

ONUSIDA 2023
ORIENTACIÓN

Monitoreo Global del SIDA 2024

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

Contenido

Introducción	7
Resumen de los cambios en el conjunto de indicadores para los informes de 2024	8
Indicadores del GAM	10
1.1 Incidencia del VIH	10
1.2 Estimaciones sobre el tamaño de poblaciones clave (A-E)	12
1.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	14
1.4 Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A-D)	16
1.5A Uso del preservativo entre los/las profesionales del sexo	18
1.5B Uso del preservativo entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	20
1.5C Uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas	22
1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero	24
1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-D)	26
1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones	28
1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que se inyectan drogas	29
1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas	31
1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos	33
1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición	34
1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina	36
1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	38
1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	40
1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente	41
1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH	43

Las estimaciones de VIH modeladas utilizando el software Spectrum actualizado deben presentarse antes del 31 de marzo de 2024.

Utilice el sitio web de monitoreo mundial del sida (aidsreportingtool.unaids.org) para enviar sus datos de indicadores antes del 31 de marzo de 2024.

2.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	44
2.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	46
2.3	Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral	48
2.4	Enfermedad por VIH en estado avanzado y diagnóstico tardío del VIH	51
2.5	Volumen y positividad de la prueba del VIH	53
2.6	Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	55
2.7	Mortalidad relacionada con el sida	57
2.8	Gestión de la infección criptocócica	58
3.1	Pruebas de VIH en mujeres embarazadas	60
3.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	62
3.3	Transmisión vertical del VIH	64
3.4	Prevención de la transmisión vertical del VIH	66
3.5	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	68
3.6	Tasa de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	70
3.7	Virus de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal	71
4.1	Experiencia de violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave	73
4.2	Actitudes hacia la violencia contra las mujeres	75
4.3	Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género	77
6.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	79
6.2	Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH	81
6.3	Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios	83
6.4	Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud	85
6.5	Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave	87
6.6	Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A-D)	89
6.7	Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos	91
6.8	Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH	93
6.9	Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (A-D)	95
6.10	Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (A-D)	97

7.1	Hepatitis vírica entre grupos de población clave	99
7.2	Pruebas de hepatitis C	100
7.3	Personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que inician el tratamiento del virus de la hepatitis C	101
7.4	Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)	102
7.5	Hombres con secreción uretral	104
7.6	Gonorrea entre los hombres	105
7.7	Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis	106
7.8	Personas que viven con VIH y tuberculosis activa	108
7.9	Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis	109
7.10	Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis	111
7.11	Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado	113
7.12	Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH	115
7.13	Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH	116
7.14	Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales	117
7.15	Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral.	119
7.16	Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada	121
8.1	Presupuesto público nacional para el VIH	122
8.2	Antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH: precios unitarios y volumen	123
8.3	Gasto relativo al VIH por origen de recursos	124
	Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales 2024	128

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN): Parte A	135
1. Prevención combinada para todos	135
2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH	148
3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical	167
4. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas	173
5. Liderazgo comunitario	176
6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación	178
7. Cobertura de salud universal e integración	189
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN): Parte B	198
1. Prevención combinada para todos	198
2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH	200
3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical	201
4. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas	201
5. Liderazgo comunitario	202
6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación	203
7. Cobertura sanitaria universal e integración	206
Encuesta del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) sobre el uso de antirretrovirales (ARV) y de laboratorios, y aplicación de las guías de la OMS pertinentes	207
Anexo 1. Bibliografía Seleccionada	218
Anexo 2. Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados	219
Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales adquiridos y distribuidos	220
Anexo 4. La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos	222
Anexo 5. Orientación adicional para la construcción de Global AIDS Indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.7–7.10	228
Anexo 6. Monitoreo Global del Sida Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) 2024 Directrices sobre preguntas relacionadas a cuestiones jurídicas	229

Introducción

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

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

Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026: Acabar con las desigualdades, acabar con el sida fomenta adoptar una visión crítica sobre las desigualdades y priorizar las mejores pruebas de identificación y actuación que permitan cerrar las brechas que obstaculizan el camino para acabar con el SIDA.³ Los datos comunicados hasta 2023 se utilizarán para describir los avances hacia los nuevos objetivos de 2026 y para exigir a los países y a los socios mundiales que rindan cuentas sobre las mejoras deseadas. Los datos nacionales y subnacionales servirán de base para la preparación de estimaciones del VIH cada vez más detalladas que alimentan los informes de GAM.

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

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

1. El proceso de consulta nacional durante el primer trimestre del año acelera la consolidación y la validación de los datos. Esto puede ayudar a evitar pasos

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

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

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

adicionales de validación de datos más adelante en el proceso, como volver a las fuentes originales de la información.

2. La participación de la sociedad civil en la consulta nacional es fundamental, especialmente para responder a las cuestiones relacionadas con las leyes y políticas, y para garantizar que todos los socios pertinentes participen y desempeñen sus funciones importantes en la aplicación y la presentación de informes.
3. La participación oportuna de los proveedores de datos desde principios de año (enero) contribuye a garantizar que los datos se comuniquen a tiempo y que tengan la mayor calidad y exactitud.

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

Resumen de los cambios en el conjunto de indicadores para los informes de 2024

El informe de 2024 requiere la presentación de datos sobre los indicadores, el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) y la Encuesta sobre Medicamentos y Diagnósticos para el Sida. El informe narrativo es opcional.

Basándose en las recomendaciones del Grupo de Asesoramiento Técnico para el Monitoreo Global tras su revisión del Monitoreo Global del Sida (GAM) y teniendo en cuenta las aportaciones de otras partes interesadas, se han añadido varios indicadores al marco de indicadores de la GAM para apoyar el monitoreo de los objetivos de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida que antes faltaban. Se han modificado algunas definiciones de indicadores para reflejar las actualizaciones de las orientaciones y las aclaraciones basadas en los comentarios de las anteriores rondas de informes de la GAM.

Los cambios para la ronda de informes de 2024 se resumen a continuación:

- Se han incluido cuatro nuevos indicadores relacionados con la consecución de la igualdad de género, la realización de los derechos humanos y la eliminación del estigma y la discriminación:
 - 4.3 Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género
 - 6.8 Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH
 - 6.9 Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (A-D).
 - 6.10 Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (A-D).
- Se han incluido tres nuevos indicadores sobre el manejo de la enfermedad avanzada por VIH y la prestación de servicios diferenciados:
 - 2.8 Gestión de la infección críptica.
 - 7.15 Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral.
 - 7.16 Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada.

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

- Se ha actualizado la terminología en todas las directrices de «presos» a «personas en prisiones y otros entornos cerrados».
- 1.4 Pruebas del VIH entre poblaciones clave (A-D):
 - El nombre del indicador se ha actualizado a «Pruebas del VIH y conocimiento del estado serológico entre poblaciones clave» para reflejar mejor el propósito de este indicador.
- 2.4 Diagnóstico tardío del VIH:
 - El nombre del indicador se ha actualizado a «Enfermedad por VIH en estado avanzado y diagnóstico tardío del VIH» para reflejar mejor la finalidad de este indicador.
 - Un desglose por momento de la prueba de recuento de células CD4 (en el diagnóstico inicial, en el inicio/reinicio del tratamiento antirretroviral (TAR)).
 - Se solicitarán datos sobre el número total de personas que recibieron una prueba de CD4 en el diagnóstico inicial y en la reinscripción en la atención durante el período de notificación en cuatro categorías de recuento de células CD4 (>200, 200 a <350, 350 a <500, ≥500). Esta información apoyará las revisiones de la calidad de los datos para garantizar la exhaustividad de los datos de recuento de CD4, así como la cobertura y representatividad de los datos.
- 3.1 Pruebas del VIH en mujeres embarazadas:
 - Los países con una población de más de 250 000 personas ahora informarán sobre este indicador dentro de Spectrum.
- 6.6 Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A-D):
 - Este indicador se ha modificado para referirse específicamente a la evitación de servicios de atención sanitaria en general entre personas de poblaciones clave. Los otros tres subítems incluidos anteriormente en la definición del indicador se han eliminado para los informes de 2024: evitación de las pruebas del VIH entre todos los encuestados que declaran no haberse sometido a una prueba del VIH en los últimos 12 meses; evitación de la atención sanitaria específica para el VIH entre los encuestados que indicaron que viven con el VIH y no han recibido o han dejado de recibir atención para el VIH; y evitación del tratamiento para el VIH entre los encuestados que indicaron que viven con el VIH y nunca han tomado o han dejado de tomar tratamiento para el VIH.
- 7.8 Personas que viven con el VIH y tuberculosis activa:
 - Se ha actualizado la terminología en toda la definición del indicador, de «enfermedad de tuberculosis activa» a «enfermedad de tuberculosis».
- 8.2 Antirretrovirales: precios unitarios y volumen:
 - Este indicador se ha ampliado para incluir otros regímenes relacionados con el VIH más allá de los medicamentos antirretrovirales.

El ICPN para los informes de 2024 es el cuestionario completo que consta de las Partes A y B. Se han introducido algunas preguntas nuevas, se han eliminado algunas preguntas anteriores y se ha perfeccionado la redacción de algunas de las preguntas que se conservaron de rondas anteriores. Estas modificaciones se basan en las experiencias de informes anteriores y para reflejar la evolución de las recomendaciones políticas y las tecnologías disponibles.

Indicadores del GAM

1.1 Incidencia del VIH

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

Qué mide

Avances para poner fin a la epidemia de sida

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Tasa: (Numerador x 1.000)/denominador

Método de medición

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Sexo (hombres y mujeres)
- Edad (0-14 años, 15-24 años, 15-49 años y 50+ años)

Información adicional solicitada

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centered HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

Qué mide

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

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

Justificación

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

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

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

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

Porcentaje de grupos de población clave específicos que viven con el VIH

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información adicional

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

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

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2012 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-49a.html>).

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

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

1.4 Pruebas de VIH y conocimiento del estado serológico entre poblaciones clave (A-D)

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

más

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

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

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

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

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Frecuencia de medición

Cada dos años.

Desglose

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

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

A-D: Edad (<25 años y +25 años).

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

1.5A Uso del preservativo entre los/las profesionales del sexo

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

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

PARTE I. Vigilancia del comportamiento u otra encuesta especial

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Cada dos años

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Número de personas en una población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Para el denominador: Estimación del tamaño de la población validada

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional solicitada

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

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

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

Información adicional

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

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

1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones

Programas de prevención y de tratamiento del VIH ofrecidos a personas en prisiones y otros entornos cerrados mientras se encuentran en situación de privación de libertad

Qué mide

El número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben servicios de prevención y tratamiento para el VIH mientras se hallan privados de libertad

Justificación

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

Numerador

Número de agujas limpias distribuidas entre personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Número de preservativos distribuidos entre personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben terapias antirretrovirales

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados sometidos a pruebas sobre el VIH

Número o porcentaje de personas que viven con el VIH de entre las personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número o porcentaje de personas en prisiones y otros entornos cerrados con hepatitis C

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que presentan coinfección por VIH y virus de la hepatitis C

Número o porcentaje de personas en prisiones y otros entornos cerrados que sufren TB o que presentan coinfección por VIH y TB

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Datos de programas rutinarios

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

UNODC, OIT, UNDP, OMS, ONUSIDA. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Viena: UNODC; 2020 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf).

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Si la respuesta es afirmativa:

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

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

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

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

Número de agujas y jeringuillas distribuidas al año por cada persona que usa drogas inyectables mediante programas de facilitación de agujas y jeringuillas

Qué mide

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

Justificación

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

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se incluyen como una intervención esencial del sector sanitario en el paquete integral de intervenciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el tratamiento del VIH entre los grupos de población clave (véase más información a continuación) descrito en las Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (2022).

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

Numerador

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

Denominador

Número de personas que se inyectan drogas en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
- Edad (<25 años y 25+ años)
- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades). Consulte el documento complementario Marco de Monitoreo Global del SIDA 2022-2026 para obtener orientación adicional.
- Nombre de las organizaciones Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

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

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

1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición

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

Qué mide

Progreso hacia la ampliación de PrEP a nivel mundial

Justificación

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

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

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

Numerador

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

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

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

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

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

Indicadores sobre circuncisión masculina

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

1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

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

Qué mide

Avances en la ampliación de servicios médicos de circuncisión masculina

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Se recomienda un desglose adicional a nivel de país:

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

3-5 años

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente

Número de preservativos distribuidos en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en dos subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

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

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Explicación del numerador

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

Número de personas que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2019, los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de rango de edad y sexo amplios y detallados dentro de su archivo nacional de estimación del Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente desde el archivo nacional final de Spectrum, junto con todos los demás indicadores basados en Spectrum. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida. Si un país tiene estimaciones subnacionales desarrolladas utilizando Naomi, estos datos se obtendrán directamente del archivo final de Naomi.

Método de medición

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

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

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

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

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

2. Estimaciones modeladas

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

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

Información adicional solicitada

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o lugar en el espacio proporcionado.

Puntos fuertes y débiles

Método de información basado en casos

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

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

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

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

Estimaciones modeladas

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

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Spectrum. En: Avenir Health [Internet]. Glastonbury (CT): Avenir health; 2023 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

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

2.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

O

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

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2018, los países cuya población sea superior a 250.000 habitantes deberán informar sobre este indicador por grupos de rango de edad amplios y detallados en Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente del archivo nacional final. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida. Si un país tiene estimaciones subnacionales desarrolladas utilizando Naomi, estos datos se obtendrán directamente del archivo final de Naomi.

Método de medición

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

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

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

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o centro en el espacio previsto a tal efecto.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

○

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

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de edad amplios, en el archivo de estimaciones del VIH de Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente del archivo nacional final. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida. Si un país tiene estimaciones subnacionales desarrolladas utilizando Naomi, estos datos se obtendrán directamente del archivo final de Naomi.

Método de medición

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

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

En este caso, y es el nivel de supresión viral estándar (1000 copias/ml), t_1 es el umbral alternativo del país que se utilizó, y ϕ es el factor de ajuste específico de la región. Este ajuste se realizará automáticamente en Spectrum, si es necesario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O

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

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

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

Frecuencia de medición

A anual

Desglose

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

Información adicional solicitada

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o centro en el espacio previsto a tal efecto.

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

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

2.4 Enfermedad por VIH en estado avanzado y diagnóstico tardío del VIH

Porcentaje y número de adultos y niños con recuento de células CD4 <200 células/mm³ (o <15%) en el momento del diagnóstico inicial o del inicio/reinicio de la terapia antirretroviral durante el período de reporte

Qué mide

Personas que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³, un criterio de enfermedad avanzada por VIH.

Justificación

A medida que los países amplían los servicios relacionados con el VIH, es importante vigilar si las personas que viven con el VIH padecen una enfermedad avanzada. La enfermedad avanzada por el VIH está asociada a una mortalidad y morbilidad sustancialmente mayores por el VIH, las infecciones oportunistas y las comorbilidades. También identifica a las personas que deberían recibir el paquete de atención recomendado por la OMS para la enfermedad avanzada por VIH, con el fin de ayudar a reducir el riesgo de malos resultados.

Numerador

En el momento del diagnóstico inicial del VIH o en el inicio/reinicio de la terapia antirretroviral, el número de:

- Adultos (≥15 años) que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³ registrado en ese momento; y,
 - Niños de 5 a 14 años que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³ o CD4 <15% registrado en ese momento; y,
 - Niños de 0 a 59 meses que viven con el VIH.
-

Denominador

Número de personas diagnosticadas de VIH por primera vez o que inician/reinician una terapia antirretroviral durante el período de notificación con:

- Adultos (≥15 años): un recuento de células CD4 registrado en ese momento; y,
 - Niños de 5 a 14 años: recuento (o porcentaje) de células CD4 registrado en ese momento;
 - Niños de 0 a 59 meses: todos los que viven con el VIH.
-

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

A partir de los datos de los sistemas de información de laboratorio y de las historias clínicas de las personas en tratamiento. Los datos pueden recopilarse a partir de registros de servicios sanitarios, formularios de notificación de casos o sistemas de información de laboratorio. Las personas con resultados de recuento de CD4 deben incluirse sólo si la prueba de CD4 se realizó en el plazo de 1 mes desde el momento del diagnóstico inicial, el inicio de la terapia antirretroviral o la reiniciación de la terapia antirretroviral.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

De 0 a 14 años (desglosado por edades de 0 a 59 meses y de 5 a 14 años) para los niños y de ≥15 años por sexo (hombres y mujeres) para los adultos.

Diagnóstico por primera vez, frente a inicio o reinicio de la terapia antirretroviral.

Explicación del numerador

Adultos que viven con el VIH cuyo recuento de linfocitos CD4 era <200 células/mm³ en el momento del diagnóstico inicial o al iniciar/reiniciar la terapia antirretroviral en el período de reporte.

Se considera que todos los niños menores de 5 años tienen la enfermedad del VIH en estado avanzado en el momento del diagnóstico inicial o al reiniciar la terapia antirretroviral tras un período de interrupción, por lo que no se solicita el desglose por recuento de linfocitos CD4 o categoría porcentual.

Explicación del denominador

Número de personas que viven con el VIH que tenían un recuento de linfocitos CD4 en el plazo de 1 mes desde el momento del diagnóstico o el inicio/reinicio de la terapia antirretroviral en el período de reporte.

Información adicional solicitada

Se solicita el número total de personas que recibieron una prueba de CD4 en el momento del diagnóstico inicial o del inicio/reinicio de la terapia antirretroviral en cuatro categorías de recuento de células CD4 mutuamente excluyentes (<200 células/mm³, de 200 a <350 células/mm³, de 350 a <500 células/mm³, ≥500 células/mm³), y el número total de personas a las que se les diagnosticó el VIH por primera vez, y que iniciaron y reiniciaron la terapia antirretroviral durante el período de reporte.

La revisión de la calidad de los datos para este indicador debe considerar la distribución completa de CD4 en las cuatro categorías de CD4, evaluando la exhaustividad y la coherencia mutua, y como la cobertura y representatividad de las mediciones de CD4 para representar todos los nuevos diagnósticos y todas las (re)inscripciones en terapia antirretroviral.

Puntos fuertes y débiles

Es posible que este indicador no incluya a todas las personas diagnosticadas, iniciadas en terapia antirretroviral o reiniciadas en terapia antirretroviral si hay retrasos sustanciales en la notificación de los datos de diagnóstico o del resultado de la prueba de recuento de CD4 (lo que puede indicar un retraso en la vinculación del diagnóstico a la atención) o si la medición del recuento de CD4 no es rutinaria y universal.

Si la cobertura de la medición del recuento de CD4 (de todos los nuevos diagnósticos, o de las inscripciones y reinscripciones en la terapia antirretroviral) es muy inferior al 100%, es posible que los resultados no sean representativos de toda la población de clientes. Si el país no puede reportar los resultados de CD4 por separado para las personas recién diagnosticadas, en comparación con las iniciadas en terapia antirretroviral y las reiniciadas en terapia antirretroviral, los resultados de CD4 serán difíciles de interpretar.

2.5 Volumen y positividad de la prueba del VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

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

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Numerador

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

Denominador

Número de encuestados que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

Frecuencia de medición

Cada dos años para las encuestas bioconductuales

Anual si se dispone de datos del programa especial

Desglose

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

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

A-E: Edad (<25 y +25 años)

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

WHO, CDC, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioral survey guidelines for Populations at Risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

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

2.7 Mortalidad relacionada con el sida

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Población total irrespectivo de su estado de VIH.

Cálculo

Numerador/denominador por 100.000

Método de medición

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

2.8 Gestión de la infección criptocócica

Porcentaje de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que fueron sometidas a pruebas de detección, diagnosticadas y tratadas por infección criptocócica.

Qué mide

Este indicador mide la cascada de cribado y tratamiento de la infección criptocócica entre las personas viviendo con el VIH en estado avanzado: la proporción de personas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ sometidas a cribado para detectar la infección criptocócica; la proporción de personas que dieron positivo en el cribado para detectar la infección criptocócica; y la proporción de personas que recibieron tratamiento para la infección criptocócica entre las que dieron positivo en el cribado.

Justificación

Para reducir las muertes relacionadas con el SIDA, los programas de VIH deben hacer hincapié en la identificación de las personas viviendo con VIH en estado avanzado, la prevención de las infecciones oportunistas y el tratamiento de las infecciones oportunistas. Las infecciones criptocócicas son responsables de una mortalidad y morbilidad considerables entre las personas que viven con el VIH, especialmente en personas con un recuento de células CD4 inferior a 200 células/mm³ (enfermedad por VIH avanzada). Este indicador apoya la vigilancia del cribado, diagnóstico y tratamiento de la infección criptocócica, una de las infecciones oportunistas más comunes entre las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado.

Numerador

- A. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ con infección criptocócica que recibieron tratamiento.
- B. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que dieron positivo en la prueba de infección criptocócica.
- C. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que se sometieron a pruebas de detección de la infección criptocócica.

Denominador

- A. Número de personas que viven con el VIH y recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que dieron positivo en la prueba de infección criptocócica.
- B. Número de personas que viven con el VIH y recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que se sometieron a pruebas de detección de infección criptocócica.
- C. Número de personas seropositivas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³.

Cálculo

Numerador A/Denominador A

Numerador B/Denominador B

Numerador C/Denominador C

Método de medición

A partir de los datos de los sistemas de información de laboratorio y de los registros de las personas en tratamiento. Los datos pueden recopilarse a partir de registros de servicios sanitarios, formularios de notificación de casos y sistemas de información de laboratorio.

Los datos pueden incluir a personas con una prueba de CD4 en el momento del diagnóstico inicial o en el plazo de 1 mes y también a personas con una prueba de CD4 repetida en el momento de la reinscripción en la atención o en cualquier momento durante la terapia antirretroviral.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mejorará la vigilancia de una infección oportunista clave, mejorará la identificación de las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y contribuirá a comprender las causas de muerte entre las personas que viven con el VIH.

Un punto débil de este indicador es que sólo se vigila la infección criptocócica. No se incluyen otras infecciones oportunistas comunes, como la tuberculosis, la histoplasmosis y las infecciones por *Pneumocystis jirovecii*.

Informacion adicional

Izco S, Garcia-Basteiro AL, Denning DW, Boulware DR, Penn-Nicholson A, Letang E. Management of advanced HIV disease in Africa. *Lancet HIV*. 2023;10(6):e358–e360.

Rajasingham R, Govender NP, Jordan A, Loyse A, Shroufi A, Denning DW, et al. The global burden of HIV-associated cryptococcal infection in adults in 2020: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(12):1748–1755.

Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240052178>, accessed 15 October 2023).

Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>, accessed 12 October 2023).

3.1 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres embarazadas con estado serológico conocido

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

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

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Los países con una población de más de 250 000 habitantes reportarán este indicador dentro de Spectrum. Los usuarios del Monitoreo Global del Sida tienen la opción de utilizar sus estimaciones de Spectrum o de introducir datos representativos de la población a nivel nacional. Si se eligen las estimaciones de Spectrum, los valores se obtendrán directamente del archivo final de Spectrum.

Método de medición

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

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

Estado de VIH / resultados de pruebas:

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

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

- Mujeres embarazadas que se inyectan drogas.

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

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

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

3.2 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Explicación del numerador

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

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

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

Explicación del denominador

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

Información adicional

MER indicator reference guide, version 2.7 [Internet]. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); 2023 (https://help.datim.org/hc/article_attachments/19439675645076).

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

3.3 Transmisión vertical del VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

3.4 Prevención de la transmisión vertical del VIH

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

Qué mide

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

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

Justificación

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

Numerador

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

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna.

Explicación del numerador

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

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

Desglose por definiciones de regímenes

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

Explicación del denominador

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

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

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>.

3.5 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

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

Método de medición

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

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

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

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

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

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

Información adicional solicitada

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

Por favor, comente si los datos que proporciona se consideran representativos de todo el país. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

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

Qué mide

Avances en la eliminación de la transmisión vertical^F de la sífilis

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Número de nacidos vivos en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Frecuencia de medición

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

Desglose

Edad (15-24 años y +25 años)

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Puntos específicos para los subindicadores

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

Información adicional solicitada

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

Información adicional

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

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

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

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

Número total de encuestados de un grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
- **A y C:** género (hombres, mujeres y transgénero).
- **D:** género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro).

Información adicional solicitada

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

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

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

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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

4.2 Actitudes hacia la violencia contra las mujeres

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

Qué mide

Avances en la consecución de la igualdad de género

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

Número total de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género

Porcentaje de centros de salud que ofrecen servicios de VIH que responden a las cuestiones de género.

Qué mide

Progreso para asegurar que los servicios de VIH reconozcan y tomen acciones específicas para responder a las normas, roles y desigualdades de género que impiden los servicios de VIH.

Justificación

Los enfoques que responden a las cuestiones de género reconocen y adoptan medidas específicas para responder a las normas, los roles y las desigualdades de género que impiden los servicios relacionados con el VIH.

En el contexto del VIH, los enfoques que responden a las cuestiones de género tienen en cuenta los factores de riesgo de VIH relacionados con el género (p. ej., normas de género perjudiciales, dinámicas de poder desiguales, miedo y riesgo de violencia) y los obstáculos relacionados con el género que impiden acceder a los servicios relacionados con el VIH (p. ej., poder de decisión, diferentes necesidades de servicios y apoyo, discriminación relacionada con el género) en su diseño, aplicación y evaluación para asegurar que los servicios relacionados con el VIH lleguen a personas de todos los géneros.

Los enfoques que responden a las cuestiones de género no pretenden transformar los contextos sociales (por ejemplo, las normas sociales en torno al género) y estructurales (por ejemplo, los marcos jurídicos discriminatorios, las prácticas de contratación no equitativas dentro de las instituciones) que alimentan las desigualdades de género.

Se ha demostrado que los servicios de VIH que responden a las cuestiones de género aumentan el número de pruebas de detección del VIH, la participación de los hombres en los servicios de prevención del VIH, como la prevención de la transmisión materno-infantil, la participación de los jóvenes en los servicios de VIH y la adherencia al tratamiento. Este indicador proporcionará información al país y a los centros encuestados sobre dónde se necesitan mejoras.

Numerador

Número de centros de salud que prestan servicios de VIH que responden a cuestiones de género.

Denominador

Número total de centros de salud que prestan servicios de VIH encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Lista de verificación para evaluar el grado de respuesta a las cuestiones de género de los servicios relacionados con el VIH completada por los centros de salud que prestan servicios de prevención, tratamiento o atención del VIH. Véase el informe técnico de esta encuesta para obtener información adicional sobre la aplicación de la encuesta, incluido el muestreo.

Se considera que los centros de salud prestan servicios de VIH que responden a las cuestiones de género si alcanzan una puntuación de 75-100 en la lista de comprobación utilizando la siguiente escala:

0-25: responden de forma limitada a las cuestiones de género.

26-50: se está trabajando para lograr respuesta a las cuestiones de género.

51-74: responden en gran medida a las cuestiones de género.

75-100: responden a las cuestiones de género.

Frecuencia de medición

Cada 2 años.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente la respuesta de género de los servicios de VIH desde la perspectiva de los centros de salud. Los enfoques que responden a las cuestiones de género pueden apoyar un acceso más equitativo a los servicios. La lista de comprobación utilizada para construir este indicador se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica, con aportaciones de expertos técnicos. Las preguntas para construir el indicador evalúan el acuerdo con varias afirmaciones sobre los servicios prestados, en lugar de medir eventos específicos. Puede producirse un sesgo de deseabilidad social que lleve a una notificación excesiva de la respuesta a cuestiones de género de los servicios relacionados con el VIH.

Este indicador proporciona información general sobre la respuesta de los servicios relacionados con el VIH a las cuestiones de género, pero no refleja cómo esta puede variar para diferentes grupos de clientes, como las personas de poblaciones clave. Se recomienda que este indicador se analice junto con los datos sobre las perspectivas de los usuarios o las opiniones de los clientes recopilados a través de otras herramientas, que pueden ser complementarias y proporcionar información para comprender mejor cómo pueden diferir las experiencias de las personas de diferentes géneros e identidades de género, incluidas las personas de poblaciones clave.

El análisis de los datos desglosados por diversas características de los centros, como la ubicación geográfica, el tipo de centro (público/privado), los servicios (por ejemplo, prevención, tratamiento, atención y apoyo, salud sexual y reproductiva), puede aportar más información para orientar los programas y las políticas.

Información adicional

Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(Suppl 2):e25517.

Gupta GR, Oomman N, Grown C, Conn K, Hawkes S, Shawar YR, et al. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *Lancet.* 2019;393(10190):2550–2562.

Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D, et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(7):e25134.

Remme M, Siapka M, Vassall A, Heise L, Jacobi J, Ahumada C, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):19228.

Basic steps in gender-responsive programming: integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143050/>, accessed 7 November).

6.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

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

Explicación del numerador

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

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

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

Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf).

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

Fuente: Encuesta de población

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

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de encuestados que están de acuerdo con la afirmación

Denominador

Fuente: Encuesta de población

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

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

Fuente: Encuesta de población

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

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

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

Denominador

Fuente: Encuesta de población

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

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

- Número total de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

○

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

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

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

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

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

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

Numerador

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

Denominador

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

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

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

Explicación de los elementos individuales

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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

6.5 Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador

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

Denominador

Número total de encuestados del grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
- **A y C:** género (hombres, mujeres, transgénero).
- **D:** género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

Información adicional solicitada

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Información adicional

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

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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

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

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

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

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

Numerador

Número de encuestados que reportan haber evitado acceder a servicios de salud en los últimos 12 meses.

Hay varias formas de preguntar por la evitación de acudir a los servicios por miedo al estigma y a la discriminación dependiendo del país/encuesta.

Denominador

Número de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Deberán facilitarse las preguntas incluidas en los instrumentos de encuesta.

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

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

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

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

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

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

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

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

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Información adicional

Pruebas para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH: orientación para que los países puedan implementar programas eficaces para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).

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

6.8 Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personal de centros de salud que reporta actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH.

Qué mide

Progreso realizado para reducir las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH entre el personal de los centros de salud.

Justificación

Uno de los factores que impulsan el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los centros de salud son las actitudes y opiniones del personal de los centros de salud hacia las personas que viven con el VIH. Es importante medir los estereotipos y prejuicios del personal de los centros de salud hacia las personas que viven con el VIH. Los valores y las actitudes pueden afectar a si un proveedor trata a los clientes con dignidad; pueden afectar a las opciones de atención sanitaria que se ofrecen a las personas, a qué personas se ofrecen pruebas y cuándo y cómo se ofrecen dichas pruebas; y pueden dar lugar a una evaluación de riesgos inexacta.

Numerador

Número de miembros del personal de los centros de salud que están de acuerdo con alguna de las tres primeras afirmaciones y/o en desacuerdo con la cuarta.

Denominador

Número de miembros del personal de los centros de salud que respondieron al menos a una de las afirmaciones.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Cualquier tipo de encuesta basada en el centro de salud, como la Evaluación de la Prestación de Servicios, las encuestas de garantía de calidad o el Cuestionario del Proyecto de Política Sanitaria para la Medición del Estigma y la Discriminación por VIH entre los Trabajadores de los Centros de Salud. El indicador se construye a partir de las respuestas a la siguiente pregunta:

¿Está usted muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

- A. A la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa si infectan a otras personas.
- B. Las personas que viven con el VIH deberían sentirse avergonzadas de sí mismas.
- C. Las personas se infectan del VIH porque tienen comportamientos irresponsables.
- D. Las mujeres que viven con el VIH deberían poder tener hijos si lo desean.

El numerador incluye a los encuestados que están de acuerdo o muy de acuerdo con cualquiera de las afirmaciones A-C y en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación D.

Las preguntas recomendadas para la construcción de este indicador se seleccionaron de una herramienta más larga, de 25 preguntas, que ha sido validada en entornos sanitarios de varios países.¹

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

¹ Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH entre el personal de los centros de salud, lo que se ha relacionado con una menor participación en la atención y una menor adherencia al tratamiento entre las personas que viven con el VIH. Cada elemento incluido en este indicador capta un aspecto importante del estigma que puede modificarse o mejorarse mediante la intervención:

“A la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa si infectan a otras personas” pretende captar el nivel de culpa del personal asociado a la “propagación” del VIH en la comunidad.

“Las personas se infectan del VIH porque tienen comportamientos irresponsables” está relacionado con la percepción de la responsabilidad de una persona por su infección. Recoge la suposición de que las personas tienen la culpa de contraer el VIH o contrajeron el VIH porque fueron irresponsables con su salud. Es importante identificar esta percepción entre los proveedores. Esta percepción, basada en suposiciones sobre la responsabilidad o la capacidad de una persona para cumplir el tratamiento, puede influir en las decisiones clínicas y llevar a los proveedores a no ofrecer el tratamiento preferido.

“Las personas que viven con el VIH deberían sentirse avergonzadas de sí mismas” se refiere a un componente emocional del estigma.

“Las mujeres que viven con el VIH deberían poder tener hijos” pretende evaluar las opiniones sobre los derechos reproductivos de las mujeres que viven con el VIH.

Este indicador puede estar sujeto al sesgo de deseabilidad social, que se produce cuando los encuestados proporcionan lo que perciben como la respuesta “correcta” o “aceptable” en lugar de lo que realmente creen, lo que lleva a una subestimación del estigma. Incluso con la posibilidad de este tipo de sesgo de respuesta, las pruebas de campo mostraron altos niveles de actitudes estigmatizantes en estas cuatro afirmaciones y en todos los países. Esto sugiere que los niveles de estigma observados serían aún mayores en ausencia de sesgo de respuesta. El uso de cuestionarios autoadministrados en lugar de cuestionarios administrados por entrevistadores puede reducir el sesgo de deseabilidad social al proporcionar una mayor sensación de anonimato.

La investigación ha demostrado que los encuestados que se saltan este tipo de preguntas, incluso debido a la incomodidad con la pregunta, responderán al menos una pregunta si se ofrecen varias preguntas que midan el mismo dominio de estigma. Al ofrecer cuatro preguntas, si un encuestado da una respuesta estigmatizante a al menos uno de los ítems, se le incluye en el numerador y el denominador. El uso de una serie de preguntas ayuda a reducir los datos que faltan y la deseabilidad social en este indicador.

Información adicional

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>, accessed 16 November 2013).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Addo NA, Atuahene K, Alsoufi N, Gyamera E, Jacinthe S, et al. Results from a difference-in-differences evaluation of health facility HIV and key population stigma-reduction interventions in Ghana. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(4):e25483.

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Siraprasasiri T, Srithanaviboonchai K, Chantcharas P, Suwanphatthana N, Ongwandee S, Khemngern P, et al. Integration and scale-up of efforts to measure and reduce HIV-related stigma: the experience of Thailand. *AIDS*. 2020;34(Suppl 1):S103–S114.

Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*. 2017;17(1):245.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.9 Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personal de centros de salud que reportan actitudes discriminatorias hacia las poblaciones clave.

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A Actitudes discriminatorias hacia profesionales del sexo.
- B Actitudes discriminatorias hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C Actitudes discriminatorias hacia las personas que se inyectan drogas
- D Actitudes discriminatorias hacia las personas transgénero.

Qué mide

Progresos hacia la reducción de las actitudes negativas hacia las personas de grupos de población clave entre el personal de los centros de salud.

Justificación

Las actitudes y opiniones del personal sanitario hacia las personas de los grupos de población clave son un factor impulsor del estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los centros sanitarios. En todo el mundo, muchas personas de grupos de población clave, incluidos los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/as profesionales del sexo, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas, experimentan actitudes negativas y acciones perjudiciales en los centros sanitarios, lo que socava su salud y su capacidad para llevar una vida productiva.

Administradores y personal de centros de salud de todo el mundo han demostrado que el estigma y la discriminación pueden abordarse con éxito. Los esfuerzos de reducción del estigma en Brasil, China, Ghana, India, la República Unida de Tanzania y Vietnam han dado lugar a cambios significativos en las actitudes y prácticas del personal de los centros de salud y han mejorado la atención a las personas pertenecientes a poblaciones clave. Preguntar sobre las preferencias de los proveedores en relación con la prestación de servicios puede ayudar a comprender las actitudes discriminatorias hacia las personas de los grupos de población clave.

Numerador

Número de encuestados que estaban de acuerdo con la afirmación estigmatizante.

Denominador

Número total de encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Cualquier tipo de encuesta basada en los establecimientos, como la Evaluación de la prestación de servicios, las encuestas de garantía de calidad o el Cuestionario de establecimientos para medir el estigma y la discriminación por el VIH entre los trabajadores del sector sanitario del Proyecto de políticas sanitarias. El indicador se construye a partir de las respuestas a la siguiente pregunta:

Por favor, díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con la siguiente afirmación:

- A. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a profesionales del sexo.
- B. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a personas que se inyectan drogas.
- D. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a personas transgénero.

El numerador incluye a los encuestados que están de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación.

La pregunta recomendada para la elaboración de este indicador se seleccionó a partir de una herramienta de 25 preguntas validada en centros de salud de varios países.¹

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

Ninguno

1 Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas de poblaciones clave entre el personal de los centros de salud, lo que se ha relacionado con una menor participación en la atención y una menor adherencia al tratamiento. Las preguntas utilizadas para construir este indicador se incluyen en el Cuestionario de establecimientos para medir el estigma y la discriminación por el VIH entre los trabajadores del sector sanitario del Proyecto de políticas sanitarias, que suele aplicarse como parte de una intervención para conseguir centros de salud y servicios relacionados con el VIH libres de estigma. La herramienta ha sido validada en seis países.

Este indicador puede estar sujeto a un sesgo de deseabilidad social si los encuestados responden lo que perciben como la respuesta “correcta” o “aceptable” en lugar de lo que realmente creen, lo que lleva a una subnotificación del estigma. Esto sugiere que los niveles de estigma observados serían más altos en ausencia de sesgo de respuesta. El uso de cuestionarios autoadministrados en lugar de cuestionarios administrados por entrevistadores puede reducir el sesgo de deseabilidad social al proporcionar una mayor sensación de anonimato.

Further information

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.10 Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (A-D)

Porcentaje de policías que reportan actitudes discriminatorias hacia personas de poblaciones clave.

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A Actitudes discriminatorias hacia profesionales del sexo.
- B Actitudes discriminatorias hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C Actitudes discriminatorias hacia las personas que se inyectan drogas.
- D Actitudes discriminatorias hacia las personas transgénero.

Qué mide

Progresos hacia la reducción de las actitudes negativas hacia las personas de grupos de población clave entre la policía.

Justificación

Las personas pertenecientes a grupos de población clave, incluidos los y las profesionales del sexo, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero, a menudo se enfrentan a la estigmatización y la discriminación por parte de la policía, lo que aumenta su riesgo de infección por el VIH. Los abusos físicos y sexuales, el acoso, el chantaje por parte de la policía y los guardias de prisiones y las detenciones y encarcelamientos injustos han sido reportados por personas de poblaciones clave en diversos entornos.

Varios proyectos de investigación y estudios de caso han demostrado que no podemos acabar con el sida como amenaza para la salud pública cuando las personas más afectadas están excluidas de la igualdad de acceso a los servicios. Para reducir y mitigar el estigma y la discriminación que sufren las personas pertenecientes a grupos de población clave en los entornos judiciales, es necesario medir de forma rutinaria las actitudes y prácticas de los agentes de policía hacia las personas pertenecientes a grupos de población clave para fundamentar las intervenciones.

Los titulares de deberes, como políticos, legisladores, agentes de policía y abogados, pueden ser agentes positivos del cambio en lo que respecta al estigma y la discriminación y al acceso a la justicia y pueden recibir formación y apoyo para desempeñar este papel fundamental.

Numerador

A. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" al menos a uno de los ítems 1-4 y/o "no" al menos a uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas que venden sexo.
- 2 Los y las profesionales del sexo merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
- 3 Está bien regañar o insultar verbalmente a los y las profesionales del sexo.
- 4 Confiscar los preservativos de los y las profesionales del sexo es aceptable.
- 5 Los y las profesionales del sexo tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Los y las profesionales del sexo merecen ser tratados con respeto.
- 7 Debería investigar los delitos reportados por profesionales del sexo.

B. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" a por lo menos uno de los ítems 1-4 y/o "no" a por lo menos uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a los hombres homosexuales y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 2 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son delincuentes.
- 3 No me fío de la palabra de un hombre homosexual y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que reporta un delito.
- 4 Es apropiado regañar o insultar verbalmente a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 5 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres merecen ser tratados con respeto.
- 7 Debo investigar los delitos reportados por hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

C. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" a por lo menos uno de los ítems 1-4 y/o "no" a por lo menos uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas que se inyectan drogas.
- 2 Las personas que se inyectan drogas merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
- 3 Está bien regañar o insultar verbalmente a las personas que se inyectan drogas.
- 4 Las personas que reportan o ayudan a una persona que está sufriendo una sobredosis deben ser arrestadas o detenidas.
- 5 Las personas que se inyectan drogas tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Las personas que se inyectan drogas merecen ser tratadas con respeto.
- 7 Debería investigar los delitos reportados por alguien que se inyecta drogas.

D. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" al menos a uno de los ítems 1-4 y/o "no" al menos a uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas transgénero.
 - 2 Las personas transgénero merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
 - 3 No me fío de las palabras de las personas transgénero que reportan delitos.
 - 4 Está bien regañar o insultar verbalmente a las personas transgénero.
 - 5 Es aceptable obligar a las personas transgénero a vestirse como correspondería a su sexo original si son detenidas.
 - 6 Las personas transgénero tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
 - 7 Las personas transgénero merecen ser tratadas con respeto.
-

Denominador

Número total de encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Encuesta sobre las actitudes de la policía hacia las poblaciones clave. Los indicadores se construyen a partir de las respuestas a siete ítems. Algunos ítems son similares en las cuatro poblaciones clave y otros son específicos de cada población. Para más información sobre la aplicación de la encuesta, incluido el muestreo, véase el resumen técnico de esta encuesta.

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

- Género (hombre, mujer, otro).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas de poblaciones clave entre la policía, que se han relacionado con un mayor riesgo de contraer el VIH, un peor acceso a los servicios y una menor adherencia al tratamiento del VIH. Las preguntas se desarrollaron con aportaciones de expertos técnicos en estigma y discriminación de poblaciones clave, se probaron previamente con agentes de policía de distintos rangos y se probaron y validaron con agentes de policía en Sudáfrica.

Las preguntas recomendadas evalúan el acuerdo con situaciones hipotéticas en lugar de medir los sucesos de discriminación presenciados. Por lo tanto, es posible que se produzca un sesgo de deseabilidad social que dé lugar a una subnotificación de las actitudes discriminatorias.

Lo ideal sería que, además de realizar encuestas que midan la prevalencia de actitudes discriminatorias entre la policía, se recopilaran datos cualitativos que informaran sobre los orígenes de la discriminación. También es aconsejable recopilar de forma rutinaria datos de personas pertenecientes a poblaciones clave sobre sus experiencias de estigma y discriminación (por ejemplo, mediante encuestas bioconductuales) y comparar los resultados con los datos derivados del indicador de actitudes discriminatorias.

El análisis de los datos desglosados por diversas características de los agentes de policía encuestados, como el género, la edad y el rango, puede aportar más información para los programas.

Información adicional

Amon JJ, Sun N, Iovita A, Jurgens R, Csete J. Addressing stigma is not enough. *Health Hum Rights*. 2022;24(2):111–114.

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 6 November 2023).

Decker MR, Lyons C, Guan K, Mosenge V, Fouda G, Levitt D, et al. A systematic review of gender-based violence prevention and response interventions for HIV key populations: female sex workers, men who have sex with men, and people who inject drugs. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):676–694.

Footer K, Silberzahn B, Tormohlen K, Sherman S. Policing practices as a structural determinant for HIV among sex workers: a systematic review of empirical findings. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20883.

Nick GA, Williams S, Lekas HM, Pahl K, Blau C, Kamin D, et al. Crisis Intervention Team (CIT) training and impact on mental illness and substance use-related stigma among law enforcement. *Drug Alcohol Depend Rep*. 2022;5:100099.

Polonsky M, Azbel L, Wegman M, Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Preincarceration police harassment, drug addiction and HIV risk behaviours among prisoners in Kyrgyzstan and Azerbaijan: results from a nationally representative cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20880.

Schneiders M, Weissman A. Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20878.

Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/978-92-4-151301-2>, accessed 7 November 2023).

7.1 Hepatitis vírica entre grupos de población clave

Prevalencia de la hepatitis y coinfección con el VIH entre grupos de población clave

Qué mide

Comorbilidad con el VIH y necesidad potencial de tratamiento apropiado

Justificación

En los últimos tiempos la apreciación de la coinfección por hepatitis y VIH ha mejorado sustancialmente. Muchas personas que viven con el VIH que reciben terapias antirretrovirales mueren por enfermedad hepática resultante de cuadros de hepatitis vírica no tratados. Los regímenes de tratamiento del VIH pueden ajustarse para tratar cuadros crónicos de infección por el virus de la hepatitis B. Está disponible un nuevo tratamiento para la hepatitis C altamente eficaz que presenta un alto índice de eliminación del virus independientemente del subtipo del virus de la hepatitis C. Cuantificar la carga de hepatitis que existe entre grupos de población clave que viven con el VIH puede ayudar a las autoridades nacionales competentes en actuaciones de planificación a fin de determinar los recursos necesarios para dar respuesta a esta epidemia.

Numerador

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C

o

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba del antígeno de superficie de la hepatitis B

y

Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos sobre el VIH junto con una de las dos anteriores situaciones

Denominador

Número de encuestados que han recibido resultados positivos para uno o ambos tipos de hepatitis, B y C.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Personas que se inyectan drogas inyectables: Edad (<25 años y 25+ años)
 - Personas que se inyectan drogas inyectables: Género (hombres, mujeres y transgénero)
 - Grupos de población clave (trabajadora/es del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero)
-

Información adicional solicitada

Si el algoritmo de las pruebas está disponible para pruebas de detección de la hepatitis C, deberá incluirse esa información, especialmente si se realizan pruebas complementarias o RCP.

Puntos fuertes y débiles

En general, no se dispone de estimaciones basadas en probabilidades sobre coinfección con el VIH y el virus de la hepatitis C o con el VIH y el virus de la hepatitis B entre grupos de población clave, aunque a través de diversas encuestas bioconductuales se han realizado pruebas sobre anticuerpos de la hepatitis. Mejorar el conocimiento sobre coinfecciones ayudará a mejorar los programas de tratamiento y también a maximizar la supervivencia entre las poblaciones afectadas. El número de personas coinfectadas será probablemente bajo, con la posible excepción de la población que se inyecta drogas, por lo que los intervalos de confianza serán amplios.

Información adicional

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

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

7.2 Pruebas de hepatitis C

Proporción de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección del virus de la hepatitis C (VHC)

Qué mide

Supervisa tendencias en pruebas médicas de hepatitis C, que son una intervención esencial para evaluar las necesidades para controlar la hepatitis C.

Las pruebas de hepatitis C ofrecen información sobre la prevalencia de la coinfección por VIH y VHC, lo que ofrece información para los profesionales sanitarios sobre la necesidad de evaluaciones clínicas y de laboratorio ulteriores, y de tratamiento.

Justificación

Las pruebas para la hepatitis C identifican coinfecciones con el VIH y el VHC para adaptar el tratamiento

Numerador

Número de adultos y niños que inician terapias antirretrovirales que fueron sometidas a pruebas para la hepatitis C durante el periodo del que se informa utilizando la secuencia de pruebas sobre anticuerpos anti-VHC seguidas de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa a VHC para quienes sean anti-VHC-positivos.

Denominador

Número de adultos y niños que empiezan terapias antirretrovirales durante el periodo sobre el que se informa

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Registros clínicos o de laboratorio

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Sexo
- Edad (<15 años y 15 años o más)
- Personas que se inyectan drogas

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Los pacientes que son anti-VHC-positivos tienen una evidencia serológica de infecciones pasadas o presentes. Las personas que resultan anti-VHCpositivas deberán ser sometidas a ARN de VHC (detecta VHC que circula en la sangre) para diferenciar entre infecciones resueltas e infecciones actuales que requieran tratamiento.

Este indicador supervisa los avances en las actividades de pruebas médicas de hepatitis C de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que reciben atención por el VIH que conocen su coinfección con el virus de la hepatitis C. El indicador C.6 del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral desglosado según estado serológico refleja todo ello.

La recopilación de información sobre el consumo de drogas por vía parenteral en el pasado o en la actualidad permite la presentación de datos desglosados sobre las personas que viven con el VIH. El registro de información sobre conductas estigmatizadas y comúnmente criminalizadas, como el consumo de drogas ilícitas, supone un riesgo cuando se puede identificar a una persona. Es preciso esforzarse por garantizar que las historias clínicas y los registros de los pacientes eviten la divulgación de información que permita la identificación de personas con comportamientos estigmatizados o criminalizados..

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

7.3 Personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que inician el tratamiento del virus de la hepatitis C

Proporción de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) que inician el tratamiento contra el VHC

Qué mide

Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHC que reciben terapia combinada

Justificación

La prevalencia de la coinfección es especialmente alta en la Región Africana y la Región Europea de la OMS, por la incidencia de transmisiones infantiles tempranas y el alto nivel de consumo de drogas intravenosas, respectivamente. Tratar la hepatitis C entre las personas que viven con el VIH influye sobre su calidad de vida, esperanza de vida y mortalidad.

Numerador

Número de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que reciben tratamiento con medicamentos antirretrovirales eficaces contra tanto el VIH como el VHC durante el periodo del que se informa

Denominador

Número de personas diagnosticadas con el VIH y el VHC que reciben atención para el VIH durante el periodo del que se informa (12 meses)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador se calculan sobre la base de los registros clínicos de las instalaciones sanitarias que ofrecen tratamiento y atención para el VIH.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Personas que se inyectan drogas

Puntos fuertes y débiles

Este indicador supervisa el acceso al tratamiento de la hepatitis C para las personas que viven con el VIH coinfectadas por el VHC. El punto débil es que solo refleja un año de actividad. Para describir el efecto acumulado de las personas coinfectadas por el VIH y el VHC que inician el tratamiento, es necesario recopilar los datos acumulados de las personas que inician el tratamiento y tener en cuenta a las personas recién infectadas por el VHC y reinfectadas por el VHC en el denominador.

La recopilación de información sobre el consumo de drogas por vía parenteral en el pasado o en la actualidad permite la presentación de datos desglosados sobre las personas que viven con el VIH. El registro de información sobre conductas estigmatizadas y comúnmente criminalizadas, como el consumo de drogas ilícitas, supone un riesgo cuando se puede identificar a una persona. Es preciso esforzarse por garantizar que las historias clínicas y los registros de los pacientes eviten la divulgación de información que permita la identificación de personas con comportamientos estigmatizados o criminalizados.

Información adicional

Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: recommended indicators and framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204790/97892415110288_eng.pdf?sequence=1).

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

7.4 Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)

Prevalencia de la sífilis en poblaciones clave específicas

Este indicador se divide en tres subindicadores:

- A. Prevalencia de la sífilis entre profesionales del sexo.
- B. Prevalencia de la sífilis entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- D. Prevalencia de la sífilis entre las personas transgénero.

Qué mide

Avances en la reducción de la prevalencia de la sífilis entre grupos de población clave

Justificación

La prevalencia de la sífilis suele ser mucho mayor en las poblaciones clave que en la población general. La reducción de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave es importante para la salud de las poblaciones y también una medida crítica de la respuesta a la sífilis a nivel nacional.

El uso cada vez más frecuente de pruebas rápidas para la detección de la sífilis ha aumentado el acceso a las pruebas de sífilis en entornos que antes no tenían capacidad. Como resultado, este indicador se ha ampliado a la prevalencia de la sífilis en lugar de centrarse únicamente en la sífilis activa.

Las pruebas de sífilis en poblaciones clave son un componente de la vigilancia del VIH de segunda generación.

Numerador

Número de personas de una población clave que reciben resultados positivos en las pruebas de sífilis

Denominador

Número de personas de una población clave sometidas a pruebas de sífilis

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Este indicador se calcula a partir de los datos de las pruebas de sífilis realizadas a los encuestados en los sitios centinela o a los participantes en las encuestas bioconductuales o en los servicios regulares de detección de infecciones de transmisión sexual. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

El cribado puede realizarse mediante una prueba no treponémica (por ejemplo, el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o la reagin plasmática rápida [RPR]) o una prueba treponémica (por ejemplo, el ensayo de hemaglutinación del *Treponema pallidum* [TPHA], la prueba de aglutinación de partículas del *Treponema pallidum* [TPPA], el inmunoensayo enzimático o la prueba treponémica rápida). Aunque las pruebas serológicas no treponémicas son sensibles, carecen de especificidad y pueden dar lugar a falsos positivos. Las pruebas treponémicas son más específicas pero no pueden diferenciar entre la infección actual y la pasada o entre la infección tratada y la no tratada. Para el propósito de este indicador (destinado a medir la seropositividad), es aceptable la notificación de la positividad basada en el resultado de una sola prueba. Sin embargo, si se dispone de los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas de una persona individual, la positividad a la sífilis debe definirse como la obtención de resultados positivos en ambas pruebas. Los países deben informar del algoritmo de pruebas utilizado para determinar la positividad, de modo que las estimaciones de prevalencia puedan ajustarse para observar las tendencias a lo largo del tiempo y generar estimaciones regionales y globales.

Frecuencia de medición

Anual (datos del programa) o cada dos años (encuesta bioconductual).

Desglose

A,B,D: Edad (<25 años y 25+ años)

A: Género (hombres, mujeres y transgénero)

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

Información adicional solicitada

Por favor, documente en la sección de comentarios el algoritmo si éste ha cambiado desde el último informe de Monitoreo Global del Sida.

Por favor, comente en qué medida los datos se consideran representativos de la población nacional.

Puntos fuertes y débiles

Comprender la forma en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones más amplias que comparten comportamientos de alto riesgo resulta esencial para interpretar este indicador. Las tendencias de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave de la capital proporcionan una indicación útil del rendimiento de los programas de prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en esa localidad, pero pueden no ser representativas de la situación en el conjunto del país. La adición de nuevos centros centinela aumenta la representatividad de la muestra y, en consecuencia, ofrece una estimación puntual más sólida de la prevalencia de la sífilis. Sin embargo, añadir nuevos centros centinela reduce la comparabilidad de valores a lo largo del tiempo. Por lo tanto, cualquier cambio en el número de centros que proporcionan datos debe documentarse en la sección de comentarios.

Son escasas las encuestas que cubren exclusivamente a las personas transgénero. La mayor parte de los datos sobre comunidades transgénero se extraen de encuestas sobre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o sobre profesionales del sexo. El entorno de riesgo que se registra en la mayoría de las comunidades transgénero es elevado, lo que sitúa a las mujeres transgénero en un riesgo especialmente alto de contraer una infección de transmisión sexual y de transmitirla. Si se encuesta a mujeres transgénero en encuestas sobre profesionales del sexo, deberán incluirse los datos relativos a profesionales del sexo como desglose. Si se encuesta a personas transgénero en encuestas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, deberá incluirse esos datos bajo la pestaña "transgender" (transgénero).

La realización de pruebas tanto no treponémicas como treponémicas aumenta la probabilidad de que el número de pruebas positivas notificado represente una infección activa. Sin embargo, algunos países sólo disponen de información para un tipo de prueba. Por favor, indique en los campos de comentarios si las prácticas de pruebas de sífilis han cambiado, ya que habrá que tenerlo en consideración a la hora de interpretar las tendencias de la enfermedad.

Información adicional

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

7.5 Hombres con secreción uretral

Número de hombres que han reportado secreción uretral en los últimos 12 meses

Qué mide

Carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres

Justificación

La secreción uretral masculina suele estar causada por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. Los hombres con uretritis (inflamación de la uretra) suelen presentar secreción uretral con o sin disuria (dolor al orinar). La secreción uretral no tratada puede provocar infertilidad y facilitar la transmisión y adquisición del VIH.

Los datos sobre la secreción uretral proporcionan información sobre la carga de infecciones de transmisión sexual en los hombres y constituyen un marcador de relaciones sexuales sin protección. El seguimiento de la secreción uretral es fundamental como indicador indirecto de la carga de gonorrea. *N. gonorrhoeae* ha mostrado una resistencia cada vez mayor a las opciones de tratamiento recomendadas y puede hacer que esta infección sea intratable.

Numerador

Número de hombres que reportan secreción uretral durante el período reportado.

Denominador

Número de hombres de ≥ 15 años.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Sistemas rutinarios de información sanitaria (numerador).

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Se solicita a los países que indiquen en qué medida los datos reportados son representativos de la población nacional y que informen sobre cómo esto impactaría en la interpretación de los datos.

Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha proporcionado una definición global de caso, la definición real de caso varía de un país a otro y dentro de un mismo país. Los datos sobre el número de hombres con secreción uretral y las tendencias a lo largo del tiempo proporcionan una medida aproximada de los casos incidentes de infecciones de transmisión sexual en una población.

Los datos sobre flujo vaginal entre las mujeres, aunque útiles para fines de vigilancia a nivel local y nacional, no se solicitan a nivel mundial porque, en muchos entornos, las infecciones de transmisión sexual no causan la mayoría de los casos de flujo vaginal. En muchos países, este indicador no se recoge sistemáticamente en todos los centros de salud.

Los países deben evaluar periódicamente las causas del síndrome de secreción uretral para comprender la etiología y los patrones de resistencia a los antimicrobianos a fin de informar las directrices de tratamiento apropiadas.

Información adicional

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization. 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>, accessed 6 November 2023).

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

7.6 Gonorrea entre los hombres

Tasa de gonorrea diagnosticada en laboratorio entre hombres en países con capacidad de diagnóstico en laboratorio

Qué mide

Carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres.

Justificación

La infección gonocócica no tratada en los hombres puede provocar secreción uretral e infertilidad y facilitar la transmisión del VIH. Los datos sobre el número de hombres que dan positivo en las pruebas de *N. gonorrhoeae* proporcionan información sobre la prevalencia de la infección y la carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres y constituyen un marcador de las relaciones sexuales sin protección o sin preservativo. Los datos sobre la positividad de las pruebas de gonorrea son importantes para comprender los retos impuestos por la creciente resistencia a las opciones de tratamiento recomendadas actualmente.

Numerador

Número de hombres reportados con gonorrea diagnosticada por laboratorio en los últimos 12 meses.

Denominador

Número de hombres de ≥ 15 años.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Sistemas rutinarios de información sanitaria o vigilancia de laboratorios.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Se solicita a los países que indiquen en qué medida los datos reportados son representativos de la población nacional y que informen sobre el impacto que esto tendría en la interpretación de los datos.

Puntos fuertes y débiles

La capacidad para realizar pruebas de detección de *N. gonorrhoeae* varía de un país a otro y dentro de un mismo país. En muchos países, las personas con síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual reciben tratamiento en función de sus síntomas y no de los resultados de las pruebas.

Los datos sobre la gonorrea entre las mujeres, aunque útiles para fines de seguimiento a nivel local y nacional, no se solicitan a nivel mundial porque la mayoría de las mujeres con *N. gonorrhoeae* son asintomáticas y las pruebas de diagnóstico sensibles para la gonorrea en mujeres no están ampliamente disponibles en los países de ingresos bajos y medios.

Información adicional

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

Neisseria gonorrhoeae antimicrobial resistance surveillance: consolidated guidance. Washington: Pan American Health Organization; 2020 (<https://www.paho.org/en/documents/neisseria-gonorrhoeae-antimicrobial-resistance-surveillance-consolidated-guidance>, accessed 6 November 2023).

7.7 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis

Porcentaje de personas que viven con el VIH con tuberculosis incidente que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH

Qué mide

Progreso en la detección y el tratamiento de la TB y el VIH entre las personas con TB asociada al VIH B

Justificación

La TB es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, incluso las que reciben terapia antirretroviral. El tratamiento oportuno de la TB y la terapia antirretroviral temprana son fundamentales para reducir la mortalidad por TB asociada al VIH y deben ser la actividad de máxima prioridad tanto para el Programa de lucha contra el SIDA y el Programa nacional sobre la TB. Por lo tanto, es muy importante medir el porcentaje de pacientes VIH-positivos con TB que acceden al tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

Numerador

Número de personas viviendo con VIH con TB (nueva o recaída) que iniciaron un tratamiento contra la TB durante el período de notificación, que ya se sometieron a una terapia antirretroviral o que la comenzaron durante el tratamiento de la TB durante el año de notificación

Denominador

Número estimado de personas viviendo con VIH con casos incidentes de TB

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Registros e informes de la terapia antirretroviral en las instalaciones; herramientas de vigilancia del programa. Cuente el número total de pacientes VIH-positivos nuevos y que recaen de TB que iniciaron el tratamiento para la TB (según el registro de TB) y la terapia antirretroviral, o aquellos que ya recibían terapia antirretroviral (según el registro de terapia antirretroviral). La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de TB en las unidades básicas de manejo relevantes antes de la consolidación y notificación.

Para el denominador: Datos del programa y estimaciones de personas viviendo con VIH con TB incidente. La OMS calcula una estimación personas viviendo con VIH con TB incidente. Las estimaciones del denominador, están disponibles solo en agosto del año del informe y no es necesario proporcionarlas en el momento de la notificación. Las estimaciones para 2022 están disponibles en <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deben recopilarse continuamente en el establecimiento, conciliarse con los registros de TB y agregarse con regularidad, preferiblemente de manera mensual o trimestral y notificarse de manera anual. Aquí debe indicarse el año más reciente para el que se dispone de datos y estimaciones.

Desglose

- Sexo.
 - Edad (<15 años y 15 años o mas).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la TB prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga comunitaria de TB. La OMS proporciona estimaciones anuales de la carga de TB entre las personas que viven con el VIH, según las mejores estimaciones del país disponibles sobre la prevalencia del VIH y la incidencia de la TB. Todas las personas que viven con el VIH y que se infectaron recientemente con TB deben comenzar el tratamiento y la terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas posteriores al inicio del tratamiento de TB, independientemente del recuento de CD4. Las personas con VIH y TB con inmunosupresión profunda (como recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm³) deben recibir terapia antirretroviral dentro de las dos primeras semanas después de iniciar el tratamiento de TB. El tratamiento de la TB debe iniciarse de acuerdo con las directrices del programa nacional de TB.

Este indicador mide hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de TB y VIH asegura que las personas que viven con el VIH y la TB puedan acceder al tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, este indicador se verá afectado por la escasa aceptación de las pruebas de VIH, el escaso acceso a los servicios de atención del VIH y la terapia antirretroviral y el bajo acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB. Se debe hacer referencia a los indicadores por separado para cada uno de estos factores al interpretar los resultados de este indicador.

Es importante que quienes brinden atención y terapia antirretroviral para el VIH registren el diagnóstico y el tratamiento de la TB, ya que esta información tiene implicaciones para la idoneidad de la terapia antirretroviral y la elección del régimen antirretroviral. Por tanto, se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de la TB se anote en el registro antirretroviral.

Información adicional

WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012). (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf?sequence=1).

Global tuberculosis report 2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>).

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

7.8 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa

Número total de personas que viven con el VIH que tienen tuberculosis (TB) activa expresado como porcentaje de las que recientemente inscritas en tratamiento para el VIH durante el periodo de notificación

Qué mide

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

Justificación

Los objetivos principales del cribado de TB en entornos de atención al VIH y de pruebas y asesoramiento sobre VIH iniciados por el proveedor para personas diagnosticadas con TB son la detección temprana de cuadros de TB asociados con el VIH y la pronta provisión de terapias antirretrovirales y de tratamiento para TB. Aunque deberá intensificarse la búsqueda de casos de TB entre todas las personas que viven con el VIH en cada visita que se haga a centros de atención y tratamiento para el VIH, es especialmente importante en el momento en que esas personas se inscriben en los servicios, ya que el riesgo de cuadros de TB no detectados es mayor entre pacientes que se inscriben en el tratamiento que entre los que ya están recibiendo terapias antirretrovirales. Además, las personas con TB que se inscriben en servicios de atención médica y que viven con el VIH pueden tener menor conocimiento de los síntomas y de la importancia de la detección temprana y el tratamiento, por lo que es posible que no busquen atención médica para síntomas generales o específicos de la tuberculosis. Una búsqueda intensificada de casos ofrece la oportunidad de formar a las personas que viven con el VIH y de permitir detectar antes los cuadros de TB. Todas las personas que viven con el VIH en las que se detecte TB deberán iniciar tratamiento contra TB de forma inmediata y terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes (si aún no están recibiendo terapia antirretroviral).

Numerador

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

Denominador

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

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

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

Para el numerador. A la conclusión del periodo de notificación, contabilizar el número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito por primera vez en tratamiento para el VIH que fueron diagnosticadas con TB. Los datos deben proceder de servicios y fuentes de datos relacionados con la TB y el VIH.

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

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

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

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

Desglose

Ninguna.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

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

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

Información adicional

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

7.9 Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas en terapia antirretroviral que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) durante el periodo de referencia

Qué mide

El grado en que las personas que están en terapia antirretroviral iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar tuberculosis activa y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH deben someterse a pruebas de detección de la tuberculosis en cada visita al centro de salud utilizando un algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan tuberculosis activa y se les deba ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. La OMS recomienda una serie de herramientas de cribado que pueden utilizarse para descartar la tuberculosis activa (por ejemplo, radiografía de tórax, proteína c reactiva).

A los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual, se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis, independientemente de que reciban o no una terapia antirretrovírica.

Numerador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación que también iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.
 2. Número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral y que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo de notificación.
-

Denominador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
 2. Número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
-

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El tratamiento preventivo de la tuberculosis debe iniciarse para todas las personas seropositivas que reúnan los requisitos y la fecha de inicio debe registrarse en la tarjeta de atención al VIH/tratamiento antirretroviral (sección Encuentros). Aquellos que acepten el tratamiento y reciban al menos la primera dosis deberán ser registrados en los registros de terapia antirretroviral (en la columna de inicio de tratamiento preventivo de la tuberculosis, mes y año).

1. **Numerador.** Recuento del número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito recientemente en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación y que también han comenzado el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el mismo periodo de notificación (es decir, los que han recibido al menos una dosis del régimen)

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH inscritas por primera vez en la terapia antirretrovírica durante el periodo del informe.

2. **Numerador.** Recuento del número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral (independientemente de cuándo iniciaron la terapia antirretroviral) y que también iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo actual notificación (es decir, los que recibieron al menos una dosis del régimen).

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH y que están recibiendo terapia antirretroviral (independientemente de cuándo iniciaron la terapia antirretroviral).

Se solicita a los países que informen sobre 1 y/o 2, según su disponibilidad.

Si está disponible, se les pide que indiquen también el número de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que han recibido alguna vez un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (excluyendo a los que lo recibieron durante el periodo de notificación actual).

Frecuencia de medición

Los datos sobre las personas que iniciaron la terapia antirretroviral y el tratamiento preventivo de la tuberculosis deben registrarse diariamente y notificarse trimestralmente a nivel nacional o subnacional. Deben consolidarse anualmente y notificarse a ONUSIDA.

Desglose

- Edad (<5 años, 5-15 años, +15 años).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador proporciona información sobre el progreso hacia la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis entre todas las personas que viven con el VIH. A menos que se recopilen más datos, este indicador no proporciona información sobre el número de personas que se adhieren al tratamiento o lo completan.

Para una planificación y gestión de medicamentos precisas, es necesario recopilar información más detallada además de este indicador. Se puede usar un registro basado en farmacia para registrar la asistencia del cliente y la recogida de medicamentos. Como alternativa, el centro de tratamiento del VIH puede mantener un registro de tratamiento preventivo de la tuberculosis en paralelo con el registro de la terapia antirretroviral. Dicho registro puede proporcionar información valiosa sobre el número de pacientes nuevos y continuos en tratamiento preventivo de la tuberculosis, así como sobre las tasas de finalización del tratamiento y los acontecimientos adversos.

Información adicional

1. Directrices de la OMS sobre la prevención y el control de la infección por tuberculosis. Actualización de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>).
 2. Directrices consolidadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).
-

7.10 Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas que viven con el VIH que inician un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) y están en terapia antirretroviral y que completan un curso de tratamiento preventivo contra la TB

Qué mide

Este indicador mide la eficacia de los programas de tratamiento preventivo de la tuberculosis ampliados mediante la evaluación de la proporción de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso recomendado de tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar tuberculosis activa y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Completar el tratamiento preventivo de la tuberculosis según lo prescrito optimiza su eficacia. Todas las personas en tratamiento del VIH deben someterse a pruebas de detección de TB en cada visita, mediante el algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan tuberculosis activa y se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. Del mismo modo, a los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la TB.

Aunque muchos países han avanzado en el inicio del tratamiento preventivo de la tuberculosis entre las personas seropositivas que cumplen los requisitos, las tasas de finalización siguen siendo escasas o desconocidas. La evaluación de la finalización del tratamiento preventivo contra la tuberculosis es un elemento crítico de la cascada de servicios contra la tuberculosis y el VIH y es esencial para garantizar el impacto.

Numerador

Número de personas en terapia antirretroviral que completaron el tratamiento preventivo contra la TB entre los que iniciaron cualquier curso de tratamiento preventivo contra la TB durante el año anterior, por ejemplo, la cohorte de 2022 para el informe de 2024 (Figuras 1 y 2).

Denominador

Número de personas en terapia antirretroviral que iniciaron algún curso de tratamiento preventivo contra la TB durante el año anterior (inserte el mismo año de cohorte que el numerador: por ejemplo, 2022 para el informe de 2024).

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Numerador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o registros médicos electrónicos (EMR)). Contabilizar el número total de personas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral y que inician el tratamiento preventivo contra la TB durante el año de notificación de la cohorte y que completan el curso del tratamiento preventivo contra la TB. El año de informe de la cohorte sería normalmente el último año natural durante el cual se puede evaluar la finalización del tratamiento de todas las personas que lo inician. Como se mencionó anteriormente, para el ciclo de informes de 2024, la cohorte comprendería a los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante 2022.

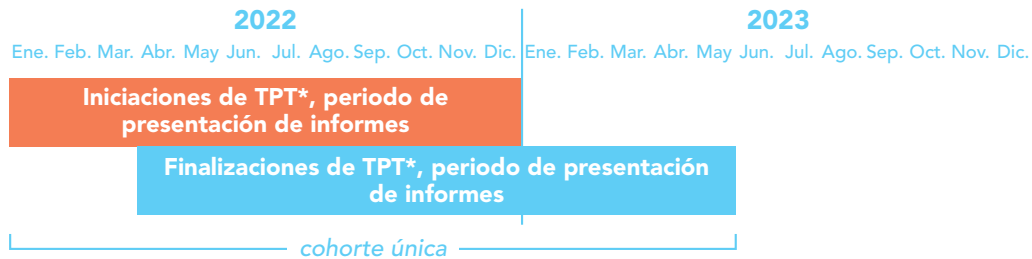
Esto incluye a todas las personas elegibles para el tratamiento preventivo de la TB que empezaron el tratamiento preventivo de la TB (incluyendo a los nuevos en la terapia antirretroviral y a los que están actualmente en tratamiento) y que completaron el tratamiento preventivo de la TB durante el mismo año o el siguiente. Para los programas que utilizan una terapia preventiva continua con isoniazida (IPT de 36 meses), la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis se define como 6 meses de tratamiento. La finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis debe determinarse sobre la base de las directrices clínicas nacionales (ver el *WHO operational handbook on tuberculosis—module 1: prevention*).

Denominador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o EMRs). Contar el número total de personas que viven con el VIH que estaban en terapia antirretroviral y que iniciaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo de notificación de la cohorte (informe de 2022 para 2024). Si una persona iniciada en el tratamiento preventivo contra la TB fallece antes de completar el tratamiento preventivo contra la TB, debe registrarse en el denominador, pero no en el numerador.

Esto refleja un enfoque de cohorte anual en el que los informes de 2023 se basan en los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis en 2020, independientemente de si lo completaron en 2022 o en 2023.

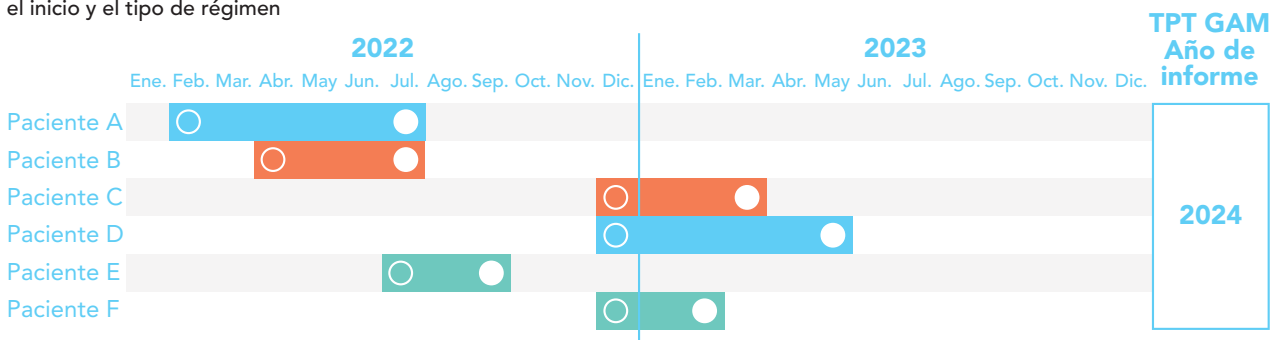
Ilustración de la cohorte de finalización

Periodo de presentación de informes de la GAM de 2024: Iniciación del tratamiento preventivo de la tuberculosis y finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis



*TPT = Tratamiento preventivo de TB

Ejemplos de informes de 2024 GAM para la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis con el inicio y el tipo de régimen



leyenda

- TPT iniciado
- TPT completado
- 6 INH, seis meses de monoterapia con isoniazida
- 4R, cuatro meses de rifampicina diaria
- 3HP, tres meses de isoniazida más rifapentina una vez a la semana

Frecuencia de medición

Anual. Puede ser conveniente una periodicidad más frecuente que la anual (por ejemplo, la presentación de informes trimestrales para informar más oportunamente de los pacientes con un nuevo régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis)

Desglose

- Género (femenino, masculino, transgénero).
- Edad (<5 años, 5-14 años, 15 años o más).
- Tipo de régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis (si el país puede informar sobre el desglose).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador proporcionaría información más precisa sobre las personas que viven con el VIH que han recibido esta intervención para reducir la incidencia y la mortalidad de la TB entre las personas que viven con el VIH. Ya se probó en el campo a través de los programas del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) durante varios años y se notificó a través del sistema de vigilancia, evaluación y notificación (MER).

Los desafíos incluyen el registro y la presentación de informes incompletos, sistemas de información que pueden no captar la finalización del tratamiento preventivo de la TB, el uso de diferentes criterios para determinar la finalización y dar cuenta de las interrupciones del tratamiento preventivo de la TB, y la implementación subóptima del programa.

Información adicional

WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention—tuberculosis preventive treatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-operational-handbook-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).

7.11 Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado

El número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses mediante cualquier prueba de detección

Qué mide

Avances en la ampliación del cribado de la población para la prevención del cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

Justificación

El objetivo de este indicador es evaluar la disponibilidad y la aceptación del cribado para prevenir el cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH. A fin de prevenir el cáncer de cuello uterino invasivo, las mujeres pueden someterse a diversas pruebas para identificar a las que tienen o corren el riesgo de padecer un precáncer de cuello uterino. Existen métodos de cribado y tecnología adecuada de bajo coste que permiten identificar la mayoría de las lesiones pre-cancerígenas en etapas en las que pueden tratarse y curarse fácilmente. Lograr una alta cobertura de cribado de las mujeres -con el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas detectadas por el cribado- puede conducir a una baja incidencia del cáncer cervical invasivo.

El método tradicional para detectar el cáncer de cuello uterino en las mujeres ha sido la citología (la prueba de Papanicolaou, también conocida como frotis). Las pruebas de cribado más recientes incluyen la inspección visual con ácido acético (IVA) y las pruebas moleculares, principalmente las basadas en el ADN del VPH de alto riesgo, que son adecuadas para su uso en todos los entornos. Se han desarrollado también otras pruebas moleculares, así como pruebas de inspección visual más avanzadas basadas en plataformas de inteligencia artificial/aprendizaje automático. El cribado del cáncer de cuello de útero puede realizarse mediante diferentes pruebas de cribado primario y de triaje, y existen numerosas combinaciones o algoritmos que se utilizan en diferentes entornos.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de detección

Denominador

n/d

Cálculo

n/d

Método de medición

La cifra se genera contando el número de mujeres que viven con el VIH entre todas las mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses, utilizando como fuente los datos del programa de detección de cáncer de cuello uterino y/o del programa de VIH.

Cada persona solo debe contarse una vez dentro del periodo de notificación. Si se realizó una segunda prueba de triaje o una prueba de seguimiento como parte de la estrategia de cribado, esa persona solo debe contarse una vez

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Personas que se sometieron a una prueba de detección por primera vez en su vida.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Puesto que el intervalo de cribado entre las pruebas depende de la prueba utilizada, el número de mujeres examinadas puede variar de un año a otro.

No es posible alcanzar los niveles de cobertura del cribado para todas las mujeres que viven con el VIH sin una estimación del tamaño de la población.

Los cambios en este indicador como medida de progreso a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de los datos relacionados, incluido el número de mujeres que se sabe que viven con el VIH.

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer. A step-by-step guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.12 Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH

Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección de precáncer de cuello uterino y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas en los últimos 12 meses

Qué mide

Progreso hacia el objetivo de cobertura de tratamiento del 90% de las mujeres con una prueba de detección positiva, que reciben tratamiento.

Justificación

El propósito de este indicador es evaluar la disponibilidad, el acceso y la cobertura del tratamiento de las lesiones precancerosas entre las mujeres que viven con el VIH a las que se les diagnosticaron lesiones pre-cancerígenas en el momento del cribado y que se consideraron aptas para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas de acuerdo con las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el cribado y el tratamiento para prevenir el cáncer de cuello de útero*.

Los objetivos de la Estrategia Mundial de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino son vacunar al 90% de las niñas elegibles contra el virus del papiloma humano (VPH), someter a pruebas de detección al 70% de las mujeres elegibles al menos dos veces en su vida y tratar eficazmente al 90% de las que tengan una prueba de detección positiva o una lesión cervical, incluyendo cuidados paliativos cuando sea necesario, todo ello para 2030.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas del cuello del útero después de un cribado positivo para el precáncer del cuello del útero.

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección del precáncer de cuello uterino

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador se generan a partir de los datos programáticos de los programas de detección del VIH o del cáncer de cuello de útero. No deben contarse las mujeres que dieron positivo en el cribado, pero que no fueron elegibles para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas, por ejemplo, porque fueron remitidas para la evaluación de un posible cáncer cervical invasivo.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
- Episodio de tratamiento del precáncer de cuello uterino (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
- Método de tratamiento recibido (crioterapia, ablación térmica, escisión de la zona de transformación [LLETZ], otros).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La variación en el denominador que se produce a lo largo del tiempo puede reflejar el cambio en la capacidad del personal sanitario para evaluar la elegibilidad para el tratamiento precanceroso, la prueba de cribado utilizada y su precisión, y si se utiliza una prueba de triaje

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.13 Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH

El porcentaje de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que fueron tratadas en los últimos 12 meses

Qué mide

Avances para aumentar el acceso al tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH

Justificación

La finalidad de este indicador es evaluar la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH a lo largo del tiempo. A largo plazo, se espera que el número de mujeres seropositivas que recibieron tratamiento para el cáncer cervical invasivo se estabilice y disminuya lentamente, ya que los programas de cribado ampliarán la detección y el tratamiento de las lesiones precancerígenas, y la cobertura de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) aumentará de acuerdo con los objetivos de eliminación 90-70-90 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que recibieron tratamiento

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y tuvieron sospecha de cáncer invasivo

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

La cifra se genera a partir de los datos programáticos de los programas de VIH o de cáncer de cuello uterino, o de un registro nacional de cáncer, si el estado del VIH se registra allí

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Episodio de tratamiento de cáncer de cuello uterino invasivo (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
 - Tipo de tratamiento: médico, quirúrgico.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Los cambios en este indicador a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de las intervenciones relacionadas, como la generalización del programa de cribado y tratamiento del precáncer.

La variación también puede representar cambios en la capacidad del personal sanitario para identificar el cáncer invasivo.

Further information

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231>).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

7.14 Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Proporción de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Qué mide

La proporción de todas las personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral, que recibieron un suministro multimensual (como se especifica a continuación) de medicamentos antirretrovirales en su recogida más reciente de medicamentos antirretrovirales.

Justificación

La opción de que las personas que viven con el VIH que son clínicamente estables (asentados en la terapia antirretroviral – consulte “Definiciones” a continuación) reciban varios meses de medicamentos antirretrovirales es un componente clave de la atención que responde a las necesidades y preferencias de las personas que viven con el VIH (conocido como suministro diferenciado de servicios – consulte “Definiciones”, más adelante). Para personas que viven con el VIH y que están asentadas en terapia antirretroviral, la dispensación multimensual tiene el potencial de mejorar los resultados de salud y apoyar la adherencia al tratamiento a largo plazo, al tiempo que reduce la asistencia innecesaria al centro de salud, lo que contribuye a la eficiencia del sistema. En líneas generales, la dispensación multimensual puede contribuir a los esfuerzos por alcanzar los objetivos 95–95–95.

La adopción y la puesta en marcha de la dispensación multimensual como parte de las estrategias y planes de los gobiernos nacionales van en aumento. Desde 2016, la prestación de servicios diferenciados -incluida la opción de dispensación multimensual- ha sido recomendada en las directrices de tratamiento del VIH y de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La pandemia de COVID-19 ha puesto especialmente de manifiesto la fragilidad de los sistemas sanitarios y, como respuesta, se ha priorizado la búsqueda de formas de mantener la prestación de servicios y reducir la asistencia innecesaria a los centros de salud.

El grado de implantación de estos modelos de atención en muchos países es incierto y la información sobre este indicador apoyará los esfuerzos para ampliar la oferta de dispensación multimensual.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral que recibieron 3 – <6 o 6+ meses de medicamentos antirretrovirales en la última recogida de medicamentos antirretrovirales.

(El número que recibe <3 meses de suministro de antirretrovirales también se recoge con fines de validación)

Si los países no pueden informar sobre el número de meses de medicamentos antirretrovirales dispensados mediante el desglose descrito anteriormente, podrían, de manera alternativa, informar sobre el número total de personas que están actualmente en terapia antirretroviral y que reciben ≥ 3 meses de medicamentos antirretrovirales en su última recogida de medicamentos.

Denominador

Número de personas que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral.

Cálculo

Numerador / Denominador

Método de medición

Los datos de este indicador se recogen al final del periodo de notificación a partir de los registros de terapia antirretroviral de los centros (incluida la terapia antirretroviral dispensada fuera de los centros) las herramientas de seguimiento del programa u otras bases de datos. (Si se dispone de datos del sector privado, deben incluirse).

Se debe identificar a todas las personas que reciben actualmente terapia antirretroviral. Las personas que no hayan recibido la medicación antirretroviral en los 28 días siguientes a su recogida programada de medicamentos se consideran perdidas en el seguimiento y no deben contarse en el denominador ni en el numerador. Por ejemplo, si se suministró medicamento antirretroviral para tres meses (12 semanas), el tiempo transcurrido desde la última recogida de medicamentos no debe ser superior a 16 semanas (12 semanas más 28 días).

Para el numerador: los registros deben capturar la duración de la medicina antirretroviral dispensada para cada paciente que esté actualmente en terapia antirretroviral en su última visita de recogida de medicamentos. Si es posible, esto debería clasificarse como <3 meses, 3- <6 meses, o +6 meses y resumirse para cada grupo de edad/sexo.

El denominador debe coincidir con el número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral al final del año y estar en consonancia con los valores nacionales reportados a través de la herramienta de Monitoreo Global del SIDA.

Si el resultado de este indicador solo está disponible para una proporción de personas actualmente en tratamiento, introduzca el número de personas en el que se basa el porcentaje, así como el valor del denominador nacional, para que quede claro qué proporción de la población actualmente en tratamiento está representada en el cálculo.

Por favor, recuerde: la dispensación multimensual no debe confundirse con la prescripción multimensual. Alguien que recibe una receta de medicamentos antirretrovirales para seis meses pero que necesita acudir al centro de salud cada uno o dos meses para reponerlos no se contaría como receptor de una dispensación multimensual.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad 0–14
- Edad de 15 años o más por sexo (hombre, mujer y transexual).

Información adicional solicitada

Por favor, incluya cualquier información sobre los cambios sostenidos en la orientación nacional sobre la frecuencia de dispensación que esté relacionada con la COVID-19 en el informe narrativo.

Puntos fuertes y débiles

Un indicador centrado en la escala de dispensación multimensual es una forma pragmática de captar un aspecto importante de la prestación de servicios diferenciada. El indicador ofrece una idea general de la amplitud con la que se está adoptando un enfoque de prestación de servicios diferenciados para el tratamiento del VIH y el alcance del posible beneficio individual. Sugiere también la posibilidad de mejorar aún más la eficacia del sistema mediante un mayor espaciado de la dispensación de medicamentos antirretrovirales.

La presencia de este indicador no implica que todas las personas que viven con el VIH deban recibir suministros multimensuales de medicamentos antirretrovirales. Además de considerar las necesidades clínicas de cada persona – la dispensación multimensual se aplica a personas asentadas en la terapia antirretroviral, la frecuencia de dispensación también debe guiarse por las necesidades y preferencias de las personas y poblaciones afectadas. Otros factores que afectan a la capacidad de suministrar medicamentos antirretrovirales para varios meses son los problemas de la cadena de suministro, las consideraciones políticas y la preparación del personal sanitario. El hecho de que la cobertura del 100% no deba considerarse como el objetivo de la dispensación multimensual pone de manifiesto la importancia de disponer de cierta información contextual para orientar la interpretación de los resultados.

Concentrarse únicamente en la duración de los medicamentos antirretrovirales dispensados proporciona una imagen incompleta de la prestación de servicios diferenciados. El control de los resultados, como la supresión de la carga viral, la satisfacción de los pacientes y la permanencia en la atención, se sumaría a este panorama, al igual que la información sobre la calidad y el alcance del apoyo social y de otro tipo que se proporciona como parte de la prestación de servicios diferenciados. Lo ideal sería captar la proporción de personas que viven con el VIH a las que se les ofreció la posibilidad de elegir un modelo de tratamiento diferenciado, pero esto puede no ser factible.

Definiciones

La OMS define la **prestación de servicios diferenciados** para el VIH como un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios para el VIH con el fin de atender mejor las necesidades de las personas que viven con el VIH y optimizar los recursos disponibles en los sistemas sanitarios.

La **dispensación multimensual** se refiere al suministro de varios meses de medicamentos antirretrovirales y/u otros medicamentos en un solo momento. La dispensación multimensual se ofrece con frecuencia como un componente de la prestación de servicios diferenciados. La OMS recomienda que a las personas que están asentadas en la terapia antirretroviral se les ofrezcan reposiciones de medicamentos antirretrovirales que duren de tres a seis meses, preferiblemente seis meses cuando esto sea posible.

Asentado/a en terapia antirretroviral. Los criterios para determinar si una persona está asentada con éxito en la terapia antirretroviral son:

- a) Haber recibido terapia antirretroviral al menos los últimos seis meses;
- b) No tener una enfermedad actualmente (sin incluir condiciones crónicas de salud que estén bien controladas).
- c) Buen entendimiento de la adherencia de por vida: consejo adecuado con respecto a la adherencia; y
- d) Evidencia de éxito del tratamiento: al menos un resultado de supresión de carga viral en los últimos seis meses (si la carga viral no está disponible: un recuento de CD4 > 200 células/mm³ (recuento de CD4 > 350 células/mm³ para niños entre 3-5 años) o ganancia de peso, ausencia de síntomas e infecciones simultáneas.

La definición de estar asentado en la terapia antirretroviral deberá ser aplicada a todas las poblaciones, incluyendo aquellas que reciben regímenes de segunda y tercera línea, aquellos que presentan comorbilidades controladas, niños, adolescentes, embarazadas y mujeres que amamantan y poblaciones clave.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

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

7.15 Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral.

Porcentaje de personas inscritas en modelos de prestación de servicios diferenciados (DSD) de terapia antirretroviral entre todas las personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral al final del período de reporte.

Qué mide

Este indicador mide el despliegue y la aplicación de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral (DSD, por sus siglas en inglés) de terapia antirretroviral durante el período que abarca el informe.

Justificación

La OMS recomienda modelos de atención DSD para las personas elegibles, incluidas las establecidas en terapia antirretroviral, para asegurar que la atención satisfaga la diversidad de necesidades de las personas que viven con el VIH. Este indicador mide la proporción de personas en tratamiento que reciben modelos de atención de terapia antirretroviral DSD y, si es factible, si las personas elegibles para terapia antirretroviral DSD están recibiendo tales servicios.

La DSD para el tratamiento del VIH tiene como objetivo mejorar la retención en la atención y la supresión viral mediante la optimización de los modelos de tratamiento y prestación de atención para mejorar la experiencia del cliente y los resultados de salud y aprovechar los recursos para mejorar la eficiencia programática.

Los modelos de DSD para el tratamiento del VIH pueden clasificarse a grandes rasgos en cuatro categorías: modelos de grupo gestionados por trabajadores sanitarios; modelos de grupo gestionados por clientes; modelos individuales establecidos en centros; y modelos individuales no establecidos en centros. Dentro de estas cuatro categorías, pueden hacerse muchas adaptaciones para ofrecer servicios centrados en la persona que satisfagan las necesidades distintas y cambiantes de personas de poblaciones específicas, como las que reciben regímenes de segunda o tercera línea, las que tienen comorbilidades controladas, las de poblaciones clave, las mujeres embarazadas, los niños y los adolescentes.

Algunos ejemplos de modelos de terapia antirretroviral de DSD son la dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales, la reposición rápida de medicamentos antirretrovirales, los grupos de adherencia en centros, los puntos comunitarios de distribución de terapia antirretroviral, los grupos de terapia antirretroviral de clientes, los grupos de terapia antirretroviral liderados por trabajadores sanitarios comunitarios o educadores pares y los paquetes de atención avanzada de la enfermedad del VIH.

Los países han desarrollado una amplia gama de modelos de terapia antirretroviral DSD adaptados a diferentes contextos y poblaciones. En este ámbito programático en evolución se están aplicando multitud de modelos de DSD. Independientemente de los modelos de terapia antirretroviral DSD que se adopten, es importante evaluar la cobertura para ampliar los servicios y reforzar su aplicación.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD durante el período de reporte.

Denominador

A Número de personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral al final del período de reporte.

B Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral elegibles para los modelos de terapia antirretroviral DSD (para los países que pueden reportar).¹

1 Calidad de ser elegible para la DSD de la terapia antirretroviral según lo definido en las directrices nacionales.

Método de medición

Herramientas de seguimiento de pacientes (electrónicas o en papel), como registros de terapia antirretroviral o historias clínicas electrónicas.

La cobertura mide a todas las personas que viven con el VIH actualmente inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD, incluidas las inscritas por primera vez y las inscritas en períodos de notificación anteriores.

La DSD es un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios relacionados con el VIH a lo largo de la cascada de manera que satisfagan las necesidades de las personas que viven con el VIH o son vulnerables a él y optimicen los recursos disponibles en el sistema sanitario. La DSD para el tratamiento del VIH debe tener en cuenta las necesidades clínicas y adaptar los servicios para las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y carga viral alta, para poblaciones específicas y para entornos contextuales.

La DSD para el tratamiento del VIH se basa en cuatro pilares: cuándo (frecuencia), dónde (ubicación), qué (tipo/paquete) y quién (proveedor). En cualquier modelo de DSD para el tratamiento del VIH, estos pilares deben definirse por separado para las consultas clínicas, la reposición de la terapia antirretroviral y el apoyo psicosocial.

La dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales se refiere al suministro de varios meses de medicamentos antirretrovirales u otros medicamentos en un momento concreto. La dispensación multimensual se ofrece con frecuencia como un componente de la prestación de servicios diferenciados. La OMS recomienda que a las personas establecidas en terapia antirretroviral se les ofrezcan reposiciones de medicamentos antirretrovirales de 3 a 6 meses de duración (preferiblemente 6 meses).

Los criterios para determinar que una persona está establecida con éxito en la terapia antirretroviral son:

- Recibir terapia antirretroviral durante al menos 6 meses.
- No padecer ninguna enfermedad en la actualidad (sin incluir enfermedades crónicas bien controladas).
- Buena comprensión de la adherencia de por vida, con asesoramiento adecuado sobre la adherencia.
- Evidencia de éxito del tratamiento, con al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos 6 meses (si no se dispone de carga viral, recuento de CD4 >200 células/mm³ para adultos o >350 células/mm³ para niños de 3-5 años, aumento de peso y ausencia de síntomas e infecciones concurrentes).

La definición de estar establecido en terapia antirretroviral debe aplicarse a personas de todas las poblaciones, incluidas las que reciben regímenes de segunda y tercera línea, las personas con comorbilidades controladas, los niños, los adolescentes, las mujeres embarazadas o en período de lactancia y las personas de poblaciones clave.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

- Género (femenino, masculino, otro²).
 - Edad (0-14 años, ≥15 años).
-

Puntos fuertes y débiles

Este indicador monitorea las tendencias en la cobertura de DSD del tratamiento del VIH de manera estandarizada y comparable entre países y a lo largo del tiempo. No mide la calidad de los servicios, el impacto en los resultados del tratamiento, como la retención o la supresión viral, ni las eficiencias programáticas, como la reducción de las visitas a las clínicas o del tiempo del personal.

La exactitud del número de personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD dependerá de la calidad del sistema de notificación subyacente y de su capacidad para identificar a los clientes inscritos en modelos de terapia antirretroviral DSD. Los problemas de calidad de los datos pueden dar lugar a que no se informen todos los casos debido a la falta de datos o a retrasos en la notificación de los datos de los centros al nivel nacional, o a que se informen demasiados casos si los clientes son notificados tanto por los centros como por los entornos comunitarios o privados.

Los problemas con los vínculos y el flujo de datos entre los centros de salud y los servicios prestados en la comunidad pueden provocar retrasos en la transmisión de datos y una notificación insuficiente. Los países deben adaptar las herramientas de seguimiento, como los registros de terapia antirretroviral o los historiales médicos electrónicos, para seguir y controlar a los clientes inscritos en los modelos de terapia antirretroviral DSD a nivel de prestación de servicios y a nivel nacional.

Further information

Consolidated guidelines on person centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 7 November 2023).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 7 November 2023).

2 "Otro" incluye a las personas transgénero y con diversidad de género que eligen una identidad distinta a la masculina o femenina.

7.16 Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada

Porcentaje de personas que viven con el VIH que participan en modelos de terapia antirretroviral de prestación de servicios diferenciada (DSD) y que tienen supresión virológica durante el período de reporte.

Qué mide

La supresión viral en las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD. Es una medida de la eficacia de la terapia antirretroviral e indica la adherencia al tratamiento y el riesgo de transmitir el VIH.

Justificación

Este indicador permite hacer un seguimiento de la supresión de la carga viral en las personas que viven con el VIH inscritas en modelos DSD de terapia antirretroviral. Dado que la supresión viral es un resultado clave del tratamiento, es importante vigilar y evaluar si las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD tienen una supresión viral mejor o similar a la de las personas que reciben atención estándar para garantizar la calidad de los servicios. La supresión de la carga viral es también la mejor medida disponible de la adherencia a la terapia antirretroviral.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en un modelo de terapia antirretroviral DSD con al menos una prueba rutinaria de carga viral durante el período de reporte que tienen supresión virológica (<1000 copias/mL).

Denominador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en un modelo de terapia antirretroviral DSD con al menos un resultado rutinario de carga viral en un registro médico o de laboratorio durante el período de reporte.

Método de medición

Herramientas de seguimiento del paciente (electrónicas o en papel), como registros de terapia antirretroviral o historias clínicas electrónicas.

La DSD es un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios relacionados con el VIH a lo largo de la cascada de forma que atiendan a las necesidades de las personas que viven con el VIH o son vulnerables a él y optimicen los recursos disponibles en el sistema sanitario. La DSD para el tratamiento del VIH debe tener en cuenta las necesidades clínicas y adaptar los servicios para las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y carga viral alta, para las personas de poblaciones específicas y en diferentes entornos contextuales.

La DSD para el tratamiento del VIH se basa en cuatro pilares: cuándo (frecuencia), dónde (ubicación), qué (tipo/paquete) y quién (proveedor). En cualquier modelo de DSD para el tratamiento del VIH, los componentes básicos deben definirse por separado para las consultas clínicas, la reposición de la terapia antirretroviral y el apoyo psicosocial.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

- Género (femenino, masculino, otro¹).
- Edad (0-14 años, ≥15 años).

Puntos fuertes y débiles

El seguimiento preciso de la supresión viral entre las personas que siguen modelos de terapia antirretroviral con DSD puede plantear varios retos. La capacidad de seguimiento de la carga viral puede ser limitada en los entornos de bajos ingresos a pesar de los esfuerzos invertidos en su ampliación. En algunos entornos, las pruebas de carga viral pueden realizarse de forma selectiva para confirmar el presunto fracaso del tratamiento, o pueden priorizarse para personas de poblaciones específicas; como resultado, pueden subestimar los niveles de supresión viral entre todas las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD.

Puede haber problemas en la capacidad del sistema de notificación para identificar a los clientes inscritos en modelos de terapia antirretroviral DSD. Los problemas de calidad de los datos pueden dar lugar a una notificación insuficiente debido a la falta de datos o a retrasos en la notificación de los datos de los centros a nivel nacional, o a una notificación excesiva si los clientes son notificados tanto por los centros como por los entornos comunitarios o privados. Los problemas en la vinculación y el flujo de datos entre los centros sanitarios y los servicios prestados en la comunidad pueden provocar retrasos en la transmisión de datos y una notificación insuficiente.

Los países deben adaptar las herramientas de seguimiento, como los registros de terapia antirretroviral o los historiales médicos electrónicos, para hacer un seguimiento de los clientes inscritos en los modelos de terapia antirretroviral DSD y de los resultados de su tratamiento a nivel nacional y de prestación de servicios.

Información adicional

Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos rutinarios para lograr un impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 6 November 2023).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 6 November 2023).

1 "Otro" incluye a las personas transgénero y con diversidad de género que eligen una identidad distinta a la masculina o femenina.

8.1 Presupuesto público nacional para el VIH

Presupuesto para programas de VIH y SIDA de fuentes públicas nacionales

Qué mide

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

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

Justificación

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

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

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

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

Cálculo

Presupuestos planificados y ejecutados por cada año fiscal.

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

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

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

Método de medición

Análisis de presupuestos

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

Frecuencia de medición

Anualmente, para el año fiscal

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Anexo 2

8.2 Antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH:: precios unitarios y volumen

Qué mide

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

Justificación

Los precios unitarios de promedio y el volumen de adquisición de productos relacionados al VIH ayudan a monitorear las dinámicas del mercado de antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH y respaldan el proceso de triangulación con aquellas personas que se reporta están en terapia antirretroviral.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

El precio medio unitario por paquete de régimen en USD actual o en unidades de la moneda local para el año del informe, y el número absoluto de paquetes adquiridos en un período determinado.

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Sistemas de gestión de compras y cadena de suministro

Herramientas para la recopilación de datos

Sistema de información de gestión logística

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Por fuente de financiamiento (doméstica, internacional)

Puntos fuertes y débiles

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

Información adicional

Anexo 3

8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos

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

Qué mide

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

Justificación

El indicador sobre el que se ha de reportar es el gasto total y subtotal relativo al VIH por categorías de programas o de servicios y por fuentes de financiación. Hay ocho subindicadores básicos que se corresponden con este informe. Estos se describen en el Anexo 3.

A finales de 2021, la disponibilidad de recursos internacionales y nacionales para la respuesta al VIH alcanzó unos 21.500 millones de USD (en dólares constantes de 2019) en los países de ingresos bajos y medios. Hacer realidad los objetivos nacionales y mundiales requiere un mayor enfoque, más recursos y mejor eficacia y efectividad de los programas para ofrecer los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH, con el fin de reducir la incidencia del virus y alargar la vida.

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

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

La gran mayoría de las categorías de gasto en sida (o CSA, según las clasificaciones de la Evaluación del Gasto Nacional en Sida [NASA]) o los subindicadores se han extraído de los marcos existentes y se han estructurado en torno a la Declaración Política de 2021 para poner fin al Sida. Las necesidades de recursos para los países de ingresos bajos y medios dieron lugar a un objetivo de movilización de al menos 29.000 millones de USD (en dólares constantes de 2019) para 2025.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisa y valores monetarios

Cálculo

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

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

La cuantificación se limita a los gastos en el país, utilizando los fondos de la ayuda internacional al desarrollo y a los gastos realizados con fondos públicos o privados notificados en el dólar corriente o en unidades monetarias locales para el año de referencia elegido.

Existen ciertos requisitos para la recopilación y calidad de los datos para asegurar la fiabilidad y validez de los indicadores que garantizan la credibilidad.

La conciliación de estimaciones descendentes (procedentes de fuentes de financiación) y ascendentes (relacionadas con el coste de la prestación de servicios) ofrece la mejor evaluación del gasto nacional interno relativo al VIH.

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

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

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

Método de medición

Primario:

- MEGAS.

Alternativo:

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

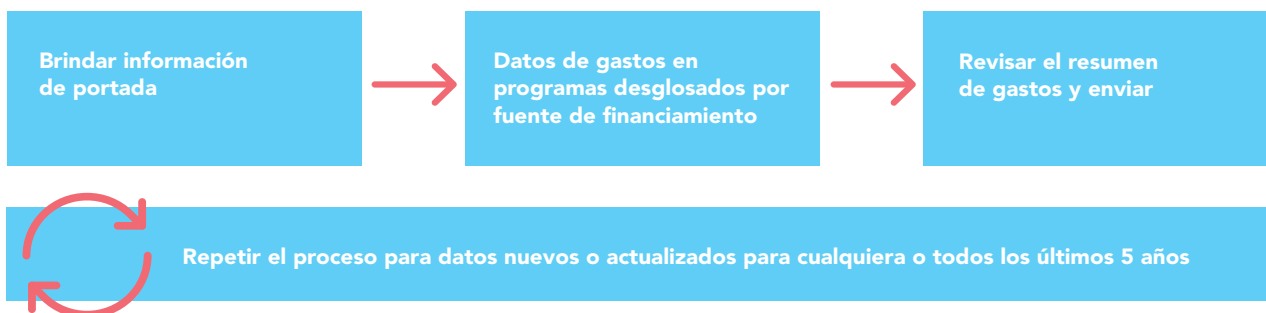
Nota:

- Cuando no hay una MEGAS disponible, los países pueden utilizar los resultados generados centralmente del sistema de informes de gastos del PEPFAR y pedir datos de gastos del Fondo Mundial, que pueden ponerse a disposición de los países que reportan como parte de la coordinación global y la alineación de recursos entre ONUSIDA, PEPFAR y el Fondo Mundial. La presentación de informes sobre los gastos de los programas financiados por el Fondo Mundial debe ajustarse a las directrices de presentación de informes sobre la Actualización de avances y solicitud de desembolso.⁶
 - Las cuentas de salud que utilizan el marco SHA-2011 con distribución completa de la enfermedad intentan recoger elementos de alto nivel de los CGS de la MEGAS. Sin embargo, dependiendo de los objetivos de un determinado ejercicio de seguimiento de recursos, el SHA-2011 puede informar, o no, de la totalidad del gasto nacional (desglosado por programa), según se requiera. El marco contable SHA-2011 puede tener que ser complementado por principios sólidos sobre costes para desglosar la parte correspondiente al VIH de los costes conjuntos en que haya incurrido el sistema.
-

Herramientas para la recopilación de datos

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

Flujo del proceso para reportar este indicador



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

Frecuencia de medición

Aualmente, para el año natural o fiscal. Dado que los resultados de cualquier ejercicio contable pueden demorarse más allá de la fecha límite para la presentación del informe anual, los países podrán enviar resultados preliminares, que luego serán sustituidos cuando estén disponibles los resultados definitivos. En este ciclo de presentación de informes, se sugiere que los países presenten todo el conjunto de informes anuales definitivos disponibles sobre los últimos cinco años, indicando su estatus de preliminares o definitivos y si vienen a sustituir a informes previos. No resulta necesario volver a presentar datos ya enviados en informes previos y que no hayan sufrido cambios. Puede contactarse con ONUSIDA para recibir asistencia si el país desea enviar informes modificados recientemente o definitivos sobre gastos anteriores a 2016.

Desglose

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

⁶ Consulte las instrucciones del formulario de actualización de progreso y solicitud de desembolso (https://www.theglobalfund.org/media/11754/fundingmodel_pudr_instructions_en.pdf).

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Listado de subindicadores básicos y metadatos estadísticos asociados

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

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

Información adicional

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

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

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

Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales 2024

Introducción

El monitoreo de políticas ha sido un componente de los informes globales sobre SIDA desde 2003, y se ha implementado cada dos años, más recientemente en 2023. El ICPN es un componente integral del Monitoreo Global del Sida (GAM) que tiene como objetivo medir el progreso en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y leyes relacionadas con la respuesta al VIH. Realiza esto a través de lo siguiente:

Promover la consulta y el diálogo entre las principales partes interesadas a nivel nacional, especialmente el gobierno y la sociedad civil y las comunidades, con el fin de captar sus puntos de vista sobre la respuesta al sida.

- Ayudar a los países a evaluar la situación de su epidemia de VIH y la respuesta a la misma, así como a identificar los obstáculos, las brechas y los facilitadores para reforzar la respuesta.
- Recopilación de datos sobre el entorno político y jurídico relacionado con la respuesta al sida.
- Las respuestas monitorean directamente varios objetivos y proporcionan un contexto sobre los avances hacia la consecución de las metas globales.

El ICPN debe completarse y presentarse como parte de los informes GAM cada dos años. Este intervalo refleja la expectativa de que los cambios en las leyes, políticas y reglamentos se producen lentamente, y que la necesidad de un seguimiento más frecuente puede ser limitada.

Durante los años intermedios, debe completarse un ICPN interino y enviarse como parte de los informes GAM. El ICPN interino incluye un subconjunto de preguntas de la Parte A del ICPN relacionadas con elementos que pueden cambiar con mayor frecuencia.

Estructura de Instrumento de compromisos y políticas nacionales

El ICPN consiste de dos partes: La Parte A debe ser completada por las autoridades nacionales, y la Parte B debe ser completada por la sociedad civil, las comunidades y otros socios no gubernamentales involucrados en la respuesta nacional al sida. Para los años interinos, sólo se incluye en el ICPN un subconjunto de preguntas de la Parte A.

Las preguntas se estructuran en torno a los compromisos de la Declaración Política sobre el Sida de 2021.¹

¹ Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y avanzar en el camino para poner fin al sida para 2030. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

Pasos propuestos para la recogida y validación de datos

El proceso descrito a continuación para completar el ICPN debe integrarse dentro del plan y cronograma de cada país para el proceso general de GAM. Este proceso sugerido pretende integrar verificaciones de coherencia para los datos del ICPN recopilados a lo largo del proceso y promover un análisis de la información lo más objetivo posible.

1. Establecer un grupo de trabajo que acompañe los reportes del ICPN. Podría tratarse de un grupo de trabajo técnico multisectorial de monitoreo y evaluación ya existente.
2. Identifique un punto focal para coordinar la realización de cada parte: Parte A (del programa nacional del SIDA o equivalente) y Parte B (un representante de la sociedad civil o de la comunidad).
3. Un grupo de trabajo del ICPN realiza un ejercicio de mapeo de las partes interesadas para seleccionar sistemáticamente a los colaboradores de las Partes A y B.

Un ejercicio de mapeo puede garantizar que se recojan los datos más actualizados y precisos a través del ICPN, involucrando a los expertos pertinentes y evitando la influencia de posibles sesgos en el proceso de reportar. Puede garantizar que los informes reflejen un amplio abanico de perspectivas; involucrar a un amplio abanico de partes interesadas también puede ayudar a interpretar datos cualitativos o potencialmente ambiguos.

La lista de todas las personas o entidades que podrían proporcionar información o puntos de vista sobre las preguntas incluidas en el ICPN puede extraerse del conocimiento de los miembros del grupo de trabajo, a través de contactos con otras personas conocedoras de la respuesta nacional al VIH y revisando la documentación pertinente. Pueden identificarse partes interesadas de los siguientes sectores y grupos (entre otros):

- o Ministerio de Sanidad o equivalente.
- o Ministerio de Educación o equivalente.
- o Ministerio de Género o equivalente.
- o Ministerio de Justicia o equivalente.
- o Ministerio de Comercio o equivalente.
- o Representantes de personas que viven con el VIH, incluidas mujeres y jóvenes que viven con el VIH.
- o Representantes de los distintos grupos de poblaciones clave.
- o Organizaciones bilaterales y multilaterales comprometidas en la respuesta al VIH.
- o Otras organizaciones no gubernamentales o fundaciones comprometidas en la respuesta al VIH.
- o El sector privado.

La diversidad geográfica debe tenerse en cuenta a la hora de identificar a las partes interesadas para garantizar su representatividad.

La siguiente información debe registrarse para todas las partes interesadas contactadas a lo largo del proceso de reportar el ICPN:

- o Nombre.
- o Datos de contacto.
- o Afiliación.

- o Papel en la organización.
- o Tipo de parte interesada: ministerio de salud, otro ministerio, sector privado, sociedad civil, comunidad, organización no gubernamental internacional, organización bilateral, ONUSIDA u otra organización de las Naciones Unidas.

Esta información podría ser útil para documentar la naturaleza multisectorial del proceso y apoyar los preparativos para futuras rondas de reportes del ICPN.

4. Para garantizar la precisión y evitar fatiga de respuesta, se sugiere que las preguntas específicas se dirijan a encuestados específicos que tengan conocimientos en esa área. Los puntos focales para las Partes A y B o los consultores contratados para apoyar el proceso deben coordinar el contacto con las partes interesadas identificadas -por ejemplo, mediante entrevistas en persona, por teléfono o correo electrónico- para compartir las preguntas del ICPN en su área de especialización y recopilar sus respuestas.

Si es posible, se recomienda enviar la misma pregunta a más de una persona conocedora del área. Si hay respuestas discrepantes, el coordinador de esa parte del ICPN podría compartir un resumen de la información recibida para esa pregunta con las distintas personas que la hayan facilitado para aclarar el origen de las distintas respuestas y llegar a un consenso (si es posible). Para evitar posibles fuentes de sesgo, deberá mantenerse en la medida de lo posible el anonimato de los encuestados durante este proceso de verificación y seguimiento de los datos. No es necesario que las respuestas a las preguntas de las partes A y B sean las mismas: puede ser útil identificar respuestas similares o diferentes para debatirlas durante la consulta.

Una versión en PDF del cuestionario (Partes A y B) está disponible en el sitio web de ONUSIDA. También puede descargarse a través del encabezado del ICPN en la lista de indicadores de la herramienta de elaboración de informes en línea GAM (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Consulte el glosario de términos clave que figura a continuación y las orientaciones adicionales sobre cómo responder a las preguntas relacionadas con las leyes en el ICPN (anexo 6).

5. El punto focal nacional de GAM ingresa las respuestas en la herramienta de informes GAM en línea.
6. Las partes interesadas pueden ver y comentar el borrador de las respuestas. El borrador del ICPN completado puede compartirse con las partes interesadas otorgándoles derechos de visualización en la herramienta de reporte en línea GAM o compartiendo el cuestionario del ICPN con el borrador de las respuestas en PDF. El PDF puede extraerse de la herramienta de informes en línea haciendo clic en **Imprimir todo el ICPN en PDF** en la página de la lista de indicadores.
7. Realizar una consulta de validación:
 - o Revisar las respuestas del ICPN a determinadas preguntas.
 - o Analizar los datos del ICPN juntamente con los datos de los indicadores, identificando los avances, las deficiencias, los obstáculos y los facilitadores de la respuesta al sida.
 - o Identificar los puntos clave para los resúmenes narrativos de cada área de compromiso.

Debido a la extensión del cuestionario, se sugiere que las respuestas a todas las preguntas no se revisen durante el taller nacional de validación, sino que el taller se centre en: (a) preguntas específicas identificadas como clave para el debate durante el

proceso de recopilación y revisión de datos antes del taller; y (b) en debatir los avances y las lagunas de cada área de compromiso de forma más general.

8. Actualizar las respuestas del ICPN introducidas en la herramienta de reporte en línea del GAM basándose en los comentarios recibidos en la preparación y durante la consulta, y completar los resúmenes narrativos para cada área de compromiso.
9. Presentar las respuestas al ICPN con otros componentes del GAM antes del 31 de marzo de 2024.
10. Responder a las consultas enviadas a través de la herramienta de report en línea durante el proceso de validación de datos.

Operacionalización y utilización de los datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

Los datos recopilados a través del ICPN complementarán los datos de indicadores y gastos que también se recopilan y reportan a través del proceso GAM. Se anima a los países a utilizar los datos del ICPN para analizar la situación de la epidemia y la respuesta nacional, así como en sus esfuerzos de planificación estratégica nacional.

Los datos del ICPN también se utilizarán (a) para monitorear directamente el progreso a nivel global hacia varios de los objetivos 10-10-10; (b) para proporcionar contexto a los datos cuantitativos recopilados a través de los indicadores GAM durante el análisis del progreso hacia otros compromisos globales en la Declaración Política sobre el Sida de 2021; y (c) para informar las estrategias e informes globales. Las respuestas a las preguntas del ICPN de cada país se agregarán para generar valores regionales y mundiales. Los datos del ICPN por país estarán disponibles a través de AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) y Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Para información adicional importante sobre cómo interpretar y responder a las preguntas del ICPN sobre la existencia de ciertas leyes, consulte el Anexo 6 de estas directrices.

Cargar datos previamente reportados a través del Monitoreo Global del Sida

Los países que ingresaron respuestas a preguntas de un ICPN anterior pueden optar por cargar esas respuestas en la herramienta de reporte en línea del GAM 2024 si estas respuestas no han cambiado con respecto a la ronda de informes anterior. Las respuestas pueden actualizarse o volver a enviarse si no han habido cambios.

Definiciones

A continuación figuran las definiciones de los términos clave incluidos en el cuestionario del ICPN. Estos están marcados con un asterisco (*) en el cuestionario.

Deben seguirse estas definiciones para completar el cuestionario: el uso coherente de estas definiciones a lo largo del tiempo y entre países refuerza la comparabilidad y los análisis de tendencias.

Flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).² "El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (o ADPIC), supervisado por la Organización Mundial del Comercio, ofrece ciertas flexibilidades a los países de renta baja y media con respecto a la protección de las patentes farmacéuticas. El ADPIC es uno de los tres acuerdos principales de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Exige que todos los Estados miembros de la OMC

² Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. Ginebra: Organización Mundial del Comercio; 1995 (http://www.wto.org/English/docs_e/legal_e/27-trips.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

proporcionen un nivel mínimo de protección para varios tipos de propiedad intelectual, incluidas las patentes de medicamentos esenciales (como los antirretrovirales). El Acuerdo sobre los ADPIC contiene ciertas flexibilidades y salvaguardias relacionadas con la salud pública, como las licencias obligatorias, que pueden utilizarse para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales”.³

Transferencias de efectivo. Programas que dan dinero a personas pobres y vulnerables. Las transferencias de efectivo pueden ser condicionales, es decir, dar dinero a cambio de cumplir determinadas condiciones de comportamiento (como la asistencia de los niños a la escuela), o incondicionales (no están vinculadas a requisitos específicos de comportamiento).

Establecido en terapia antirretroviral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas establecidas en terapia antirretroviral como aquellas que han cumplido todos los criterios siguientes: han estado recibiendo terapia antirretroviral durante al menos seis meses; no tienen ninguna enfermedad actual, que no incluya afecciones crónicas bien controladas; tienen un buen conocimiento de la adherencia a lo largo de la vida: se les proporciona un asesoramiento adecuado sobre adherencia; y hay pruebas de éxito del tratamiento (al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos seis meses; si no se dispone de carga viral, puede considerarse al menos uno de los siguientes: Recuento de CD4 >200 células/mm³ [recuento de CD4 >350 células/mm³ para niños de 3-5 años] o aumento de peso, ausencia de síntomas e infecciones concurrentes).⁴

Violencia de género. Violencia que establece, mantiene o intenta reafirmar relaciones de poder desiguales basadas en el género. Abarca los actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, la amenaza de tales actos y la coacción y otras privaciones de libertad.⁵

Indicadores sensibles al género. Indicadores que ayudan a comprender las desigualdades basadas en el género y la desigualdad de género como determinante social de la salud. Los indicadores sensibles al género se utilizan para medir la situación actual de las mujeres o los hombres en relación con una norma específica o en comparación con otro grupo de referencia, como la proporción de niñas matriculadas en la escuela primaria en comparación con los niños. También se utilizan para medir y controlar las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios (por ejemplo, la diferencia en la proporción de mujeres y hombres con acceso a la terapia antirretroviral) y el éxito de los esfuerzos para reducir la desigualdad de género a lo largo del tiempo.⁶

Transformador de género. Los enfoques transformadores de género buscan fomentar activamente el examen crítico de las actitudes, normas y prácticas de género; fortalecer o crear sistemas que apoyen la igualdad de género; y crear actitudes, normas y dinámicas equitativas de género.⁷

Violaciones graves o sistemáticas de los derechos humanos. La calificación de “grave” indica una violación seria, flagrante y atroz de los derechos humanos. Una violación del derecho a la vida o a la integridad física constituiría una violación grave de los derechos humanos. “Sistemática” se refiere al número de personas afectadas y a la frecuencia. Implica un patrón de violaciones y no un caso aislado.

3 Directrices terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2015 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

4 Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

5 Directrices terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2015 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

6 Una herramienta para fortalecer los sistemas nacionales de seguimiento y evaluación del VIH y la salud sexual y reproductiva (SSR) sensibles al género. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/tool-SRH-monitoring-eval-systems_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

7 Continuum de integración de género. Washington, DC: Interagency Gender Working Group; 2017 (https://www.igwg.org/wp-content/uploads/2017/05/FG_GendrIntegrContinuum.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

Vigilancia de casos de VIH. La vigilancia de casos de VIH consiste en reportar un diagnóstico inicial de infección por VIH y eventos centinela definidos de cada persona diagnosticada con VIH a una agencia de salud pública responsable de monitorear y controlar la epidemia. La vigilancia de casos implica datos longitudinales a nivel individual obtenidos de múltiples fuentes que se vinculan mediante identificadores únicos y se mantienen en un repositorio de datos específico a nivel nacional.⁸

Normas internacionales para la educación sexual. Puntos de referencia normalizados para el plan de estudios de educación sexual a fin de garantizar la calidad, en particular en los siguientes ámbitos: a) aptitudes genéricas para la vida (como la toma de decisiones, la comunicación y la capacidad de negociación); b) salud sexual y reproductiva y educación sexual (como el crecimiento y el desarrollo humanos, las relaciones, la salud reproductiva, el abuso sexual y la transmisión de infecciones de transmisión sexual); y c) transmisión y prevención del VIH.⁹

Violencia en la pareja. Comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos actos de agresión física, coacción sexual, abuso psicológico y comportamientos controladores.¹⁰

Educación sexual y sobre el VIH basada en la preparación para la vida. Un enfoque culturalmente sensible y adecuado a la edad para la enseñanza del sexo y las relaciones proporcionando información científicamente precisa, realista y sin prejuicios.¹¹

Inhibidores no nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa (ITINN). Clase de medicamento antivírico no análogo de los nucleósidos que bloquea o interfiere con la transcriptasa inversa del VIH e impide la replicación del VIH.

Participación. Participación activa e informada en la formulación, aplicación, seguimiento y evaluación de todas las decisiones, políticas e intervenciones que afectan a la propia salud, con el fin de garantizar el respeto de los derechos humanos. También significa garantizar que los sistemas y las intervenciones sanitarias sean receptivos, eficaces, apropiados y sostenibles. La participación es informada cuando las personas pueden acceder a la información necesaria para participar de forma significativa y eficaz. Si es necesario, deben llevarse a cabo actividades de capacitación para garantizarlo.¹²

Protección social. Definida como “todas las iniciativas públicas y privadas que proporcionan transferencias de ingresos o de consumo a los pobres, protegen a los vulnerables contra los riesgos de subsistencia y mejoran la condición social y los derechos de los marginados; con el objetivo general de reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres, vulnerables y marginados.”¹³ La protección social es sensible al VIH cuando incluye a las personas que corren el riesgo de infectarse por el VIH o son susceptibles de sufrir sus consecuencias.¹⁴

Desabastecimiento. Interrupción imprevista de las existencias de un producto sanitario.

8 Directrices consolidadas sobre el seguimiento de pacientes y la vigilancia de casos de VIH centrados en la persona. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

9 Evidencias, lecciones y prácticas emergentes en educación sexual integral: una revisión global. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2015 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243106>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

10 16 ideas para abordar la violencia contra las mujeres en el contexto de la epidemia de VIH: una herramienta de programación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2013 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506533>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

11 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación sexual: Volumen I - Fundamentos de la educación sexual. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2009 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

12 Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

13 Devereux S, Sabates-Wheeler R. Protección social transformadora. Documento de trabajo 232 del IDS. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (<https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>, consultado el 16 de noviembre de 2023).

14 Nota orientativa sobre VIH y protección social. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

Abreviaturas

3TC	lamivudina
ABC	abacavir
AZT	zidovudina
CrAg	antígeno criptocócico
DTG	dolutegravir
EFV	efavirenz
EMIS	sistema de información sobre la gestión de la educación
EWI	indicador de alerta rápida
FTC	emtricitabina
GAM	Monitoreo Global del Sida
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
HIVDR	Resistencia del VIH a los medicamentos
IGRA	ensayo de liberación de interferón-gamma
LF-LAM	ensayo de lipoarabinomanano en orina de flujo lateral
LPV/r	lopinavir con un refuerzo de ritonavir
SMNI	salud materna, neonatal e infantil
ENT	enfermedades no transmisibles
ICPN	Instrumento de Política y Compromisos Nacionales
INNR	inhibidor no nucleósido/nucleótido de la transcriptasa
INTI	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
PEP	profilaxis postexposición
PrEP	profilaxis preexposición
PNT	procedimientos normalizados de trabajo
TB	tuberculosis
TDF	fumarato disoproxilo de tenofovir
ADPIC	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
EPU	Examen Periódico Universal
CMMV	circuncisión médica masculina voluntaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMC	Organización Mundial del Comercio

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN): Parte A

* Las directrices del ICPN definen los términos marcados con un asterisco (*).

1. Prevención combinada para todos

- Reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 370 000 en 2025.
- Garantizar que el 95% de las personas en riesgo de infección por el VIH -dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos- tengan acceso y utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes por debajo de 50 000 para 2025.
- Garantizar la disponibilidad de la profilaxis preexposición (PPrE) para 10 millones de personas en riesgo sustancial de contraer el VIH y de la profilaxis postexposición (PPE) para las personas expuestas recientemente al VIH para 2025.
- El 95% de las personas en contextos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilizan opciones de prevención combinada adecuadas, prioritarias, centradas en las personas y eficaces.

Prevención del VIH para profesionales del sexo

1. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones entre profesionales del sexo y proporcionar servicios a esto/as profesionales y a sus clientes?

- Sí
 No

1.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional (seleccione todas las opciones correspondientes):

- Capacitación de las organizaciones de profesionales del sexo
 Servicios comunitarios para profesionales del sexo y sus clientes
 Distribución de preservativos para profesionales del sexo y sus clientes
 Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
 Asesoramiento psicosocial o servicios de salud mental para profesionales del sexo y sus clientes
 Servicios de prevención, pruebas y tratamiento de la hepatitis para profesionales del sexo y sus clientes
 Servicios clínicos para profesionales del sexo y sus clientes
 Servicios de apoyo jurídico para profesionales del sexo
 Medidas para hacer frente a la violencia, incluidos los primeros auxilios psicológicos
 Profilaxis postexposición (PPE)
 Medidas para reducir la estigmatización y la discriminación

2. ¿Existen procedimientos operativos estandarizados nacionales o directrices nacionales de aplicación detalladas para las organizaciones que ejecutan programas de prevención del VIH para profesionales del sexo?

- Sí, los procedimientos operativos estandarizados nacionales se aplican a todas las organizaciones
 No, sólo existen procedimientos estandarizado de trabajo para las organizaciones que participan en programas específicos.
 No, todas las organizaciones utilizan sus propios procedimientos

3. ¿Ha fijado su país objetivos nacionales de prevención del VIH para 2025 para profesionales del sexo y sus clientes?

- Sí
 No

3.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para profesionales del sexo y sus clientes?

- 3.1.a Número anual de nuevas infecciones por VIH entre profesionales del sexo y sus clientes: _____
3.1.b Porcentaje de profesionales del sexo a los que llegan los servicios de prevención del VIH: _____
3.1.c Porcentaje de clientes de profesionales del sexo que reciben servicios de prevención del VIH: _____
-

Prevención del VIH para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

4. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y proporcionarles servicios?

- Sí
 No

4.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Capacitación de la comunidad y desarrollo de capacidades para organizaciones de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Extensión y servicios comunitarios
- Distribución de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos
- Servicios de prevención, pruebas y tratamiento de la hepatitis
- Servicios clínicos
- Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento psicosocial y/o servicios de salud mental
- Servicios de apoyo jurídico
- Medidas para hacer frente a la violencia, incluidos los primeros auxilios psicológicos
- Profilaxis postexposición (PPE)
- Medidas para reducir la estigmatización y la discriminación

5. ¿Existen procedimientos operativos estandarizados nacionales o directrices nacionales de aplicación detalladas para las organizaciones que ejecutan programas de prevención del VIH para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

- Sí, los procedimientos operativos estandarizados nacionales se aplican a todas las organizaciones
- No, sólo existen procedimientos estandarizados de trabajo para las organizaciones que participan en programas específicos.
- No, todas las organizaciones utilizan sus propios procedimientos

6. ¿Ha fijado su país objetivos nacionales de prevención para 2025 para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

- Sí
 No

6.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

6.1.a Número anual de nuevas infecciones por VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: _____

6.1.b Porcentaje de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que llegan los programas de prevención: _____

Prevención del VIH en personas transgénero

7. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones entre las personas transgénero y proporcionarles servicios?

- Sí
 No

7.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional a las personas transgénero (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Potenciación de la comunidad y capacitación de las organizaciones de personas transgénero
- Extensión y servicios comunitarios
- Distribución de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos
- Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento psicosocial y/o servicios de salud mental
- Servicios de prevención, pruebas y tratamiento de la hepatitis
- Servicios clínicos
- Servicios de apoyo jurídico
- Medidas para hacer frente a la violencia, incluidos los primeros auxilios psicológicos
- Profilaxis postexposición (PPE)
- Medidas para reducir la estigmatización y la discriminación
- Servicios sanitarios con perspectiva de género
-

8. ¿Existen procedimientos operativos estandarizados o directrices nacionales de aplicación detalladas para las organizaciones que ejecutan programas de prevención del VIH para personas transgénero?

Sí, los procedimientos operativos estandarizados nacionales se aplican a todas las organizaciones

No, sólo existen procedimientos estandarizados de trabajo para las organizaciones que participan en programas específicos.

No, todas las organizaciones utilizan sus propios procedimientos

9. ¿Ha fijado su país objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas transgénero?

Sí

No

9.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas transgénero?

9.1.a Número anual de nuevas infecciones por VIH entre las personas transgénero: _____

9.1.b Porcentaje de personas transgénero a las que llegan los programas de prevención: _____

Prevención del VIH en personas que usan drogas inyectables

10. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones entre las personas que usan drogas inyectables y proporcionarles servicios?

Sí

No

10.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional a las personas que usan drogas inyectables?

Potenciación comunitaria y desarrollo de capacidades para organizaciones de personas que usan drogas inyectables

Extensión y servicios comunitarios

Distribución de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos

Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Asesoramiento psicosocial y/o servicios de salud mental

Servicios de prevención, pruebas y tratamiento de la hepatitis

Servicios clínicos

Servicios de apoyo jurídico

Medidas para hacer frente a la violencia, incluidos los primeros auxilios psicológicos

Profilaxis postexposición (PPE)

Medidas para reducir la estigmatización y la discriminación

Programas de agujas y jeringuillas

Terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos

Distribución comunitaria de naloxona para la **prevención de sobredosis**

11. ¿Existen procedimientos operativos estandarizados o directrices nacionales de aplicación detalladas para las organizaciones que ejecutan programas de prevención del VIH para personas que usan drogas inyectables?

Sí, los procedimientos operativos estandarizados nacionales se aplican a todas las organizaciones

No, sólo existen procedimientos estandarizados de trabajo para las organizaciones que participan en programas específicos.

No, todas las organizaciones utilizan sus propios procedimientos

12. ¿Ha fijado su país objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas que usan drogas inyectables?

Sí

No

12.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas que usan drogas inyectables?

12.1.a Número anual de nuevas infecciones por VIH entre personas que usan drogas inyectables: _____

12.1.b Porcentaje de personas que usan drogas inyectables a las que llegan los programas de prevención: _____

13. ¿Excluyen las políticas nacionales a las personas que consumen drogas de recibir terapia antirretroviral?

Sí

No

14. ¿Existen programas de intercambio de agujas y jeringuillas operativos en su país?

Sí

No, en absoluto.

No, pero las agujas y jeringuillas pueden comprarse legalmente en las farmacias sin **receta**.

-
15. ¿Puede utilizarse la posesión de una aguja o jeringuilla sin receta como prueba de consumo de drogas o causa de detención en su país?
- Sí
- No

-
16. ¿Existen programas de terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos operativos en su país?
- Sí
- No

-
17. ¿Hay naloxona (utilizada para revertir las sobredosis de opiáceos) disponible a través de la distribución comunitaria en su país?
- Sí
- No

Servicios de prevención del VIH para personas en prisiones y otros entornos cerrados

18. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones entre las personas en prisiones y otros entornos cerrados y prestarles servicios?
- Sí
- No

18.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional a las personas en prisiones y otros centros cerrados?

- Capacitación de la comunidad y desarrollo de capacidades para organizaciones de personas que han estado en prisiones u otros centros de reclusión.
- Servicios comunitarios de proximidad
- Distribución de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos
- Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento psicosocial y/o servicios de salud mental
- Servicios de prevención, pruebas y tratamiento de la hepatitis
- Servicios clínicos
- Servicios de apoyo jurídico
- Medidas para hacer frente a la violencia, incluidos los primeros auxilios psicológicos
- Profilaxis postexposición (PPE)
- Medidas para reducir la estigmatización y la discriminación
- Programas de agujas y jeringuillas
- Terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos

-
19. ¿Existen procedimientos operativos estandarizados nacionales o directrices nacionales de aplicación detalladas para las organizaciones que ejecutan programas de prevención del VIH para personas en prisiones y otros entornos cerrados?
- Sí, los procedimientos operativos estandarizados nacionales se aplican a todas las organizaciones
- No, sólo existen procedimientos estandarizados de trabajo para las organizaciones que participan en programas específicos.
- No, todas las organizaciones utilizan sus propios procedimientos

-
20. ¿Ha fijado su país objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas en prisiones y otros entornos cerrados?
- Sí
- No

20.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para las personas en prisiones y otros entornos cerrados?

20.1.a Número anual de nuevas infecciones por VIH entre personas en prisiones y otros entornos cerrados: _____

20.1.b Porcentaje de personas en prisiones y otros entornos cerrados a las que llegan los programas de prevención: _____

-
21. ¿Existen programas de intercambio de agujas y jeringuillas operativos en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?
- Sí
- No

21.1 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de prisiones y otros entornos cerrados?

- En pocos (<50%)
- En muchos (50-95%)
- En todo el país (>95%)
-

22. ¿Existen programas de terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos operativos en las prisiones y otros centros cerrados de su país?

- Sí
 No

22.1 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de prisiones y otros centros cerrados?

- En pocos (<50%)
 En muchos (50-95%)
 En todo el país (>95%)
-

23. ¿Hay preservativos y lubricantes a disposición de las personas en prisiones y otros entornos cerrados en su país?

- Sí
 No

23.1 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de prisiones y otros entornos cerrados?

- En pocos (<50%)
 En muchos (50-95%)
 En todo el país (>95%)
-

24. ¿Se realizan pruebas del VIH en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?

24.a ¿Se lleva a cabo sólo con el consentimiento informado de las personas en prisiones y otros entornos cerrados?

- Sí
 No

24.b ¿Se ofrece sistemáticamente a la entrada y/o a la salida?

- Sí
 No

24.c ¿Gratis?

- Sí
 No

24.d ¿Confidencial?

- Sí
 No

24.e ¿Disponible en cualquier momento durante la detención?

- Sí
 No

24.f ¿Acompañado de información pertinente y accesible?

- Sí
 No

24.g ¿Acompañado de asesoramiento confidencial antes y después de la prueba?

- Sí
 No

24.h ¿Igualmente accesible para todas las personas en prisiones y otros entornos cerrados?

- Sí
 No

24.h.i. Si la respuesta a la pregunta 24.h es negativa, ¿qué personas de prisiones y otros centros cerrados no tienen igualdad de acceso?

-
25. ¿Hay terapia antirretroviral disponible para las personas que viven con el VIH en prisiones y otros entornos cerrados en su país?
- Sí
- No

25.1 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de prisiones y otros centros cerrados?

- En pocos (<50%)
- En muchos (50-95%)
- En todo el país (>95%)

26. ¿Está disponible el tratamiento de la hepatitis C (con medicamentos antivirales de acción directa) en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?

- Sí
- No

26.1 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de prisiones y otros centros cerrados?

- En pocos (<50%)
- En muchos (50-95%)
- En todo el país (>95%)

27. ¿Existen programas posteriores a la puesta en libertad que garanticen la continuidad de la atención para:

27.a. ¿Terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos?

- Sí
- No

27.b. ¿Terapia antirretroviral?

- Sí
- No

Prevención del VIH entre adolescentes, mujeres jóvenes y sus parejas masculinas en comunidades con alta incidencia del VIH

28. ¿Dispone su país de una estrategia nacional que incluya acciones para reducir las nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes, las mujeres jóvenes y sus parejas masculinas en comunidades con alta incidencia del VIH?

- Sí
- No
- No aplicable

28.1 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia nacional (seleccione todo lo que proceda):

- Relaciones con la comunidad
- Promoción y distribución comunitaria de preservativos específicos para estas poblaciones
- Servicios sanitarios adaptados a los jóvenes
- Campañas escolares de prevención del VIH (además de la educación sexual o como parte de ella)
- Intervenciones en los nuevos medios
- Apoyo social/capacitación económica

29. ¿Ha establecido su país objetivos nacionales de prevención del VIH para las adolescentes, las mujeres jóvenes y sus parejas masculinas en comunidades con alta incidencia del VIH para 2025?

- Sí
- No

29.1 En caso afirmativo, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para 2025 para las adolescentes y las mujeres jóvenes y sus parejas masculinas?

29.1.a Número anual de nuevas infecciones por el VIH entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 29 años (especifique el número):

29.1.b Porcentaje de mujeres jóvenes (de 15 a 29 años) en comunidades de alta incidencia a las que llegan los servicios de prevención del VIH:

29.1.c Porcentaje de parejas masculinas (de 20 a 34 años) de niñas adolescentes y mujeres jóvenes en comunidades de alta incidencia a las que llegan los servicios de prevención del VIH: _____

Profilaxis previa a la exposición

30. ¿Recomiendan las directrices nacionales de su país alguna de las siguientes modalidades o productos de profilaxis preexposición (PrEP) (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- PrEP oral diaria
- PrEP basada en eventos (a demanda)
- El anillo vaginal de dapivirina (DPV-VR)
- Cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA)
- Las directrices nacionales no recomiendan ninguna modalidad o producto de PrEP.

30.1 ¿A qué grupos de población se suministra la PrEP según las directrices nacionales (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Profesionales del sexo
- Personas que usan drogas inyectables
- Las personas transgénero
- Parejas serodiscordantes
- Mujeres jóvenes (18-24 años)
- Adolescentes (≤ 17 años)
- Personas en prisiones y otros entornos cerrados
- Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia
- Personas que solicitan la PrEP
- Otros (especifique): _____
- No se han elaborado directrices nacionales sobre la PrEP

30.2 ¿Quién tiene autoridad para prescribir profilaxis preexposición (PrEP) en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Médicos
- Funcionarios clínicos
- Cuadros de enfermería (por ejemplo, matronas, enfermeras profesionales, enfermeras tituladas)
- Farmacéuticos
- Otros (especifique): _____

30.3 ¿Está disponible la PrEP en su país a través de alguna de las siguientes opciones (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Centros públicos de salud
 - Distribución comunitaria (incluidos los servicios móviles)
 - Farmacias (independientes o en línea)
 - Proveedores sanitarios privados
 - Internet (compras informales)
 - Instituciones educativas (escuelas, universidades, etc.)
 - Centros de investigación
 - Otros (especifique): _____
-

Circuncisión masculina médica voluntaria

Tenga en cuenta que estas preguntas sólo se formulan a 15 países con alta prevalencia del VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemias heterosexuales generalizadas: Botswana, Eswatini, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabue.

31. ¿Dispone su país de una estrategia nacional para la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV)?

- Sí
 No

31.1 En caso afirmativo, ¿se refiere a un grupo de edad específico?

- Sí, se refiere a un grupo de edad específico (especifique): _____
 No se especifica el grupo de edad

31.1.a Si la estrategia nacional de circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) se refiere a un grupo de edad específico, ¿se ha establecido un objetivo para el número de hombres de este grupo de edad al que se debe llegar?

- Sí
 No

31.1.a.i. En caso afirmativo, especifique:

- El número objetivo de hombres en ese grupo de edad: _____
 El año objetivo: _____

31.2 En caso afirmativo a la pregunta 31, ¿incluye la estrategia alguna de las siguientes medidas (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Orientación para obtener el consentimiento informado de los clientes
 Orientación sobre el archivo de los expedientes de los clientes, incluidos los formularios de consentimiento informado, para garantizar la confidencialidad de los clientes
 Orientación para evitar la coacción

31.3 En caso afirmativo a la pregunta 31, ¿recomienda la estrategia la realización de la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) junto con alguna de las siguientes medidas (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Educación sobre sexo más seguro
 Educación y promoción del preservativo
 Servicios de pruebas del VIH
 Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluida la derivación
-

32. ¿Qué métodos médicos de circuncisión masculina recomienda/aprueba el programa nacional (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Métodos quirúrgicos convencionales (hendidura dorsal, guiado con fórceps, resección en manguito)
 Método de dispositivo precalificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobado para su uso
-

33. ¿Dispone su país de una estrategia de sostenibilidad de la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV)?

- Sí
 No
-

Preservativos

34. ¿Dispone su país de una estrategia o plan relacionado con los preservativos (independiente o específico)?

- Sí
 No

34.1 En caso afirmativo, ¿aborda explícitamente la estrategia o el plan nacional del preservativo las necesidades de las siguientes poblaciones (y los programas dirigidos a ellas)?

- Personas que viven con el VIH
 Profesionales del sexo (hombres y mujeres)
 Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 Personas que usan drogas inyectables
 Jóvenes (15-24 años)
 Personas con infecciones de transmisión sexual
 Personas en prisiones y otros entornos cerrados
 El público en general

34.2 En caso afirmativo, ¿incluye la estrategia o el plan nacional sobre preservativos alguna de las siguientes medidas (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Distribución gratuita a poblaciones clave
 Comercialización subvencionada de preservativos
 Ventas del sector privado
 Promoción del preservativo a través de los medios de comunicación
 Promoción del preservativo en los centros de enseñanza (secundaria)
 Distribución de preservativos en centros de enseñanza (secundaria)
 Promoción del uso del preservativo en comunidades con alta incidencia del VIH

35. ¿Se ha calculado la necesidad nacional de preservativos?

- Sí
 No

35.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el número estimado de preservativos necesarios? _____

35.2 En caso afirmativo, ¿para qué año se estiman las necesidades de preservativos? _____

35.3 En caso afirmativo, ¿qué método se utilizó para calcular el número de preservativos necesarios (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Población general (preservativos por hombre sexualmente activo/año)
 Histórico (igual que el año pasado + crecimiento demográfico)
 En función del presupuesto (de lo que se puede comprar)
 Basado en la demanda (basado en los índices de uso del preservativo en el pasado, como el modelo GOALS)
 En función de la capacidad (cuántos pueden suministrarse y distribuirse con la capacidad actual)
 Parte de las estimaciones de las necesidades de planificación familiar
 "Enfoque de "universo total de necesidades"
 Herramienta UNFPA/ONUSIDA para la estimación de las necesidades y los recursos necesarios en materia de preservativos
 Otros (especifique): _____

36. ¿Se utiliza en su país la posesión de preservativos como prueba suficiente para la detención o para apoyar el enjuiciamiento de un delito?

- Sí
 No

37. ¿Existen restricciones de edad para acceder a los preservativos en su país?

- Sí
 No

38. ¿Existen restricciones a la distribución de preservativos en lugares públicos en tu país?

- Sí (especifique): _____
 No
-

39. ¿Existe una política u orientación para la promoción y distribución de preservativos iniciada por el proveedor (es decir, para que un proveedor de servicios sanitarios ofrezca activamente asesoramiento sobre preservativos y un suministro de preservativos)?

- Sí, para todas las personas en edad reproductiva que acuden a un centro de salud
- Sí, para todas las poblaciones clave y otras personas con mayor riesgo de infección por el VIH
- Sí, para todas las personas jóvenes sexualmente activas
- Sí, para todas las personas que acceden a los servicios de pruebas del VIH
- Sí, para todas las personas que utilizan métodos anticonceptivos hormonales o de otro tipo.
- Sí, para todas las parejas serodiscordantes
- No existen orientaciones

40. ¿Ha habido desabastecimientos de preservativos* en los últimos 12 meses?

40.a Desabastecimiento nacional

- Sí
- No

40.b Desabastecimiento local

- Sí
 - No
-

Servicios para personas afectadas por emergencias humanitarias

41. ¿Son accesibles los siguientes servicios a las personas afectadas por emergencias humanitarias en su país? Esto incluye a todas las personas afectadas por emergencias, incluidas, entre otras, las personas no desplazadas, los refugiados y solicitantes de asilo, los desplazados internos y los migrantes.

41.a Asesoramiento y pruebas del VIH

- Sí
- No
- No aplicable

41.b Prevención de la transmisión vertical del VIH¹

- Sí
- No
- No aplicable

41.c Tratamiento del VIH

- Sí
- No
- No aplicable

41.d Detección y tratamiento de la tuberculosis

- Sí
- No
- No aplicable

41.e Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

- Sí
- No
- No aplicable

41.f Servicios para poblaciones clave

- Sí
- No
- No aplicable

41.g Servicios para supervivientes de violencia sexual y de género*.

- Sí
- No
- No aplicable

41.h Apoyo alimentario y nutricional

- Sí
 - No
 - No aplicable
-

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

Refugiados y solicitantes de asilo

42. ¿Permiten las leyes/políticas nacionales que los refugiados y solicitantes de asilo accedan a los servicios relacionados con el VIH (pruebas, medicamentos antirretrovirales y atención) en las mismas condiciones que los ciudadanos?

42.a Refugiados

- Sí
 No

42.a.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política?

- Sí
 No

42.b Solicitantes de asilo

- Sí
 No

42.b.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política?

- Sí
 No
-

Poblaciones migrantes ²

43. ¿Permiten las leyes/políticas nacionales que los inmigrantes accedan a los servicios relacionados con el VIH (pruebas, medicamentos antirretrovirales y atención) en las mismas condiciones que los ciudadanos?

43.a Migrantes documentados

- Sí
 No

43.a.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política?

- Sí
 No

43.b Migrantes indocumentados

- Sí
 No

43.b.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política?

- Sí
 No
-

Educación sexual integral

44. ¿Dispone su país de políticas educativas que orienten la impartición de una educación sobre el VIH y la sexualidad basada en la preparación para la vida*, de acuerdo con las normas internacionales*, en:

44.a ¿Escuela primaria?

- Sí
 No

44.b ¿Secundaria?

- Sí
 No

44.c ¿Formación de profesores?

- Sí
 No
-

2 Los migrantes se definen como no ciudadanos que se encuentran en un país distinto de su país de origen para una estancia superior a seis meses, excluidos los refugiados y los solicitantes de asilo.

45. **¿Se incluye a representantes del Ministerio de Educación en el mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente?**
- No existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente
- Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, pero no incluye a ningún representante del Ministerio de Educación
- Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, que incluye a representantes del Ministerio de **Educación**

46. **¿Ha establecido su país un objetivo nacional sobre el conocimiento del VIH entre los adolescentes y los jóvenes?**
- Sí
- No

- 46.1 **En caso afirmativo, ¿existe un mecanismo nacional para monitorear y revisar los avances hacia la consecución del objetivo?**
- Sí
- No

47. **¿Forma parte del plan de estudios nacional o equivalente la educación sobre el VIH y la sexualidad* basada en la preparación para la vida, en:**

- 47.a **¿Escuela primaria?**

- Sí
- No

- 47.b **¿Secundaria?**

- Sí
- No

- 47.c **¿Formación de profesores?**

- Sí
- No

48. **¿Incluye el Sistema de Información sobre la Administración de la Educación (EMIS) nacional u otra herramienta de monitoreo del sector educativo preguntas sobre la impartición de los siguientes componentes de la educación sobre el VIH y la sexualidad basada en la preparación para la vida*?**

	Preguntas en EMIS o equivalente	Datos recogidos
48.a Habilidades genéricas para la vida (por ejemplo, toma de decisiones, comunicación y rechazo).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
48.b Educación sobre salud sexual y reproductiva/sexualidad (por ejemplo, enseñanza sobre crecimiento y desarrollo humanos, vida familiar, salud reproductiva, abusos sexuales, infecciones de transmisión sexual).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
48.c Transmisión y prevención del VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH

- Reducir las muertes anuales relacionadas con el sida a menos de 250 000 para 2025.
- Garantizar que 34 millones de personas reciban tratamiento contra el VIH en 2025.
- Alcanzar los objetivos 95-95-95 de realización de pruebas, tratamiento y supresión viral en todos los grupos demográficos, grupos y entornos geográficos, incluidos los niños y adolescentes que viven con el VIH:
 - El 95% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico.
 - El 95% de las personas que conocen su estado serológico acceden al tratamiento.
 - El 95% de las personas en tratamiento tienen carga viral suprimida.
- Garantizar que el 90% de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) para 2025.
- Reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 80% para 2025 (en comparación con el valor de referencia de 2010).

Pruebas del VIH

49. ¿Cuáles de los siguientes enfoques de pruebas del VIH se utilizan en su país (seleccione todos los que procedan)?

- Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- Comprobación del estado de los indicadores
- Pruebas prenatales rutinarias
- Pruebas dobles de diagnóstico rápido de VIH/sífilis para embarazadas en atención prenatal
- Pruebas dobles de diagnóstico rápido de VIH/sífilis para cualquier grupo de población clave
- Pruebas comunitarias
- Pruebas para proveedores no profesionales
- Autodiagnóstico
- Derivación asistida por el proveedor (notificación asistida a la pareja/prueba del índice)
- Pruebas del VIH basadas en redes sociales para grupos de población clave
- Pruebas del VIH basadas en redes sociales para la población general
- Otros (especifique): _____

50. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las Directrices consolidadas de 2019 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los servicios de pruebas del VIH en un proceso nacional sobre directrices de pruebas?

- Sí, totalmente
 - Sí, parcialmente
 - No
 - No se
-

51. ¿Ha incluido su país el autodiagnóstico del VIH como política nacional (ya sea dentro de la política/plan nacional de pruebas del VIH o como política independiente de autodiagnóstico del VIH)?

Sí

No

51.1 En caso afirmativo, ¿se realiza el autodiagnóstico del VIH de forma rutinaria en su país?

Sí, se aplica de forma rutinaria a escala nacional

Sí, se aplica sistemáticamente a escala subnacional o en distritos seleccionados

No, sólo en proyectos piloto

No, no se aplica en ninguna parte

51.2 Si la respuesta a la pregunta 51 es negativa, ¿se está desarrollando una política o plan nacional de autodiagnóstico del VIH?

Sí, y se está piloteando el autodiagnóstico para orientar la política

Sí, pero el autodiagnóstico no está en fase piloto

No

51.2a Si la respuesta a la pregunta 51.2 es afirmativa, indique el año en que se espera completar una política o un plan nacional de autodiagnóstico.

Año no previsto

2024

2025

2026

2027

51.3 Si la respuesta a la pregunta 51 es afirmativa, ¿ha incluido su país el autoanálisis del VIH para apoyar el inicio o la continuación de la PrEP (ya sea dentro de la política o el plan nacional de pruebas del VIH o como política independiente de autoanálisis del VIH)?

Sí

No

51.3a Si la respuesta a la pregunta 51.3 es afirmativa, ¿se realiza de forma rutinaria en su país el autoanálisis del VIH para apoyar la PrEP?

Sí, se aplica de forma rutinaria a escala nacional

Sí, se aplica sistemáticamente a escala subnacional o en distritos seleccionados

No, sólo en proyectos piloto

No, no se aplica en ninguna parte

51.4 Si la respuesta a la pregunta 51 es afirmativa, ¿ha incluido su país el autodiagnóstico del VIH en los centros (ya sea dentro de la política o plan nacional de pruebas del VIH o como política independiente de autodiagnóstico del VIH)?

Sí

No

51.4a Si la respuesta a la pregunta 51.4 es afirmativa, ¿se practica habitualmente en su país el autoanálisis del VIH en los centros?

Sí, se aplica de forma rutinaria a escala nacional

Sí, se aplica sistemáticamente a escala subnacional o en distritos seleccionados

No, sólo en proyectos piloto

No, no se aplica en ninguna parte

52. ¿Ha incluido su país los servicios a la pareja (derivación asistida por el proveedor, notificación asistida a la pareja, pruebas del índice) como política nacional?

Sí

No

52.1 En caso afirmativo, ¿qué enfoques de servicios asociados se están utilizando (seleccione todas las opciones que correspondan)?

Derivación de la pareja (el cliente deriva a su pareja para que se haga la prueba sin ayuda del proveedor)

Derivación de la pareja mejorada (el cliente recibe cierta ayuda de un proveedor para remitir a sus parejas a las pruebas).

Derivación diferida asistida por el proveedor (el proveedor se pone en contacto con los socios tras un periodo de tiempo acordado)

Servicios asistidos a los socios (el proveedor se pone en contacto con los socios para realizar pruebas)

-
- 53. ¿Ha incluido su país enfoques de servicios de pruebas del VIH basados en redes sociales como política nacional?**
- Sí
- No
- 53.1 En caso afirmativo a la pregunta 53, identifique los enfoques de redes sociales disponibles en su país (seleccione todas las opciones que correspondan):**
- Basado en referencias
- Con cupones
- Distribución secundaria del autodiagnóstico del VIH
- 53.1a Si la respuesta a la pregunta 53 es afirmativa, ¿en qué poblaciones se están utilizando enfoques de pruebas basados en redes sociales (seleccione todas las que procedan)?**
- Poblaciones clave
- Población general
-
- 54. ¿Ha adoptado o incluido su país pruebas duales de diagnóstico rápido del VIH/sífilis para mujeres embarazadas y/o poblaciones clave como política o plan nacional?**
- Sí, sólo para embarazadas
- Sí, sólo para poblaciones clave
- Sí, tanto para mujeres embarazadas como para poblaciones clave
- No
- 54.1 En caso afirmativo, ¿se aplican sistemáticamente en su país las pruebas duales de diagnóstico rápido del VIH/sífilis?**
- 54.1.a Para las mujeres embarazadas:**
- Sí, se aplica de forma rutinaria a escala nacional
- Sí, se aplica sistemáticamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se aplica en ninguna parte
- 54.1.b Para personas de poblaciones clave:**
- Sí, se aplica sistemáticamente a escala nacional, incluida la subnacional
- Sí, se aplica sistemáticamente a escala subnacional o en distritos seleccionados (no a escala nacional)
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se aplica en ninguna parte
-
- 55. ¿Utiliza su país tres pruebas reactivas consecutivas (estrategia/algorithmo de las 3 pruebas) para un diagnóstico VIH-positivo?**
- Sí
- No
- 55.1 En caso negativo, ¿tiene previsto su país adoptar una estrategia/algorithmo de 3 pruebas para el diagnóstico del VIH?**
- Sí
- No
- 55.2 En caso afirmativo, indique el año en que se prevé adoptar una política nacional sobre la estrategia de 3 pruebas para un diagnóstico VIH-positivo.**
- Año no previsto
- 2024
- 2025
- 2026
- 2027
- 55.3 ¿Utiliza su país las siguientes pruebas en la estrategia/algorithmo nacional estándar/de rutina?**
- Prueba de diagnóstico rápido
- Inmunopruueba
- Western blot
- Prueba de ácido nucleico
- Prueba de recencia
- 55.4 ¿Dispone su país de una política de repetición sistemática de las pruebas antes de iniciar la terapia antirretroviral?**
- Sí
- No
-

56. ¿Dispone su país de una política que especifique que se realizarán pruebas del VIH?

- Gratis para todos
- Gratis para algunos
- A un coste
- Sin política sobre el coste de las pruebas del VIH

57. ¿Existe alguna ley, reglamento o política que especifique que la prueba del VIH:

57.a ¿Es obligatoria antes del matrimonio?

- Sí
- No

57.b ¿Es obligatoria para obtener un permiso de trabajo o residencia?

- Sí
- No

57.c ¿Es obligatoria para determinados grupos o profesiones (sin incluir a los donantes de sangre y/o tejidos)?

- Sí
- No

57.c.i. En caso afirmativo, especifique qué grupos: _____

58. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento y la inscripción en la atención de salud tras un diagnóstico positivo?

- Sí
- No

58.1 En caso afirmativo, ¿qué incluyen (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Intervenciones racionalizadas (es decir, mejora de la vinculación, divulgación y localización)
- Apoyo entre pares y enfoques de navegación del paciente
- Intervenciones psicosociales, incluido el apoyo entre iguales y las redes sociales para adolescentes que viven con el VIH
- Enfoques de mejora de la calidad
- Inicio de la terapia antirretroviral en el hogar o en la comunidad
- Uso de la prueba de CD4 como herramienta de cribado para la vinculación a un paquete de atención avanzada de la enfermedad por VIH
- Servicios conjuntos de pruebas del VIH y terapia antirretroviral en centros sanitarios
- Actividades de colaboración Tuberculosis-VIH distintas de la coubicación
- Compensación o incentivos
- Llamada telefónica o SMS/mensaje de texto
- Intervenciones virtuales, incluido el seguimiento digital a través de las redes sociales u otra plataforma en línea
- Otros (especifique): _____

59. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de las pruebas y la prevención del VIH tras un diagnóstico negativo?

- Sí, para todas las poblaciones
- Sí, pero sólo para poblaciones clave y grupos de alto riesgo
- No

59.1 En caso afirmativo, ¿qué incluyen (seleccione todo lo que proceda)?

- Intervenciones racionalizadas (mejora de la vinculación o la divulgación)
 - Apoyo entre iguales y enfoques de navegación del paciente
 - Enfoques de mejora de la calidad
 - Servicios conjuntos de pruebas del VIH y profilaxis preexposición (PrEP) en centros sanitarios
 - Servicios conjuntos de pruebas del VIH y circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) en centros sanitarios
 - Compensación o incentivos
 - Llamada telefónica o SMS/mensaje de texto
 - Intervenciones virtuales, incluido el seguimiento digital a través de las redes sociales u otra plataforma en línea
 - Otros (especifique): _____
-

Terapia antirretroviral

60. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones sobre el inicio rápido de la terapia antirretroviral de las Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública?

- Sí, iniciación rápida en los 7 días siguientes al diagnóstico de VIH
- No
- Otros (especifique): _____

60.1 Si su país ha adoptado una política de inicio rápido de la terapia antirretroviral, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

61 ¿Dispone su país de una política para ofrecer el inicio de la terapia antirretroviral el mismo día del diagnóstico del VIH, como parte de la política de inicio rápido de la terapia antirretroviral?

- Sí
- No

61.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de aplicación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

62. ¿Se dispone de pruebas de CD4 para diagnosticar la enfermedad por VIH avanzada?

- Sí
- No

62.1 En caso afirmativo, ¿dónde está disponible (seleccione todas las opciones que procedan)?

- Punto de atención
- Laboratorio de instalaciones
- Laboratorio centralizado
- Otros (especifique): _____

62.2 En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de centros (estimado) tienen acceso los clientes a las pruebas de CD4 y a la devolución de los resultados?

- En pocos sitios (<50%)
- En muchos sitios (50-95%)
- En todo el país (>95% de los centros)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

62.3 En caso afirmativo, ¿cuál es el tiempo medio (en número de días) que tarda la persona en recibir el resultado de CD4?

- Especifique: _____
- No disponible

63. ¿Está permitida en su país la terapia antirretroviral iniciada por enfermera/os para alguna de las siguientes poblaciones (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Adultos, excepto mujeres embarazadas
- Mujeres embarazadas
- Adolescentes (de 10 a 19 años)
- Niños menores de 10 años
- Ninguna de las anteriores
-

64. ¿Cuenta su país con una política nacional que promueva la entrega de terapia antirretroviral en la comunidad (por ejemplo, fuera de los centros de salud)?

- Sí
 No

64.1 En caso afirmativo, ¿dónde se implementa la entrega en la comunidad?

- A escala nacional
 Regionalmente
 En los centros piloto
 Otros (especifique): _____

64.2 En caso afirmativo, ¿a qué poblaciones se suministra terapia antirretroviral en entornos comunitarios en su país (por ejemplo, fuera de los centros de salud)?

- Para todas las personas en terapia antirretroviral, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes y los niños.
 Para todas las personas en terapia antirretroviral, excluidas las mujeres embarazadas y lactantes y los niños.
 Para todas las personas en terapia antirretroviral, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, pero excluyendo a los niños.
 Para todas las personas en terapia antirretroviral, incluidos los niños, pero excluidas las mujeres embarazadas y lactantes.
 Para todas las personas estables en terapia antirretroviral, según las directrices nacionales
 Other (please specify): _____

64.3 En caso afirmativo, ¿qué servicios de atención diferenciada utiliza su país para la recogida de medicamentos antirretrovirales (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Recogida en farmacia en el mismo centro de salud
 Otra farmacia (por ejemplo, independiente)
 Grupo de adherencia en el mismo centro de salud
 Puntos de recogida comunitarios (individuales)
 Grupos comunitarios de adherencia
 Otros (especifique): _____

65. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los adultos que siguen una terapia antirretroviral establecida*?

- Sí
 No

65.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de las visitas clínicas en la política nacional.

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses

65.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____
-

66. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia con la que los adultos que siguen una terapia antirretroviral establecida* deben recoger los medicamentos antirretrovirales?

- Sí
 No

66.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de recogida de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional.

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otros (especifique): _____

66.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

67. ¿Incluyen los criterios nacionales del país para (o la definición de) las personas establecidas* en terapia antirretroviral los siguientes elementos definidos en las Directrices consolidadas de 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (seleccione todas las que correspondan)?

- Recibir terapia antirretroviral durante al menos 6 meses
 Ninguna enfermedad actual (no incluye enfermedades crónicas bien controladas)
 Buena comprensión de la adherencia a lo largo de la vida
 Pruebas del éxito del tratamiento (es decir, al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos seis meses).
 Otros (especifique): _____

68. ¿Proporciona el país apoyo psicológico a los adolescentes que viven con el VIH?

- Sí
 No

69. ¿Ejecuta su país intervenciones para localizar a las personas que se han desvinculado de la asistencia y proporcionarles apoyo para que vuelvan a hacerlo?

- Sí
 No

70. Facilite los criterios nacionales para (o la definición de) la pérdida de seguimiento. A título orientativo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define "perdido durante el seguimiento" como un paciente que no ha recibido medicamentos antirretrovirales en los 28 días siguientes a su última cita de recogida de medicamentos.³

71. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones de las *Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública que ofrezca un paquete de intervenciones a todos los pacientes que presenten una enfermedad por VIH avanzada (definida por la OMS como CD4<200)*?

- Sí, totalmente adoptado
 Sí, parcialmente adoptado (sólo para intervenciones y/o poblaciones específicas, como niños, adolescentes o adultos) (especifique): _____
 No

71.1 En caso afirmativo, ¿qué grado de implantación tiene?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

3 Fuente: Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022, página 127)

72. **¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete de intervenciones avanzadas de la enfermedad por el VIH para la tuberculosis (TB), las infecciones bacterianas graves y la meningitis criptocócica recomendadas en las *Directrices consolidadas de la OMS de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública se incluyen en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccione todas las que correspondan)?***

- Prueba de referencia del recuento de CD4 para diagnosticar la enfermedad avanzada por VIH
- Pruebas de diagnóstico molecular para el diagnóstico de la tuberculosis
- LF-LAM en orina para el diagnóstico de la tuberculosis
- Detección del antígeno criptocócico (CrAg)
- Profilaxis con cotrimoxazol
- Tratamiento preventivo de la tuberculosis
- Profilaxis empírica con fluconazol
- Terapia preventiva con fluconazol
- Inicio rápido de la terapia antirretroviral
- Apoyo adaptado a la adherencia
- Otros (especifique): _____

73. **¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios están incluidas en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Los proveedores de servicios para la tuberculosis (TB) proporcionan terapia antirretroviral en las clínicas de TB durante la duración del tratamiento de la TB
 - Los proveedores de terapia antirretroviral proporcionan tratamiento contra la TB en clínicas de terapia antirretroviral durante la duración del tratamiento contra la TB
 - Los proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil proporcionan terapia antirretroviral en las clínicas de salud materna, neonatal e infantil
 - Los proveedores de terapia antirretroviral administran tratamiento antirretroviral a las embarazadas
 - Los proveedores de terapia antirretroviral administran tratamiento antirretroviral a recién nacidos, lactantes y niños
 - Evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo a las personas malnutridas que viven con el VIH
 - Terapia antirretroviral administrada en entornos que proporcionan terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos
 - Los proveedores de atención primaria administran terapia antirretroviral en atención primaria a adultos y adolescentes
 - Los proveedores de atención primaria administran terapia antirretroviral en centros de atención primaria para niños
 - Estrategias de apoyo psicosocial para una atención centrada en el paciente (p. ej., grupos de apoyo, asesoramiento reforzado sobre la adherencia, apoyo para la revelación de información o derivación a servicios psicológicos/socioeconómicos) vinculadas a los centros.
 - Apoyo centrado en el paciente (por ejemplo, asesoramiento, asesoramiento para mejorar la adherencia, apoyo para la revelación de información o derivación a servicios psicológicos/socioeconómicos) separado de las instalaciones
 - Servicios clave adaptados a la población
 - Servicios de salud adaptados a los adolescentes
 - Terapia antirretroviral entregada en la comunidad como parte de un modelo de atención diferenciada
 - Los proveedores de terapia antirretroviral realizan pruebas de detección y control de enfermedades cardiovasculares
 - Los proveedores de terapia antirretroviral realizan exámenes y tratamientos de salud mental
 - Otros (especifique): _____
-

-
- 74.** ¿Pagan los pacientes alguna tasa o cargo por los servicios prestados cuando acuden a un centro de salud del sector público?
- Sí
- No
- 74.1** En caso afirmativo, ¿existe una tasa formal específica o una tasa informal/variable para lo siguiente?
- 74.1.a.** Pruebas del VIH
- Formal
- Informal
- 74.1.b.** Dispensación de profilaxis preexposición (PrEP)
- Formal
- Informal
- 74.1.c.** Cita en atención primaria
- Formal
- Informal
- 74.1.d.** Tarjetas de paciente
- Formal
- Informal
- 74.1.e.** Servicios de diagnóstico (incluida la prueba de carga viral)
- Formal
- Informal
- 74.1.f.** Dispensación del tratamiento del VIH
- Formal
- Informal
- 74.1.g** Dispensación de prevención y tratamiento de coinfecciones
- Formal
- Informal
- 74.1.h** Dispensación de otras coterapias (por ejemplo, medicamentos para enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, vacunas).
- Formal
- Informal
-

Regímenes de terapia antirretroviral

Adultos y adolescentes

75. Basándose en las recomendaciones de las Directrices consolidadas de la OMS de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, ¿es TDF + 3TC (o FTC) + DTG la combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en las directrices nacionales para lo siguiente?

75.a ¿Adultos y adolescentes?

- Sí
 No, TDF + 3TC (o FTC) + DTG se incluye como régimen alternativo de primera línea
 No

75.a.i. En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

75.a.ii En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?

- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
 TDF + 3TC + EFV 400 mg
 ABC + 3TC + DTG
 TAF + 3TC (o FTC) + DTG
 Otros regímenes (especifique): _____

75.a.iii En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC (o FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2024?

- Sí
 No

75.b ¿Mujeres en edad fértil?

- Sí
 No

75.b.i En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?

- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
 TDF + 3TC + EFV 400 mg
 TAF + 3TC (o FTC) + DTG
 Otros regímenes (especifique): _____

75.b.ii En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC (o FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2024?

- Sí
 No

75.c. ¿Mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia?

- Sí
 No

75.c.i En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?

- TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg
TDF + 3TC + EFV 400 mg
TAF + 3TC (o FTC) + DTG
Otros regímenes (especifique): _____

75.c.ii. En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC (o FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2024?

- Sí
 No

76. ¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral de dosis fija (FDC) como terapia de primera línea preferida (seleccione todas las que sean aplicables)?

- Sí, combinación de 3 fármacos de dosis fija, tomados una vez al día
- Sí, combinación de 2 fármacos de dosis fija más 1 fármaco, tomado una vez al día
- No
- Otros (especifique): _____

77. ¿Se incluye en las directrices nacionales un régimen basado en DTG como opción para la combinación antirretroviral de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?

- Sí, como opción preferida
- Sí, como opción alternativa
- No
- Otros (especifique): _____

78. ¿Está incluido en las directrices nacionales un régimen basado en ATV/r (o en LPV/r) como opción para la combinación antirretroviral de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?

- Sí, como opción preferida
- Sí, como opción alternativa
- No
- Otros (especifique): _____

79. ¿Está incluido en las directrices nacionales un régimen basado en darunavir/ritonavir como opción para la terapia antirretroviral de adultos y adolescentes con VIH?

- Sí, como opción preferida de segunda línea
 - Sí, como opción alternativa de segunda línea
 - Sí, sólo como opción de tercera línea
 - No recomendado
 - Otros (especifique): _____
-

80. ¿Son los regímenes DTG la opción de inicio de tratamiento preferida en las directrices nacionales para todos los lactantes y niños con VIH?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg
- Sí, pero sólo para niños que pesen más de 20 kg
- No
- Otros (especifique): _____

80.1 Si la DTG no es la opción de tratamiento preferida para lactantes y niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg, ¿son los regímenes basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida?

- Sí, para todos
- No, pero sólo para niños que pesen menos de 20 kg.
- No

81. ¿Cuál es el NRTI* de referencia recomendado en las directrices nacionales para el inicio del tratamiento en niños?

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

82. ¿Se recomienda la DTG como opción preferida de segunda línea para los niños a los que les fallan los regímenes basados en NNRTI*?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas
- Sí, para niños que pesen más de 20 kg.
- No
- Otros (especifique): _____

83. ¿Se recomienda la DTG como opción preferente de segunda línea para los niños a los que les fallan los regímenes basados en inhibidores de la proteasa?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg.
- Sí, pero sólo para niños que pesen más de 20 kg.
- No
- Otros (especifique): _____

84. ¿Cuál es la opción de segunda línea recomendada para los niños a los que les fallan los regímenes basados en DTG?

- LPV/r
- ATV/r
- Otros (especifique): _____

85. ¿Está incluido en las directrices nacionales un régimen basado en darunavir/ritonavir (DRV/r) como opción para la terapia antirretroviral de niños con VIH?

- Sí, como opción preferida de segunda línea
- Sí, como opción alternativa de segunda línea
- Sí, sólo como opción de tercera línea
- No recomendado
- Otros (especifique): _____

86. ¿Se integra alguna de las siguientes actividades de desarrollo de la primera infancia en los programas de VIH (seleccione todas las que procedan)?

- Cuidados sensibles
- Promover el aprendizaje temprano
- Integrar las intervenciones sobre cuidados y nutrición
- Apoyo a la salud mental materna
- Ninguna de las anteriores

Carga viral

287. A partir de las directrices nacionales de tratamiento, indique el umbral en el que la supresión de carga viral⁴ en un individuo se define como suprimida:

- ≤1000 copias/ml
- ≤400 copias/ml
- ≤200 copias/ml
- ≤50 copias/ml
- No se detecta por la prueba o el tipo de muestra utilizado
- Otro (especifique): _____

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

288.a Para adultos y adolescentes

- Sí
- No

288.a.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos (95% de los centros de tratamiento)
- No implementado en la práctica
- Otro (especifique): _____

288.b Para niños

- Sí
- No

288.b.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos (95% de los centros de tratamiento)
- No implementado en la práctica
- Otro (especifique): _____

289. ¿Cuenta actualmente su país con una política nacional sobre las pruebas de carga viral en los puntos de atención?

- Sí
- No

289.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementada en pocos (95% de los centros de tratamiento)
- No implementada en la práctica
- Otro (especifique): _____

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

- Sí
- No
- Otro (especifique): _____

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

- Total
 - Parcial
 - No están implementados
-

4 El umbral de supresión viral para puede diferir del umbral para determinar el fracaso del tratamiento.

291. ¿Cuenta el país con una política para dar prioridad a las pruebas de carga viral en determinadas poblaciones y/o situaciones (p. ej.: mujeres embarazadas, recién nacidos, adolescentes)?

- Sí
- No

291.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué poblaciones se da prioridad a las pruebas de carga vital? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

Control de la toxicidad y la resistencia a los medicamentos del VIH⁵

87. ¿Cuenta su país con un plan nacional para vigilar la farmacorresistencia del VIH?

- Sí
 No

87.1. En caso afirmativo, especifique los años cubiertos por el plan: _____

88. En los últimos tres años, ¿ha llevado a cabo su país la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH (HIVDR) de acuerdo con alguno de los siguientes protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

88.a Estudios de farmacorresistencia previos al tratamiento (PDR)⁶

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta PDR este año.
 No, y no está previsto realizar la encuesta PDR este año.

88.a.i. En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta PDR: _____

88.b Encuesta sobre la farmacorresistencia del VIH entre personas expuestas a profilaxis preexposición (PrEP) diagnosticadas con VIH

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año.
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año.

88.b.i. En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

88.c Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida en adultos⁷

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año.
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año.

88.c.i. En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

88.d Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida en niños

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año.
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año.

88.d.i. En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

88.e Resistencia del VIH a los fármacos en lactantes (<18 meses) mediante el diagnóstico precoz en lactantes⁸

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta infantil este año.
 No, y no está previsto realizar la encuesta infantil este año.

88.e.i. En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta infantil: _____

88.f Encuesta o seguimiento rutinario del rendimiento clínico utilizando indicadores de alerta temprana (IAT) para la farmacorresistencia del VIH.

- Sí
 No

88.f.i. En caso afirmativo, especifique:

- Año en que se controló por última vez: _____
 Número de clínicas controladas: _____

88.g Los indicadores de alerta temprana de la farmacorresistencia del VIH se recopilaron mediante:

- Encuesta de indicadores de alerta temprana en una muestra de clínicas
 Sistemas de monitorización rutinaria de pacientes
-

5 Los datos de las encuestas sobre la farmacorresistencia del VIH deben cargarse sistemáticamente en la base de datos HIVDR de la OMS. Los usuarios designados por el Ministerio de Sanidad/Programa de terapia antirretroviral pueden solicitar el acceso poniéndose en contacto con hiv-aids@who.int. Para más detalles, véase: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance/hiv-drug-resistance-surveillance>

6 Para más detalles, véase: Vigilancia de la farmacorresistencia del VIH en adultos que inician terapia antirretroviral. Ginebra: OMS; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507196>).

7 Para más detalles, véase: Vigilancia de la farmacorresistencia del VIH en adultos que reciben antirretrovirales. Ginebra: OMS; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073>).

8 Para más detalles, véase: Farmacorresistencia del VIH. En: Organización Mundial de la Salud: Programa Mundial sobre el VIH: Tratamiento y atención [sitio web]. Ginebra: OMS; c2018 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>).

89. ¿Dispone su país de una política nacional de pruebas de farmacoresistencia del VIH para pacientes individuales que fallan en la terapia antirretroviral para su gestión clínica?

- Sí
 No

89.1 En caso afirmativo, ¿cuáles de los siguientes grupos se tienen en cuenta en la política (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Adultos que fracasan a la terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG
 Niños en los que fracasa la terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG.
 Adultos que fracasan a la terapia antirretroviral de segunda línea basada en DTG
 Niños en los que fracasa la terapia antirretroviral de segunda línea basada en DTG.
 Adultos que fracasan a la terapia antirretroviral de segunda línea basada en inhibidores de la proteasa
 Niños a los que les falla la terapia antirretroviral de segunda línea basada en inhibidores de la proteasa
 Pacientes en los que fracasa la terapia antirretroviral de tercera línea
 Otros (especifique): _____

90. ¿Dispone su país de una política nacional para la realización de pruebas de farmacoresistencia del VIH a pacientes individuales que inician una terapia antirretroviral?

- Sí
 No

90.1 En caso afirmativo, ¿cuáles de los siguientes grupos se tienen en cuenta en la política (seleccione todos los que procedan)?

- Todos los adultos que inician una terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG
 Personas con antecedentes de PrEP basada en tenofovir para la prevención del VIH
 Personas con un historial previo de PrEP basada en cabotegravir para la prevención del VIH
 Lactantes y niños que inician terapia antirretroviral de primera línea
 Embarazadas que inician terapia antirretroviral de primera línea
 Otros (especifique): _____

91. Excluyendo los enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿realiza su país un esfuerzo sistemático continuo para controlar la toxicidad de los medicamentos antirretrovirales en el país?

- Sí
 No

91.1 En caso afirmativo, ¿qué métodos se utilizan (seleccione todos los que procedan)?

- Control rutinario de la toxicidad como parte del sistema nacional de control y evaluación
 Monitorización/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adultos
 Seguimiento/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de los defectos congénitos

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

- Sí
 No

92.1 En caso afirmativo, ¿qué métodos se utilizan (seleccione todos los que procedan)?

- Control rutinario de la toxicidad como parte del sistema nacional de control y evaluación
 Monitorización/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adultos
 Seguimiento/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de los defectos congénitos

92.2 En caso afirmativo, ¿se ha impartido formación al personal sanitario sobre la gestión, captación y notificación de reacciones adversas a medicamentos relacionadas con la DTG?

- Sí
 No
-

Adherencia y retención

93. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales de apoyo a la adherencia (comunitarias y basadas en los centros)?

- Sí
 No
-

94. ¿Se está aplicando en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia (seleccione todos los que procedan)?

- Consejeros inter pares
 Mensajes de texto
 Uso de dispositivos recordatorios
 Llamadas de seguimiento/visitas a domicilio para la reinserción del paciente
 Asesoramiento reforzado sobre la adherencia
 Derivación a apoyo psicológico/socioeconómico
 Terapia cognitivo-conductual
 Formación en habilidades conductuales/formación en adherencia a la medicación
 Combinaciones de dosis fijas y regímenes de una vez al día
 Gestión de casos
 Navegación entre iguales
 Otros (especifique): _____
-

95. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales sobre la retención en la terapia antirretroviral?

- Sí
 No
-

96. ¿Se está aplicando en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención (seleccione todos los que procedan)?

- Intervenciones comunitarias
 Clubes de adhesión y apoyo entre iguales
 Otros (especifique): _____
-

97. ¿Existen en su país programas de alfabetización sobre el tratamiento para las personas que viven con el VIH, que incluyan información sobre los efectos secundarios, la resistencia a los medicamentos, etc.?

- Sí
 No
-

Tuberculosis/VIH

98. ¿Se recomiendan las siguientes herramientas de detección para las personas que viven con el VIH en las directrices nacionales relacionadas con la tuberculosis (TB) y/o el VIH (seleccione todas las que procedan)?

- Detección de cuatro síntomas recomendado por la Organización Mundial de la Salud para adultos y adolescentes (>10 años)
 Proteína C reactiva (PCR) para adultos y adolescentes (>10 años)
 Radiografía de tórax para adultos y adolescentes (>10 años)
 Pruebas moleculares de diagnóstico rápido de la tuberculosis aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (mWRD) para adultos y adolescentes (>10 años)
 Detección de síntomas, como tos, fiebre, escaso aumento de peso o contacto estrecho con un paciente tuberculoso en niños menores de 10 años.
 Ninguna de las anteriores
-

99. ¿Ha adoptado su país la actualización de políticas de la OMS de 2019 sobre el uso del ensayo de lipoarabinomanano en orina de flujo lateral (LF-LAM) para el diagnóstico y detección de la tuberculosis activa en personas que viven con el VIH (seleccione todos los grupos de edad que corresponda)?

- Sí, para adultos y adolescentes (>10 años)
 Sí, para niños (<10 años)
 No
-

100. ¿Cuáles de los siguientes regímenes se recomiendan en las directrices nacionales para el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB)?

100.a Adultos y adolescentes que viven con el VIH

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 36 meses de monoterapia diaria con isoniazida (36H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3RH)
- 1 mes de rifapentina diaria más isoniazida (1HP)
- Otros (especifique): _____
- Ninguno de los regímenes de tratamiento preventivo de la tuberculosis recomendados por la Organización Mundial de la Salud se recomienda en las directrices nacionales para adultos y adolescentes.

100.a.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el preferido?

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 36 meses de monoterapia diaria con isoniazida (36H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3RH)
- 1 mes de rifapentina diaria más isoniazida (1HP)
- Otros (especifique): _____

100.b Niños que viven con el VIH

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3RH)
- Otros (especifique): _____
- El tratamiento preventivo de la TB no se recomienda en las directrices nacionales para niños

100.b.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el preferido?

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3RH)
- Otros (especifique): _____

101. ¿Se exige lo siguiente en las directrices nacionales antes de iniciar el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB) en personas con VIH?

101.a Pruebas cutáneas o ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA)

- Sí, para todos
- No
- Sólo si está disponible

101.b Rayos X

- Sí, para todos
 - No
 - Sólo si está disponible
-

102. En el último período reportado, ¿ha habido desabastecimientos* de alguno de los siguientes productos?

102.a Isoniazida

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

102.b Vitamina B6

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

102.c Rifapentina (incluidas las combinaciones de dosis fijas con isoniazida)

- Sí, a nivel nacional
 - Sí, a nivel local
 - No
-

103. ¿Cuál es el estado de integración de los siguientes servicios de VIH y tuberculosis (TB)?

103.a Los diagnósticos moleculares rápidos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (por ejemplo, Xpert MTB/RIF) están ubicados en el mismo lugar:

- En pocos (<50%) centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH
- En muchos (50-95%) centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH
- En todo el país (>95% de los centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

103.b Las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis (TB) recibieron medicamentos antirretrovirales en el mismo lugar en el que recibieron su tratamiento contra la TB:

- En pocos centros de salud (<50%)
- En muchos centros de salud (50-95%)
- En todo el país (>95% de los centros de salud)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

103.c La terapia antirretroviral la inicia el mismo personal de salud que proporciona tratamiento contra la tuberculosis (TB) a las personas viviendo con VIH que tienen TB:

- En pocos centros de salud (<50%)
- En muchos centros de salud (50-95%)
- en todo el país (>95% de los centros de salud)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

103.d La terapia antirretroviral y el tratamiento de la tuberculosis (TB) de las personas viviendo con VIH con TB son supervisados por un solo profesional de salud:

- En pocos centros de salud (<50%)
 - En muchos centros de salud (50-95%)
 - Centros de salud en todo el país (>95%)
 - No integrado en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical

- Garantizar que el 75% de todos los niños que viven con el VIH tengan cargas virales suprimidas para 2023 y el 86% para 2025, en consonancia con los objetivos de tratamiento del VIH 95-95-95.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas del VIH, la sífilis, la hepatitis B y otras infecciones de transmisión sexual para 2025.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas y lactantes en entornos con alta carga de VIH tengan acceso a la repetición de las pruebas al final del embarazo y en el periodo posparto para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de por vida, y que el 95% logre y mantenga la supresión viral antes del parto y durante la lactancia para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes seronegativas en entornos con alta carga de VIH -o aquellas que tienen parejas masculinas con alto riesgo de VIH en todos los entornos- tengan acceso a la prevención combinada, incluida la profilaxis preexposición (PREP), y que el 90% de sus parejas masculinas que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de forma continuada.
- Garantizar que el 95% de los niños expuestos al VIH se sometan a la prueba antes de los dos meses de edad y tras el cese de la lactancia materna.

Prevención de la transmisión vertical del VIH

104. ¿Dispone su país de una política sobre la repetición de pruebas a las mujeres seronegativas durante el embarazo, el parto y/o el periodo posparto/lactancia?

- Sí
 No

104.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se vuelven a realizar las pruebas?

104.1.a Durante el embarazo

- Sí
 No

104.1.ai En caso afirmativo, en qué mes de embarazo: _____

104.1.b A la entrega

- Sí
 No

104.1.c Posparto/lactancia

- Sí
 No

104.1.ci En caso afirmativo, cuánto tiempo después del parto (en meses): _____

105. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical del VIH?

- Sí
 No

105.1 En caso afirmativo, especifique:

105.1.a Objetivo(s) para la tasa de transmisión vertical (%): _____

105.1.b Año _____

105.1.c Objetivo(s) de eliminación (como el número de casos/100 000 habitantes): _____

105.1.d Año _____

106. ¿Está aplicando su país una política de «tratar a todos» para las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH?

- Sí
 No
-

107. ¿Cuál es la pauta recomendada actualmente a nivel nacional para prevenir la transmisión vertical del VIH en lactantes expuestos al virus?

- Especifique el régimen de profilaxis infantil: _____
- Duración recomendada del régimen: _____

107.a ¿Se recomiendan regímenes diferentes para los lactantes de alto riesgo?

- Sí
- No

107.a.i En caso afirmativo, especifique los regímenes: _____

107.a.ii ¿Cuál es la definición de «lactante de alto riesgo» en la política nacional (seleccione todas las que procedan)?

- Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida que han recibido menos de 4 semanas de terapia antirretroviral en el momento del parto
- Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida con carga viral >1000 copias/mL en las 4 semanas anteriores al parto (si se dispone de carga viral)
- Nacidos de mujeres con infección por VIH incidente durante el embarazo o la lactancia
- Nacidos de mujeres identificadas por primera vez durante el puerperio, con o sin una prueba del VIH negativa prenatalmente
- Otros (especifique): _____

108. ¿Dispone su país de una recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños expuestos al VIH?

- Sí, lactancia materna
- Sí, alimentación de sustitución
- Sí, se recomiendan ambos, se deja a elección de cada uno o a distintas configuraciones
- No

108.1 Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres seropositivas y los lactantes expuestos al VIH, ¿se especifica la duración recomendada?

- Sí (especifique la duración en meses): _____
- No

109. ¿Está integrado en su país el apoyo alimentario y nutricional en los programas de prevención de la transmisión vertical?

- Implementado en pocos centros de salud maternoinfantil (<50%)
- Implementado en muchos centros de salud maternoinfantil (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de salud maternoinfantil)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

110. ¿Dispone su país de una estrategia nacional sobre intervenciones en el momento del parto para mujeres seropositivas que no se han sometido previamente a la prueba del VIH?

- Sí, totalmente implementado
- Sí, implementado parcialmente
- Sí, pero no se implementa
- No

111. ¿Dispone su país de una política sobre las pruebas de carga viral para las mujeres durante el embarazo, el parto y/o el periodo posparto/lactancia?

- Sí
- No

111.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se realiza la prueba de carga viral?

111.1.a Durante el embarazo

- Sí
- No

111.1.a.i En caso afirmativo, en qué mes de embarazo: _____

111.1.b A la entrega

- Sí
- No

111.1.c Posparto/lactancia

- Sí
- No

111.1.c.i En caso afirmativo, cuánto tiempo después del parto (en meses): _____

Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis

112. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis?

Sí, integrado con el VIH u otra(s) iniciativa(s) de eliminación

Sí, independiente (no integrado con el VIH u otras iniciativas de eliminación)

Sin plan nacional

112.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se actualizó por última vez el plan nacional?

2018 o antes

2019

2020

2021

2022

2023

113. ¿Dispone su país de una política nacional de detección sistemática de la sífilis en mujeres embarazadas?

Sí

No

113.1 En caso afirmativo, ¿qué pruebas se utilizan?

No treponémico en laboratorio

Treponemia en laboratorio

Pruebas treponémicas rápidas de sífilis

Pruebas rápidas duales VIH/sífilis

114. ¿Dispone su país de directrices nacionales para tratar a las mujeres embarazadas con sífilis?

Sí

No

114.1 En caso afirmativo, ¿es la penicilina benzatínica la primera línea de tratamiento recomendada en las directrices nacionales?

Sí

No

114.2 En caso afirmativo, ¿permite su política el tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis mediante penicilina benzatínica en los centros de atención primaria, incluidas las clínicas prenatales, por cualquiera de los siguientes medios (seleccione todas las opciones que correspondan)?

Enfermeras

Médicos

Otros trabajadores sanitarios

Ninguna de las anteriores

115. ¿Dispone su país de una política nacional de seguimiento clínico de los niños nacidos de madres viviendo con VIH?

Sí

No

116. ¿Incluye la definición nacional de sífilis congénita los mortinatos?

Sí

No

Prevención de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B

117. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B?
- Sí
- No
118. ¿Dispone su país de una política sobre la realización de pruebas de detección del virus de hepatitis B a las mujeres durante el embarazo?
- Sí
- No
- 118.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?
- Implementado en pocas clínicas de atención prenatal (<50%)
- Implementado en muchas clínicas de atención prenatal (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95%) en las clínicas de atención prenatal
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____
- 118.1.b En caso afirmativo, ¿tienen todas las embarazadas HBsAg positivas acceso a las pruebas de HBeAg o de ADN del virus de la hepatitis B?
- Sí
- No
119. ¿Existe en su país una recomendación nacional sobre la realización de pruebas de detección de la hepatitis B a los lactantes expuestos al virus de la hepatitis B?
- Sí
- No
119. En caso afirmativo, especifique la edad (en meses) a la que se realizan las pruebas del virus de hepatitis B a los lactantes expuestos al virus de la hepatitis B: _____
120. ¿Dispone su país de una política de vacunación universal y oportuna contra la hepatitis B a todos los recién nacidos (en las 24 horas siguientes al nacimiento)?
- Sí
- No
- 120.1 En caso negativo, ¿dispone su país de una política de vacunación oportuna contra la hepatitis B a todos los recién nacidos expuestos al VHB (en las 24 horas siguientes al nacimiento)?
- Sí
- No

Diagnóstico infantil

121. ¿Recomiendan sus directrices nacionales que los lactantes expuestos al VIH se sometan a las siguientes pruebas de detección del VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Pruebas de ácido nucleico al nacer
- Pruebas de ácido nucleico a las 6 semanas
- Pruebas de ácido nucleico a los 9 meses
- Prueba de anticuerpos a los 18 meses
- Prueba de anticuerpos a los 3 meses del cese de la lactancia materna
- Otros (especifique): _____
122. Además de los centros de prevención de la transmisión vertical, ¿realiza alguno de los siguientes centros de su país pruebas del VIH a niños (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Hospitalización pediátrica
- Centros de nutrición
- Clínicas de vacunación
- Ambulatorios
- Clínicas de tuberculosis
- Otros (especifique): _____
-

123. ¿Dispone su país de una política o recomendación para las pruebas de diagnóstico infantil en el punto de atención?

- Sí
 No

123.1 En caso afirmativo, ¿dónde se implementa?

- Implementado en pocos sitios (<50%)
 Implementado en muchos centros (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

Terapia antirretroviral infantil

124. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los niños que han establecido* una terapia antirretroviral?

- Sí
 No

124.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de las visitas clínicas en la política nacional:

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otros (especifique): _____

124.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

125. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia con la que los niños que están establecidos* en terapia antirretroviral deben recoger la medicación antirretroviral?

- Sí
 No

125.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de recogida de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional:

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otros (especifique): _____

125.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

126. ¿Se realiza un seguimiento de las cohortes de niños que reciben terapia antirretroviral (es decir, se garantiza que estos niños están vivos y reciben terapia antirretroviral) en los registros nacionales a intervalos de seis y doce meses?

- Sí
 No
-

127. ¿Cuándo se considera que un niño que inició la terapia antirretroviral ha perdido el seguimiento en su país?

- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 1 mes
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 2 meses
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 3 meses
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 6 meses

128. ¿Dispone su país de una estrategia o plan para garantizar que los adolescentes nacidos con el VIH no se pierdan en el seguimiento durante su transición a la atención del VIH en la edad adulta?

- Sí
- No

129. ¿Están integrados en su país los programas de control del crecimiento y nutrición infantil con las pruebas y el tratamiento del VIH?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 - Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 - Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 - No se aplica en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

4. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas

- Reducir a no más del 10% el número de mujeres, niñas y personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él y que sufren desigualdades de género y violencia sexual y de género.
- Garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tienen cubiertas sus necesidades en materia de VIH y salud sexual y reproductiva, incluidos la atención prenatal y materna, la información y el asesoramiento.

Violencia

130. ¿Dispone su país de un plan o estrategia nacional de igualdad de género?

- Sí
 No

130.1 En caso afirmativo, ¿existe un mecanismo nacional con el mandato de monitorear y revisar la implementación?

- Sí
 No

130.2 En caso afirmativo, identifique el mecanismo nacional que tiene el mandato de monitorear y revisar la implementación (seleccione todas las opciones que correspondan).

- Parlamentario
 Interministerial
 Incluye la participación de grupos de mujeres
 Incluye la participación de grupos de violencia contra las mujeres

130.3 En caso afirmativo, ¿ofrecen las entidades gubernamentales compromisos presupuestarios para la implementación del plan o estrategia de igualdad de género?

- Sí
 No

131. ¿Dispone su país de un plan o estrategia nacional para abordar la violencia de género* y la violencia contra las mujeres que incluya el VIH?

- Sí
 No

131.1 En caso afirmativo, ¿existe un mecanismo nacional con el mandato de monitorear y revisar la aplicación?

- Sí
 No

131.2 En caso afirmativo, identifique el mecanismo nacional que tiene el mandato de monitorear y revisar la aplicación (seleccione todas las opciones que correspondan).

- Parlamentario
 Interministerial
 Incluye la participación de grupos de mujeres
 Incluye la participación de grupos de violencia contra las mujeres

132. Si existe legislación sobre violencia doméstica, ¿es (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Específicos de la violencia contra las mujeres y las niñas
 Incluye todas las formas de violencia familiar y de pareja
 El país no tiene legislación sobre violencia doméstica

132.1 Si la legislación incluye la tipificación explícita de la violación en el matrimonio, ¿se basan las leyes en la falta de consentimiento, sin exigir pruebas de fuerza física, coacción o resistencia?

- Sí, basado en la falta de consentimiento
 No, requiere pruebas de fuerza, coacción o resistencia.
 La legislación no tipifica explícitamente como delito la violación marital

132.2 Si existe legislación sobre violencia doméstica, ¿ha habido algún proceso penal exitoso por violencia doméstica en los últimos dos años?

- Sí
 No
-

133. ¿Proporcionan las entidades gubernamentales compromisos presupuestarios para la aplicación de la legislación y los planes nacionales que abordan la violencia contra las mujeres a través de alguno de los siguientes medios?

133.a Créditos anuales obligatorios

- Sí
 No

133.b Asignaciones sectoriales anuales (por ejemplo, sanidad, educación, justicia)

- Sí
 No

133.c Asignación de fondos y/o incentivos a organizaciones de mujeres u otras organizaciones no gubernamentales para actividades pertinentes.

- Sí
 No
-

134. ¿Incluye la legislación de su país alguna de las siguientes disposiciones relacionadas con la violencia contra las mujeres (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Medidas cautelares para la seguridad de los supervivientes
 Unidades especiales de persecución penal
 Servicios o asistencia jurídicos gratuitos
 Acceso a refugios u otras viviendas seguras
 Ayuda económica a los supervivientes
 Personal policial especializado o unidad para tratar la violencia contra las mujeres
 Servicios para la persona que ejerce la violencia
 Otros (especifique): _____

134.1 Si alguna de las disposiciones anteriores está incluida en la legislación, ¿incluye a las mujeres trans?

- Sí
 No
-

135. ¿Existen protocolos nacionales para:

135.a ¿Profesionales de salud que tratan casos de violencia contra las mujeres?

- Sí
 No

135.b ¿Personal de las fuerzas de seguridad que se ocupa de casos de violencia contra las mujeres?

- Sí
 No

135.c ¿El personal educativo se ocupa de los casos de abusos sexuales contra menores y otras formas de violencia de género* contra las niñas en el entorno escolar (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, por la violencia contra las niñas
 Sí, por la violencia contra los niños
 Sí, para la violencia contra los niños con diversidad de género
 No
-

136. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes medidas para proteger de la violencia a las personas que viven con el VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Legislación penal general que prohíbe la violencia
 Disposiciones legales específicas que prohíben la violencia contra las personas por su condición de seropositivas
 Programas de lucha contra la violencia en la pareja*
 Programas contra la violencia laboral
 Intervenciones contra los abusos policiales
 Intervenciones contra la tortura y los malos tratos en prisiones y otros entornos cerrados
-

137. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes medidas para proteger a las poblaciones clave de la violencia (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Legislación penal general que prohíbe la violencia
- Disposiciones legales específicas que prohíben la violencia contra las personas por pertenecer a una población clave
- Programas de lucha contra la violencia en la pareja*.
- Programas contra la violencia laboral
- Intervenciones contra los abusos policiales
- Intervenciones contra la tortura y los malos tratos en prisiones y otros entornos cerrados

138. ¿Cuenta su país con al menos un punto de prestación de servicios que ofrezca elementos de atención integral tras una violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)? Los elementos son (1) apoyo de primera línea, primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial; (2) anticoncepción de emergencia; (3) profilaxis o tratamiento de infecciones de transmisión sexual; (4) profilaxis postexposición al VIH (PPE); y (5) aborto seguro en toda la extensión de la ley.

- Sí, proporciona los 5 elementos
- Sí, proporciona 4 de 5 elementos
- Sí, proporciona de 1 a 3 elementos
- Ningún punto de prestación de servicios proporciona ninguno de estos elementos

138.1 En caso afirmativo, ¿qué proporción de centros de salud proporciona cada uno de los siguientes elementos de atención integral tras una violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

138.1.a Apoyo de primera línea, primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No se

138.1.b Anticoncepción de urgencia

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No se

138.1.c Tratamiento o profilaxis de infecciones de transmisión sexual

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No se

138.1.d Profilaxis postexposición al VIH (PPE)

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No se

138.1.e Aborto seguro con todas las de la ley

- <50% de los centros de salud
 - 50-80% de los centros de salud
 - >80% de los centros de salud
 - No se presta en ningún centro de salud
 - No se
-

5. Liderazgo comunitario

- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 30% de los servicios de pruebas y tratamiento para 2025, centrándose en las pruebas del VIH, la vinculación al tratamiento, el apoyo a la adherencia y la retención, y la alfabetización sobre el tratamiento.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 80% de los servicios de prevención del VIH a las poblaciones de alto riesgo de infección por el VIH para 2025, incluidas las mujeres de esas poblaciones.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad ejecuten el 60% de los programas de apoyo a la consecución de los habilitadores sociales para 2025.

139. ¿Existen leyes, reglamentos o políticas que prevean el registro de organizaciones dirigidas por la comunidad en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas que viven con el VIH
- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por profesionales del sexo
- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas transgénero
- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas que usan drogas inyectables
- No existen leyes, reglamentos ni políticas que prevean el registro de organizaciones comunitarias en el país.
- Otros (especifique): _____

140. ¿Existen leyes, políticas o normativas que permitan el acceso a la financiación de las organizaciones dirigidas por la comunidad (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- La contratación social permite financiar la prestación de servicios por parte de las comunidades con fondos nacionales
- De los donantes internacionales
- Exigir un determinado porcentaje de financiación pública para que las organizaciones comunitarias puedan funcionar
- No hay leyes que permitan el acceso a la financiación, pero las organizaciones comunitarias pueden acceder a ella en virtud de leyes, políticas o reglamentos generales.
- No existen leyes, políticas o reglamentos que permitan el acceso a la financiación de las organizaciones comunitarias.
- Otros (especifique): _____

141. ¿Se incluye a representantes de organizaciones dirigidas por la comunidad en el mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente?

- No existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente.
- Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, pero no incluye a ningún representante de las organizaciones comunitarias.
- Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, que incluye a representantes de organizaciones comunitarias.

142. ¿Pueden las organizaciones comunitarias prestar legalmente alguno de los siguientes servicios?

- Vinculación al tratamiento del VIH
 - Apoyo a la adherencia y la retención
 - Alfabetización para el tratamiento
 - Distribución de medicamentos antirretrovirales
 - Distribución de preservativos y lubricantes
 - Pruebas del VIH
 - Distribución de jeringuillas
 - Distribución de naloxona
 - Alfabetización jurídica
 - Servicios jurídicos
 - Información sobre educación sexual y VIH basada en la preparación para la vida*
-

Participación

143. ¿Participan* las personas que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

144. ¿Participan* las mujeres que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con la prevención de la transmisión vertical?

- Sí
 No

145. ¿Participan* los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

146. ¿Participan* profesionales del sexo en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

147. ¿Participan* las personas que usan drogas inyectables en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

148. ¿Participan* las personas transgénero en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

149. ¿Participan* en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país personas que han estado o están en prisión o en otros entornos cerrados?

- Sí
 No

150. ¿Participan* lo/as jóvenes (de 15 a 24 años) en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 No

150.1 En caso afirmativo, ¿participan* lo/as jóvenes en alguno de los siguientes espacios de toma de decisiones en la respuesta nacional al VIH (si existen)?

Espacio de decisión	¿Existe?	¿Participan los jóvenes en este espacio?
Equipos técnicos para la elaboración, revisión y actualización de estrategias y planes nacionales sobre el SIDA	Sí/No	Sí/No
Equipos técnicos para el desarrollo o la revisión de programas relacionados con el acceso de los jóvenes a los servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.	Sí/No	Sí/No
Autoridad Nacional de Coordinación del SIDA o equivalente, con un amplio mandato multisectorial	Sí/No	Sí/No
Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial)	Sí/No	Sí/No
Órgano consultivo comunitario para hospitales, clínicas y/o proyectos de investigación	Sí/No	Sí/No
Otros (especifique): _____	Sí/No	Sí/No

6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación

- Garantizar que, para 2025, menos del 10% de los países tengan marcos jurídicos y políticos restrictivos que afecten injustamente a las personas que viven con el VIH, las que están en riesgo de contraerlo y las afectadas por él. Algunos ejemplos son las leyes sobre la edad de consentimiento y las leyes relacionadas con la no revelación, exposición y transmisión del VIH, las leyes que imponen restricciones de viaje relacionadas con el VIH y pruebas obligatorias, y las leyes que conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios para 2025.
- Invertir 3.100 millones de dólares en facilitadores sociales -incluida la protección de los derechos humanos, la reducción de la estigmatización y la discriminación y la reforma legislativa, cuando proceda- en países de renta baja y media de aquí a 2025.
- Garantizar que, para 2025, menos del 10% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él sufran estigmatización y discriminación.

Legislación punitiva

151. ¿Existen en su país leyes nacionales o subnacionales que criminalizan la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH?

- Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito específico
- Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito en virtud de una ley que abarca una gama más amplia de enfermedades transmisibles y menciona el VIH
- Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito en virtud de una ley que cubre un abanico más amplio de enfermedades transmisibles pero que no menciona específicamente el VIH
- No, pero la ley general se ha utilizado para procesar casos en los últimos 10 años
- No

151.1 Si se criminaliza la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión, ya sea en virtud de una ley específica o de una ley general, ¿se limita a los casos en los que la persona sabe que tiene el VIH, tiene la intención de transmitirlo y lo transmite realmente, de acuerdo con las recomendaciones de 2013 sobre el fin de la penalización excesivamente amplia de la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición y transmisión?⁹

- Sí, el derecho penal está escrito para restringirlo a estos casos
- No, pero las directrices de la fiscalía lo restringen a estos casos
- No

151.2 Si la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión están criminalizadas, ¿hay partes del país donde la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión no están penalizadas?

- Sí
- No

151.3 Si la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión están criminalizadas, ¿se ha producido una moratoria de estas leyes en los últimos dos años?

- Sí
- No

151.4 Si la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión están criminalizadas, ¿se ha iniciado o se ha iniciado en los últimos dos años alguna acción legal para despenalizar la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión?

- Litigios estratégicos
- Propuesta presentada al Parlamento
- Otros (especifique): _____

151.5 Si se criminaliza la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión, ¿se incluye la transmisión vertical?

- Sí
- No
-

152. ¿Se menciona el VIH como factor agravante en la ley?

- Sí
- No
-

9 Poner fin a la penalización excesivamente amplia de la no revelación, exposición y transmisión del VIH: Consideraciones críticas científicas, médicas y jurídicas. Ginebra: ONUSIDA; 2013 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation_0.pdf).

153. ¿Existen leyes a nivel nacional o subnacional que criminalicen a las personas transgénero (por ejemplo, por hacerse pasar por el sexo opuesto o travestirse)?

- Sí
 No

153.1 En caso afirmativo, ¿hay alguna parte del país donde no se criminalice a las personas transgénero?

- Sí
 No

153.2 Si se criminaliza a las personas transgénero, ¿ha habido una moratoria de estas leyes en los últimos dos años?

- Sí
 No

153.3 Si las personas transgénero están criminalizadas, ¿se ha iniciado o se ha iniciado en los últimos dos años alguna acción legal para despenalizar a las personas transgénero (seleccione todas las que procedan)?

- Litigios estratégicos
 Propuesta presentada al Parlamento
 Otros (especifique): _____

154. ¿Está el trabajo sexual criminalizado o sujeto a normas punitivas en su país a nivel nacional o subnacional?

- Sí, la venta de servicios sexuales está penalizada
 Sí, la compra de servicios sexuales está penalizada
 Sí, se penalizan las actividades auxiliares asociadas a la venta de servicios sexuales
 sí, se penalizan las actividades auxiliares asociadas a la compra de servicios sexuales
 Sí, está penalizado lucrarse organizando y/o gestionando servicios sexuales
 Sí, otra regulación punitiva del trabajo sexual
 El trabajo sexual no está sujeto a normas punitivas ni penalizado en ningún lugar del país.

154.1 En caso afirmativo a la pregunta 150, ¿hay zonas del país donde el trabajo sexual no esté criminalizado o sujeto a normas punitivas?

- Sí
 No

154.2 Si existen leyes que criminalicen algún aspecto del trabajo sexual, ¿ha habido alguna moratoria en los últimos dos años?

- Sí
 No

154.3 Si el trabajo sexual está criminalizado, ¿se ha iniciado o se está tramitando alguna acción legal para despenalizarlo en los últimos dos años?

- Litigios estratégicos
 Propuesta presentada al Parlamento
 Otros (especifique): _____
-

155. ¿Existen en su país leyes nacionales o subnacionales que criminalicen los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo en privado?

- Sí, pena de muerte
- Sí, prisión (14 años de por vida)
- Sí, prisión (hasta 14 años)
- Sí, sanción no especificada
- No, las leyes que penalizan los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido en ningún lugar del país.

155.1 En caso afirmativo, ¿hay partes del país donde los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo en privado no estén criminalizados?

- Sí
- No

155.2 Si existen leyes que criminalizan los actos sexuales entre personas del mismo sexo, ¿ha habido una moratoria en los últimos dos años?

- Sí
- No

155.3 Si los actos sexuales entre personas del mismo sexo están criminalizados, ¿se ha iniciado o se ha iniciado en los últimos dos años alguna acción legal para despenalizar los actos sexuales entre personas del mismo sexo?

- Litigios estratégicos
- Propuesta presentada al Parlamento
- Otros (especifique): _____
-

156. ¿Están tipificados como delito en su país, a nivel nacional o subnacional, el consumo y/o la posesión de drogas para uso personal?

- Sí, un delito penal para todas las drogas
- Sí, un delito penal para todas las drogas excepto la marihuana
- Sí, una infracción administrativa/no penal para todas las drogas
- No, no es un delito en ningún lugar del país.

156.1 En caso afirmativo, ¿hay zonas del país donde no sean delito?

- Sí
- No

156.2 Si el consumo de drogas y/o la posesión para consumo personal son delitos penales, ¿ha habido una moratoria en los últimos dos años?

- Sí
- No

156.3 Si el consumo de drogas y/o la tenencia para consumo personal son delitos penales, ¿se ha iniciado o se está tramitando alguna acción legal para despenalizar el consumo de drogas o la tenencia para consumo personal en los últimos dos años (seleccione todas las que procedan)?

- Litigios estratégicos
- Propuesta presentada al Parlamento
- Otros (especifique): _____

156.4 Si el consumo y/o la posesión de drogas son infracciones administrativas o no penales, ¿se aplica alguna de las siguientes medidas en su país a las personas que consumen drogas (seleccione todas las que procedan)?

- Internamiento obligatorio o rehabilitación obligatoria en un centro cerrado
 - Internamiento obligatorio o rehabilitación fuera de un centro
 - Restricciones de circulación, incluida la suspensión del pasaporte o del permiso de conducir
 - Asesoramiento obligatorio
 - Multas
 - Otras sanciones administrativas (especifíquese): _____
-

157. ¿Utiliza la ley umbrales de cantidad para estimar cuándo se poseen drogas para uso personal?

- Sí, para todas las drogas
- Sí, sólo para la marihuana
- No

157.1 En caso afirmativo, ¿especifica la ley la cantidad de droga que se considera para uso personal?

- Sí
- No

157.2 En caso afirmativo, ¿es este importe

- Indicativo
- Determinante

158. ¿Su país aplica el internamiento obligatorio o la rehabilitación obligatoria en un centro cerrado para las personas que consumen drogas?

- Sí
- No

159. Aparte de la penalización, ¿existen en su país otras leyes punitivas que afecten a las poblaciones clave (personas transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y personas que consumen drogas) (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, leyes de promoción ("propaganda")
- Sí, leyes morales o religiosas que limitan la libertad de expresión y asociación de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.
- Sí, las leyes de vagancia
- Sí, otros (especifique): _____
- No

Protección jurídica

160. ¿Existen en su país leyes que protejan contra la discriminación por el estado serológico respecto al VIH?

- Sí, protecciones constitucionales o legislativas que especifican el estado serológico respecto al VIH como atributo protegido
- Sí, protecciones constitucionales o legislativas que protegen contra la discriminación por el estado serológico respecto al VIH bajo otro estado (como salud, discapacidad u "otro estado") (especifíquese): _____
- No

160.1 En caso afirmativo, ¿se aplican las protecciones constitucionales o legislativas a alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Empleo
- Educación
- Sanidad
- Suministro de otros bienes y servicios
- Otros (especifique): _____

161. ¿Cuenta su país con protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por motivos de identidad de género?

- Sí, la identidad de género se especifica como atributo protegido
 - Sí, los tribunales o el gobierno han reconocido legalmente que la identidad de género está protegida bajo otro atributo (por ejemplo, género, sexo, otra condición) (especifique): _____
 - Sí, otros (especifique): _____
 - No
-

162. ¿Existen en su país leyes o políticas de reconocimiento legal del género que permitan el cambio legal de género?

- Sí
 No

162.1 En caso afirmativo, ¿se requiere alguno de los siguientes requisitos para cambiar de género (seleccione todos los que procedan)?

- Autodeclaración (no se requieren pruebas médicas)
 Cirugía de reasignación de género
 Esterilización
 Certificado de evaluación psicológica
 Otros (especifique): _____

162.2 En caso afirmativo, ¿es posible legalmente cambiar el marcador de género en los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pasaporte u otro documento nacional de identidad
 Partida de nacimiento propia
 Certificado de matrimonio/divorcio

163. ¿Es posible legalmente cambiar el nombre por el de otro género en alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pasaporte u otro documento nacional de identidad
 Partida de nacimiento propia
 Certificado de matrimonio/divorcio
 No

164. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación basada en la implicación en el trabajo sexual (por ejemplo, ocupación o profesión)?

- Sí, los tribunales o el gobierno han reconocido legalmente que el trabajo sexual está protegido por otro atributo (especifique): _____
 Sí, otros (especifique): _____
 No

165. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por motivos de orientación sexual?

- Sí, la orientación sexual se especifica como atributo protegido
 Sí, los tribunales o el gobierno han reconocido legalmente que la orientación sexual está protegida bajo otro atributo (por ejemplo, género, sexo, otra condición) (especifique): _____
 Sí, otros (especifique): _____
 No

166. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por consumo o posesión de drogas?

- Sí, los tribunales o el gobierno han reconocido legalmente que el consumo o la posesión de drogas están protegidos por otro atributo (especifique): _____
 Sí, otros (especifique): _____
 No

167. ¿Existe una referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en las políticas nacionales?

- Sí
 No

167.1 En caso afirmativo, ¿abordan las políticas las necesidades específicas de las mujeres que se inyectan drogas?

- Sí
 No

168. ¿Es el consumo y/o posesión de drogas una base legal para retirar la custodia de los hijos a sus padres?

- Sí
 No
-

Consentimiento de los padres o tutores y del cónyuge para acceder a los servicios

169. ¿Existen en su país leyes o políticas que exijan el consentimiento de los padres o tutores para que los adolescentes (menores de 18 años) puedan acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración?

- Sí, para adolescentes de 17-18 años
- Sí, para adolescentes de 15-16 años
- Sí, para adolescentes de 13-14 años
- Sí, para adolescentes de 12 años o menos
- No se especifica la edad: la capacidad de consentimiento se basa en una evaluación de la madurez
- Otros (especifique): _____
- No se aborda en la legislación/política

169.1 En caso afirmativo, ¿existen excepciones para que los adolescentes por debajo de la edad de consentimiento legal puedan acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración sin el consentimiento de los padres/tutores (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, madurez demostrada
- Sí, menores emancipados
- Sí, adolescentes embarazadas
- Sí, otros (especifique): _____
- No

170. ¿Existen en su país leyes y/o políticas que exijan el consentimiento de los padres/tutores para que los adolescentes (menores de 18 años) accedan a las pruebas del VIH y reciban los resultados?

- Sí, para adolescentes de 17-18 años
- Sí, para adolescentes de 15-16 años
- Sí, para adolescentes de 13-14 años
- Sí, para adolescentes de 12 años o menos
- No se especifica la edad: la capacidad de consentimiento se basa en una evaluación de la madurez.
- Otros (especifique): _____
- No contemplado en la legislación/política

170.1 En caso afirmativo, ¿hay excepciones para que los adolescentes por debajo de la edad de consentimiento legal puedan acceder a las pruebas del VIH y recibir los resultados sin el consentimiento de los padres/tutores (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, madurez demostrada
- Sí, menores emancipados
- Sí, adolescentes embarazadas
- Sí, otros (especifique): _____
- No

171. ¿Existen en su país leyes y/o políticas que exijan el consentimiento de los padres/tutores para que los adolescentes (menores de 18 años) accedan al autoanálisis del VIH y reciban los resultados?

- Sí, para adolescentes de 17-18 años
- Sí, para adolescentes de 15-16 años
- Sí, para adolescentes de 13-14 años
- Sí, para adolescentes de 12 años o menos
- No se especifica la edad: la capacidad de consentimiento se basa en una evaluación de la madurez.
- Otros (especifique): _____
- No contemplado en la legislación/política

171.1 En caso afirmativo, ¿hay excepciones para que los adolescentes por debajo de la edad de consentimiento legal puedan acceder al autoanálisis del VIH y recibir los resultados sin el consentimiento de los padres/tutores (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, madurez demostrada
 - Sí, menores emancipados
 - Sí, adolescentes embarazadas
 - Sí, otros (especifique): _____
 - No
-

172. ¿Existen en su país leyes y/o políticas que exijan el consentimiento de los padres/tutores para que los adolescentes (menores de 18 años) accedan al tratamiento del VIH?

- Sí, para adolescentes de 17-18 años
- Sí, para adolescentes de 15-16 años
- Sí, para adolescentes de 13-14 años
- Sí, para adolescentes de 12 años o menos
- No se especifica la edad: la capacidad de consentimiento se basa en una evaluación de la madurez.
- Otros (especifique): _____
- No contemplado en la legislación/política

172.1 En caso afirmativo, ¿existen excepciones para que los adolescentes por debajo de la edad de consentimiento legal puedan acceder al tratamiento del VIH sin el consentimiento de sus padres/tutores (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, madurez demostrada
- Sí, menores emancipados
- Sí, adolescentes embarazadas
- Sí, otros (especifique): _____
- No

173. ¿Permite la ley que los adolescentes (menores de 18 años) accedan a los siguientes servicios?

173.a Terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos

- Sí
- No

173.a.i En caso afirmativo, ¿se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder?

- Sí
- No

173.a.ii En caso afirmativo, especifique hasta qué edad se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder: _____

173.b Programas de agujas y jeringuillas

- Sí
- No

173.b.i En caso afirmativo, ¿se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder?

- Sí
- No

173.b.ii En caso afirmativo, especifique hasta qué edad se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder: _____

173.c Naloxona

- Sí
- No

173.c.i En caso afirmativo, ¿se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder?

- Sí
- No

173.c.ii En caso afirmativo, especifique hasta qué edad se requiere el consentimiento de los padres/tutores para acceder: _____

174. ¿Existen en su país leyes o políticas que exijan el consentimiento de los padres o tutores para que los adolescentes menores de 18 años puedan acceder a la profilaxis preexposición (PrEP)?

- Sí, para adolescentes de 17-18 años
- Sí, para adolescentes de 15-16 años
- Sí, para adolescentes de 13-14 años
- Sí, para adolescentes de 12 años o menos
- No se especifica la edad: la capacidad de consentimiento se basa en una evaluación de la madurez.
- Otros (especifique): _____
- No se aborda en la legislación/política

174.1 En caso afirmativo, ¿existen excepciones para que los adolescentes menores de edad puedan acceder al tratamiento del VIH sin el consentimiento de sus padres o tutores (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, madurez demostrada
- Sí, menores emancipados
- Sí, adolescentes embarazadas
- Sí, otros (especifique): _____
- No

175. ¿Existen en su país leyes que exijan el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a cualquier servicio de salud sexual o reproductiva?

- Sí
- No

176. ¿Existen en su país leyes que exijan el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas accedan a las pruebas del VIH?

- Sí
 - No
-

177. ¿Dispone su país de programas de formación sobre derechos humanos y marcos jurídicos de no discriminación aplicables al VIH para los siguientes grupos?

177.a Para la policía y otras fuerzas del orden

- Sí, como parte de los programas de formación a nivel nacional.
- Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como actividades puntuales o ad hoc
- No

177.b Para los miembros del poder judicial

- Sí, como parte de los programas de formación a nivel nacional.
- Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como actividades puntuales o ad hoc
- No

177.c Para cargos electos (legisladores/parlamentarios)

- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como actividades puntuales o ad hoc
- No

177.d Para el personal sanitario

- Sí, como parte de los programas de formación a nivel nacional.
- Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
- Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, como actividades puntuales o ad hoc
- No

177.e Para educadores

- Sí, como parte de los planes de formación a nivel nacional.
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No
-

178. En los últimos dos años, ¿ha proporcionado y/o financiado el gobierno formación para los siguientes grupos sobre derechos humanos y no discriminación en relación con los grupos de población clave en al menos el 25% de las provincias/regiones/distritos (seleccione todas las que procedan)?

178.a Para la policía y otras fuerzas del orden

- Trabajadores del sexo
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Las personas transgénero
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

178.b Para los miembros del poder judicial

- Trabajadores del sexo
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Las personas transgénero
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

178.c Para cargos electos (legisladores/parlamentarios)

- Trabajadores del sexo
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Las personas transgénero
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

178.d Para el personal sanitario

- Trabajadores del sexo
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Las personas transgénero
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

178.e Para educadores

- Trabajadores del sexo
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Las personas transgénero
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

179. ¿Existen en su país programas de formación sobre la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia de género para los siguientes grupos?

179.a Para la policía y otras fuerzas del orden

- Sí, como parte de los planes de formación a nivel nacional
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No
-

-
- 179.b** Para los miembros del poder judicial
- Sí, como parte de los programas de formación a nivel nacional.
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No

- 179.c** **Para cargos electos (legisladores/parlamentarios)**
- Sí, como parte de los programas de formación a nivel nacional
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No

- 179.d** **Para el personal sanitario**
- Sí, como parte de los planes de formación a nivel nacional
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No

- 179.e** **Para educadores**
- Sí, como parte de los planes de formación a nivel nacional
 - Sí, como parte de los currículos de formación a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel nacional.
 - Sí, como parte recurrente de la formación en el puesto de trabajo a nivel subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
 - Sí, como actividades puntuales o ad hoc
 - No

-
- 180.** **¿Existen mecanismos públicos de rendición de cuentas establecidos por el gobierno a través de los cuales las personas puedan presentar quejas y solicitar reparación en casos de discriminación relacionada con el VIH (basada en la percepción del estado serológico respecto al VIH y/o la pertenencia a cualquier grupo de población clave)? Los ejemplos incluyen (pero no se limitan a) una institución nacional de derechos humanos, un defensor del pueblo, un tribunal o una comisión.**
- Sí (describa): _____
 - No

181. **¿Dispone su país de alguno de los siguientes mecanismos de vigilancia y aplicación de los derechos humanos?**

- 181.a** **Existencia de instituciones nacionales independientes y funcionales para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, comisiones de reforma legislativa, organismos de vigilancia y defensores del pueblo que tengan en cuenta en su trabajo las cuestiones relacionadas con el VIH.**
- Sí
 - No

- 181.b** **Supervisión de la aplicación de las observaciones finales y recomendaciones de los órganos de vigilancia de los tratados y del Examen Periódico Universal (EPU)**
- Sí
 - No

-
- 182.** **¿Dispone su país de mecanismos para acceder a servicios jurídicos asequibles (seleccione todos los que procedan)?**
- Sí, sistemas de asistencia jurídica financiados con fondos públicos aplicables a los casos de VIH
 - Sí, servicios jurídicos gratuitos prestados por bufetes de abogados privados
 - Sí, servicios jurídicos prestados por clínicas jurídicas (universitarias)
 - Sí, asistentes jurídicos comunitarios
 - Sí, otros (describalos): _____
 - No
-

7. Cobertura de salud universal e integración

- Invertir en sistemas sanitarios y de protección social sólidos, resilientes, equitativos y financiados con fondos públicos que proporcionen al 90% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él, servicios integrados centrados en las personas y adaptados a su contexto para: VIH y otras enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles; atención a la salud sexual y reproductiva; violencia de género; salud mental; cuidados paliativos; tratamiento de la dependencia del alcohol; servicios legales para el consumo de drogas; y otros servicios que necesiten para su salud y bienestar general. Garantizar que, para 2025, el 45% de las personas que viven con el VIH y el sida, están en riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él tengan acceso a prestaciones de protección social.
- Garantizar que el 90% de las personas en contextos humanitarios tengan acceso a servicios integrados contra el VIH.
- Garantizar la participación sistemática de las respuestas al VIH en la infraestructura y los acuerdos de respuesta ante pandemias, aprovechando los planes estratégicos nacionales sobre el VIH para orientar los elementos clave de la planificación de la preparación ante pandemias y garantizar que el 95% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él estén protegidas contra las pandemias, incluida la COVID-19.

Cáncer de cuello de útero

183. ¿Se han adoptado en las directrices nacionales de su país las recomendaciones de las directrices de 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la detección de lesiones precancerosas cervicales para la prevención del cáncer de cuello uterino entre las mujeres que viven con el VIH?

- Sí
 No

183.a En caso afirmativo, indique las recomendaciones de la OMS adoptadas (seleccione todas las que procedan):

- La edad de inicio de las pruebas de detección periódicas del cáncer de cuello uterino es de 25 años
 VPH-ADN Se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección y tratamiento
 La IVAA se utiliza como prueba de detección primaria dentro de un enfoque de detección y tratamiento
 Citología Se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección y tratamiento
 Citología Se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección, triaje y tratamiento.
 El intervalo de detección recomendado para la citología/VIA es cada 3 años
 El intervalo de detección recomendado para el VPH-ADN es cada 3-5 años
 Otros (especifique): _____

Infecciones de transmisión sexual

184. ¿Dispone su país de una estrategia o plan de acción nacional para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual?

- Sí
 No

184.1 En caso afirmativo, ¿en qué año se actualizaron por última vez?

- Antes de 2020
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024

185. ¿Dispone su país de directrices nacionales para la gestión de casos de infecciones de transmisión sexual?

- Sí
 No

185.1 En caso afirmativo, ¿en qué año se actualizaron por última vez?

- Antes de 2020
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
-

186. ¿Dispone su país de directrices nacionales para el tratamiento de la *Neisseria gonorrhoeae*?

- Sí
- No

186.1 En caso afirmativo, ¿en qué año se actualizaron por última vez?

- Antes de 2020
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023
- 2024

187. ¿Se lleva a cabo en el país un seguimiento de la resistencia antimicrobiana gonocócica?

- Sí, anualmente
 - Sí, menos de una vez al año
 - No
-

Protección social

188. ¿Dispone el país de una estrategia, política o marco de protección social* aprobado?

- Sí, y se está aplicando
 Sí, pero no se está aplicando
 No

188.1 En caso afirmativo:

188.1.a ¿Se refiere al VIH?

- Sí
 No

188.1.b ¿Reconoce a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

188.1.bi. En caso negativo, describa las condiciones en las que las personas que viven con el VIH pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

188.1.c ¿Reconoce a alguna población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero o personas en prisiones y otros entornos cerrados) como beneficiarios clave?

- Sí
 No

188.1.ci. En caso afirmativo, ¿qué poblaciones clave están reconocidas como beneficiarios clave (seleccione todas las que procedan)?

- Trabajadores del sexo
 Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 Las personas transgénero
 Personas que usan drogas inyectables
 Personas recluidas en prisiones y otros centros cerrados

188.1.cii En caso negativo, describa las condiciones en las que las poblaciones clave pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

188.1.d ¿Reconoce a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- Sí
 No

188.1.e ¿Reconoce a los niños afectados por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

188.1.f ¿Reconoce a las familias afectadas por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

188.1.g ¿Aborda la cuestión del trabajo asistencial no remunerado en el contexto del VIH?

- Sí
 No

189. ¿Se incluye a representantes del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente en algún mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social*?

- No existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social, pero no incluye a ningún representante del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente.
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social que incluye a representantes del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente.

190. ¿Se está aplicando en el país algún programa de transferencia de efectivo* para mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años?

- Sí
 No
-

Aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio

191. ¿Qué flexibilidades* relacionadas con la salud pública de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) están incorporadas en la legislación nacional de su país sobre propiedad industrial y/o intelectual, y cuáles de ellas se han utilizado para mejorar el acceso a los productos relacionados con el VIH y/u otros productos sanitarios?

Flexibilidades de los ADPIC relacionadas con la salud pública	¿Están incorporadas en la legislación nacional sobre propiedad industrial/intelectual?	En caso afirmativo, ¿cuál es el último año en que se han utilizado?	En caso afirmativo, ¿para qué productos se han utilizado?
Agotamiento de los derechos (importación paralela) (artículo 6)	Sí/No		
Materia patentable (artículo 27)	Sí/No		
Excepción por investigación y uso experimental (artículo 30)	Sí/No		
Excepción reglamentaria (Bolar) (artículo 30)	Sí/No		
Licencias obligatorias (artículo 31)	Sí/No		
Uso público no comercial (uso gubernamental) (artículo 31)	Sí/No		
Ámbito de aplicación de la protección de datos de pruebas farmacéuticas (artículo 39.3)	Sí/No		
Derecho de la competencia (artículo 40)	Sí/No		
Períodos transitorios (artículos 65.2, 65.4 y 66.1)	Sí/No		

Seguro de salud universal

192. ¿Dispone su país de un seguro de enfermedad universal?

- Sí
 No

192.1 En caso negativo, ¿está avanzando su país hacia un sistema de seguro sanitario universal?

- Sí
 No

192.2 En caso afirmativo a las preguntas 192 o 192.1, ¿incluye el paquete de prestaciones lo siguiente?

192.2.a Medicamentos antirretrovirales

- Sí
 No

192.2.b Profilaxis preexposición (PrEP)

- Sí
 No

Estrategia

193. ¿Cuenta su país con una estrategia o política nacional que oriente la respuesta al sida?

- Sí, una estrategia o política independiente sobre el SIDA
- Sí, una estrategia o política sanitaria que integre la respuesta al sida
- No
- Otros (especifique): _____

193.1 En caso afirmativo, ¿se ha revisado la estrategia o política nacional en materia de VIH en los últimos dos años?

- Sí
- No

193.2 Si la respuesta a la P193 es afirmativa, ¿la estrategia o política nacional que orienta la respuesta al sida aborda explícitamente las siguientes poblaciones clave o grupos vulnerables (seleccione todas las que correspondan)?

- Poblaciones clave adolescentes
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Personas en prisiones y otros entornos cerrados
- Personas que usan drogas inyectables
- Trabajadores del sexo (hombres y mujeres)
- Las personas transgénero
- Personas no desplazadas afectadas por emergencias
- Refugiados y solicitantes de asilo
- Desplazados internos
- Migrantes

193.3 Si la respuesta a la P193 es afirmativa, ¿la estrategia o política nacional que orienta la respuesta al sida hace lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Incluir específicamente planes o actividades explícitos que aborden las necesidades de las poblaciones clave.
- Incluir específicamente planes o actividades explícitos que aborden las necesidades de las mujeres jóvenes y las niñas.
- Incluir específicamente planes o actividades explícitos que aborden el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.
- Incluir específicamente planes o actividades explícitos relativos a la reforma de leyes discriminatorias o punitivas.
- Basarse en los datos más recientes sobre la epidemia nacional de VIH y el estado de la respuesta.
- Integrar las aportaciones de un proceso multisectorial, incluidos diversos sectores gubernamentales y socios no gubernamentales.
- Aprovechar las pruebas aportadas por las organizaciones comunitarias

193.4 Si la respuesta a la pregunta 193 es afirmativa, ¿la estrategia o política nacional que orienta la respuesta al SIDA incluye intervenciones transformadoras del género*, incluidas intervenciones para abordar las intersecciones entre la violencia de género* y el VIH?

- Sí
- No

193.4.a. Si la respuesta a la pregunta 193.4 es afirmativa, ¿la estrategia o política nacional que orienta la respuesta al sida incluye un presupuesto específico para la ejecución de intervenciones transformadoras del género*?

- Sí
 - No
-

Monitoreo y evaluación

194. ¿Dispone su país de un plan o estrategia nacional de monitoreo y evaluación del VIH?

- Sí, una estrategia o plan independiente de seguimiento y evaluación del VIH
- Sí, la vigilancia y la evaluación del VIH están integradas en una estrategia o plan más amplio de vigilancia y evaluación de la salud.
- No
- Otros (especifique): _____

194.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se actualizó por última vez?

- 2019
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023

194.2 En caso afirmativo, ¿integra indicadores* sensibles al género para ayudar a comprender las desigualdades basadas en el género y la inequidad de género?

- Sí
- No

194.3 ¿Cuenta su país con un equipo de trabajo sobre la calidad de los datos que revise los datos de los programas subnacionales al menos semestralmente?

- Sí
 - No
-

Sistema de información

195. ¿Se dispone habitualmente de datos a nivel de paciente en el sistema de información sanitaria?

- Sí, totalmente electrónico
- Sí, parcialmente electrónico
- Sí, sólo en papel
- No existe ningún sistema de información sanitaria

195.1 Si existen datos a nivel de paciente, ¿se incluyen en el sistema de información sanitaria a nivel de distrito datos en cascada sobre las pruebas y el tratamiento de la atención prenatal?

- Embarazadas sometidas a la prueba prenatal y resultado de la prueba
 - Mujeres ya en terapia antirretroviral en la primera visita prenatal
 - Número de personas sometidas a la prueba del VIH
 - El número de personas seropositivas
 - Número de personas recién diagnosticadas de VIH que reciben terapia antirretroviral.
 - Número de personas en terapia antirretroviral con supresión viral
-

¿Los datos de las organizaciones comunitarias sobre los servicios que prestan están integrados en el sistema nacional de información sanitaria o equivalente?

- Sí, las organizaciones dirigidas por la comunidad se incluyen como un tipo de proveedor para el desglose de los indicadores existentes
 - Sí, se incluyen indicadores específicos sobre la prestación de servicios por parte de organizaciones dirigidas por la comunidad
 - No
 - Las organizaciones comunitarias no pueden prestar servicios
-

Vigilancia

196. ¿Es el VIH una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional?

- Sí
 No
-

197. ¿Dispone el país de un sistema nacional de vigilancia de casos de VIH*?

- Sí
 No

197.1 En caso afirmativo, ¿incluye el sistema nacional de vigilancia de casos de VIH lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Datos a nivel individual de cada persona diagnosticada de VIH
 Recopilación de datos de diferentes fuentes (laboratorios, registros de pruebas y tratamientos) para promover la exhaustividad de los datos sobre casos de VIH.
 Vinculación de datos a nivel individual para eliminar registros duplicados
 Recuento de CD4 en el momento del diagnóstico del VIH
 Inicio de la terapia antirretroviral
 Resultados de la primera prueba de carga viral y de seguimiento
 Embarazo en mujeres seropositivas
 Muerte
-

Sistemas de monitoreo de pacientes

198. ¿Ha actualizado el país los indicadores y herramientas de pruebas y tratamiento del VIH utilizando las directrices consolidadas de 2022 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre información estratégica del VIH centrada en la persona?

- Sí, totalmente
 Sí, parcialmente
 No
 No se
-

Códigos de identificación únicos para los pacientes

199. ¿Dispone el país de un método para identificar y eliminar la información sanitaria duplicada de los pacientes dentro de una misma clínica y entre clínicas -como la vinculación de registros mediante identificadores únicos y/o información personal identificable (incluida la biométrica)- para los siguientes servicios?

	Método para identificar y eliminar la información sanitaria duplicada	En caso afirmativo, especifique cómo se vinculan los datos
Servicios de tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Servicios de pruebas	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____

Servicios de prevención del VIH diseñados para cualquier grupo de población clave para hacer un seguimiento de la aceptación de la prevención combinada.

Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

- Sí, armonizado a nivel nacional
- Sí, pero varía según las regiones
- Sí, pero varía según los programas
- No
- No se

- Identificador personal único nacional
- Identificador único específico del VIH
- Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria
- Biometría
- Otros (especifique) _____

Profesionales del sexo

- Sí, armonizado a nivel nacional
- Sí, pero varía según las regiones
- Sí, pero varía según los programas
- No
- No se

- Identificador personal único nacional
- Identificador único específico del VIH
- Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria
- Biometría
- Otros (especifique) _____

Las personas transgénero

- Sí, armonizado a nivel nacional
- Sí, pero varía según las regiones
- Sí, pero varía según los programas
- No
- No se

- Identificador personal único nacional
- Identificador único específico del VIH
- Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria
- Biometría
- Otros (especifique) _____

Personas que usan drogas inyectables

- Sí, armonizado a nivel nacional
- Sí, pero varía según las regiones
- Sí, pero varía según los programas
- No
- No se

- Identificador personal único nacional
- Identificador único específico del VIH
- Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria
- Biometría
- Otros (especifique) _____

Otros (especifique):

- Sí, armonizado a nivel nacional
- Sí, pero varía según las regiones
- Sí, pero varía según los programas
- No
- No se

- Identificador personal único nacional
- Identificador único específico del VIH
- Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria
- Biometría
- Otros (especifique) _____

199.1 En caso afirmativo, ¿prevé la política de identificadores únicos también protecciones de la privacidad de los datos legalmente exigibles?

- Sí
- No

95-95-95

200. ¿Cuándo se llevó a cabo la última revisión de la calidad de los datos para determinar la exactitud de las cifras nacionales de personas que, según los informes, reciben tratamiento?
- En curso (resultados previstos para el año próximo)
 - Finalizado en el último año y resultados disponibles
 - Finalizado hace de 2 a 5 años
 - Nunca realizado o realizado hace más de 5 años

- 200.1 Si se ha realizado una revisión de la calidad de los datos en el último año, ¿se han utilizado los resultados para ajustar el número de personas en tratamiento reportado en el Indicador 2.2?
- Sí
 - No
-

201. ¿Cuándo se llevó a cabo la revisión más reciente de la calidad de los datos para determinar la exactitud del número de personas que, según los informes, han suprimido la carga vírica?
- En curso (resultados previstos para el año próximo)
 - Finalizado en el último año y resultados disponibles
 - Finalizado hace de 2 a 5 años
 - Nunca realizado o realizado hace más de 5 años

- 201.1 Si se ha llevado a cabo una revisión de la calidad de los datos en el último año, ¿se ha utilizado para ajustar el número de personas que han suprimido la carga viral reportado en el Indicador 2.3?
- Sí
 - No
-

Uso de datos

202. ¿Se están llevando a cabo revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH?
- Sí
 - No

- 202.1 En caso afirmativo, seleccione la frecuencia con la que se realizan las revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH.
- Trimestral
 - Cada 6 meses
 - Anualmente
 - Otros, especifique: _____

- 202.2 En caso afirmativo, ¿a qué nivel se realizan las revisiones de datos (seleccione todas las que procedan)?
- Nacional
 - Distrito
 - Instalación
-

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN): Parte B

* Las directrices del ICPN definen los términos marcados con un asterisco (*).

1. Prevención combinada para todos

- Reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 370 000 para 2025. Garantizar que el 95% de las personas en riesgo de infección por el VIH, dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos, tengan acceso y utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes por debajo de 50 000 para 2025.
- Garantizar la disponibilidad de la profilaxis preexposición (PPrE) para 10 millones de personas en riesgo sustancial de contraer el VIH y de la profilaxis postexposición (PPE) para las personas expuestas recientemente al VIH para 2025.
- El 95% de las personas en contextos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilizan opciones de prevención combinada adecuadas, prioritarias, eficaces y centradas en las personas.

Servicios de prevención del VIH para personas que usan drogas inyectables

1. ¿Existen programas de intercambio de agujas y jeringuillas en su país?

- Sí
- No, en absoluto
- No, pero las agujas y jeringuillas pueden comprarse legalmente en las farmacias sin receta.

2. ¿Hay naloxona (utilizada para revertir las sobredosis de opiáceos) disponible a través de la distribución comunitaria en su país?

- Sí
- No

3. ¿Existen programas de terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos en su país?

- Sí
- No

Servicios de prevención del VIH en prisiones y otros entornos cerrados

4. ¿Existen programas de intercambio de agujas y jeringuillas en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?

- Sí
- No

5. ¿Existen programas de terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?

- Sí
- No

6. ¿Hay preservativos y lubricantes a disposición de las personas que se encuentran en prisiones y otros entornos cerrados en su país?

- Sí
- No

7. ¿Hay terapia antirretroviral disponible para todas las personas que viven con el VIH en prisiones y otros entornos cerrados en su país?

- Sí
- No
-

-
- 8.** ¿Se realizan pruebas del VIH en las cárceles y otros entornos cerrados de su país?
- 8.a** ¿Se lleva a cabo sólo con el consentimiento informado de las personas en prisiones y otros entornos cerrados?
- Sí
- No
- 8.b** ¿Se ofrece sistemáticamente a la entrada y/o a la salida?
- Sí
- No
- 8.c** ¿Gratis?
- Sí
- No
- 8.d** ¿Confidencial?
- Sí
- No
- 8.e** ¿Disponible en cualquier momento durante la detención?
- Sí
- No
- 8.f** ¿Acompañado de información pertinente y accesible?
- Sí
- No
- 8.g** ¿Acompañado de asesoramiento confidencial antes y después de la prueba?
- Sí
- No
- 8.h** ¿Igualmente accesible para todas las personas en prisiones y otros entornos cerrados?
- Sí
- No
- 8.i** En caso negativo, qué personas de prisiones y otros entornos cerrados no tienen igualdad de acceso (especifique): _____
-
- 9.** ¿Está disponible el tratamiento de la hepatitis C (con medicamentos antivirales de acción directa) en las prisiones y otros entornos cerrados de su país?
- Sí
- No
-
- 10.** ¿Está disponible en su país la profilaxis preexposición (PrEP) a través de alguna de las siguientes opciones (seleccione todas las que procedan)?
- Centros públicos de salud
- Distribución comunitaria (incluidos los servicios móviles)
- Farmacias (independientes o en línea)
- Proveedores sanitarios privados
- Internet (compras informales)
- Instituciones educativas (escuelas, universidades, etc.)
- Centros de investigación
- Otros (especifique): _____
-

11. ¿Alguno de los siguientes obstáculos limita el acceso a la profilaxis preexposición (PrEP) en su país (seleccione todos los que procedan)?

- Posesión de PrEP utilizada como prueba de trabajo sexual u otra actividad sexual criminalizada
 - La PrEP se asocia a comportamientos sexuales estigmatizados
 - La PrEP sólo se suministra en lugares geográficos específicos
 - La PrEP sólo se proporciona en centros especializados en el tratamiento del VIH
 - Elevado coste de los servicios de la PrEP
 - Criterios de elegibilidad (por ejemplo, la PrEP está limitada a determinadas poblaciones)
 - Actitudes negativas de los proveedores de PrEP Prestación de servicios poco conveniente (por ejemplo, horarios de apertura)
 - La PrEP no está disponible en el país
-

2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH

- Reducir las muertes anuales relacionadas con el sida a menos de 250 000 para 2025.
 - Garantizar que 34 millones de personas reciban tratamiento contra el VIH en 2025.
 - Alcanzar los objetivos 95-95-95 de realización de pruebas, tratamiento y supresión viral en todos los grupos demográficos, grupos y entornos geográficos, incluidos los niños y adolescentes que viven con el VIH.
 - El 95% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico.
 - El 95% de las personas que conocen su estado serológico acceden al tratamiento.
 - El 95% de las personas en tratamiento tienen cargas virales suprimidas.
 - Garantizar que el 90% de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) para 2025.
 - Reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 80% para 2025 (en comparación con el valor de referencia de 2010).
-

12. ¿Existe en su país algún tipo de prueba obligatoria (u obligatoria) del VIH?

- No
 - Sí (explique brevemente cuándo se realizan las pruebas obligatorias y a qué grupos afectan): _____
-

13. ¿Dónde se realizan las pruebas de carga viral en su país?

- Sólo disponible en centros especializados
 - Disponible en los centros de terapia antirretroviral, ya sea in situ o por derivación.
 - Otros (especifique): _____
-

14. ¿Existe en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Intervenciones basadas en la comunidad (por ejemplo, defensores del paciente, intervenciones de tratamiento y apoyo entre iguales que proporcionen adherencia y apoyo psicosocial en la comunidad).
 - Clubes de adhesión y apoyo entre iguales (por ejemplo, apoyo entre iguales, distribución de medicamentos antirretrovirales y evaluación por parte de proveedores no clínicos o legos).
 - Otros (especifique): _____
-

15. ¿Existe en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Consejeros inter pares
 - Mensajes de texto
 - Uso de dispositivos recordatorios
 - Seguimiento de la reinserción del paciente (llamadas telefónicas/visitas a domicilio)
 - Asesoramiento reforzado sobre la adherencia
 - Derivación a apoyo psicológico/socioeconómico
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Formación en habilidades conductuales/formación en adherencia a la medicación
 - Combinaciones de dosis fijas y regímenes de una vez al día
 - Gestión de casos
 - Navegación entre iguales
 - Otros (especifique): _____
-

16. ¿Pueden los migrantes¹⁰ acceder a los servicios relacionados con el VIH (pruebas, medicamentos antirretrovirales y atención de salud)?

- Sí
 - No
-

¹⁰ Los migrantes se definen como no ciudadanos que se encuentran en un país distinto de su país de origen para una estancia superior a seis meses, excluidos los refugiados y los solicitantes de asilo.

3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical

- Garantizar que el 75% de todos los niños que viven con el VIH tengan cargas virales suprimidas para 2023 y el 86% para 2025, en consonancia con los objetivos de tratamiento del VIH 95-95-95.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas del VIH, la sífilis, la hepatitis B y otras infecciones de transmisión sexual para 2025.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas y lactantes en entornos con alta carga de VIH tengan acceso a la repetición de las pruebas al final del embarazo y en el periodo posparto para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de por vida, y que el 95% logre y mantenga la supresión viral antes del parto y durante la lactancia para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes seronegativas en entornos con alta carga de VIH -o aquellas que tienen parejas masculinas con alto riesgo de VIH en todos los entornos- tengan acceso a la prevención combinada, incluida la profilaxis preexposición (PREP), y que el 90% de sus parejas masculinas que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de forma continuada.
- Garantizar que el 95% de los niños expuestos al VIH se sometan a la prueba antes de los dos meses de edad y tras el cese de la lactancia materna.

17. ¿Participan* las mujeres que viven con el VIH en su país en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con la prevención de la transmisión vertical del VIH?

- Sí
 No

18. En el contexto de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH en su país, ¿se informa (o documenta) alguno de los siguientes aspectos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pruebas y/o tratamiento obligatorios o coercitivos del VIH
 Falta de consentimiento informado, voluntario y obtenido previamente
 Aborto, anticoncepción y/o esterilización forzados o bajo coacción
 Falta de confidencialidad y privacidad
 Otras violaciones graves o sistemáticas de los derechos humanos* (describir): _____

18.1 Si en su país se ha reportado alguna de estas situaciones, ¿está actuando el gobierno con la debida diligencia para responder a ellas?

- Sí
 No
 No se

4. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas

- Reducir a no más del 10% el número de mujeres, niñas y personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él y que sufren desigualdades de género y violencia sexual y de género.
- Garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tienen cubiertas sus necesidades en materia de VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención prenatal y materna, la información y el asesoramiento.

19. ¿Incluye la legislación de su país alguna de las siguientes disposiciones relacionadas con la violencia contra las mujeres (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Mandamientos judiciales para garantizar la seguridad de los supervivientes
 Unidad de Actuaciones Especiales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
 Servicios o asistencia jurídicos gratuitos
 Ayuda económica a los supervivientes
 Personal policial especializado o unidad para tratar la violencia contra las mujeres
 Servicios para la persona que ejerce la violencia
 Otros (especifique): _____

20. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes medidas para proteger de la violencia a las poblaciones clave y a las personas que viven con el VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Legislación penal general que prohíbe la violencia
 Disposiciones legales específicas que prohíben la violencia contra las personas por su condición de seropositivas o por pertenecer a una población clave.
 Programas de lucha contra la violencia de pareja*.
 Programas contra la violencia laboral
 Intervenciones contra los abusos policiales
 Intervenciones contra la tortura y los malos tratos prisiones y otros entornos cerrados

5. Liderazgo comunitario

- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 30% de los servicios de pruebas y tratamiento para 2025, centrándose en las pruebas del VIH, la vinculación al tratamiento, el apoyo a la adherencia y la retención, y la alfabetización sobre el tratamiento.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 80% de los servicios de prevención del VIH a las poblaciones de alto riesgo de infección por el VIH para 2025, incluidas las mujeres de esas poblaciones.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad ejecuten el 60% de los programas de apoyo a la consecución de los habilitadores sociales para 2025.

21. ¿Existen en su país restricciones para el registro y el funcionamiento de las organizaciones dirigidas por la comunidad que afecten a la prestación de servicios relacionados con el VIH?

- Restricciones al registro
- Restricciones territoriales a las operaciones, como la zonificación
- Restricciones a la prestación de servicios a poblaciones clave
- Informes engorrosos y otras restricciones a las operaciones
- Elevado coste de registro
- Otros (especifique): _____
- No

22. ¿Existen en su país leyes, políticas o normativas que dificulten el acceso a la financiación para el trabajo relacionado con el VIH de las organizaciones dirigidas por la comunidad (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Falta de contratación social u otros mecanismos que permitan financiar la prestación de servicios comunitarios con fondos nacionales.
- Restricciones para acceder a financiación de "agentes extranjeros" o donantes internacionales
- Normativa que regula las actividades de recaudación de fondos de las organizaciones
- Documentación y procedimientos lentos
- Requisitos de elegibilidad que impiden a las organizaciones pequeñas o de reciente creación acceder a la financiación
- Requisitos administrativos que limitan la capacidad de las organizaciones para transferir y ejecutar fondos
- Otros (describalos): _____
- No

Participación

23. ¿Participan* las personas que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
- No

24. ¿Participan* las mujeres que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con la prevención de la transmisión vertical?

- Sí
- No

25. ¿Participan* los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
- No

26. ¿Participan* profesionales del sexo en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
- No

27. ¿Participan* las personas que usan drogas inyectables en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
- No

28. ¿Participan* las personas transgénero en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?

- Sí
 - No
-

29. **¿Participan* en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país personas que han estado o están en prisión o en otros entornos cerrados?**

Sí

No

30. **¿Participan* los jóvenes (de 15 a 24 años) en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

Sí

No

30.1 **En caso afirmativo, ¿participan* los jóvenes en alguno de los siguientes espacios de toma de decisiones en la respuesta nacional al VIH (si existen)?**

Espacio de decisión	¿Existe?	¿Participan los jóvenes en este espacio?
Equipos técnicos para la elaboración, revisión y actualización de estrategias y planes nacionales sobre el SIDA	Sí/No	Sí/No
Equipos técnicos para el desarrollo o la revisión de programas relacionados con el acceso de los jóvenes a los servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.	Sí/No	Sí/No
Coordinación nacional del sida una autoridad o equivalente, con un amplio mandato multisectorial	Sí/No	Sí/No
Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial)	Sí/No	Sí/No
Órgano consultivo comunitario para hospitales, clínicas y/o proyectos de investigación	Sí/No	Sí/No
Otros (especifique): _____	Sí/No	Sí/No

6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación

- Garantizar que menos del 10% de los países tengan marcos jurídicos y políticos restrictivos que afecten injustamente a las personas que viven con el VIH, las que están en riesgo de contraerlo y las afectadas por él. Algunos ejemplos son las leyes sobre la edad de consentimiento y las leyes relacionadas con la no revelación, exposición y transmisión del VIH, las leyes que imponen restricciones de viaje relacionadas con el VIH y pruebas obligatorias, y las leyes que conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios para 2025.
- Invertir 3.100 millones de dólares en facilitadores sociales -incluida la protección de los derechos humanos, la reducción de la estigmatización y la discriminación y la reforma legislativa, cuando proceda- en países de renta baja y media de aquí a 2025.
- Garantizar que, para 2025, menos del 10% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él sufran estigmatización y discriminación.

Cumplimiento de la ley

31. **En su país, ¿se ha detenido o procesado a personas que viven con el VIH por no revelación del estado serológico, exposición o transmisión en los últimos dos años?**

Sí

No

32. **¿Se ha detenido o procesado a personas que viven con el VIH en su país por exposición o transmisión vertical en los últimos dos años?**

Sí

No

33. **¿Puede utilizarse la posesión de una aguja o jeringuilla sin receta como prueba de consumo de drogas o causa de detención en su país?**

Sí

No

34. **¿Han sido detenidas o procesadas en su país personas trans por expresar su identidad de género en los últimos dos años?**

Sí

No

-
35. ¿Han sido detenidas o procesadas personas profesionales del sexo de su país en relación con la venta de sexo en los últimos dos años?
- Sí
- No
-
36. ¿Se ha detenido o procesado en su país a personas por actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo en los últimos dos años?
- Sí
- No
-
37. ¿Han sido detenidas o procesadas personas en su país por consumir o estar en posesión de alguna droga en los últimos dos años?
- Sí
- No
-
38. Si la posesión de cualquier droga para uso personal no es un delito penal en su país, ¿existen disposiciones legales o administrativas para el consumo de drogas y/o la posesión para uso personal que equivalgan a una forma de castigo (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Multas
- Pérdida de documentos de identidad, incluido el pasaporte
- Pérdida del permiso de conducir
- Los umbrales cuantitativos por posesión de drogas no reflejan el consumo
- Falta de aplicación de los umbrales de cantidad definidos en las leyes o políticas
- Falta o escasa comprensión por parte de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley de los umbrales de cantidad u otras disposiciones legales que permiten la posesión y/o el consumo de una cantidad limitada de drogas, cuando éstas existen.
- Tratamiento obligatorio en un centro de detención
- Tratamiento obligatorio en la comunidad
- Otros (especifique): _____
-
39. ¿Se han utilizado con éxito las prohibiciones constitucionales o legislativas de la discriminación para proteger o defender los derechos de las personas transgénero en los últimos dos años en alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Tribunales
- Defensa ante el gobierno de reformas legislativas o políticas
- Otros (especifique): _____
-
40. Si se reconoce legalmente el cambio de marcador de género, ¿alguno de los siguientes obstáculos limita su aplicación (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Normativa o procesos de solicitud poco claros o vagos
- Coste elevado
- La cirugía de reasignación de sexo, requisito para el cambio
- Otros (especifique): _____
- El cambio de sexo no está reconocido legalmente
-
41. ¿Se han utilizado con éxito las prohibiciones constitucionales o legislativas de la discriminación para proteger o defender los derechos de los/las profesionales del sexo en los últimos dos años en alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Tribunales
- Defensa ante el gobierno de reformas legislativas o políticas
- Otros (especifique): _____
-
42. ¿Se han utilizado con éxito las prohibiciones constitucionales o legislativas de la discriminación para proteger o defender los derechos de las personas en función de su orientación sexual en los últimos dos años en alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Tribunales
- Defensa ante el gobierno de reformas legislativas o políticas
- Otros (especifique): _____
-
43. ¿Se han utilizado con éxito disposiciones protectoras para proteger o defender los derechos de las personas que consumen drogas en los últimos dos años en alguno de los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?
- Tribunales
- Defensa ante el gobierno de reformas legislativas o políticas
- Otros (especifique): _____
-

44. ¿Existe alguna de las siguientes barreras que impidan hacer uso de las protecciones constitucionales u otras protecciones legislativas en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Procesos administrativos poco claros o largos
- Coste elevado Dificultades de acceso al sistema judicial
- Falta de apoyo jurídico
- Otros (especifique): _____

Alfabetización en derechos

45. En los últimos dos años, ¿se han llevado a cabo en su país programas de formación y/o capacitación para personas que viven con el VIH y poblaciones clave con el fin de sensibilizarlas sobre sus derechos en el contexto del VIH?

- Sí, a escala nacional
- Sí, a escala subnacional (en al menos una provincia/región/distrito)
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

45.1 En caso afirmativo:

45.1.a ¿Se proporcionó financiación pública para apoyar la formación?

- Sí
- No
- No lo sé

45.1.b ¿Quién impartió la formación?

- Organizaciones comunitarias
- Gobierno
- Otro (por favor, especifique): _____

46. ¿Existe alguno de los siguientes obstáculos a la hora de proporcionar formación y/o capacitación a las personas que viven con el VIH y a los grupos de población clave para educarles y concienciarles sobre sus derechos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Falta de voluntad política
- Falta de financiación
- Falta de capacidad para impartir formación
- Barreras que impiden al público destinatario acceder a la formación o al desarrollo de capacidades
- Otros (describalos): _____

Mecanismos de rendición de cuentas

47. ¿Existen mecanismos establecidos por la comunidad y/o las organizaciones no gubernamentales para registrar y abordar las quejas individuales de discriminación relacionada con el VIH (basada en la percepción del estado serológico respecto al VIH y/o la pertenencia a cualquier grupo de población clave)? Ejemplos de tales mecanismos son las estructuras culturales tradicionales o las organizaciones no gubernamentales capacitadas para abordar las reclamaciones a través de la mediación.

- Sí (describa): _____
- No

48. ¿Dispone su país de mecanismos para acceder a servicios jurídicos asequibles (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, sistemas de asistencia jurídica financiados con fondos públicos aplicables a los casos de VIH
- Sí, servicios jurídicos gratuitos prestados por bufetes privados o abogados individuales
- Sí, servicios jurídicos prestados por clínicas jurídicas (universitarias)
- Sí, asistentes jurídicos comunitarios
- Sí, otros (describalos): _____
- No

49. ¿Existe en su país alguno de los siguientes obstáculos para acceder a la justicia, incluidos los mecanismos formales e informales (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Los mecanismos no funcionan
 - Los mecanismos no son sensibles al VIH
 - Limitaciones de asequibilidad para las personas de grupos marginados y afectados
 - La concienciación o los conocimientos sobre cómo utilizar estos mecanismos son limitados.
 - Otros (especifique): _____
-

50. **¿Las poblaciones clave o las personas que viven con o están afectadas por el VIH se enfrentan a obstáculos particulares para acceder a la justicia en su país?**

No

Sí-por favor, descríbalo y proporcione detalles sobre la escala (por ejemplo, a nivel nacional): _____

7. Cobertura sanitaria universal e integración

- Invertir en sistemas sanitarios y de protección social sólidos, resilientes, equitativos y financiados con fondos públicos que proporcionen al 90% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él, servicios integrados centrados en las personas y adaptados a su contexto para: VIH y otras enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles; atención a la salud sexual y reproductiva; violencia de género; salud mental; cuidados paliativos; tratamiento de la dependencia del alcohol; servicios legales para el consumo de drogas; y otros servicios que necesiten para su salud y bienestar generales.
 - Garantizar que, para 2025, el 45% de las personas que viven con el VIH y el sida, están en riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él tengan acceso a prestaciones de protección social.
 - Garantizar que el 90% de las personas en contextos humanitarios tengan acceso a servicios integrados contra el VIH.
 - Garantizar la participación sistemática de las respuestas al VIH en la infraestructura y los acuerdos de respuesta ante pandemias, aprovechando los planes estratégicos nacionales sobre el VIH para orientar los elementos clave de la planificación de la preparación ante pandemias y garantizar que el 95% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él estén protegidas contra las pandemias, incluida la COVID-19.
-

51. **¿Alguno de los siguientes obstáculos limita el acceso a los programas de protección social* en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

Falta de información sobre los programas

Procedimientos complicados

Miedo al estigma y la discriminación

Falta de documentación que confiera derecho a la ayuda, como el documento nacional de identidad

Leyes o políticas que obstaculizan el acceso

Gastos de bolsillo elevados (por ejemplo, transporte, tiempo para recibir las transferencias)

Acceso limitado a las cuentas bancarias cuando se utilizan para la ejecución de programas de protección social

Acceso limitado a los teléfonos móviles cuando se utilizan para ejecutar programas de protección social

Las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/o las personas afectadas por el VIH están cubiertas por otro programa

Otros (especifique): _____

Encuesta del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) sobre el uso de antirretrovirales (ARV) y de laboratorios, y aplicación de las guías de la OMS pertinentes

Encuesta para documentar la situación de los datos en 2023

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA de la OMS, perteneciente al Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Infecciones de Transmisión Sexual, está llevando a cabo la decimonovena encuesta anual sobre los regímenes de terapia antirretroviral utilizados en los países de ingresos bajos y medianos. El cuestionario de 2024 abarca el uso de medicamentos antirretrovirales en adultos y niños para la terapia antirretroviral (TAR) y la prevención de la transmisión vertical (PTMI); el uso de pruebas de laboratorio para la iniciación y el seguimiento de la TAR; los datos de adquisición de 2023; y las previsiones nacionales a tres años (2024-2026) por régimen.

Para cumplimentar el cuestionario, solicite a los funcionarios pertinentes de los programas de TAR, PTMI, laboratorio nacional y adquisición que recopilen la información solicitada para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023. Los funcionarios profesionales que envíen los datos deberán comprobar que el cuestionario esté completo y sea de calidad, exacto y válido.

Los resultados de esta encuesta se utilizarán para analizar las tendencias regionales y mundiales del uso de medicamentos antirretrovirales y elaborar previsiones de la demanda mundial de medicamentos antirretrovirales. Estos análisis y previsiones se discutirán con los fabricantes de medicamentos y diagnósticos y con los donantes para prevenir la escasez mundial.

La OMS analizará las respuestas de cada país para elaborar perfiles nacionales de gestión de adquisiciones y suministros que presenten información estratégica específica de cada país y aporten comentarios para ayudar a los gestores de los programas nacionales a desarrollar intervenciones más rentables.

Para cualquier consulta sobre el cuestionario contacte con el Sr. Boniface Dongmo Nguimfack (dongmonguimfackb@who.int), Departamento de Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual, OMS, Ginebra.

Sección 1A. Visión general del tratamiento antirretroviral

Pregunta 1. Número total de adultos y niños en tratamiento antirretroviral a finales de 2023: _____

Sección 1B. Tratamiento de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas

Pregunta 2. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y en tratamiento antirretroviral por línea de tratamiento a finales de 2023:

Línea de tratamiento	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2023
Primera línea	
Segunda línea	
Tercera línea	
Total	

Pregunta 3. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, con regímenes antirretrovirales de primera línea a finales de 2023 (comience con los regímenes con números más altos):

Régimen antirretroviral de primera línea	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2023.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 4. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, con regímenes antirretrovirales de segunda línea a finales de 2023 (comience con los regímenes con números más altos):

Régimen antirretroviral de segunda línea	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2023
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 5. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, con regímenes antirretrovirales de tercera línea a finales de 2023 (comience con los regímenes con números más altos):

Régimen antirretroviral de tercera línea	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2023
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
Total	

Sección 2. Tratamiento de niños (<10 años) que viven con el VIH

Pregunta 6. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2023

Línea de tratamiento	Número total de niños (<10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2023
Primera línea	
Segunda línea	
Tercera línea	
Total	

Pregunta 7. Número de bebés y niños (de <10 años de edad) que viven con el VIH con regímenes antirretrovirales de primera línea a finales de 2023 (empiece por los regímenes con cifras más altas):

Régimen de primera línea	Número de bebés y niños (de <10 años) que reciben este régimen a finales de 2023		
	<3 años (A)	≥3 a <10 años (B)	Todos los niños de <10 años (A) + (B)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
Total			

Pregunta 8. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y que reciben un régimen antirretroviral de segunda línea a finales de 2023 (empiece por los regímenes con cifras más altas)

Régimen antirretroviral de segunda línea	Número de niños (de <10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen a finales de 2023
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 9. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral de tercera línea a finales de 2023 (empiece por los regímenes con cifras más altas)

Régimen antirretroviral de tercera línea	Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen a finales de 2023
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Total	

Sección 3. Prevención de la transmisión vertical

Pregunta 10. Número de mujeres embarazadas que recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión vertical y diversas opciones de prevención de la transmisión vertical durante 2023: _____

Pregunta 11. Número de bebés por medicamento antirretroviral utilizado para la profilaxis del VIH en bebés nacidos de mujeres que viven con el VIH en 2023:

Medicamento antirretroviral	Número de bebés que inician este régimen en 2023

Total

Sección 4. Servicios de laboratorio

Pruebas del VIH

Pregunta 12. Número total de pruebas de diagnóstico rápido de VIH realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 13. Número total de pruebas de diagnóstico inmunoenzimático (ELISA) del VIH realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 14. Número total de pruebas serológicas de anticuerpos del VIH, incluidas las pruebas de diagnóstico rápido y las pruebas ELISA, realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pruebas de CD4

Pregunta 15. Número total de pruebas de CD4 realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 16. Número total de personas en tratamiento antirretroviral que se realizaron al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 17. Número total de mujeres embarazadas que viven con el VIH a las que se realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre de 2023: ____

Pruebas de carga viral (CV)

Pregunta 18. Número total de pruebas de carga viral realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 19. Número total de personas en tratamiento antirretroviral que se realizaron al menos una prueba de CV entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 20. Número total de mujeres embarazadas que viven con el VIH que se sometieron al menos a una prueba de CV entre enero y diciembre de 2023: ____

Diagnóstico infantil

Pregunta 21. Número total de pruebas de diagnóstico infantil realizadas entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 22. Número total de bebés (<12 meses) nacidos de mujeres que viven con el VIH a los que se les realizó al menos una prueba de diagnóstico infantil entre enero y diciembre de 2023: ____

Pregunta 23. Número total de laboratorios o centros por tipos de prueba en su país en 2023:

Tipo de prueba	Número de laboratorios o centros en los que se recogen muestras (centros con pruebas y centros sin pruebas)	Número de laboratorios o centros en los que se realizan pruebas	Número de laboratorios o centros en los que se realizan pruebas y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o centros que necesitan actividades de mejora de la calidad basadas en el ejercicio de evaluación externa de calidad más reciente	Principales actividades necesarias para la mejora de la calidad
Pruebas serológicas de anticuerpos del VIH, incluidas las pruebas rápidas y ELISA					
Diagnóstico infantil					
Pruebas de CD4					
Pruebas de carga viral					
Pruebas de genotipo de la farmacoresistencia del VIH					
GeneXpert (prueba de la tuberculosis)					

Sección 5. Metas por país

Pregunta 24. Metas nacionales para tratamiento antirretroviral, PTMI y pruebas de laboratorio en los próximos 5 años:

Meta	Finales de 2024	Finales de 2025	Finales de 2026	Finales de 2027	Finales de 2028
1. Número de adultos y niños que reciben antirretrovirales					
1.1 Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que reciben antirretrovirales					
1.2 Número de niños (< 10 años) en tratamiento antirretroviral					
1.2.1 Número de niños (< 3 años) en tratamiento antirretroviral					
1.2.2 Número de niños (de ≥ 3 a < 10 años) en tratamiento antirretroviral					
2. Número de mujeres embarazadas en tratamiento antirretroviral					
3. Número de personas que se han realizado la prueba del VIH					
4. Número de personas que se han realizado la prueba de CD4					
5. Número de personas que se han realizado una prueba de carga viral					
6. Número de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH a los que se les ha realizado una prueba de diagnóstico infantil					
7. Número de pruebas de serología del VIH					
8. Número de pruebas de CD4					
9. Número de pruebas de carga viral					
10. Número de pruebas de diagnóstico temprano infantil					

Pregunta 25. Pronósticos nacionales a 3 años por régimen antirretroviral para adultos:

Régimen de medicamentos antirretrovirales de primera línea	Número de personas en régimen		Régimen de medicamentos antirretrovirales de segunda línea	Número de personas en régimen		Régimen de medicamentos antirretrovirales de tercera línea	Número de personas en régimen			
	2024	2025		2026	2024		2025	2026	2024	2025
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
Etc...										
Subtotal										

Pregunta 26. Pronósticos nacionales a 3 años por régimen de medicamentos antirretrovirales para niños:

Régimen de medicamentos antirretrovirales de primera línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de segunda línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de tercera línea	Número de personas en régimen		
	2024	2025	2026		2024	2025	2026		2024	2025	2026
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Etc...											
Subtotal											

Pregunta 27. Pronósticos nacionales a 3 años de pruebas de VIH, pruebas de CD4, pruebas de carga viral y pruebas de diagnóstico temprano infantil

Tipo de prueba	Número de pruebas adquiridas en 2023 y previstas para los próximos tres años	
Adquiridas para 2023	Previsto para 2025	Previsto para 2026
Pruebas de diagnóstico del VIH (pruebas de diagnóstico rápido, autodiagnóstico)		
Pruebas CD4		
Pruebas de carga viral		
Pruebas de diagnóstico temprano del VIH infantil		

Anexo 1.

Bibliografía Seleccionada

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).
21. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Anexo 2.

Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados

Para completar el formulario, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Es necesario indicar un año fiscal. El año fiscal puede corresponder o no con el año natural (utilice el año fiscal que empiece en el año natural especificado en el campo).
2. Elija la moneda del informe. Se puede completar en la moneda local o convertirse a dólares estadounidenses cuando se especifique un tipo de cambio oficial.
3. Es necesario indicar los importes en unidades monetarias en miles o millones.
4. Indique el presupuesto aprobado y ejecutado en el año fiscal correspondiente. El presupuesto aprobado incluye el presupuesto interno aprobado por el gobierno. Las asignaciones presupuestarias que utilizan préstamos gubernamentales (préstamos no oficiales de asistencia para el desarrollo) también se consideran parte del presupuesto nacional. El presupuesto ejecutado es el gasto del presupuesto aprobado; no debe exceder el presupuesto aprobado salvo que se hayan proporcionado fondos adicionales (si es así, especifique). La totalidad del gasto puede exceder el presupuesto aprobado, ya que algunos gastos incurridos no están financiados por los presupuestos asignados para el VIH.
5. Indique la percepción de un aumento, un mantenimiento en el mismo nivel o una disminución del presupuesto para el año fiscal siguiente.
6. Es necesario proporcionar los subtotales agregados para los presupuestos en cada nivel de gobierno, así como para estructuras presupuestarias subsegmentadas e independientes. Para los niveles de gobierno, notifique los subtotales para los niveles nacional/central/federal, provincial/estatal/de distrito y municipal/de la ciudad/local en cada país (según corresponda). **Reporte por separado los presupuestos públicos para las instituciones que pertenecen a diferentes sistemas, como las instituciones de seguridad u otros organismos nacionales (por ejemplo, la comisión nacional sobre el SIDA), si esos sistemas son independientes de los niveles gubernamentales mencionados anteriormente.**

Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH adquiridos y distribuidos

Como parte del Indicador 8.2, es necesario completar la información sobre el volumen y los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH adquiridos y distribuidos.

Régimen antirretroviral/formulación	Posología	Pastillas o la dosis más pequeña por paquete	Número total de paquetes adquiridos en el año fiscal	Precio unitario promedio por paquete (en US\$) (excluidos fletes y otros gastos administrativos)	Número total de paquetes recibidos por los beneficiarios en el año fiscal
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudina + Nevirapina [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz [ZVD + 3TC] + EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Abacavir + Lamivudina + Zidovudina [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg				
Tenofovir + Emtricitabina [TDF + FTC]	300 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina [ZDV + 3TC]	300 mg + 150 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	200 mg + 50 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	80 mg + 20 mg/ml				
Abacavir + Lamivudina [ABC + 3TC]	860 mg + 30 mg				
Tenofovir + Lamivudina [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg				
Darunavir [DRV]	300 mg				
Dolutegravir [DTG]	50 mg				
Otros (favor especificar):					

Régimen/formulación relacionados con el manejo de la enfermedad avanzada por VIH	Posología	Pastillas o la dosis más pequeña por paquete	Número total de paquetes adquiridos en el año fiscal	Precio unitario promedio por paquete (en US\$) (excluidos fletes y otros gastos administrativos)	Número total de paquetes recibidos por los beneficiarios en el año fiscal
Ambisoma (dosis alta de anfotericina B liposomal) inyectable	50 mg/frasco	1 frasco			
Anfotericina liposomal convencional	50 mg/ml				
Anfotericina B desoxicolato inyectable	5 mg/ml	1 frasco			
Comprimido de flucitosina (5FC)	500 mg				
Flucitosina inyectable	10 mg/ml	5 botellas			
Cápsula de fluconazol	50 mg				
Cápsula de fluconazol	200 mg	100			
Fluconazol solución inyectable parenteral	2 mg/ml	100 ml en bolsa			
Cápsula de Itraconazol	200 mg				
Cotrimoxazol (sulfametoxazol y trimetoprima) comprimido	800 mg/160mg				
Comprimido de isoniazida/cotrimoxazol/vitamina B6	300/960/25 mg	30			

Notas:

1. Exprese el volumen en número de envases adquiridos y los precios unitarios en unidades de la moneda local o en dólares estadounidenses corrientes para el año que se reporta.
2. Los datos sobre el número de envases recogidos por los beneficiarios corresponden al régimen/formulaciones sin necesidad de desagregar por proceso de adquisición.
3. Al elegir la opción "Otros", el relator podrá proporcionar datos personalizados sobre la combinación de régimen y posología en caso de que la información sobre el régimen no se encuentre en la lista estándar mostrada anteriormente.
4. La información sobre los pacientes por régimen se recopilará como parte de la Encuesta del Servicio de Medicamentos y Diagnósticos de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales y tecnologías de laboratorio y en la aplicación de las directrices de la OMS relacionadas, alojadas en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del Sida.

Anexo 4.

La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos

Al igual que en los ciclos de informes anteriores, la matriz de financiamiento nacional sugerida para el ciclo del Monitoreo Global del SIDA 2023 contiene un conjunto de programas y servicios básicos clave por fuente de financiación. Cada una de las categorías del programa se divide en conjuntos de subindicadores. El conjunto de los subindicadores centrales comprende los siguientes programas o servicios clave:

- Prevención combinada, que incluye preservativos, PrEP, circuncisión masculina médica voluntaria, servicios de reducción de daños, empoderamiento de las mujeres jóvenes y niñas, y suministro de paquetes de servicios esenciales para grupos de población clave.
- Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- Pruebas y asesoramiento sobre VIH.
- Seguimiento de laboratorio específico para el VIH.
- Terapia antirretroviral.
- VIH y tuberculosis (TB).
- Facilitadores sociales, incluida la reducción del estigma y la discriminación.
- Institución de programas de derechos humanos.

El marco de información sobre el Indicador 8.3 “Gasto total relativo al VIH por origen de los recursos” se organiza en torno a un sistema bidimensional para el registro del gasto relativo al VIH por programa y fuente de financiación. En consecuencia, el formato de esa información tiene un formato de matriz.

La tabla siguiente (tabla 1) proporciona un conjunto completo de programas o servicios y una categoría residual que explica la totalidad del posible uso de los recursos en los países, incluidas las fuentes de financiación. Se pide de los países que informen de los programas y servicios que correspondan según proceda (es decir, los países solamente deben informar de las filas de la matriz que sean relevantes de acuerdo con la realidad de cada país, no de todas). Lo mismo es válido para los recursos financieros: deberán completarse según existan en cada nación. Es importante diferenciar cuándo el gasto es inexistente (es decir, tiene un valor "0"), no está disponible o no es aplicable.

El gasto total relativo al VIH es la suma de los programas y servicios básicos de las cifras reportadas de los Compromisos 1 a 10 (tabla 1), más la categoría residual de "Otros programas esenciales fuera del marco sugerido" para contabilizar el gasto total relativo al VIH y no solo los gastos derivados de presupuestos asignados.

Se proporcionará más orientación en la herramienta de presentación de informes en línea de la Vigilancia Global del SIDA, sobre cómo completar los formularios de presentación de informes y presentar los indicadores de gastos a ONUSIDA. La cantidad total de recursos deberá incluir la totalidad de flujos financieros y gastos según todos los programas o servicios y según todos los recursos. Los subindicadores representarían únicamente un subconjunto del total que corresponde a parte de los compromisos específicos. Los montos reportados se compararán con el número de personas que estén recibiendo los mismos servicios notificados en la Vigilancia Global del SIDA o en otras partes.

Las directrices de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) están siendo actualizadas. Estará disponible una correlación sobre las nuevas Categorías de Gasto sobre el SIDA (CGS) y la matriz de financiación del Monitoreo Global del SIDA solicitada para el Indicador 8.3 a tiempo para los informes del Monitoreo Global del SIDA. Cuando se realiza una MEGAS (un ejercicio exhaustivo de seguimiento de los recursos del VIH) en los países, se puede extraer un informe en Excel de la herramienta de seguimiento de recursos (HSR) y cargarlo en el módulo de gasto relativo al SIDA del Monitoreo Global del SIDA.

Tabla 1Lista de programas o servicios sobre el VIH de la matriz de financiación nacional¹⁷

Códigos en la matriz de financiamiento nacional del Monitoreo Global del SIDA	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: conjunto completo de intervenciones	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: subindicadores centrales
1 Tratamiento, cuidados y asistencia (subtotal)		
1.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH para poblaciones distintas de las poblaciones clave	Gastos en PAV (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos. Incluidos: poblaciones vulnerables y accesibles, población general, pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor, pruebas en centros de sangre, etc.
1.2	Tratamiento antirretroviral (subtotal)	Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica).
1.2.1.	Tratamiento antirretroviral para adultos	Gastos en tratamiento antirretroviral para adultos desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.2.	Tratamiento antirretroviral para niños	Gastos en tratamiento antirretroviral para uso pediátrico, desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.3.	Terapia antirretroviral no desglosada por línea de tratamiento o edad	
1.3	Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH (CD4, carga viral)	Gasto en el control de laboratorio específico del VIH (recuento de células CD4, carga viral y otras pruebas de laboratorio) desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
1.4	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas (IO), con exclusión del tratamiento y prevención de la TB para las personas que viven con el VIH	
1.5	Cuidados paliativos	
1.6	Apoyo y retención	
1.98	Actividades programáticas de tratamiento, atención y apoyo no desglosadas por tipo	
2 Prevención de la transmisión vertical del VIH (subtotal)		
2.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV) para mujeres embarazadas	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.3	Tratamiento antirretroviral para la reducción de la transmisión vertical del VIH	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.

¹⁷ Tenga en cuenta que la convención de numeración de códigos representada en esta tabla para la matriz de financiación nacional no ha cambiado desde 2021 y no se alinea directamente con los números de indicadores de seguimiento del GAM de 2022. Esto se debe a que las categorías del programa están mapeadas con varias otras partes interesadas y, por lo tanto, deben permanecer alineadas.

2.4	Componente relacionado con la medicina antirretroviral no ARV para la prevención de la transmisión de maternoinfantil	Gastos para la prevención de la transmisión vertical del VIH distintos de los gastos en el tratamiento antirretroviral proporcionado a las mujeres embarazadas si se les proporciona un régimen para un adulto que vive con el VIH.
2.98	Prevención de la transmisión vertical del VIH no desglosada	
3 Prevención (subtotal)		
3.1	Programas de cambio social y conductual para poblaciones distintas de las poblaciones clave	Sin especificar.
3.2	Preservativos (para la prevención del VIH) para la población general	Gastos en preservativos (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
3.3	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) desglosada por grupos de población clave (subtotal)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.1.	PrEP para homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.2.2.	PrEP para profesionales del sexo	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.3.	PrEP para personas que se inyectan drogas	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.4.	PrEP para personas transgénero	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.5.	PrEP para grupos de población clave	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.6.	PrEP para mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.7	PrEP para parejas serodiscordantes	Profilaxis previa a la exposición (PrEP)
3.3.98	Profilaxis previa a la exposición PrEP no desglosada por tipo de población	
3.4	Circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta prevalencia	Circuncisión masculina médica voluntaria
3.5	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Esta categoría incluye actividades preventivas y subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Todas las actividades de prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.6	Prevención, promoción de pruebas y vinculación a programas de atención para profesionales del sexo y sus clientes	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros costes directos/indirectos.
3.7	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas (subtotal)	Prevención entre personas que usan drogas inyectables.

3.7.1.	Intercambio de agujas y jeringuillas, prevención y promoción de pruebas, y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.2.	Terapia de sustitución	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.3.	Pruebas del VIH y asesoramiento para personas que usan drogas inyectables	Actividades de asesoramiento y pruebas del VIH desglosadas por productos y otros gastos directos/indirectos.
3.8	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas transgénero	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros gastos directos/indirectos.
3.9	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas privadas de libertad	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros gastos directos/indirectos.
3.10	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos y otros gastos directos/indirectos. Esta categoría también incluye los gastos en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (de 10 a 24 años de edad en países con prevalencia alta) con cargo a presupuestos asignados al VIH.
3.11	Programas de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles	
3.12	Profilaxis posterior a la exposición	
3.13	Lugar de trabajo	
3.14	Sinergias con el sector sanitario	
3.15	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH no desglosada	
3.98	Prevención (cinco pilares) sin desglosar	
3.99	Prevención de la transmisión del VIH no desglosada	No incluya otras actividades en este código si no se enumeran explícitamente. Si hay actividades adicionales, enumérelas individualmente en categorías mutuamente excluyentes (asegurándose de que no se cuenten dos veces); evite usar una categoría ya incluida anteriormente.

4 Programas de género

5 Programas para niños/as y adolescentes

6 Protección social y apoyo económico

7 Movilización de la comunidad y fortalecimiento de sistemas

8 Gobernabilidad y sostenibilidad (subtotal)

8.1	Administración y gestión de programas
8.2	Información estratégica
8.3	Planificación y coordinación
8.4	Abastecimiento y logística (compras y cadena de suministro)
8.5	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios
8.6	Educación
8.7	Investigación relacionada con el VIH y el SIDA
8.98	Gobernabilidad y sostenibilidad no desglosadas

9 Facilitadores sociales críticos (subtotal)

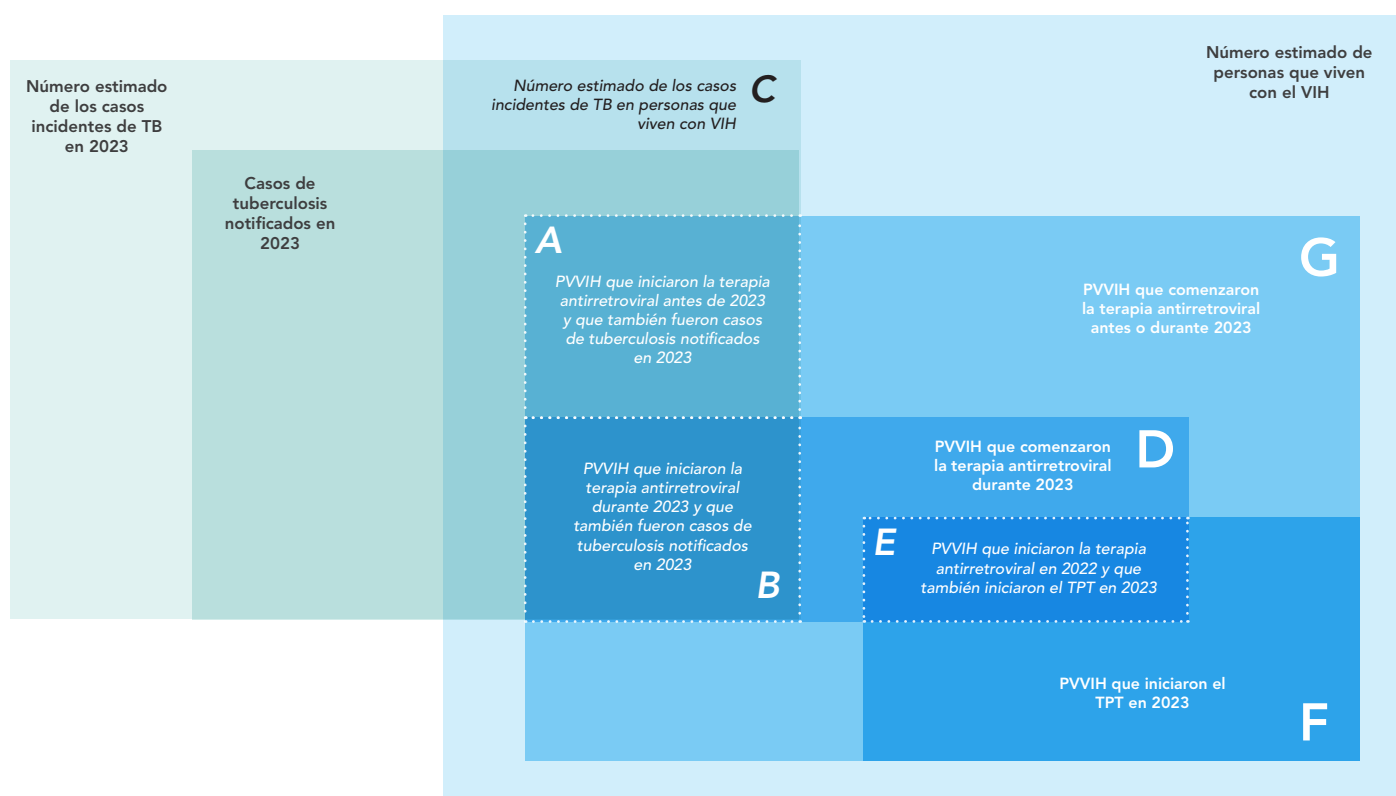
9.1	Diálogo sobre políticas
9.2	Programas clave sobre derechos humanos y actividades de abogacía
9.3	Desarrollo institucional específico sobre el SIDA
9.98	Facilitadores sociales críticos no desglosados

10 Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento (subtotal)

10.1	Detección y diagnóstico de TB entre las personas que viven con el VIH (PVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.2	Prevención y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH (PVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.98	Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento no desglosados	
11.99	Otros programas esenciales fuera del marco sugerido de los programas de VIH y SIDA centrales (enumérelos a continuación y especifique)	<p>Todos los demás gastos relacionados con el VIH no clasificados en ninguna otra parte de las categorías anteriores (códigos 1 a 10).</p> <p>Asegúrese de que ninguno de los programas o actividades enumerados aquí esté duplicado con ninguna de las categorías anteriores.</p> <p>Cualquier programa o servicio enumerado a continuación debe ser mutuamente excluyente con cualquiera de los códigos enumerados anteriormente (códigos 1 a 10).</p>

Anexo 5.

Orientación adicional para la construcción de Global AIDS Indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.7–7.10



Indicador 7.7 = (A+B) / C

Nota: El numerador para el Indicador 7.7 debe ser igual al número de pacientes de tuberculosis nuevos y con recaída seropositivos que iniciaron la terapia antirretrovírica según los datos del Programa Nacional de Tuberculosis. Concilie los datos con el Programa Nacional de Tuberculosis

Indicador 7.8 = B / D

Nota: El numerador del indicador 7.7 será mayor que el del indicador 7.8. Para el numerador, los casos de tuberculosis notificados deben incluir los nuevos, las recaídas y los casos de retratamiento.

Indicador 7.9 (entre las personas recién inscritas en la TAR) = E / D

Indicador 7.9 (entre las personas inscritas actualmente en la TAR) = F / G

Por favor, observe que para el indicador 7.10 se ofrece orientación en la hoja de definición del indicador de la página 100 de estas directrices

Anexo 6.

Monitoreo Global del Sida

Instrumento de Compromisos y Políticos Nacionales (ICPN) 2024 Directrices sobre preguntas relacionadas a cuestiones jurídicas

El ICPN incluye una serie de preguntas relativas a las leyes y normas relacionadas con el VIH, las poblaciones clave y los grupos vulnerables. La forma en que se regulan o penalizan diversos aspectos de la vida pública y privada difiere ampliamente entre los países y dentro de ellos. Este documento ofrece más orientación y algunos ejemplos para ayudar a los países a responder a esas preguntas. Los ejemplos que se ofrecen son meramente ilustrativos y no deben considerarse exhaustivos, ya que no reflejan necesariamente la realidad de su país.

Estas directrices cubren las siguientes preguntas de las Partes A y B:

Parte A	Parte B
36	
44	
57	12
	18
132-132.2	
136	
137	20
139	
151	31
151.1	
151.3, 153.2, 154.2, 155.2, 156.2	
151.4, 153.3, 154.3, 155.3, 156.3	
151.5	32
152	
153	34
154	35
155	36
156	37
157-157.2	
158	
159	
161	39
162-162.2	
163	
164	41
165	42
166	43
168	
169, 170, 171, 172, 174	
169.1	
175-176	33
	47

Explicaciones de las preguntas relacionadas con el Derecho en el ICPN

Las siguientes explicaciones están numeradas según las preguntas de la Parte A. Las preguntas correspondientes e idénticas de la Parte B se indican en cursiva.

Sección A1

36. ¿Se utiliza la posesión de preservativos como prueba suficiente para la detención o para apoyar el enjuiciamiento de un delito?

En algunos países, las fuerzas del orden pueden utilizar la posesión de preservativos como prueba de participación en el trabajo sexual o en relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

Si en su país existe la práctica de utilizar preservativos como prueba para procesamientos o detenciones, seleccione "Sí".

44. ¿Cuenta su país con políticas educativas que guíen la impartición de una educación sobre el VIH y la sexualidad basada en la preparación para la vida, de acuerdo con las normas internacionales?

La educación sexual se define en las normas internacionales elaboradas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación Sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicadas en 2009 y revisadas en 2018.

Seleccione "Sí" sólo si las políticas educativas de su país se ajustan a estas normas internacionales.

Secciones A2 y B2

57. ¿Existe alguna ley, reglamento o política que especifique que la prueba del VIH:

- a) ¿Es obligatorio antes del matrimonio?
- b) ¿Es obligatorio obtener un permiso de trabajo o residencia?
- c) ¿Es obligatorio para determinados grupos o profesiones (sin incluir a los donantes de sangre y/o tejidos)? En caso afirmativo, especifique qué grupos.

Parte B relacionada con Q12

Algunos países exigen la prueba del VIH como requisito previo para determinados acontecimientos vitales o para comunidades específicas. Este tipo de prueba obligatoria puede encontrarse en el código legal (ley), o puede ser una norma o directiva de un organismo gubernamental (reglamento).

57a. Antes del matrimonio

Algunos países tienen leyes, reglamentos o políticas que exigen que las personas se realicen una prueba de VIH antes de poder contraer matrimonio. Este requisito puede exigir explícitamente la prueba del estado serológico respecto al VIH o puede formar parte de un chequeo médico más amplio (por ejemplo, un certificado de salud). Esta ley, política o reglamento puede aplicarse a las mujeres, a los hombres o a ambos.

Si en su país existe una ley, reglamento o política de este tipo, seleccione "Sí".

57b. Permiso de trabajo o de residencia

Algunos países tienen leyes, reglamentos o políticas que exigen que las personas se sometan a la prueba del VIH para poder optar a un permiso de trabajo o residencia. Este requisito puede aplicarse a todos los permisos de trabajo o sólo a determinados tipos de trabajo (por ejemplo, profesores de lenguas extranjeras) o a las solicitudes de residencia temporal o permanente. A veces, este requisito forma parte de un control de salud más amplio.

Si en su país existe una ley, reglamento o política de este tipo, seleccione "Sí".

57c. Obligatorio para determinados grupos o profesiones (excluidos los donantes de sangre o tejidos)

Algunos países tienen leyes, reglamentos o políticas que exigen que las personas pertenecientes a grupos específicos se realicen pruebas de VIH. Este requisito puede ser independiente (por ejemplo, todos los/las profesionales del sexo deben someterse a la prueba), o puede ser un requisito previo para obtener servicios específicos (por ejemplo, el requisito de realizarse la prueba del VIH para obtener servicios de reducción de daños). Los grupos de personas que deben realizarse las pruebas pueden estar definidos por características físicas (por ejemplo, mujeres embarazadas, personas de ascendencia africana) o comportamientos (por ejemplo, personas que usan drogas, profesionales del sexo, inmigrantes). Estos requisitos de realización de pruebas pueden aplicarse únicamente a formas específicas de trabajo (por ejemplo, enseñanza, atención sanitaria, ejército).

Si en su país existe una ley, reglamento o política de este tipo, seleccione "Sí" y facilite los detalles de los grupos específicos de personas que deben realizarse obligatoriamente la prueba del VIH.

Esta pregunta no se aplica a la prueba del VIH cuando una persona dona sangre o tejidos si la prueba se realiza a todas las personas que donan sangre o tejidos sin discriminación. Si ésta es la única situación en la que su país tiene pruebas obligatorias, seleccione "No".

Sección B3

18. En el contexto de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH en su país, ¿se ha reportado o se ha documentado alguno de los siguientes casos (seleccione todos los que correspondan)?

18.1 Si en su país se ha reportado alguna de estas situaciones, ¿está actuando el gobierno con la debida diligencia para responder a ellas?

Por "debida diligencia" se entiende en general el cuidado y la precaución razonables para evitar daños. Como tal, la pregunta 18.1 no se refiere simplemente a si el gobierno está tomando alguna medida, sino a si está tomando suficientes medidas razonables para garantizar que las personas detenidas o procesadas reciben una reparación adecuada y abordan los problemas sistémicos que han dado lugar a las violaciones y abusos de derechos.

Secciones A4 y B4

132. Si existe legislación sobre violencia doméstica, ¿es (seleccione todas las opciones que correspondan):

La violencia doméstica se produce entre parejas, en el seno de la familia, entre miembros del mismo hogar y en las relaciones interpersonales. Incluye la violencia en la pareja. Además de las leyes generales contra la violencia (por ejemplo, agresión, lesiones, acoso), los países pueden tener leyes explícitas o disposiciones legales que protegen contra la violencia doméstica. Esta pregunta se refiere únicamente a las leyes o disposiciones legales explícitas destinadas a cubrir este tipo de violencia. Pueden denominarse leyes sobre violencia doméstica, violencia de género, violencia familiar o violencia en la pareja, por nombrar algunas. Puede tratarse de leyes independientes contra la violencia doméstica, o de disposiciones específicas incluidas en códigos legales. Estas leyes pueden encontrarse en los códigos penal y civil.

Los países han definido la violencia doméstica de diferentes maneras. En algunos casos, las leyes pueden proteger únicamente contra la violencia ejercida contra mujeres y niñas (por ejemplo, limitándola al marido contra la mujer o utilizando un lenguaje con connotaciones de género al hablar de supervivientes y agresores). Otras legislaciones pueden ser más amplias y los supervivientes pueden ser de cualquier género (por ejemplo, violencia contra niños o padres ancianos, cometida por miembros de la familia extensa o en relaciones homosexuales).

Basándose en las disposiciones legales que existen en su país, seleccione todas las disposiciones que contempla su legislación.

132.1 Si la legislación incluye la tipificación explícita como delito de la violación en el matrimonio, ¿se basan las leyes en la falta de consentimiento, sin exigir pruebas de fuerza física, coacción o resistencia?

En muchos países, la violación dentro del matrimonio está contemplada en la legislación general sobre violación o agresión sexual. Otros países tienen una legislación separada sobre la violación dentro del matrimonio, o hacen explícito en su legislación general que la ley también se aplica dentro del matrimonio.

Si su país no menciona explícitamente la violación marital en la legislación, seleccione "La legislación no penaliza explícitamente la violación marital".

La definición de violación varía según los países. En algunos casos, se requieren pruebas de coacción o fuerza física, o de que el/la superviviente intentó resistirse o luchar. Otras leyes definen la violación como cualquier penetración sexual que se produce sin el consentimiento de la víctima. Esto puede definirse en la propia legislación o en la interpretación de la legislación por parte del tribunal.

Si la ley de su país exige alguna prueba de fuerza, coacción o resistencia, seleccione "Exigir prueba de fuerza, coacción o resistencia".

132.2 Si existe legislación sobre violencia doméstica, ¿ha habido algún proceso penal exitoso por violencia doméstica en los últimos 2 años?

Aunque su país penalice la violencia doméstica, puede que se aplique o no. Revisa los casos de enjuiciamientos en virtud de esta ley en tu país para ver si

ha habido enjuiciamientos con éxito en los últimos 2 años. Un procesamiento con éxito es aquel que da lugar a una condena.

Si ha habido procesamientos con éxito en su país, seleccione "Sí".

Si la ley existe, pero no ha habido procesos judiciales con éxito en su país, seleccione "No".

136. **¿Cuenta su país con alguna de las siguientes medidas para proteger de la violencia a las personas que viven con el VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?**
137. **¿Cuenta su país con alguna de las siguientes medidas para proteger a las poblaciones clave de la violencia (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

Parte B relacionada con Q20

Esta pregunta se refiere específicamente a las leyes y programas que abordan la violencia basada en el estado serológico respecto al VIH o la afiliación a poblaciones clave dentro de un país. Los países pueden tener enfoques múltiples y concurrentes de la violencia.

Legislación penal general que prohíbe la violencia

Los países pueden tener leyes penales generales que prohíben la violencia en general (por ejemplo, agresión, lesiones, intimidación).

Si estas leyes se han utilizado para proteger de la violencia a las personas de grupos de poblaciones clave y a las personas que viven con el VIH, y para procesar a los autores de actos violentos contra personas de grupos de poblaciones clave y personas que viven con el VIH en su país, márkelo.

Disposiciones legales específicas que prohíben la violencia basada en la pertenencia a una población clave

Los países pueden tener leyes específicas que aborden la violencia contra las personas por su estado serológico respecto al VIH o por su identidad de género, orientación sexual, participación en el trabajo sexual o uso de drogas. Algunas leyes prohíben explícitamente la violencia contra uno o más de estos grupos mediante, por ejemplo, la promulgación de una ley sobre delitos motivados por el odio. Otros países tienen leyes que prevén penas más estrictas o delitos agravados en los casos en los que se ataca a una persona por su estado serológico respecto al VIH o su pertenencia a una población clave (por ejemplo, una ley sobre delitos motivados por el odio que cubra el estado serológico respecto al VIH o una o más poblaciones clave, como las personas LGBTQI o profesionales del sexo).

Si su país cuenta con una o varias leyes de este tipo, seleccione esta opción. Para la pregunta 137, seleccione esta opción si existe una ley en su país que cubra al menos una o más poblaciones clave.

Programas e intervenciones

Además de (o a pesar de la falta de) cualquier disposición legal contra la violencia que exista, los países pueden poner en marcha programas o intervenciones que aborden la violencia. Estos programas pueden abordar los entornos en los que puede producirse la violencia (por ejemplo, en las relaciones íntimas o en los lugares de trabajo), o pueden abordar el comportamiento de las fuerzas del orden (por ejemplo, para abordar

el abuso policial o el abuso en las prisiones u otros entornos cerrados), o pueden tener como objetivo eliminar los elementos que alimentan o exacerban la violencia, como las normas de género perjudiciales o los entornos jurídicos punitivos. En cuanto a su alcance, pueden ser programas puntuales o a largo plazo. Los programas pueden estar dirigidos específicamente a la violencia contra las personas que viven con el VIH o las personas de grupos de población clave, o pueden ser de carácter más general pero incluir secciones específicas relativas a las personas que viven con el VIH o las personas de grupos de poblaciones clave.

Si su país cuenta con programas o intervenciones de este tipo, seleccione las respuestas pertinentes.

Sección A5

139. ¿Existen leyes, reglamentos o políticas que prevean el registro de organizaciones dirigidas por la comunidad en su país (seleccione todos los que procedan)?

Las organizaciones dirigidas por la comunidad, organizadas formal o informalmente, son organizaciones en las que la mayor parte de la gobernanza, la dirección, el personal, los portavoces, los miembros y los voluntarios reflejan y representan las experiencias, las perspectivas y las voces de sus representados y que cuentan con mecanismos transparentes de rendición de cuentas ante sus representados.¹ Las leyes y normativas pueden influir en si los distintos grupos pueden o no constituir entidades jurídicas (por ejemplo, asociación, empresa, organización no gubernamental, otra entidad registrada legalmente) y en la facilidad con la que estas entidades pueden operar, prestar servicios sanitarios, cumplir los requisitos de reportar, etcétera.

Las opciones de respuesta de la pregunta 138 se refieren a las leyes y políticas que determinan qué tipos de entidades pueden registrarse legalmente. En algunos países, las organizaciones dirigidas por poblaciones clave pueden verse impedidas de registrarse debido a la existencia de leyes que criminalizan a las poblaciones clave.

Sección A6

151. ¿Existen en su país leyes a nivel nacional o subnacional que penalicen la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH?

Parte B relacionada con Q31

En 2013, ONUSIDA elaboró directrices para poner fin a la penalización excesivamente amplia de la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición y transmisión, y estableció la política de ONUSIDA sobre la penalización del VIH. Los países siguen criminalizando a las personas que viven con el VIH si se les acusa de no revelar su estado serológico en determinadas circunstancias (por ejemplo, con una nueva pareja sexual), de exponer a otras personas al VIH o de transmitir el VIH.

La penalización del VIH puede reflejarse en la legislación de diversas maneras. Los países pueden tener leyes penales específicas sobre el VIH o leyes más

¹ Respuestas al sida lideradas por la comunidad: informe final basado en las recomendaciones del equipo de trabajo de múltiples partes interesadas. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/MTT-community-led-responses>, consultado el 17 de noviembre de 2023).

amplias sobre las infecciones de transmisión sexual, o pueden basarse en leyes penales generales relacionadas con los daños. Estas preguntas pretenden captar la variedad de formas en que un país penaliza la no revelación, la exposición o la transmisión del VIH.

Aunque la legislación de su país penalice una de las tres (no revelación, exposición o transmisión), seleccione "Sí".

Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito específico

Seleccione esta respuesta si en su país existe un delito específico de no revelación, exposición o transmisión del VIH. Puede estar en un código o ley penal o en la legislación relativa a la salud pública o al VIH.

Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito dentro de una ley que abarca una gama más amplia de enfermedades transmisibles y menciona el VIH.

Seleccione esta opción si su país tiene un delito específico relacionado con la propagación de enfermedades contagiosas o infecciones de transmisión sexual y el VIH se menciona específicamente en el texto de la ley.

Sí, la no revelación, exposición o transmisión del VIH es un delito dentro de una ley que cubre un abanico más amplio de enfermedades transmisibles pero que no menciona específicamente el VIH.

Seleccione esta opción si su país tiene un delito específico relacionado con la propagación de enfermedades transmisibles o infecciones de transmisión sexual que incluya el VIH, pero el VIH no se menciona específicamente en el texto de la ley.

No, pero la ley general se ha utilizado para procesar casos en los últimos 10 años

Incluso sin una ley específica, algunos países pueden haber aplicado leyes penales generales relacionadas con el daño para procesar casos de no revelación, exposición o transmisión del VIH, como lesiones corporales o lesiones corporales graves. Si ha habido enjuiciamientos (aunque no hayan tenido éxito) desde 2013 utilizando leyes penales más generales en su país, seleccione esta opción.

No

Si su país no tiene leyes específicas sobre la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión, y no se han utilizado leyes penales generales para perseguir la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión en los últimos 10 años, seleccione "No".

151.1 Si la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión están tipificadas como delito, ya sea dentro de una ley

específica o de una ley general, ¿se limitan a los casos en que la persona sabe que tiene el VIH, tiene la intención de transmitirlo y lo transmite realmente, de conformidad con las recomendaciones de 2013 sobre el fin de la penalización excesivamente amplia de la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición y transmisión: Consideraciones científicas, médicas y jurídicas fundamentales.²

ONUSIDA recomienda que el uso del derecho penal en relación con el VIH se limite a los casos en que la persona acusada sepa que vive con el VIH, tenga la intención de transmitirlo a otra persona y realmente lo transmita. Cualquier enjuiciamiento debería regirse por la legislación general, y deberían eliminarse todas las leyes penales específicas sobre el VIH.

Sí, el derecho penal está escrito para restringirlo a estos casos

Si la ley de su país está redactada de tal forma que sólo los casos en los que una persona sabe que vive con el VIH transmite intencionadamente el VIH a otra persona, seleccione esta respuesta. Puede tratarse de una ley específica sobre el VIH, una ley sobre infecciones de transmisión sexual o la ley general.

No, pero las directrices de la fiscalía lo restringen a estos casos

Si la legislación de su país es más amplia que la recomendada por ONUSIDA, pero existen directrices de enjuiciamiento que restringen la aplicación de la ley a los casos en que la persona sabe que vive con el VIH y lo transmite intencionadamente a otra persona, seleccione esta respuesta.

152. ¿Se menciona el VIH como factor agravante en determinadas leyes penales?

En algunos países, si una persona es acusada de un delito (distinto de la no revelación, exposición o transmisión del VIH), el hecho de que el acusado viva con el VIH o supuestamente haya transmitido el VIH a otra persona puede figurar como un factor que aumenta la posible pena para la persona acusada. Esto puede establecerse en el propio derecho penal o en las directrices para la imposición de penas.

Si este es el caso en su país, seleccione "Sí".

151.3, 153.2, 154.2, 155.2, 156.2.

¿Ha habido una moratoria sobre estas leyes en los últimos 2 años?

Una moratoria es un aplazamiento o suspensión de la aplicación de una ley. A menudo se utiliza cuando una ley concreta está siendo revisada o impugnada judicialmente. Una moratoria suele formalizarse mediante una declaración gubernamental, un decreto, una nueva política, una orden gubernamental o un reglamento u otra ley. Estas preguntas se refieren a una moratoria oficial y no a situaciones en las que la ley no se aplica de manera extraoficial.

151.4, 153.3, 154.3, 155.3, 156.3. ¿Ha habido acciones legales para despenalizar?

Aunque la reforma de la ley puede llevar mucho tiempo, hay algunas acciones concretas específicas que pueden tomarse como pasos hacia la reforma de la ley. Esta pregunta pretende captar acciones concretas sustanciales que conduzcan o puedan conducir a la despenalización. El litigio estratégico y las propuestas debatidas en el parlamento son dos formas principales, pero

² Poner fin a la penalización excesivamente amplia de la no revelación, exposición y transmisión del VIH: consideraciones críticas científicas, médicas y jurídicas. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2013 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation_0.pdf, consultado el 17 de noviembre de 2023).

puede haber otras en su país, como una consulta nacional sobre un proyecto de ley, un proyecto de decreto en discusión o un referéndum propuesto. La acción debe ser de naturaleza legal, es decir, debe implicar procesos parlamentarios, gubernamentales o judiciales. Excluye prácticas que, aunque importantes, no son pasos legales hacia el cambio; por ejemplo, no incluiría actividades de sensibilización o formación.

151.5 Si se penaliza la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión, ¿se incluye la transmisión vertical?

Parte B relacionada con Q32

Algunos países penalizan la transmisión vertical (transmisión del VIH de padres a hijos durante el embarazo, el parto o la lactancia). Esta penalización puede incluir la exposición, imponiendo responsabilidad penal a un progenitor que esté dando a luz o amamantando a un hijo. La transmisión vertical puede estar explícitamente penalizada, que es cuando la ley menciona específicamente la transmisión vertical o la transmisión de madre a hijo. También puede estar penalizada dentro de leyes más generales, donde las leyes que penalizan ampliamente la no revelación, exposición o transmisión del VIH o las infecciones de transmisión sexual se han aplicado, o podrían aplicarse, a la transmisión vertical. También incluye situaciones en las que las leyes generales sobre lesiones corporales o agresiones se han utilizado para perseguir la transmisión vertical.

Si su país tiene leyes explícitas o implícitas que pueden aplicarse a la transmisión vertical, seleccione "Sí", aunque no haya habido procesamientos.

Si la legislación de su país está redactada específicamente de forma que excluye la transmisión vertical, o los tribunales han interpretado que la ley no se aplica a la transmisión vertical, seleccione "No".

153. ¿Existen leyes a nivel nacional o subnacional que penalicen a las personas transgénero (por ejemplo, por hacerse pasar por o vestirse como el sexo opuesto)?

Parte B relacionada con Q34

Transgénero y género diverso son términos utilizados para describir una amplia gama de identidades de género para las personas cuya identidad de género es diferente del sexo que se les asignó al nacer. La identidad de género existe en un espectro: las personas pueden no identificarse como completamente masculinas o completamente femeninas, y algunas personas pueden identificarse como no binarias. En todas las culturas se utilizan muchos otros términos para describir las identidades y expresiones de género que difieren del sexo asignado al nacer, además de las expresiones e identidades de género no binarias.

Esta pregunta se refiere a las leyes que penalizan a las personas por su identidad o expresión de género. Aunque es raro que haya una ley que penalice ser transgénero, hay leyes que penalizan la expresión de género de las personas transgénero y de género diverso. Éstas se expresan principalmente como leyes contra el travestismo o la criminalización del sexo opuesto. Las leyes pertinentes pueden encontrarse en la legislación o en leyes personales o religiosas.

Si su país (o un estado o provincia dentro de su país) tiene alguna de estas leyes o alguna similar, seleccione "Sí".

Esta pregunta no cubre leyes más amplias, como las leyes de moralidad o vagancia, que puedan utilizarse de forma discriminatoria contra las personas transgénero. Hay una pregunta aparte sobre esto en el ICPN. Si sólo existen esas leyes, seleccione "No".

154. ¿Está el trabajo sexual tipificado como delito o sujeto a normas punitivas de otro tipo en su país a nivel nacional o subnacional?

Parte B relacionada con Q35

Existen múltiples formas en que los países han penalizado el trabajo sexual y/o las actividades relacionadas con el trabajo sexual. Para facilitar una mejor comprensión de las leyes relacionadas con el trabajo sexual, esta pregunta se divide en varias secciones. Tenga en cuenta que esta pregunta se centra únicamente en la penalización relacionada con el trabajo sexual de adultos, es decir, la venta consentida de servicios sexuales. No se pregunta sobre el tráfico sexual, la explotación sexual o la explotación infantil.

Seleccione todas las respuestas que correspondan.

Sí, la venta de servicios sexuales está penalizada

Los países pueden penalizar específicamente la prestación de servicios sexuales, cuando se penaliza a la persona que presta personalmente dichos servicios (el/la trabajador/a sexual) (es decir, el/la trabajador/a sexual es penalmente responsable).

Si en su país existe una ley de este tipo, seleccione esta respuesta.

Sí, la compra de servicios sexuales está penalizada

Otra forma de criminalización es cuando es ilegal comprar los servicios de un/a trabajador/a sexual (es decir, el cliente es responsable). (Nótese que esto es diferente de comprar los servicios para una tercera persona, que se incluye en "beneficiarse de").

Si tu país penaliza a las personas que compran servicios sexuales, selecciona esta respuesta.

Sí, se penalizan las actividades auxiliares asociadas a la venta de servicios sexuales

Estas leyes se centran en actividades directamente relacionadas con la venta de sexo, pero no cubren el acto de vender sexo en sí. Estas leyes pueden incluir la publicidad relacionada con el trabajo sexual y la sollicitación (oferta de servicios sexuales). Estas leyes también cubren, por ejemplo, a profesionales del sexo que se congregan en un lugar, a los que conviven entre sí o a los que trabajan demasiado cerca de una escuela o un lugar de culto.

Si su país penaliza a profesionales del sexo por actividades relacionadas con la venta de sexo, seleccione esta respuesta.

Sí, se penalizan las actividades auxiliares asociadas a la compra de servicios sexuales

Los países pueden tipificar como delito las actividades relacionadas con la compra de servicios sexuales, como la sollicitación (búsqueda de servicios sexuales) y el rastreo de aceras. No incluye el acto de comprar sexo en sí.

Si en su país existe alguna ley que penalice a los compradores relacionados con la compra de sexo, seleccione esta respuesta.

Sí, se penaliza lucrarse organizando o gestionando servicios sexuales

Los países pueden penalizar a terceros que se beneficien de las ganancias del trabajo sexual. Muchas de estas leyes se redactaron para penalizar el "proxenetismo" o la gestión de profesionales del sexo, pero algunos países las han aplicado a un espectro más amplio de actividades, como gestionar un sitio web que permite a la gente "encargar" servicios sexuales, actuar como guardia de seguridad para profesionales del sexo o prestar servicios de belleza a profesionales del sexo.

Si en su país existen leyes similares que penalizan vivir de los beneficios de los/las profesionales del sexo, seleccione esta respuesta.

Sí, otra regulación punitiva del trabajo sexual

Incluso si los países despenalizan el trabajo sexual (es decir, eliminan toda responsabilidad penal relacionada con el trabajo sexual), pueden seguir regulándolo de forma que se impongan sanciones administrativas o civiles punitivas. Por ejemplo, los países pueden exigir onerosas pruebas obligatorias del VIH a profesionales del sexo o pueden permitir su detención administrativa. Otra posibilidad es que las leyes contra la trata sean demasiado amplias y se apliquen de forma que dificulten el trabajo de profesionales del sexo.

Si en su país existe algún tipo de ley similar y se aplica en la práctica a profesionales del sexo, seleccione esta respuesta.

El trabajo sexual no está sujeto a normas punitivas ni penalizado en ningún lugar del país.

Algunos países despenalizan totalmente el trabajo sexual y lo regulan de forma no punitiva. Por ejemplo, un país puede exigir a profesionales del sexo que soliciten una licencia comercial o que proporcionen prestaciones sanitarias a sus empleados.

Si en su país existen leyes de este tipo, seleccione esta respuesta.

155. ¿Existen en su país leyes a nivel nacional o subnacional que penalicen los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo en privado?

Parte B relacionada con Q36

Los países pueden penalizar los actos sexuales consentidos entre adultos del mismo sexo. Si existen tales disposiciones, generalmente se encuentran en los códigos penales. También pueden existir en los códigos militares, aunque no existan en la legislación nacional general. Los delitos concretos pueden denominarse "sodomía" o "actos sexuales contra natura", o la ley puede decir simplemente que los actos sexuales entre dos adultos del mismo sexo son ilegales. Cuando la ley impone una condena concreta o una duración de la pena de prisión, ésta puede variar desde una multa a unos pocos meses, pasando por la cadena perpetua o la pena de muerte. En otros casos, la ley puede no prescribir una condena y dejar que los tribunales la determinen.

Sí, pena de muerte

Si su país penaliza los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo y la ley impone la pena de muerte por este tipo de conducta -aunque la pena de muerte no se aplique en la práctica-, seleccione esta respuesta.

Sí, prisión de 14 años a cadena perpetua

Si su país penaliza los actos sexuales entre personas del mismo sexo y permite una condena máxima de más de 14 años y hasta cadena perpetua -aunque la práctica sea condenar a las personas a penas inferiores a la máxima-, seleccione esta opción. (Por ejemplo, si la ley establece una pena máxima de 15 años pero los tribunales suelen imponer una pena de 2 a 3 años, seleccione esta opción porque la pena máxima permitida es superior a 14 años).

Sí, penas de prisión de hasta 14 años

Si la legislación de su país permite a los tribunales imponer una pena máxima de hasta 14 años por actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo, selecciona esta opción.

Sí, pena no especificada

Puede existir una ley penal sobre actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo, pero la pena puede no estar especificada. Por ejemplo, un país puede tener una ley de sodomía, pero los tribunales pueden tener discreción para ordenar cualquier castigo que consideren adecuado para el delito.

Si este es el caso en su país, seleccione esta opción.

No, las leyes que penalizan los actos sexuales entre personas del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido en ningún lugar del país:

Si tu país no penaliza en modo alguno las relaciones consentidas entre personas del mismo sexo, selecciona esta opción.

156. ¿Están tipificados como delito en su país, a nivel nacional o subnacional, el consumo y/o la posesión de drogas para uso personal?

Parte B relacionada con Q37

Esta pregunta sólo se aplica al consumo de drogas ilegales (es decir, no se aplica a los estupefacientes legales recetados con fines médicos). Los países tienen una serie de leyes que se aplican al consumo personal y/o a la posesión de drogas.

Los países aún pueden considerar el consumo o la posesión de drogas ilícitas para uso personal como un delito penal para todas las drogas. Si esto se aplica en su país, seleccione "Sí, un delito penal para todas las drogas", independientemente de si el castigo es privativo o no privativo de libertad.

Varios países han despenalizado o legalizado algunas drogas, pero esto suele limitarse a la marihuana. Si esto se aplica en su país, seleccione "Sí, un delito penal para todas las drogas excepto la marihuana".

Algunos países han despenalizado el consumo y la posesión de drogas para uso personal, a menudo permitiendo la posesión de una pequeña cantidad de drogas, lo que significa que es ilegal pero no se considera un delito o no conduce a la detención y el enjuiciamiento. En estos casos, los países pueden sustituir las sanciones penales por, por ejemplo, una multa administrativa o la derivación a tratamiento y asesoramiento o a una clínica de reducción de daños. Seleccione "Sí, un delito administrativo o no penal para todas las drogas" sólo si se aplica a todas las drogas ilícitas.

157. ¿Utiliza la ley umbrales de cantidad para estimar cuándo se poseen drogas para uso personal?

157.1 En caso afirmativo, ¿especifica la ley la cantidad de droga que se considera para uso personal?

157.2 En caso afirmativo, ¿es este importe indicativo o determinante?

Cuando la ley ha despenalizado la posesión de drogas para uso personal, la ley puede especificar las cantidades que considera que son para uso personal: un umbral. Si una persona posee una cantidad inferior al umbral, se considera uso personal. Si una persona posee una cantidad superior al umbral, se puede considerar que está implicada en la venta o el tráfico de drogas y, por lo tanto, se convierte en un delito penal. El umbral puede figurar en la ley o en la legislación subordinada, como los reglamentos.

Si su país establece límites máximos para todas las drogas, seleccione "Sí, para todas las drogas".

Si los umbrales de su país son sólo para la marihuana, seleccione "Sí, sólo para la marihuana".

La forma en que se utilizan los umbrales también puede diferir. Un umbral es indicativo si la policía, el fiscal o el juez pueden tenerlo en cuenta a la hora de considerar si la cantidad que una persona poseía era para uso personal, pero también pueden tener en cuenta otros elementos; es decir, es sólo uno de los elementos que las fuerzas del orden y sector judicial tienen en cuenta a la hora de decidir si la cantidad de droga poseída era para uso personal. El umbral es determinante si, cuando se descubre que una persona posee menos de esa cantidad, automáticamente se considera que es para uso personal, y si posee más, automáticamente se considera que no es sólo para uso personal.

158. ¿Su país aplica la detención obligatoria o la rehabilitación obligatoria en un centro cerrado para las personas que consumen drogas?

Los centros de internamiento obligatorio para consumidores de drogas son una forma de reclusión en la que las personas que se cree o se sabe que consumen drogas son internadas para someterse a abstinencia y "tratamiento" durante un periodo de tiempo predeterminado. Esta duración depende del país y puede variar considerablemente. Administrados a través del derecho penal, el derecho administrativo o la política gubernamental, estos centros son gestionados por diversos organismos gubernamentales, como el ejército, la policía, las autoridades nacionales de control de drogas y, en algunos lugares, los ministerios de sanidad o asuntos sociales.

Si su país tiene un sistema de tratamiento obligatorio en un centro, seleccione "Sí".

159. Aparte de la penalización, ¿existen en su país otras leyes punitivas que afecten a las poblaciones clave (personas transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que usan drogas)?

Aparte de las leyes más explícitas mencionadas anteriormente, los países pueden tener leyes más generales que pueden utilizarse como objetivo o que afectan de forma desproporcionada a las personas de poblaciones clave (por

ejemplo, leyes sobre vagabundeo y delitos menores, leyes sobre propaganda, leyes sobre moralidad).

Sí, leyes de promoción (“propaganda”)

Los países pueden tener leyes que prohíban la “promoción” de la información, la educación o la sensibilización sobre las personas LGBTQI o las drogas ilícitas.

Si en su país existe una ley de este tipo, seleccione esta opción.

Sí, leyes morales o religiosas que limitan la libertad de expresión y asociación de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Los países pueden tener leyes destinadas a frenar la libertad de expresión y asociación relacionada con LGBTQI sobre la base de la moralidad (por ejemplo, actuar contra la moral pública, indecencia pública, prohibición de protestas públicas, manifestaciones, marchas por motivos de moralidad). Éstas pueden figurar en el código legal o encontrarse en las leyes consuetudinarias o religiosas, aunque sólo sean aplicables en algunas partes del país e impongan sanciones si se violan dichas prohibiciones. También pueden utilizarse para limitar la expresión y la asociación de profesionales del sexo y las personas que usan drogas.

Si existen leyes de este tipo en su país, seleccione esta opción.

Sí, las leyes de vagancia

Las leyes de vagabundeo suelen tener una redacción muy amplia y pueden interpretarse de forma que incluyan diversas acciones o comportamientos. Las leyes de vagabundeo suelen referirse a personas que están en la vía pública o “merodean” por ella, pero a menudo se utilizan para perseguir a personas sin hogar, bajo los efectos de las drogas o el alcohol, que ejercen el trabajo sexual o que se consideran una molestia pública.

Si existen leyes de este tipo en su país, aunque no se utilicen habitualmente, seleccione “Sí”. Seleccione también “Sí” si existen leyes relativas a la alteración del orden público o la vagancia.

Sí, otros

Los países pueden tener otros tipos de leyes punitivas que afecten a las personas de poblaciones clave. Por ejemplo, un país puede penalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo independientemente de las leyes relativas a los actos sexuales entre personas del mismo sexo.

Si en su país existen leyes de este tipo, seleccione esta opción y especifique cuáles son y qué penalizan.

No

Seleccione esta opción si su país no tiene otras leyes punitivas que afecten a las personas de poblaciones clave.

161. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por motivos de identidad de género?

Parte B relacionada con Q39

Sí, la identidad de género se especifica como atributo protegido: Los países pueden tener disposiciones en sus constituciones u otras legislaciones que prohíban la discriminación basada en motivos enumerados, como la diversidad de género o la identidad de género, o que identifiquen a las personas

transgénero como un grupo protegido. Si este es el caso en su país, seleccione esta opción.

Sí, los tribunales o el gobierno han interpretado que la identidad de género está protegida bajo otro atributo (por ej. género, sexo, otro estado): En algunos países, la ley puede no mencionar específicamente la identidad de género, la diversidad de género o las personas transgénero, pero otros atributos protegidos como "sexo", "género" u "otra condición" pueden haber sido interpretados por los tribunales o el gobierno como inclusivos de la identidad y expresión de género o las personas transgénero.

Si los tribunales o el gobierno han interpretado otros atributos para incluir la identidad o expresión de género o a las personas transgénero como grupo en su país, seleccione esta opción" e indique qué atributo se ha utilizado (por ejemplo, orientación sexual, identidad de género, sexo).

No

Si en su país existen disposiciones constitucionales contra la discriminación, pero no se ha interpretado que incluyan la discriminación de las personas transgénero, seleccione esta opción.

162. ¿Existen en su país leyes o políticas de reconocimiento legal del género que permitan el cambio legal de género?

162.1 En caso afirmativo, ¿se requiere alguno de los siguientes requisitos para cambiar de sexo (seleccione todas las opciones que correspondan)?

162.2 En caso afirmativo, ¿es posible legalmente cambiar de sexo en los siguientes casos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

Parte B relacionada con Q40

162. Si las leyes o políticas de su país permiten que una persona sea identificada, legal y administrativamente, por un sexo o género diferente del sexo asignado al nacer, seleccione "Sí".

162.1 Si ha respondido "Sí" a la pregunta 162, seleccione todas y cada una de las condiciones que deben cumplirse para que una persona pueda obtener el reconocimiento legal de su sexo, si basta con una simple autodeclaración de la persona o si se requiere una prueba de cirugía de reasignación de sexo o una prueba de esterilización o un certificado de evaluación psicológica u otras condiciones.

162.2 Cambio de marcador de género en documentos oficiales: seleccione los documentos oficiales (por ejemplo, pasaporte, otro documento nacional de identidad, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o divorcio) en los que las leyes o políticas permiten a una persona cambiar su marcador de género, de hombre a mujer, o de mujer a hombre, o, cuando esté permitido, a otro marcador de género no binario.

Seleccione sólo aquellas opciones en las que sea posible cambiar el sexo en el documento de forma que no revele que se ha cambiado el sexo o que la persona es transexual.

163. ¿Es posible legalmente cambiar el nombre por el de otro sexo en alguno de los siguientes documentos (oficiales)?

Seleccione los documentos oficiales (por ejemplo, pasaporte, otro documento nacional de identidad, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o divorcio) en los que las leyes o políticas permiten a una persona cambiar su nombre por otro que no esté asociado con su marcador de género al nacer.

164. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación basada en la participación en el trabajo sexual?

Parte B relacionada con Q41

Aunque el trabajo sexual no suele mencionarse como motivo o atributo por el que exista protección constitucional contra la discriminación, en algunos países se ha interpretado que otras características incluyen el trabajo sexual, por ejemplo, en función de la ocupación o la frase comodín "cualquier otra condición".

Si su país ha hecho tal interpretación por decisión de un tribunal de justicia o por política gubernamental, seleccione la opción correspondiente.

Aparte de las protecciones constitucionales, puede haber legislación que especifique explícitamente a los/las profesionales del sexo como grupo protegido contra la discriminación, por ejemplo, en la legislación sobre discriminación laboral.

165. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por motivos de orientación sexual?

Parte B relacionada con Q42

Sí, la orientación sexual se especifica como atributo protegido: Los países pueden tener disposiciones en sus constituciones u otra legislación que prohíban explícitamente la discriminación basada en la sexualidad u orientación sexual de una persona, cuando "sexualidad" u "orientación sexual" se mencionan en la legislación como atributos protegidos. Si este es el caso en su país, seleccione esta opción.

Sí, los tribunales o el gobierno han reconocido legalmente que la orientación sexual está protegida bajo otro atributo: Cuando la legislación no menciona específicamente "sexualidad" u "orientación sexual", los tribunales o el gobierno pueden haber interpretado que otros atributos incluyen la orientación sexual, como "sexo", "género" u "otra condición". Si este es el caso en su país, seleccione esta opción y especifique qué atributo se ha interpretado que incluye la orientación sexual.

Sí, otros: Si existen protecciones legales contra la discriminación pero los dos supuestos anteriores no se aplican en su país, seleccione "Otros".

166. ¿Existen en su país protecciones constitucionales o legislativas contra la discriminación por consumo o posesión de drogas?

Parte B relacionada con Q 43

Aunque es posible que las protecciones constitucionales contra la discriminación no mencionen específicamente a las personas que consumen drogas o son dependientes a las drogas, los tribunales o el gobierno pueden haber interpretado que otros atributos protegidos protegen a las personas que consumen drogas o son dependientes a las drogas contra la discriminación por su consumo de drogas o su dependencia a las drogas. Por ejemplo, los tribunales o el gobierno pueden haber interpretado que el estado de salud u otra condición incluye el consumo de drogas o la dependencia a las drogas.

168. El consumo y/o posesión de drogas, ¿es una base legal para retirar la custodia de los hijos a sus progenitores?

Las leyes y reglamentos relativos a la custodia y protección de menores pueden tener una lista de criterios por los que los tribunales y los especialistas en protección de menores determinan si un niño debe ser separado de sus padres.

Indique si el consumo o la posesión de drogas se considera un fundamento jurídico para retirar la custodia de los hijos a los padres en su país.

169, 170, 171, 172, 174.

¿Existen en su país leyes y/o políticas que exijan el consentimiento de los padres/tutores para que los adolescentes (menores de 18 años) puedan acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración, pruebas del VIH, autodiagnóstico del VIH, profilaxis preexposición (PPrE) o tratamiento del VIH?

Algunos países tienen leyes que exigen el consentimiento paterno para que los niños (en general, los menores de 18 años) puedan acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración, pruebas del VIH, autodiagnóstico del VIH, PrEP o tratamiento del VIH sin el consentimiento de sus padres o tutores. La edad a partir de la cual no se requiere el consentimiento paterno varía de un país a otro, al igual que la forma en que se legisla. Puede estar contemplada en los conceptos del derecho consuetudinario sobre la capacidad de consentimiento y la evolución de las facultades del niño, o puede estar en la legislación general sobre la mayoría de edad y la capacidad jurídica del niño o en la legislación sanitaria. También puede haber legislación específica sobre el VIH y los niños, ya que un país puede haber aprobado leyes o políticas específicas sobre el VIH.

Si su país no tiene una ley que determine la edad de consentimiento para los anticonceptivos hormonales o de larga duración, las pruebas del VIH, el autodiagnóstico, la PrEP o el tratamiento del VIH, ya sea a través del derecho consuetudinario o de una legislación específica, seleccione "No contemplado en la ley/política".

Acceso a las pruebas y recepción de los resultados y acceso al tratamiento

Esto incluye poder recibir los resultados, recibir asesoramiento o recibir una receta para medicamentos antirretrovíricos y acceder a ellos sin que los padres o tutores sean informados del estado serológico respecto al VIH del niño.

169.1, 170.1, 171.1, 172.1, 174.1

En caso afirmativo, ¿existen excepciones para que los adolescentes por debajo de la edad de consentimiento legal puedan acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración, pruebas del VIH, autodiagnóstico del VIH, PrEP o tratamiento del VIH sin el consentimiento de los padres/tutores, por ejemplo, mediante madurez demostrada, declaraciones de emancipación, embarazo o actividad sexual?

Incluso en las jurisdicciones en las que existe una edad de consentimiento para acceder a anticonceptivos hormonales o de larga duración, pruebas del VIH, autodiagnóstico del VIH, PrEP y tratamiento del VIH, puede haber mecanismos de elusión. Por ejemplo, en algunos países, un médico tiene autoridad para decidir si un niño tiene la madurez suficiente para acceder de forma independiente a los servicios sanitarios, o un niño puede solicitar a un tribunal una orden que le permita considerarse emancipado.

Si este es el caso en su país, seleccione la opción "Sí" correspondiente.

Si el consentimiento paterno o del tutor es obligatorio sin excepciones en su país, seleccione "No".

175 y 176.

¿Existen en su país leyes que exijan el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a cualquier servicio de salud sexual o reproductiva y/o a las pruebas del VIH?

Algunos países ordenan que las mujeres casadas sólo puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y/o a las pruebas del VIH si cuentan con el consentimiento de sus cónyuges. Además de las pruebas del VIH, otros servicios que pueden requerir la autorización del cónyuge son el acceso a los anticonceptivos y la esterilización voluntaria.

Si en su país existe este tipo de legislación conyugal, seleccione "Sí".

Sección B6

33. ¿Puede utilizarse la posesión de una aguja o jeringuilla sin receta como prueba de consumo de drogas o causa de detención en su país?

En algunos países, las fuerzas del orden utilizan la posesión de una aguja o jeringuilla sin receta como prueba de consumo de drogas o como motivo de detención. Esta práctica puede estar consagrada en leyes, políticas o reglamentos relacionados con los delitos de drogas y/o la aplicación de la ley y puede ser de naturaleza penal o civil (por ejemplo, reglamentaria, administrativa). Por ejemplo, los países pueden tener leyes sobre parafernalia que penalicen la posesión de agujas y jeringuillas.

Si su país tiene leyes, políticas o prácticas para utilizar agujas y jeringuillas como motivo de detención o prueba de consumo de drogas, seleccione "Sí".

47. ¿Existen mecanismos establecidos por la comunidad y/o las organizaciones no gubernamentales para registrar y abordar las quejas individuales de discriminación relacionada con el VIH (basada en la percepción del estado serológico respecto al VIH y/o la pertenencia a cualquier grupo de población clave)? Ejemplos de tales mecanismos son las estructuras culturales tradicionales o las organizaciones no gubernamentales capacitadas para abordar las reclamaciones a través de la mediación.

En algunos países, las comunidades y/o las organizaciones no gubernamentales han establecido una estructura (a veces informal) para recibir y resolver las reclamaciones individuales de discriminación por el estado serológico real o percibido respecto al VIH, o por pertenecer a una población clave.

Si existe una estructura de este tipo en su país, seleccione "Sí" y facilite una breve descripción.

© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2023

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Mención sugerida. Monitoreo Global del SIDA 2024: Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.

ONUSIDA/JC3104S



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

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org