



Comisión Nicaragüense del Sida - CONISIDA

Situación del VIH y sida en Nicaragua

Monitoreo y evaluación de avances para
contener la epidemia

Reporte especial

Managua, septiembre de 2011

Este documento fue elaborado con la participación de las siguientes personas y organizaciones:

Nombre	Organización
José A Medrano	Secretario Técnico CONISIDA
Zayda Mena	Secretaría Técnica CONISIDA
Jenny López	Secretaría Técnica CONISIDA
Mayra González	Secretaría Técnica CONISIDA
María Elsa Martínez	Componente VIH MINSA
Mariano Salazar	Consultor UNICEF
Silvino González	Componente Tuberculosis MINSA
Carlos H Martínez	Secretaría Técnica CONISIDA
Leticia Romero	Secretaría Técnica CONISIDA
Ausberto Casanova	Secretaria Técnica CONISIDA
Adilia Castrillo	Componente VIH MINSA
Dina Soza	Coordinadora Técnica Nacional USAID PASCA Nicaragua
Luis Carballo	Consultor MyE USAID PASCA Nicaragua

El Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA), está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciado el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID | PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud. Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su contenido no expresa necesariamente la perspectiva de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

TABLA DE CONTENIDO

I. Introducción	1
II. Evolución de la epidemia de VIH.....	2
III. Comportamientos de riesgo	4
IV. Respuesta nacional.....	7
V. El entorno.....	10
VI. Balance de Situación.....	13
VII. Anexos.....	14

I. Introducción

La Comisión Nicaragüense del sida presenta a la comunidad de actores de la respuesta nacional este primer Informe de *Monitoreo y Evaluación de Avances para contener la Epidemia*, que tiene como propósito compartir información de la situación de la epidemia y de la respuesta en Nicaragua.

Este informe tiene como punto de partida los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación Nacional de VIH y sida correspondiente al Plan Estratégico Nacional y los Indicadores de la Declaración de Compromisos de las Naciones Unidas ante el VIH (UNGASS). Se presenta información disponible del período 2007 al 2010 para indicadores seleccionados para ser reportados a septiembre del 2011.

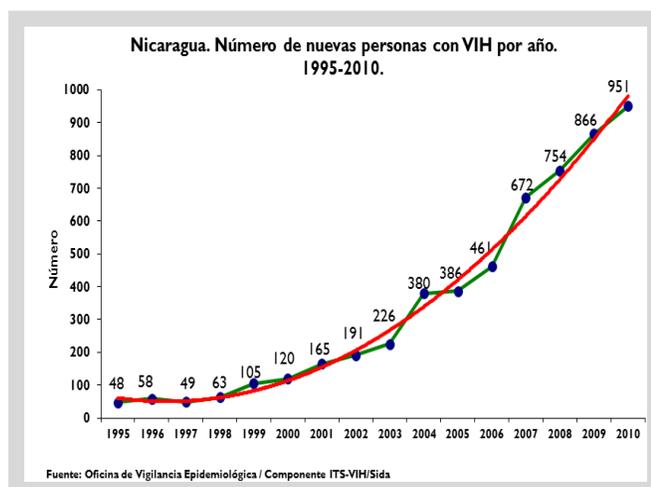
Esta selección de indicadores se estableció a partir del Diagnóstico del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación, en la que se identificaron un total de 189 indicadores para dar seguimiento a la epidemia y la respuesta. Al homologar los distintos sistemas de indicadores, resultó un total de 128 indicadores, de los cuales 36 se incluyeron en el Paquete Básico de Indicadores por las características de ser reportables, contar con infraestructura para los flujos de datos, y tener identificado el diagrama de proceso, entre otros rasgos.

De estos, 16 fueron considerados prioritarios, proceso que contó con la participación de una buena representación de los actores de la respuesta nacional en el que se establece el listado indispensable –realista y dinámico- de indicadores para contar con un seguimiento adecuado de la situación; de ahí la necesidad de incluir el tema dentro del Plan de Monitoreo y Evaluación, el establecer compromisos pertinentes con la comunidad de actores para ir paulatinamente incorporando al listado otros indicadores que en la actualidad no son reportables.

Se pretende que la información contenida en este primer informe sea de utilidad para monitorear el avance de la respuesta, la formulación y evaluación de políticas, de planes operativos y que contribuyan a realizar un mejor cabildeo y abogacía en pro de la prevención del VIH y la atención de las personas y familias afectadas.

II. Evolución de la epidemia de VIH

En Nicaragua se reportó el primer caso de VIH en el año 1987. Al finalizar el 2010, se registra un acumulado de 5,693 personas con VIH, de las cuales el 11.1 % (631) son casos de sida y el 15.6% han fallecido (887).¹



Hasta el 2010, el perfil epidemiológico indica que el VIH se mantiene como una epidemia concentrada. No obstante, la evolución de la epidemia tiende a mostrar incrementos sostenidos.

En el 2010 la tasa de prevalencia nacional fue de 82.45 por 100 mil habitantes (población general), con un incremento de 15 personas con VIH o sida por cada 100 mil habitantes en relación al 2009 (67.7). Los departamentos que presentan una prevalencia por encima de la tasa nacional son Chinandega con 173, Managua con 168, León con 88, y RAAS con 87 por cada 100,000 habitantes.²

En el 2010 la tasa de prevalencia nacional fue de 82.45 por 100 mil habitantes (población general), con un incremento de 15 personas con VIH o sida por cada 100 mil habitantes en relación al 2009 (67.7). Los departamentos que presentan una prevalencia por encima de la tasa nacional son Chinandega con 173, Managua con 168, León con 88, y RAAS con 87 por cada 100,000 habitantes.²

En el 2010, las personas que tienen edad comprendida entre los 15 y 39 años son los más afectados por el VIH. El 84.7% de todos los casos registrados en el 2010 se encuentran en este grupo de edad y en el mismo se acumula el 77% de las nuevas infecciones con VIH a nivel nacional en ambos sexos.

En el 2002 se encontró una prevalencia de 9.3% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)³ y de 0.3% entre trabajadoras sexuales (TS)⁴ (ver indicador 1, Cuadro 1). Para el 2009, el país reportó que la prevalencia entre personas de 15 a 24 años en la población general era de 0.11%⁵ (ver indicador 2, Cuadro 1); en ese mismo año la prevalencia entre HSH fue de 7.5% en Managua y de 2.8% en Chinandega, y entre

¹ MINSA. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

² MINSA. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

³ MINSA-CEPRESI-TESES-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Nicaragua (EMC-HSH). Julio del 2003. p 36.

⁴ MINSA-CEPRESI-TESES-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo en Nicaragua (EMC-TS). Julio del 2003. p 41.

⁵ CONSIDA. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010. p 21

TS fue de 1.8% y 2.4% en esos mismos departamentos⁶, es decir que en relación a la población en general la prevalencia de VIH en la población en mayor riesgo es entre 16 y casi 70 veces mayor.

Durante el año 2010¹, se registraron 951 casos nuevos, de los cuales el 54% (513) son hombres y el 39% (370) mujeres, con una razón de masculinidad de 1.39 hombres por mujer, lo que indica que la tendencia hacia la feminización de la epidemia continúa profundizándose al considerar que para el 2000 y el 2005 la cifra de esta razón fue de 3.1 y 2.4 respectivamente.

Dado los compromisos que el país ha suscrito para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, se han implementado acciones para dar seguimiento especial a las mujeres en edad reproductiva. Así, de las 370 mujeres detectadas en el 2010, 79.2% se concentra en los grupos de edad de 15 a 39 años. De ellas el 44 %, (163), son originarias de Managua, 15.9% (59), de Chinandega, y el 8.9% (33) de la RAAS.

Aunque no existen estudios específicos sobre los modos de transmisión del VIH, se considera que el principal mecanismo de transmisión es la vía sexual. El 93% de los nuevos casos son de personas heterosexuales y el 4% corresponde a hombres que tienen sexo con hombres. La transmisión vertical fue del 3%. Sin embargo ha empezado a surtir efecto la creciente cobertura de las pruebas rápidas en embarazadas como mecanismo para instaurar oportunamente el tratamiento profiláctico con ARV. Así, en el año 2008, nació con el VIH el 49% de los niños nacidos de embarazadas con VIH, en tanto que para el año 2009 solamente fue el 13%.⁷

Similar evolución se refleja en la tasa de incidencia nacional, que para el 2010 fue de 16.3 x 100,000 habitantes, ligeramente superior a la del 2009, que fue de 15.1 x 100 mil habitantes. En la población de 15 a 24 años la tasa de incidencia nacional es de 18,6 x 100,000 habitantes, Chinandega y Managua superan la tasa nacional con 38, la RAAN con 33 y Granada con 22.⁸

⁶ MINSA-UVG-TEHHINET-CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC), Junio del 2010. p 70 y 128

⁷ MINSA. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

⁸ MINSA. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

III. Comportamientos de riesgo

Proporcionalmente, los nuevos casos de VIH en Nicaragua están ocurriendo a expensas de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Los resultados de la ECVC realizada en el 2009 confirman que los patrones de comportamiento siguen siendo de alto riesgo; así, en el 2002, el 61.3% de los HSH había tenido al menos una pareja ocasional en los doce meses previos a la entrevista.⁹ En el 2009, 54.6% de los HSH entrevistados en Managua y 66.9% en Chinandega refirieron haber tenido al menos una pareja ocasional en los doce meses previos a la entrevista.¹⁰

Para el 2002 sólo un poco más de la mitad de los HSH, el 54%, utilizó condón en la última relación sexual con una pareja masculina ocasional. En el 2009 usaron el condón en la última relación sexual con una pareja masculina ocasional sólo 66 de cada 100 HSH en Managua, y en Chinandega 77 de cada 100.¹¹

Aunque la exposición es también elevada entre las trabajadoras sexuales, el comportamiento preventivo parece mejorar. Según los datos que se recabaron sobre el uso del condón, en el 2002, 84% de las TS utilizaron condón con su último cliente nuevo, y 78% lo utilizaron con clientes regulares.¹²

En el 2009, el 98% de las TS en Managua, y el 97.2% en Chinandega, usaron condón con su último cliente nuevo. El 89.8% de las TS de Managua y 97.2% de las de Chinandega usaron condón con su último cliente fijo.¹³

En cuanto al nivel de conocimientos sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH, el 81% de las TS entrevistadas en el 2002 identificaron que reducir el número de compañeros sexuales evita la transmisión del VIH y casi todas (98.7%) mencionan el uso del condón en las relaciones sexuales¹⁴ (Cuadro 1).

⁹ MINSА-CEPRESI-TESIS-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. EMC-HSH. Op. cit., p 28.

¹⁰ MINSА-UVG-TEHHINET-CDC. ECVC. Op. cit., p 48

¹¹ Ibid., p 47

¹² MINSА-CEPRESI-TESIS-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. EMC-TS. Op. cit., p 12.

¹³ MINSА-UVG-TEHHINET-CDC. ECVC. Op. cit., p 110

¹⁴ MINSА-CEPRESI-TESIS-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. EMC-TS. Op. cit., p 37.

Cuadro 1. Indicadores sobre conocimientos sobre la prevención del VIH. Estudio Multicéntrico 2002 – Nicaragua.

	HSH	TS
Identifican formas correctas de prevención	66.1% (n=175)	98.7% (n=446)
Usar condón en todas las relaciones sexuales	84.9%	98.2%
Tener pocos compañeros sexuales	74.9%	81%
Rechazan creencias erróneas de transmisión	65.3% (n=175)	39.7% (n=448)
El VIH se transmite por picadura de insectos	68.2%	54%
El VIH se transmite al compartir los mismos utensilios para comer con personas con VIH	75.7%	89%
Una persona aparentemente sana puede tener VIH	83.2%	80%

Fuente: Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y en Trabajadoras Sexuales. Nicaragua 2002.

Sin embargo, en el 2009 se calculó el “Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y la transmisión”, según la metodología de UNGASS, y se encontró que sólo el 16.6% de las TS de Managua y el 11.7% de las de Chinandega respondieron bien a todo el grupo de preguntas que integran el índice (Cuadro 2).

Cuadro 2. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009 – 2010

Ítems	Managua			Chinandega		
	N	n	% IC ₉₅	N	n	% IC ₉₅
Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y transmisión	616	102	16.6 (13.7 – 19.7)	214	25	11.7 (7.7 – 16.8)
Conocimientos adecuados respecto a la prevención						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	614	313	93.4 (90.5 – 95.8)	310	267	83.8 (78.5 – 88.9)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	615	517	81.3 (77.1 – 85.5)	311	228	71.7 (64.9 – 78.1)
Conocimientos adecuados respecto a la transmisión						
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	617	537	87.0 (84.1 – 89.6)	214	123	57.5 (50.6 – 64.2)
No se puede transmitir el VIH por la picadura de zancudo	615	287	46.7 (42.7 – 50.7)	214	138	64.5 (57.7 – 70.9)
No se puede transmitir el VIH al compartir comida con alguien infectado con el VIH	615	480	78.0 (74.6 – 81.3)	214	140	65.4 (58.6 – 71.8)
Se puede transmitir el VIH de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo	617	567	91.9 (89.5 – 93.9)	214	139	65.0 (58.2 – 71.3)
Se puede transmitir el VIH de una mujer con VIH o sida a su hijo a través de la lactancia materna	617	532	86.2 (83.2 – 88.8)	212	156	73.6 (67.1 – 79.4)

Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables en Nicaragua 2009.

Entre los HSH, el índice de conocimientos adecuados fue de 51.5% para los de Managua y de 25.1% para los de Chinandega¹⁵. La mayor proporción de respuestas correctas en 2009, el 93.4%, se obtuvo en Managua en relación al ítem “El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual”, En Chinandega el 92.7% respondió que “El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo/a”. En contraste, el ítem peor respondido fue: “El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo”, con 78% entre los HSH de Managua y 47.5% entre los de Chinandega.¹⁶ Entre los HSH, en el 2002 el ítem que respondió bien la mayoría de los entrevistados fue: “Usar condón en toda relación sexual”, con 84.9%. El ítem que fue peor respondido fue “se puede transmitir por picadura de insecto”, con un 68.2%.¹⁷ (Cuadro 3)

Cuadro 3. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en hombres que tiene sexo con hombres y población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009 – 2010

Ítems	Managua			Chinandega		
	N	n	% IC ₉₅	N	n	% IC ₉₅
Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y transmisión	632	323	51.5 (46.0 – 57.5)	312	89	83 (18.9 – 31.4)
Conocimientos adecuados respecto a la prevención						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	636	593	93.4 (90.5 – 95.8)	310	267	83.8 (78.5 – 88.9)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	634	506	81.3 (77.1 – 85.5)	311	228	71.7 (64.9 – 78.1)
Conocimientos adecuados respecto a la transmisión						
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	591	466	78.0 (72.6 – 83.1)	315	170	47.5 (41.3 – 54.8)
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos con alguien infectado con el VIH	628	572	89.2 (85.5 – 92.6)	315	236	71.3 (64.6 – 78.1)
Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	628	575	91.1 (88.1 – 94.2)	302	252	83.0 (77.6 – 88.4)
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo/a	628	588	93.1 (90.1 – 95.8)	307	287	92.7 (88.8 – 96.4)

Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables en Nicaragua 2009.

¹⁵ MINSAs-UVG-TEHHINET-CDC. ECVC. Op. cit., p 66

¹⁶ MINSAs-UVG-TEHHINET-CDC. ECVC. Op. cit., p 66

¹⁷ MINSAs-CEPRESI-TESIS-F. Xochiquetzal-Cruz Roja Nicaragüense. EMC-HSH. Op. cit., p 34.

IV. Respuesta nacional

El Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/sida es el documento que guía el accionar de los actores de la respuesta nacional para enfrentar y contener la epidemia. Su elaboración inicial se remonta a mediados de los noventa y ha evolucionado, desde ser un documento institucional del Ministerio de Salud, hasta ser un documento de toda la comunidad de actores de la respuesta nacional al VIH, liderado por la CONISIDA y encabezado por el MINSa.

El PEN 2006-2010, a pesar de tener una estructura congruente entre los objetivos estratégicos y las acciones, deja fuera aspectos dirigidos a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad que son clave para la contención de una epidemia concentrada y establece una serie de indicadores para medir el avance de su implementación que merecen ser adaptados para que su medición sea factible.

Los actores de la respuesta elaboran planes operativos en coherencia con el PEN, sin embargo el seguimiento de los mismos para visualizar la contribución institucional y sectorial al cumplimiento del PEN, se ve limitado por no contar con un sistema de monitoreo y evaluación adecuado y eficiente en materia de implementación práctica, y de utilidad para contribuir en la toma de decisiones.

Un aspecto que ha faltado es el costeo del PEN. Se necesita conocer la magnitud de los recursos financieros necesarios para su implementación, para que, contrastándolos con los recursos disponibles, se pueda identificar la brecha existente y con ello facilitar la gestión de recursos estatales y de cooperación internacional. La ausencia de un costeo se manifiesta en parte en la dificultad de valorar sistemáticamente la aplicación de los Tres Unos, que es un claro objetivo de todos los actores de la respuesta nacional.

La respuesta nacional en Nicaragua está estructurada en coherencia con los lineamientos internacionales, realizándose esfuerzos encaminados al cumplimiento de la estrategia de los Tres Unos, la cual propone a nivel del país un marco concertado de respuesta al VIH, una autoridad nacional de coordinación y un sistema único nacional de vigilancia y evaluación.

Los esfuerzos orientados al cumplimiento de estos principios se manifiestan en el incremento de las CONISIDAS a nivel departamental y municipal en el país en los últimos años y en la forma en que el MINSa ha venido escalando niveles de participación dentro de estas estructuras. Estos hechos han permitido una mayor participación de la comunidad organizada en el análisis, la planificación y el replanteamiento de nuevas e innovadoras estrategias, como las ferias de la salud, el reforzamiento de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, entre otros. Así mismo, como parte de la respuesta nacional, el país cuenta con un marco jurídico político y un marco institucional, como base legal para la

implementación de estrategias de integración con otras entidades, tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

El Ministerio de Salud inició el suministro de TARV a la población afectada en el año 2003, suministrando ARV a 22 personas. En el 2006 se brindaba tratamiento a 335 personas. En el 2010 reciben tratamiento 1,286 personas.¹⁸ En el 2010 se realizó un total de 112,234 pruebas de VIH, de las cuales el 80% fueron aplicadas a embarazadas, encontrándose 90 mujeres con prueba positiva.¹⁹ El creciente número de nuevas infecciones ha determinado que el país haya incrementado la cantidad de establecimientos en los que se brinda TARV. Así, de 21 establecimientos en el 2007, se ha incrementado a 32 en el 2010, en que se han incluido establecimientos del primer nivel de atención

Las acciones de la respuesta incluyen además la aplicación de la Ley de Seguridad Transfusional²⁰, gracias a la cual al 100% de las unidades de sangre donada se le practican los análisis para detección del VIH con criterios de calidad asegurada en los años 2008 y 2009.²¹

Así mismo, en el 2010 el país registra una cobertura de pruebas rápidas para VIH en embarazadas del 60.6%. Esta cifra aún no se encuentra en los niveles deseados para una adecuada prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sobre todo al tomar en cuenta las altas tasas de fecundidad,²² sin embargo, desde el año 2006 se ha venido incrementando la cobertura de pruebas rápidas en embarazadas en la mayoría de los departamentos del país.

En el 2006-2007 se realizó la Encuesta de Demografía y Salud, que encontró que el 16.1% de las mujeres entrevistadas respondió haberse realizado la prueba de VIH y a la vez conocido el resultado de la misma.²³ Este es un porcentaje bajo, dado que la mayoría de los nuevos casos en mujeres acontecen en población en el rango de edad fértil. Las acciones encaminadas a reducir la transmisión materno-infantil, incluyen suministrar tratamiento profiláctico con ARV a las embarazadas. En el año 2010, las 90 mujeres embarazadas registradas recibieron profilaxis con ARV.²⁴ Así mismo, en el país se registra un total de cuatro niños infectados con VIH, nacidos de madres con VIH, misma cifra que se registró en el 2007.

¹⁸ MINSa. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

¹⁹ MINSa. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

²⁰ República de Nicaragua. Asamblea Nacional. Ley sobre seguridad transfusional. Aprobada el 28 de Noviembre del año 2000.

²¹ CONISIDA. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Op. cit., p 19

²² MINSa. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

²³ INIDE. Encuesta de Demografía y Salud 2006/2007. Informe Final. Junio 2008. p 345

²⁴ MINSa. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. 2011.

La principal infección oportunista entre personas con infección avanzada del VIH es la tuberculosis (TB). El número de casos de coinfección VIH-TB se ha venido incrementando, desde 14 casos en el 2007, hasta 22 en el 2010.²⁵ Las mejoras en las oportunidades de diagnosticar el VIH que ha habido en los años recientes pueden estar contribuyendo a este incremento.

A pesar de que el número total de personas que han sido diagnosticadas con VIH no supera los 6 mil en 24 años de epidemia, con una alta proporción de nuevas infecciones en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo, es necesario establecer un sistema de atención y protección especial para niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa de la epidemia, que asegure que gocen de las mismas oportunidades para su desarrollo que el resto de sus congéneres.

El conjunto de actores que realizan acciones encaminadas a contener la propagación del VIH desde la detección del primer caso en 1987 ha realizado esfuerzos sostenidos para la diseminación de información sobre la epidemia, fomentando el dominio de buenos conocimientos y evitando el arraigo de mitos y tabúes sobre la misma, con el objetivo de evitar la violación de los derechos de las personas con VIH. Las acciones de prevención dirigidas a la población general están recomendadas en países de epidemias concentradas, sin que se descuiden los esfuerzos dirigidos a poblaciones en mayor riesgo. Así, en el 2010 el MINED reporta que en el 87.8% de las escuelas se impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida.²⁶

Con la subvención de la Ronda 8 del Fondo Mundial, se han apoyado diversas acciones dirigidas a mejorar el alcance de los mensajes de prevención y promoción a integrantes de poblaciones en mayor riesgo y se han establecido mecanismos para reportar la cantidad de beneficiarios/as, por ejemplo, se han implementado los denominados MotoSex y MoviSex que son unidades móviles en las que se instalan equipos de audio para promocionar durante la realización de actividades lúdicas masivas el uso del condón y las prácticas sexuales responsables, actividades en la que se concentra principalmente miembros de poblaciones en mayor riesgo. Para el 2010 estos programas llegaron al 76.6% de estas poblaciones.²⁷

²⁵ CONISIDA. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Op. cit., p 13

²⁶ CONISIDA. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Op. cit., p 17

²⁷ Marco del Desempeño del Proyecto 'Nicaragua unida en una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia', UP-INSS,

V. El entorno

La Ley 238²⁸ y su reglamento sintetizan el tesoero esfuerzo de los actores de la respuesta nacional para garantizar la protección de los derechos humanos ante el sida, brindando un marco para la ejecución de acciones de prevención hacia toda la población que dio lugar a la aprobación de la Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA²⁹ y que contribuyó a una nueva estructuración del Programa Nacional, considerado hasta ese entonces de tipo vertical, por uno menos ejecutor, más facilitador y supervisor, con clara tendencia a la “horizontalización”, para mejorar la calidad de la atención a las personas con ITS y VIH.

La ley obliga al estado a gestionar y poner a la disposición recursos financieros para garantizar el funcionamiento de la Comisión Nicaragüense del Sida –CONSIDA, entidad encargada de guiar la respuesta nacional y de asegurar la aplicación de la Ley 238 y su reglamento- bajo un enfoque multisectorial. Según los estudios de Medición del Gasto en Sida y de Cuentas Nacionales en Sida, en Nicaragua a pesar de que no se han dispuesto los recursos financieros suficientes por parte del estado, sí se muestra un progreso en la gestión de fondos desde la cooperación internacional, como lo evidencia la ejecución en marcha de la Subvención de la Octava Ronda del Fondo Mundial, que significa más de 55 millones de dólares para el país, a ser ejecutados en el período 2010-2014.

Los esfuerzos para contener la generalización de la epidemia, según dictó en su momento la Organización Mundial de la Salud y después ONUSIDA, pasan por reducir la homofobia, y por reconocer los derechos sexuales de todos los integrantes de la sociedad, como condición sine qua non para que las poblaciones en más alto riesgo reduzcan el riesgo de adquirir el VIH. De ahí es que se han hecho esfuerzos por mejorar el liderazgo de las personas que pertenecen a grupos de hombres que tienen sexo con hombres y fomentar su organización, para facilitar el dominio y ejercicio de derechos humanos fundamentales y lograr que las prácticas sexuales acontezcan en forma saludable.

Por su parte, la ley 290³⁰, de organización, competencia y procedimientos del poder ejecutivo establece los ámbitos de competencia de cada una de las instituciones que lo conforman, constituyendo un referente para la organización y distribución de funciones en la respuesta nacional a las ITS, VIH y sida.

²⁸ República de Nicaragua. Asamblea Nacional. Ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida y su reglamento. La Gaceta diario oficial No 232. Nicaragua. 1996.

²⁹ Comisión Nicaragüense del Sida. Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. 2006.

³⁰ República de Nicaragua. Asamblea Nacional. Ley Sobre seguridad transfusional. Aprobada el 28 de Noviembre del año 2000.

El MINSA, como entidad rectora del sector salud, tiene la responsabilidad de garantizar la aplicación de normas, técnicas y procedimientos para la prevención y la atención de personas con ITS y el VIH, así como de organizar los servicios de salud en el marco del modelo de salud familiar y comunitario, donde se incorpora la atención integral con calidad a las personas con VIH, velando por el cumplimiento de la confidencialidad, autonomía personal y la no discriminación.

El Ministerio de Educación (MINED), es el responsable de garantizar información y educación sexual a niños, niñas y adolescentes, incluyendo los temas para prevención del VIH, de promover el acceso de las personas con VIH al sistema educativo y de censar a la niñez en orfandad por causa del sida, para informar al Ministerio de la Familia para su debida protección social.

EL Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) debe garantizar la aplicación de normas, técnicas y procedimientos establecidos por el MINSA a las personas con VIH y a sus familiares beneficiarios, quienes deben ser atendidos de manera integral con calidad y enfoque de derechos humanos. Además debe informar de manera mensual las actividades que realiza a la CONISIDA, al Componente de VIH y a vigilancia epidemiológica del MINSA sobre las actividades que corresponden.

El Ministerio del Trabajo (MITRAB) debe garantizar el derecho al trabajo de las personas con VIH y su desempeño laboral; trabaja en la prevención en el ámbito laboral educando a los trabajadores en el autocuidado para evitar la infección del VIH y el riesgo laboral por esta causa.

El Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, (MIFAMILIA), instancia rectora de la política social, interviene en la atención a las poblaciones en mayor riesgo y poblaciones vulnerables para adquirir el VIH, las personas con VIH y sus familias, sobre todo a los huérfanos por causa del sida, los niños, niñas y adolescentes con VIH o expuestas al riesgo de contraerlo por causas relacionadas a la explotación y abuso sexual, la adicción a drogas y/o alcohol y a la violencia de género.

El Ministerio de Gobernación (MIGOB) garantiza la aplicación de normas, técnicas y procedimientos establecidos por el MINSA y ejecuta acciones de información y educación para la prevención del VIH en personal directivo, funcionarios públicos, escuelas formadoras de recursos humanos y en unidades de salud subordinadas. Así mismo garantiza la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento a las personas privadas de libertad en cualquier unidad del sistema penitenciario nacional.

Los Ministerios de Salud, Educación, Gobernación y de la Familia, el Instituto Nicaragüense de la Mujer, la Comisión Nacional de Protección de los Derechos del Niño y la Niña, y otras entidades públicas, así como la CONISIDA, las ONG, las universidades públicas y privadas, los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria y los medios de comunicación hablados, escritos y televisivos, toman en

cuenta en sus contenidos y mensajes para la prevención del VIH las diferencias culturales, de género, de etnia y generación o de comportamiento de la población, según lo establecido en el Plan estratégico nacional para la prevención del VIH, como una acción conjunta entre el estado y la sociedad civil.

La Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), a través de la Procuraduría de la Diversidad Sexual, es la encargada de la promoción de los derechos humanos y el abordaje del estigma y discriminación a través de una red de promotores de derechos humanos con la participación de la Procuraduría de los Derechos humanos, la CONISIDA, las asociaciones de personas con VIH y otras instituciones.

Las organizaciones de la sociedad civil participan en el desarrollo de las estrategias del PEN con apego a su función social específica y al tipo de actividades o servicios principales que se vinculan con ellas, en el marco de sus diferentes capacidades y experiencias, de manera que la utilización más eficiente de sus potencialidades individuales contribuya al fortalecimiento de la respuesta nacional, evitando la dispersión y duplicación de esfuerzos mediante mecanismos adecuados de concertación.

Se garantiza la participación de personas con el VIH, representadas en CONISIDA por la Asociación Nicaragüense de Personas con VIH/Sida –ASONVIHSIDA–, y la Asociación Nicaragüense de Personas Positivas por la Vida –ANICP+Vida– en todas las actividades estratégicas que se vinculan con la prevención de las ITS y el VIH.

La Ley 238 prevé la creación de CONISIDA departamentales, las que tienen como misión integrar a todos los actores locales en la lucha contra el sida, aunando esfuerzos para enfrentar la epidemia en sus localidades. En el caso de las regiones del Caribe nicaragüense, se crearon CORLUSIDA y CORESIDA las que emergen sobre la base de la ley de autonomía de las regiones del Caribe nicaragüense, por lo que jurídicamente tienen un marco de referencia diferente a las CONISIDA departamentales.

VI. Balance de Situación

El país presenta una combinación de oportunidades y amenazas en cuanto a la epidemia del VIH. Los recursos financieros de la Ronda 8, el tener un mejor conocimiento epidemiológico, el conservar una Comisión Nacional que ejerce el rol de conductor de la respuesta, la continuidad en la Planificación Estratégica y el interés por subsanar las necesidades de información son aspectos que destacan entre las oportunidades. En contraste, los esfuerzos desplegados hasta ahora parecen requerir una mayor intensidad, los resultados que muestran los estudios de comportamiento no son alentadores, y la mayor cantidad de casos de nuevas infecciones acontecen entre población joven. Estos hechos minan la ventana de oportunidad que se tiene para salir del subdesarrollo.

En el corto plazo no cabe esperar cambios dramáticos en la situación. Los recursos de la Fase 2 del proyecto del Fondo Mundial garantizarán la continuidad de las acciones que con mayor intensidad se desarrollaron en el 2010 y 2011. La reforma a la Ley 238 no implicará cambios trascendentales.

A mediano y largo plazo la situación no es clara. Dependerá de los recursos financieros que se dispongan, tanto de fuente externa como nacional, de la capacidad para detectar e implementar lecciones aprendidas y experiencias exitosas que faciliten la optimización de los recursos, priorizando las estrategias costo-efectivas.

VII. Anexos

Cuadro 4. Indicadores priorizados y medibles para el Monitoreo y Evaluación de la Situación del VIH y Sida en Nicaragua.

No	Descripción	2007	2008	2009	2010
1	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH ¹¹			7.5% (50 / 639) Managua HSH y Trans 2.8% (12 / 311) Chinandega HSH y Trans 1.8% (11 / 313) Managua TS 2.4% (5 / 211) Chinandega TS	
2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH ¹²			0.11% (42 / 37,556)	
3	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas ¹³		49% (26 / 53)	13% (11 / 91)	
4	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus ¹⁴			51.5% (323 / 632) Managua HSH y Trans 25.1% (89 / 312) Chinandega HSH y Trans 16.6% (102 / 616) Managua TS 11.7% (25 / 214) Chinandega TS	
5	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina ¹⁵			40.8% (76 / 168) Managua 58.2% (19 / 37) Chinandega	
6	Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente ¹⁶			89.5%(459 / 511) Managua 97.2% (205 / 211) Chinandega	
7	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico ¹⁷			87.75% (9408/10721)	
8	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada ¹⁸		100 % (61,319 / 61,319)	100% (67,813 / 67,813)	
9	Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar VIH ¹³				60.6% (89,712/143,586)
10	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH ¹⁹				76.60%
11	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados ¹¹	16.10%			
12	Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico ¹²	21	28	29	32
13	Porcentajes de embarazadas que viven con el VIH que reciben tratamiento profiláctico ARV ¹³				90
14	Número de niños/as infectados, nacidos de madres infectadas de VIH ¹⁴	4			4
15	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH ¹⁵			77 % (40 / 52)	
16	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (Miles de Córdobas) ¹⁶	245,539	317,965		
	<i>Categorías de Gasto</i>				
	Prevenición	101,027	139,711		
	Atención y Tratamiento	62,225	79,063		
	Huérfanos/as y Niños/as Vulnerables	-	22		
Gestión y Administración de Programas	25,930	35,241			

No	Descripción	2007	2008	2009	2010
	Recursos Humanos	39,925	46,699		
	Protección Social y Servicios Sociales	71	-		
	Entorno Favorable	5,919	10,381		
	Investigación relacionada con el VIH	10,443	6,848		
	Fuente de Financiamiento¹³				
	Pública	76,943	96,430		
	Privada	22,094	30,921		
	Externa	146,503	190,613		

Fuentes:

- 1 Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables, Junio del 2011 (pp 70 y 128)
Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 (pp 21)
- 2 Estadísticas del Programa/Componente Nacional diapositivas y registros electrónicos.
- 3 Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables, Junio del 2011 (varias páginas)
- 4 Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables, Junio del 2011 (pp 66)
- 5 Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables, Junio del 2011 (pp 110)
- 6 Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 (pp 17)
- 7 Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 pp 9)
- 8 Marco del Desempeño del Proyecto 'Nicaragua unida en una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia', UP-INSS, fuente primaria a confirmar.
Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 (pp 15)
- 9 INIDE. Encuesta de Demografía y Salud 2006/2007. Informe Final. Junio 2008 (pp 345)
Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo 2010, (pp 13)
- 10 Estadísticas del Programa/Componente Nacional diapositivas y registros electrónicos
- 11 Estadísticas del Programa/Componente Nacional diapositivas y registros electrónicos
Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo 2010, (pp 13)
- 12 Comisión Nicaragüense del Sida. Medición del Gato en Prevención. Promoción, Atención y Tratamiento del VIH y Sida. Nicaragua 2007 -2008. Metodología MEGAS. Managua, Nicaragua. Mayo 2010 (pp 49)

Fichas técnicas de indicadores priorizados 2011

UNGASS 23	
Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	<i>Directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación, del ONUSIDA/OMS, y directrices de Family Health International sobre muestreo en grupos de población.</i>
MÉTODO DE MEDICIÓN	Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.
NUMERADOR	Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH
DENOMINADOR	Número de miembros de poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH. Las estimaciones de la prevalencia deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Los sitios centinelas utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.
INTERPRETACIÓN	<p>En teoría la mejor forma de evaluar los progresos realizados es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, son los datos de prevalencia los que mejor están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones más expuestas para la evaluación del impacto del programa de prevención, es conveniente no limitarse al análisis de jóvenes sino informar sobre aquellas personas que recién han incorporado comportamientos de riesgo (p. ej., análisis por separado a personas que se han iniciado en el consumo de drogas inyectables durante el último año o que practican el comercio sexual desde hace menos de un año, etc.). Este tipo de análisis –llamado ‘restringido’- tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la TAR en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.</p> <p>Las dificultades que plantea el acceso a poblaciones más expuestas aumentan la probabilidad de sesgos en los datos de serovigilancia en comparación a datos una población más generalizada, como las mujeres que acuden a dispensarios de atención prenatal.</p> <p>En la interpretación de este indicador es clave una buena comprensión de cómo se relaciona la población de la muestra con cualquier población mayor que presente comportamientos de riesgo similares. El periodo durante el cual las personas han pertenecido a una población más expuesta se relaciona más estrechamente que la edad con el riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar sobre otros grupos de edad.</p> <p>Las tendencias en la prevalencia del VIH en poblaciones más expuestas de la capital son un buen sensor del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad, lo que no necesariamente indica que esto es así en todo el país.</p> <p>La incorporación de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, reduce la posibilidad de comparación entre valores. Recomendándose excluirlos para el análisis de tendencias.</p>

UNGASS 22	
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	
OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.
APLICABILIDAD	Países con epidemias generalizadas.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Registros sistemáticos del Componente de VIH.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y rurales.
NUMERADOR	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
DENOMINADOR	<p>Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p> <p>Siempre que sea posible, debe facilitarse la proporción del total de mujeres de 15 a 24 años que reside en la capital, en otras zonas urbanas y en zonas rurales, de modo que puedan calcularse las estimaciones nacionales.</p>
INTERPRETACIÓN	<p>En países en que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de anticoncepción son altos, la prevalencia del VIH en embarazadas de 15 a 24 años difiere de la correspondiente al total de mujeres del mismo grupo de edad.</p> <p>Este indicador (que usa datos de dispensarios de atención prenatal) proporciona una estimación bastante correcta de las tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en lugares donde la epidemia se propaga sobre todo por vía heterosexual. Es menos fiable como indicador de las tendencias de la infección por el VIH si la mayor parte de las infecciones siguen limitadas temporalmente a las poblaciones más expuestas.</p> <p>La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparación entre valores. Por esto, al momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador</p>

UNGASS 25	
Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
APLICABILIDAD	Todos los países.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Sistema de Vigilancia del Componente de VIH, Spectrum u otra modelización estadística que utilice estudios de eficacia y cobertura de los programas.
MÉTODO DE MEDICIÓN	El indicador se calculará tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión materno infantil en las embarazadas que reciben y no reciben profilaxis para el VIH; el factor que se pondera es la proporción de mujeres que recibe y no recibe diversos tratamientos profilácticos.
INTERPRETACIÓN	Este indicador se centra en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, a través de una mayor provisión de medicamentos antirretrovíricos. El software de modelización de estimaciones del VIH, Spectrum, tiene en cuenta el tipo de tratamiento antirretrovírico así como factores adicionales que influyen en las tasas de transmisión del VIH, entre ellos, las prácticas de alimentación de lactantes. Para obtener más información sobre Spectrum, consúltese la página web del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones que se indica a continuación.

UNGASS 14	
Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuestas comportamentales especiales, como la Encuesta de vigilancia del comportamiento de las poblaciones más expuestas de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes: ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?
NUMERADOR	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas.
DENOMINADOR	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un "no sé", a las cinco preguntas. Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones más expuestas deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información recopilada debe ser confidencial.
INTERPRETACIÓN	Los ítems de la encuesta son los que mejor contribuyen a saber el nivel de conocimientos que se tiene sobre la epidemia. Entrevistar a personas de poblaciones más expuestas es una tarea difícil, por ello los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado debe incluirse en el informe que se presente con este indicador. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

UNGASS 19 / AU C5d	
Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.
NUMERADOR	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.
DENOMINADOR	<p>Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses.</p> <p>Los datos de este indicador deben desglosarse por edad (<25; 25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionar debe ser confidencial.</p>
INTERPRETACIÓN	<p>Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del condón durante el último coito anal con cualquier pareja ofrece una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en esta población. Este indicador no aporta ninguna información sobre el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales con las mujeres de los hombres que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos. Si se conociera que es probable que los hombres de la subpoblación examinada tengan parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso del preservativo tanto con mujeres como con hombres. En estos casos, los datos sobre el uso del preservativo se presentarán siempre por separados respecto a las parejas masculinas y femeninas.</p> <p>Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales entre hombres en los últimos seis meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos 3 o 12 meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios del instrumento de informes.</p>

UNGASS 18 / AU C5c	
Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuestas especiales para el numerador y denominador, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los profesionales del sexo de Family Health International.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente?
NUMERADOR	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
DENOMINADOR	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses. Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
INTERPRETACIÓN	Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su empleo es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual sobreestima el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo, preguntar si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un periodo determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático. Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales remuneradas en los últimos doce meses. Si se cuenta con datos sobre otro período, como los últimos 3 o 6 meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios del instrumento de preparación de informes.

UNGASS II	
Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en el suministro de apoyo a los hogares que están cuidando a los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad.
APLICABILIDAD	Nacional.
FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios o registros sistemáticos.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se informa a los directores y responsables de una muestra nacional representativa de escuelas (tanto públicas como privadas) del significado de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida y luego se les formula la siguiente pregunta: En el último año académico, ¿ofreció su escuela por lo menos 30 horas de capacitación en aptitudes para la vida en cada curso?
NUMERADOR	Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.
DENOMINADOR	Número de escuelas encuestadas Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de escuelas y de las escuelas primarias y secundarias por separado. Si la escuela proporciona educación primaria y secundaria, la información debe obtenerse y presentarse por separado para ambos niveles de educación.
INTERPRETACIÓN	Es importante que la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida se inicie en los primeros cursos de la escuela primaria y continúe a lo largo de toda la escolarización, con contenidos y métodos adaptados a la edad y experiencia de los alumnos. El indicador proporciona información útil sobre las tendencias de la cobertura de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en las escuelas. Sin embargo, hay que tener en cuenta las importantes variaciones que existen en los niveles de escolarización (o al realizar comparaciones entre países) al interpretar este indicador. Por consiguiente, la información de apoyo que se brinde para este indicador deberá incluir las tasas de escolarización en los niveles de enseñanza primaria y secundaria correspondientes Las estrategias complementarias dirigidas a satisfacer las necesidades de los jóvenes no escolarizados serán particularmente importantes en los países con tasas de escolarización bajas. El indicador es una medida de la cobertura. La calidad de la enseñanza proporcionada también puede diferir entre países y a lo largo del tiempo.

UNGASS 03	
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada (U-03).	
OBJETIVO	Evaluar los progresos en el cribado sistemático de las donaciones de sangre con criterios de calidad asegurada.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Instrumento FRAME (Marco para la valoración, el seguimiento y la evaluación de los servicios de transfusión de sangre): un instrumento de evaluación rápida usado por la Base de Datos Mundial sobre Seguridad Hematológica de la OMS.
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>La información proviene del Centro Nacional de Sangre de la Cruz Roja Nicaragüense, del período enero – diciembre del año recién concluido. Se requiere de la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El número total de unidades de sangre recolectada de donantes en todo el país. 2. Para cada centro hematológico y laboratorio de análisis de sangre que efectúa el cribado sistemático de las donaciones de sangre para la detección del VIH: <ol style="list-style-type: none"> i. El número de unidades de sangre donadas. ii. El número de unidades donadas que fueron analizadas. iii. Si el Banco de Sangre de cribado sistemático de la sangre siguió procedimientos operativos de referencia documentados para el cribado sistemático para la detección del VIH. iv. Si el Banco de Sangre de cribado sistemático de la sangre participó en un plan de garantía de calidad externo del cribado sistemático para la detección del VIH. <p>El indicador puede calcularse a partir de esta información.</p>
NUMERADOR	Número de unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. Definiéndose como 'el cribado sistemático con criterios de calidad asegurada' aquel que se efectúa (i) siguiendo procedimientos operativos de referencia documentados y (ii) el que participa en un plan de control de calidad externo (CCE).
DENOMINADOR	Número total de unidades de sangre donada.
INTERPRETACIÓN	Si el laboratorio de análisis de sangre sigue procedimientos de referencia documentados para el cribado sistemático, está claro que el desempeño del personal capacitado para usar procedimientos operativos normalizados tiene cierto nivel de uniformidad, confiabilidad y sistematización. Si un laboratorio de análisis de sangre participa en un plan de control de calidad externo, significa que se evalúa la calidad del cribado sistemático de la sangre para la detección del VIH a intervalos regulares. Es importante tener en cuenta el porcentaje de unidades de sangre analizado en relación con estos dos elementos básicos de calidad, ya que ambos son imprescindibles para asegurar la calidad de los procedimientos.

Fondo Mundial	
Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar VIH	
OBJETIVO	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Materno – Infantil del VIH
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Informes del Componente de VIH. Registros sistemáticos del MINSA – Oficina de Estadísticas
MÉTODO DE MEDICIÓN	Numerador: Número de embarazadas captadas a las que se le realiza la prueba de VIH. Denominador: Número total de embarazadas captadas
INTERPRETACIÓN	Indicador clave para el seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Se debe considerar el hecho de que no todas las mujeres que tienen un embarazo son “captadas” para la atención, y que hay embarazadas que se atienden en establecimientos del subsector privado, los que están en la obligación de cumplir con las normas y protocolos establecidos por el MINSA. De cada cien mujeres que son captadas, el total de las que se le realizó prueba rápida para detectar VIH.

UNGASS 09	
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas.
APLICABILIDAD	Nacional.
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual)? A los consumidores de drogas inyectables se les debe hacer la siguiente pregunta adicional: En los últimos doce meses, ¿ha recibido equipo de inyección estéril (p. ej., a través de un agente de extensión, un educador inter pares o gracias a un programa de intercambio de jeringas)?
NUMERADOR	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a ambas preguntas (a las tres en el caso de los consumidores de drogas inyectables).
DENOMINADOR	Número total de encuestados.
INTERPRETACIÓN	La obtención de información relevante de poblaciones más expuestas resulta difícil. La mayoría de datos obtenidos no son sobre la base de una muestra representativa de dicha población a nivel nacional, esa debilidad debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuestas. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador. Los resultados de estas encuestas por sí solos no son suficientes para valorar el alcance de los programas de prevención destinados a estas poblaciones, ello incluye la valoración de las intervenciones implementadas como la difusión de mensajes por medios masivos de comunicación y a través de la estrategia de pares; el suministro de insumos médicos para ITS y otros para cuidados paliativos. Para una adecuada valoración del alcance de programas integrales de prevención del VIH en poblaciones más expuestas se sugiere sean consultadas las <i>'Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal'</i> . Aunque este indicador es sobre el acceso durante los últimos 12 meses, en caso de que hubiera datos disponibles sobre otro período, como los últimos 3 ó 6 meses o los últimos 30 días, pueden ser incluidos en la sección de comentarios del instrumento. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

UNGASS 07 / AU A3	
Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	
OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4 ó 5 años.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Encuesta de Demografía y Salud – ENDESA.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los encuestados: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? 2. Si la respuesta es afirmativa ¿conoce los resultados de la prueba?
NUMERADOR	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
DENOMINADOR	Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad. El indicador debe presentarse en forma de porcentajes para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años. El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el sida.
INTERPRETACIÓN	Dada las condiciones que existen hoy día para las personas con VIH, es importante que todas las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento. La afirmación inicial de “Prefiero No saber el resultado, pero...” permite una mejor información y reduce el riesgo de información escasa sobre las pruebas del VIH entre personas que no desean revelar su estado serológico.

AU	
Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico	
OBJETIVO	Valorar el acceso a la terapia anti retroviral que tienen las personas con VIH que lo ameritan. Medir el porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Conteo simple. Informe de Componente VIH.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se calcula sumando el número de establecimientos que informa acerca de la disponibilidad de servicios de TAR. La Oficina nacional del Componente ITS-VIH/Sida tiene el registro de los establecimientos que brindan este servicio.
INTERPRETACIÓN	Los datos se emplean para observar el progreso en el porcentaje de establecimientos de salud que proporciona TAR. El análisis de datos geográficamente, por tipo de establecimiento de salud y la triangulación de los datos con las estimaciones de la densidad del VIH puede proporcionar una visión sobre dónde es preciso aumentar la disponibilidad de los servicios de TAR.

UNGASS 05	
Porcentajes de embarazadas que viven con el VIH que reciben tratamiento profiláctico ARV	
OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión Materna infantil del VIH
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Informes y Registros del Componte de VIH.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica.
NUMERADOR	Número de embarazadas que tienen VIH que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materna infantil
DENOMINADOR	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses
INTERPRETACIÓN	Indicador que permite dar seguimiento a las tendencias en el suministro de TAR que aborde la prevención de la transmisión materno - infantil. Además de la TAR para la madre, los tratamientos antirretrovíricos para reducir la transmisión materno - infantil deben acompañarse de otros adecuados para el lactante y, siempre que sea posible, se debe efectuar el seguimiento e informar si se han administrado dosis para lactantes.

Fondo Mundial I4	
Número de niños/as infectados, nacidos de madres infectadas de VIH	
OBJETIVO	Obtener elementos para identificar la magnitud de las necesidades de recursos requeridos para la atención de niñez afectada por la epidemia
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Instrumentos de vigilancia del Componente de VIH, registros de pacientes y formularios de información sumaria
MÉTODO DE MEDICIÓN	Hasta el 2015 se espera un incremento.
INTERPRETACIÓN	Indicador clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, representa el denominador para la obtención de la proporción de niños con VIH por transmisión materno – infantil.

UNGASS 04 / AU G2a	
Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	
OBJETIVO	Evaluar los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada establecimiento y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual.
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Para el numerador: registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos o sistemas de gestión del suministro de fármacos. Para el denominador: modelos de estimación de la prevalencia del VIH, como Spectrum.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Instrumentos de vigilancia del Componente VIH, registros de pacientes y formularios de información sumaria.
NUMERADOR	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.
DENOMINADOR	Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.
INTERPRETACION	<p>El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto.</p> <p>El numerador debe ser igual al número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretrovírico menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto. En otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.</p> <p>Algunos pacientes retiran fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Es preciso hacer esfuerzos para dar cuenta de dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador.</p>

UNGASS 01	
Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (U-01)	
OBJETIVO	Recopilar datos exactos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos.
APLICABILIDAD	Nacional
FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS	Datos para los años calendario
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	<p>Instrumento/método principal: Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida Instrumentos/métodos alternativos (NASA):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida. 2. Encuesta del Flujo de Recursos. <p>Los resultados de cualquiera de estos instrumentos de medición se usan para la Matriz de Financiación Nacional, y es parte del Informe nacional sobre los progresos realizados.</p>
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Gastos reales clasificados de acuerdo con ocho categorías de gasto relativo al sida y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias (p. ej., rentas públicas como los impuestos) y de fuentes internacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención 2. Atención y tratamiento 3. Huérfanos y niños vulnerables 4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa 5. Incentivos para los recursos humanos 6. Protección social y servicios sociales (excluidos aquellos para huérfanos y niños vulnerables) 7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad 8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa). <p>Considerar tres grupos principales de fuentes de financiamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Público nacional 2. Internacional 3. Privado nacional (optativo para el informe del UNGASS).
INTERPRETACIÓN	<p>Los datos financieros incorporados en la Matriz de Financiación Nacional deben ser gastos reales, no presupuestos ni compromisos. También deben incluir los gastos relativos al sida efectuados como parte de sistemas de prestación de servicios más amplios. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas requiere una estimación especial de costos para efectuar el seguimiento de los recursos específicos asignados al diagnóstico y el tratamiento relacionados con el sida. Asimismo, las actividades de prevención en las escuelas podrían beneficiarse de una estimación detallada para calcular los gastos reales en actividades relativas al sida. Los gastos relativos al sida podrían realizarse fuera del sistema de salud teniendo en cuenta la naturaleza de las respuestas ampliadas al sida. Si se rellena la Matriz de Financiación Nacional se obtendrá un panorama más detallado de la situación a nivel nacional, útil tanto para la toma de decisiones nacionales como mundiales.</p>

