiciliaria																			
2.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales																			
2.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención																			
2.01.99 Servicios de atención ambulatoria sin clasificar en otras categorías																			
2.02 Atención hospitalaria																			
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																			
2.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención																			

* Los niños vulnerables se definen en este contexto como aquellos que tienen un progenitor gravemente enfermo incapaz de cuidarlos, pero que no reúnen los criterios para recibir apoyo social como huérfanos.

** El punto sobre incentivos para recursos humanos debe separarse de los costos de prestación de servicios de las demás actividades, p. ej., en la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios. Debe procurarse no contarlos dos veces.

Apéndice 4. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) 2010

PAÍS:

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

Dirección postal: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de presentación: _____

Instrucciones

La siguiente herramienta mide los avances realizados en materia de desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes nacionales sobre el sida. **Es parte integral de la lista de indicadores básicos del UNGASS, que debe completarse y presentarse como parte del Informe nacional sobre los progresos realizados del UNGASS de 2010.**

Esta cuarta versión del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) ha sido actualizada para que refleje la nueva orientación programática relativa al VIH y coincida con las nuevas herramientas de medición de política y ejecución acordadas.¹⁴ Se ha incluido una orientación adicional para aumentar la validez de las respuestas y la comparabilidad entre los distintos países. La mayoría de las preguntas son idénticas a las del ICPN de 2005 y 2007, por lo que 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 del país 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 Índice Compuesto de Política Nacional, siempre que estén disponibles¹⁵.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El ICPN se divide en **dos partes**:

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

Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico
- II. Apoyo político
- III. Prevención
- IV. Tratamiento, atención y apoyo
- V. Vigilancia y evaluación

Parte B, que se entrega para que respondan los representantes de organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca:

- I. Derechos humanos
- II. Participación de la sociedad civil
- III. Prevención
- IV. 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.

Es importante presentar un ICPN totalmente cumplimentado. Se ruega marcar las respuestas estandarizadas que correspondan y proporcionar información adicional en los recuadros en blanco cuando se solicite. Ello 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. Las casillas 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 subnacionales; 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.

¹⁴ Índice de esfuerzo de política y planificación o niños huérfanos y vulnerables por causa del VIH/sida, UNICEF 2005; Ampliación hacia el acceso universal, ONUSIDA 2006; Establecimiento de metas nacionales orientadas a alcanzar el acceso universal, ONUSIDA 2006; Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH; ONUSIDA, 2007

¹⁵ Compárese el ICPN de las *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, ONUSIDA 2002, 2005, y 2007 respectivamente, para seleccionar las preguntas con las que pueden calcularse las tendencias.

La responsabilidad general de recopilar y presentar la información para el Índice Compuesto de Política Nacional corresponde a los gobiernos nacionales, por medio de sus Comités Nacionales del Sida (CNS) o equivalentes.

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 período de preparación del informe (es decir, entre junio y diciembre de 2009 para la ronda de preparación de 2010). 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 al 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 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 los apartados del 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 de 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 de 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 los apartados de prevención, 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 más expuestos y otros grupos vulnerables. 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 2010 utilizando el soporte lógico disponible para tal fin en el sitio web que el UNGASS ha dedicado a los informes (www.unaids.org/UNGASS2010). 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 2010 para que los datos puedan introducirse manualmente en Ginebra.

Proceso de recopilación y validación de datos del ICPN

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

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

Destaquen 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

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

ICPN - PARTE A (para que respondan los funcionarios gubernamentales)

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la parte A (indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado)				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V

Agreguen detalles de cada entrevistado.

ICPN - PARTE B (para que respondan las organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas)

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la parte B (indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado)			
		B.I	B.II	B.III	B.IV

Agreguen detalles de cada entrevistado.

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Parte A

(para que respondan los funcionarios del gobierno)

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	No corresponde (N/C)
----	----	----------------------

Período cubierto:

[especificar]

Si la respuesta es negativa o “no corresponde” (N/C), explique brevemente los motivos.

Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas 1.1 a 1.10; de lo contrario, pase a la pregunta 2.

1.1 ¿Desde cuándo tiene el país una estrategia multisectorial?

Número de años:

[especificar]

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	
Salud	Sí	No	Sí	No
Educación	Sí	No	Sí	No
Trabajo	Sí	No	Sí	No
Transporte	Sí	No	Sí	No
Ejército/Policia	Sí	No	Sí	No
Mujeres	Sí	No	Sí	No
Jóvenes	Sí	No	Sí	No
Otros*: [especificar]	Sí	No	Sí	No

* Cualquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

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 destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

Poblaciones destinatarias		
a. Mujeres y niñas	a. Sí	No
b. Jóvenes de ambos sexos	b. Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	c. Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	d. Sí	No
e. Profesionales del sexo	e. Sí	No
f. Huérfanos y otros niños vulnerables	f. Sí	No
g. Otras subpoblaciones vulnerables específicas*	g. Sí	No
Entornos		
h. Lugar de trabajo	h. Sí	No
i. Escuelas	i. Sí	No
j. Prisiones	j. Sí	No
Asuntos interrelacionados		
k. VIH y pobreza	k. Sí	No
l. Protección de los derechos humanos	l. Sí	No
m. Participación de las personas que viven con el VIH	m. Sí	No
n. Tratamiento del estigma y la discriminación	n. Sí	No
o. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	o. Sí	No

1.4 ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación de necesidades?

Sí	No
-----------	-----------

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó dicha evaluación de necesidades?

Año:

[especificar]

* Subpoblaciones, aparte de los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo, que se han identificado localmente como poblaciones expuestas a un riesgo elevado de transmisión del VIH (tales como clientes de los profesionales del sexo, migrantes transfronterizos, trabajadores migrantes, desplazados internos, refugiados o presos).

Si la respuesta es negativa, explique cómo se identificaron las poblaciones destinatarias:

1.5 ¿Cuáles son las poblaciones del país a las que van destinados los programas del VIH?

[especificar]

1.6 ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Sí	No
----	----

1.7 ¿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

1.8 ¿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
----------------------	------------------------	--------------------

Si la participación es activa, explique brevemente cómo se organizó:

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

Si la participación es NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:

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

Sí	No
----	----

- 1.10 ¿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
-------------------------	-----------------------	----

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*, ¿en qué plan(es) de desarrollo específico(s) está integrado el apoyo al VIH?

a. Plan de desarrollo nacional	Sí	No	N/C
b. Evaluación nacional común / Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo	Sí	No	N/C
c. Estrategia para la reducción de la pobreza	Sí	No	N/C
d. Enfoque multisectorial	Sí	No	N/C
e. Otros: <i>[especificar]</i>	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/los plan/es de desarrollo		
Prevención del VIH	Sí	No
Tratamiento de las infecciones oportunistas	Sí	No
Terapia antirretrovírica	Sí	No
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)	Sí	No
Alivio del impacto del VIH	Sí	No
Reducción de las desigualdades de <i>género</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	Sí	No
Reducción de las desigualdades de <i>ingresos</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	Sí	No
Reducción del estigma y la discriminación	Sí	No
Mayor poder económico de las mujeres (p. ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	Sí	No
Otros: <i>[especificar]</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 qué grado ha incidido 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, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.?)

Sí	No
----	----

4.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuáles de los siguientes programas se han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

Comunicación de cambio de comportamientos	Sí	No
Suministro de preservativos	Sí	No
Asesoramiento y pruebas del VIH	Sí	No
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Sí	No
Tratamiento antirretrovírico	Sí	No
Atención y apoyo	Sí	No
Otros: <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si se proporcionan asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios uniformados, describa brevemente el enfoque que se ha adoptado a ese respecto (p. ej., indique si la prueba del VIH es voluntaria u obligatoria, etc.)

5. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones que protejan específicamente de la discriminación a las poblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

5.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿a qué poblaciones?

a. Mujeres	Sí	No
b. Jóvenes	Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
e. Profesionales del sexo	Sí	No
f. Internos en prisiones	Sí	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
h. Otros: [especificar]	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Comente brevemente en qué medida están aplicándose en la actualidad dichas leyes:

6. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

6.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Sí	No
b. Jóvenes	Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
e. Profesionales del sexo	Sí	No
f. Internos en prisiones	Sí	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
h. Otros: <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, los reglamentos o las políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

7. ¿Ha realizado el país el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de junio de 2006?

Sí	No
----	----

7.1 ¿Se han revisado la estrategia nacional y el presupuesto nacional para el VIH en consecuencia?

Sí	No
----	----

7.2 ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria?

Sí	No
----	----

7.3 ¿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 previstas	Sólo estimaciones de necesidades futuras	No
--------------------------------------	--	----

7.4 ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH?

Sí	No
----	----

(a) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)?

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 grupos de población?

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

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

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

7.5 ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades, y los sistemas logísticos de suministro de fármacos?

Sí	No
----	----

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

II. APOYO POLÍTICO

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el sida y presiden habitualmente reuniones importantes sobre el sida, 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 altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces por año?

Presidente/jefe del gobierno	Sí	No
Otros altos cargos	Sí	No
Otros funcionarios regionales y/o de distrito	Sí	No

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

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, por qué y de qué forma se están gestionando los programas del sida:

- 2.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuándo se creó?

Año:

[especificar]

- 2.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿quién es el presidente?

Nombre:

Cargo/Función:

[especificar]

2.3 **Si la respuesta es afirmativa**, el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:

¿tiene atribuciones?	Sí	No
¿tiene liderazgo y participación activos del gobierno?	Sí	No
¿tiene una composición definida? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántos miembros lo componen? [especificar]	Sí	No
¿incluye a representantes de la sociedad civil? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántos representantes? [especificar]	Sí	No
¿incluye a personas que viven con el VIH? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántas personas con el VIH? [especificar]	Sí	No
¿incluye al sector privado?	Sí	No
¿tiene un plan de acción?	Sí	No
¿tiene una Secretaría en funcionamiento?	Sí	No
¿se reúne al menos una vez al trimestre?	Sí	No
¿revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?	Sí	No
¿promueve activamente decisiones políticas?	Sí	No
¿concede la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?	Sí	No
¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Sí	No

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

Sí	No	N/C
----	----	-----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los principales logros:

Describa brevemente los principales problemas:

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?

Porcentaje:

[especificar]

5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional del Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?

Información sobre las necesidades prioritarias	Sí	No
Orientación técnica	Sí	No
Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros	Sí	No
Coordinación con otros asociados de ejecución	Sí	No
Desarrollo de las capacidades	Sí	No
Otros: [especificar]	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 las políticas/leyes y describa cómo se enmendaron:

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

En general, ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2009?

2009 Muy deficiente Excelente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

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

III. PREVENCIÓN

1. ¿Tiene establecido el país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población general?

Sí	No	N/C
----	----	-----

- 1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

✓ Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

a. Abstinencia sexual	
b. Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	
c. Fidelidad	
d. Reducción del número de parejas sexuales	
e. Uso sistemático del preservativo	
f. Práctica de relaciones sexuales seguras	
g. Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
h. Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
i. Uso de equipo de inyección estéril	
j. Combatir la violencia contra las mujeres	
k. Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	
l. Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	
m. Circuncisión masculina bajo supervisión médica	
n. Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	
o. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	
Otros:	[especificar]

- 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	N/C
----	----	-----

- 2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

las escuelas primarias?	Sí	No
las escuelas secundarias?	Sí	No
la formación de maestros?	Sí	No

2.2 ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?

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 subpoblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, explíquelo brevemente:

--

3.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?

✓ Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia

	CDI*	HSH**	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras subpoblaciones* [especificar]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH						
Reducción del estigma y la discriminación						
Promoción del preservativo						
Asesoramiento y pruebas del VIH						
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual						
Reducción de la vulnerabilidad (p. ej., generación de ingresos)	N/C	N/C		N/C	N/C	
Terapia de sustitución de drogas		N/C	N/C	N/C	N/C	
Intercambio de jeringas y agujas		N/C	N/C	N/C	N/C	

* CDI = consumidores de drogas inyectables

** HSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2009?											
2009	Muy deficientes										Excelentes
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿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?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso		
Seguridad hematológica	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del estigma y discriminación	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Promoción del preservativo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Programas para jóvenes no escolarizados	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Otros: <i>[especificar]</i>	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

* IEC = información, educación, comunicación

IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH? (La atención integral incluye el tratamiento, asesoramiento y pruebas del VIH, la atención psicosocial, y la atención domiciliaria y de base comunitaria, si bien no está limitada a estos aspectos).

Sí	No
----	----

- 1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las mujeres?

Sí	No
----	----

- 1.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las poblaciones más expuestas?

Sí	No
----	----

2. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron?

Si la respuesta es negativa, ¿cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

2.1 ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso		
Terapia antirretrovírica	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención nutricional	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención domiciliaria	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Profilaxis posterior a la exposición (p. ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Otros programas: <i>[especificar]</i>	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

3. ¿Dispone el país de una política para el desarrollo/uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH?

Sí	No
----	----

4. ¿Tiene el país mecanismos de gestión *regional* para la adquisición y suministro de productos esenciales como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos?:

[especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo en 2009?											
2009	Muy deficientes										Excelentes
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para hacer frente a las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No	N/C
----	----	-----

5.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿hay en el país alguna definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí	No
----	----

5.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No
----	----

5.3 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega? %
[especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?											
2009	Muy deficientes										Excelentes
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

V. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

1. ¿Tiene establecido el país *un* plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, años cubiertos: [especificar]

1.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación?

Sí	No
----	----

1.3 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se elaboró el plan de vigilancia y evaluación en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH?

Sí	No
----	----

1.4 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí, todos los asociados	Sí, la mayor parte de los asociados	Sí, pero sólo algunos asociados	No
-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----

Si la respuesta es Sí, pero sólo algunos de los asociados, o No, describa brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿Incluye el plan de vigilancia y evaluación lo siguiente?

Una estrategia para la recopilación de datos	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿comprende ésta:		
una vigilancia sistemática del programa?	Sí	No
encuestas comportamentales?	Sí	No
vigilancia del VIH?	Sí	No
evaluación / estudios de investigación?	Sí	No
un grupo bien definido y normalizado de indicadores?	Sí	No
directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?	Sí	No
una estrategia para evaluar la calidad de los datos (validez, fiabilidad)?	Sí	No
una estrategia de análisis de los datos?	Sí	No
una estrategia de divulgación y uso de los datos?	Sí	No

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación?

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 evaluación y vigilancia en el presupuesto? % [especificar]

3.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se ha conseguido la financiación completa?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

3.3 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿está realizándose un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación?

Sí	No
----	----

4. Las prioridades de vigilancia y evaluación, ¿se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia y evaluación?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente con qué frecuencia se lleva a cabo una evaluación nacional de la vigilancia y evaluación y en qué consiste:

Si la respuesta es negativa, describa brevemente cómo se determinan las prioridades de vigilancia y evaluación:

5. ¿Existe una unidad funcional nacional de vigilancia y evaluación?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Si la respuesta es negativa, ¿cuáles son los principales obstáculos para establecer una unidad funcional de vigilancia y evaluación?

5.1 **Si la respuesta es afirmativa**, la unidad nacional de vigilancia y evaluación

¿está ubicada en la CNS (o equivalente)?	Sí	No
¿en el Ministerio de Salud?	Sí	No
¿en otra parte? <i>[especificar]</i>	Sí	No

5.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad nacional de vigilancia y evaluación?

Número de empleados permanentes:			
Cargo:	<i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
Cargo:	<i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
<i>[Agregue los que sean necesarios]</i>			
Número de empleados temporales:			
Cargo:	<i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
Cargo:	<i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
<i>[Agregue los que sean necesarios]</i>			

5.3 *Si la respuesta es afirmativa, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad de vigilancia y evaluación para incluirlos en el sistema nacional de vigilancia y evaluación?*

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

¿Cuáles son las principales dificultades?

6. ¿Existe un Grupo o Comité de Trabajo de Vigilancia y Evaluación que se reúna periódicamente para coordinar las actividades de vigilancia y evaluación?

No	Sí, pero no se reúne periódicamente	Sí, se reúne periódicamente
----	-------------------------------------	-----------------------------

6.1 ¿Tiene representación de la sociedad civil?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente quiénes son los representantes de la sociedad civil y cuál es su papel:

7. ¿Existe una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH?

Sí	No
----	----

7.1 **Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente la base de datos nacional y quién la gestiona
[especificar]

7.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como sobre las organizaciones ejecutoras?

a. Sí, sobre todo lo anterior

b. Sí, pero sólo sobre algunas de las cosas: [especificar]

c. No, none of the above

7.3 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?*

En el nivel nacional	Sí	No
En el nivel de subnacional Si la respuesta es afirmativa , ¿en qué nivel(es)? [especificar]	Sí	No

(*Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles).

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Sí	No
----	----

9. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación

9.1 para el desarrollo / la revisión de la estrategia nacional contra el sida?:

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

Proporcione un ejemplo específico:

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

9.2 para la asignación de recursos

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

Proporcione un ejemplo específico:

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

9.3 para mejorar los programas?:

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

Proporcione un ejemplo específico:

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

10. ¿Existe un plan para aumentar la capacidad humana en el ámbito de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, subnacional y de prestación de servicios?

a. Sí, a todos los niveles

b. Sí, pero sólo a algunos niveles:

[especificar]

c. No

10.1 ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación

a nivel nacional?	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas: [especificar]		
a nivel subnacional?	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas: [especificar]		
a nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas: [especificar]		

10.2 ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de capacidades en vigilancia y evaluación aparte de la capacitación?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa qué tipo de actividades:

[especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

Parte B

(para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas)

I. DERECHOS HUMANOS

1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH? (P. ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, empleo, atención de salud, etc.)

Sí	No
----	----

- 1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, especifique si se menciona concretamente el VIH y de qué manera, o si se trata de una disposición general contra la discriminación: *[especificar]*

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

- 2.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿a qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Sí	No
b. Jóvenes	Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
e. Profesionales del sexo	Sí	No
f. Internos en prisiones	Sí	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
h. Otras: <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Describa brevemente el contenido de esas leyes:

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

3. ¿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 más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿para qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Sí	No
b. Jóvenes	Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
e. Profesionales del sexo	Sí	No
f. Internos en prisiones	Sí	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
h. Otras: <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, reglamentos o políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en alguna política o estrategia relacionadas con el VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente de qué forma se mencionan los derechos humanos en dicha política o estrategia relacionadas con el VIH:

5. ¿Existe algún mecanismo para registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el mecanismo:

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas 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:

7. ¿Tiene establecida el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?:

a. Prevención del VIH	Sí	No
b. Tratamiento antirretrovírico	Sí	No
c. Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas e incluya información sobre cualquier restricción u obstáculo en el acceso de las diferentes poblaciones:

8. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

- 8.1 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 el parto?

Sí	No
----	----

9. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas y/u 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:

- 9.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿incluye dicha política diferentes tipos de enfoques para asegurar la igualdad en el acceso a las distintas poblaciones expuestas 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:

10. ¿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
----	----

11. ¿Tiene establecida el país una política que asegure que los protocolos de investigación del VIH en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité nacional o local de ética?

Sí	No
----	----

- 11.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿participan en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y personas que viven con el VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa la eficacia de dicho comité de revisión:

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?

- Existencia de instituciones nacionales independientes 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
----	----

- Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo que vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda

Sí	No
----	----

- Indicadores de 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, describa algunos ejemplos:

13. En los últimos dos años, ¿se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto de su trabajo?

Sí	No
----	----

14. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

Sí	No
----	----

- 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

Sí	No
----	----

- Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

Sí	No
----	----

15. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de programas?

Medios de comunicación	Sí	No
Educación escolar	Sí	No
Intervenciones periódicas de personalidades	Sí	No
Otras: <i>[especificar]</i>	Sí	No

En general, ¿cómo calificaría las *políticas, leyes y reglamentaciones* establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

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

En general, ¿cómo calificaría el *esfuerzo por hacer cumplir* las políticas, leyes y reglamentaciones existentes en 2009?

2009 Muy deficiente Excelente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

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

II. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL*

1. ¿En qué grado ha contribuido la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y la formulación de políticas/estrategias nacionales?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

3. Los servicios prestados por la sociedad civil en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, ¿en qué grado se incluyen en

- a. la estrategia nacional del sida?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

- b. el presupuesto nacional para el sida?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

- c. los informes nacionales sobre el sida?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

* La sociedad civil incluye, entre otros, redes de personas que viven con el VIH; organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios sobre el sida, de base comunitaria, de grupos clave afectados (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas inyectables, los profesionales del sexo, los emigrantes, las poblaciones refugiadas/desplazadas, los presos); organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera aparte.

Comentarios y ejemplos:

4. ¿En qué grado se incluye a la sociedad civil en los aspectos relacionados con la vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH?

- a. en el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

- b. participando en el comité nacional de vigilancia y evaluación / grupo de trabajo encargado de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

- c. en los esfuerzos de vigilancia y evaluación a nivel local

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

5. ¿En qué grado 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, organizaciones de profesionales del sexo, organizaciones basadas en la fe)?

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

6. ¿En qué grado la sociedad civil puede acceder 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 jóvenes	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prevención para las poblaciones más expuestas				
- Consumidores de drogas inyectables	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Profesionales del sexo	<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 (IO*/terapia antirretrovírica)	<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*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la *participación de la sociedad civil* en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

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

III. PREVENCIÓN

1. ¿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 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		
Seguridad hematológica	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del estigma y discriminación	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Promoción del preservativo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Educación escolar sobre el sida para jóvenes	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Programas para jóvenes no escolarizados	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Otros: <i>[especificar]</i>	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

* IEC = información, educación, comunicación

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo 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 servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

- 1.1 ¿En qué grado se han puesto en marcha 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		
Terapia antirretrovírica	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención nutricional	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención domiciliaria	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Profilaxis posterior a la exposición (p. ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Otros programas: <i>[especificar]</i>	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿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	N/C
----	----	-----

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 llegan las intervenciones existentes?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando? %
[especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a <i>satisfacer las necesidades</i> relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?											
2009 Muy deficientes											Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:											

Apéndice 5. Ejemplo de lista de comprobación para el Informe nacional sobre los progresos realizados

- ☐ Es necesario que se haya efectuado una evaluación completa para identificar las carencias de datos en función de la última ronda de preparación del informe del UNGASS.
- ☐ Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos los calendarios 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 obtenido financiación para todos los aspectos del proceso de elaboración del informe.
- ☐ Se ha establecido el proceso de recopilación, 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 para la preparación de informes sobre los indicadores por establecimiento a fin de agruparlos a nivel nacional
 - la investigación de los datos y los talleres de triangulación con miras a lograr un consenso sobre el valor correcto de 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 pertinentes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- ☐ Se ha redactado el borrador del informe.
- ☐ Los datos de los indicadores se han introducido en el CRIS3 (preferiblemente) o en sistemas de gestión de datos equivalentes (sólo si el CRIS3 no está disponible).
- ☐ Se ha efectuado la comprobación de la coherencia de los datos incluidos en la parte descriptiva del informe y los datos introducidos en el CRIS3/formularios electrónicos 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 al ONUSIDA en Ginebra (ungassindicators@unaids.org) antes del **31 de marzo de 2010** o del 15 de marzo de 2010 si no se utiliza el CRIS3 para presentar los datos de los indicadores.
- ☐ Se ha establecido un punto focal en el país para las comunicaciones con la Secretaría del ONUSIDA en caso de que haya preguntas relacionadas con el informe y/o los datos presentados.

Apéndice 6. Bibliografía seleccionada

- Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington: Family Health International.
- Health Systems 20/20/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- OMS (2009). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Ginebra: OMS.
- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Ginebra: OMS.
- OMS/ONUSIDA (2005). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating Antiretroviral Programmes*. Ginebra: OMS.
- OMS/ONUSIDA (2004). *Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People*. Ginebra: OMS.
- OMS/ONUSIDA (2004). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *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.
- ONUSIDA (2007). *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006). *Scaling Up Towards Universal Access: Considerations for Countries to Set Their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment and Care*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006). *Setting National Targets for Moving Towards Universal Access by 2010: Operational Guidance*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA/OMS (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA/OMS (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. Ginebra: ONUSIDA.
- Rugg, D., Peersman, G. y M. Carael, editores (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, N.º 103. Hoboken: Jossey-Bass.
- UNICEF (2009). *The State of the World's Children Report*. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF/ONUSIDA (2005). *Guide to Monitoring and Evaluation of the National Response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS*. Nueva York: UNICEF.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/sida en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

El propósito de las presentes directrices es facilitar a los consejos nacionales del sida (o equivalentes) orientación técnica para medir los indicadores básicos revisados de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida, adoptada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2001. 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 comparabilidad 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

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org

www.unaids.org

Uniendo al mundo contra el **sida**