



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*



**2012**  
CON TODOS  
Y POR EL BIEN  
DE TODOS!

COMISIÓN NICARAGUENSE DEL SIDA

PLAN DE MONITOREO Y  
EVALUACIÓN

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE  
ITS, VIH y SIDA

Julio 2012

## Siglas y acrónimos

ARV	: Antirretrovirales
ASONVIHSIDA	: Asociación Nicaragüense de VIH/ sida
AU	: Acceso Universal
CNMyE	: Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación
CONSIDA	: Comisión Nicaragüense del sida
ECVC	: Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento
ENDESA	: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
FM	: Fondo Mundial
GRUN	: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HSH	: Hombres que tienen sexo con hombres
ICPN	: Índice Compuesto de Política Nacional
INH	: Isoniacida
INSS	: Instituto Nicaragüense del Seguro Social
INIDE	: Instituto Nicaragüense de Información de Desarrollo
IAT	: Indicadores de Alerta Temprana Farmacorresistencia
ITS	: Infecciones de transmisión sexual
MCP	: Mecanismo Coordinador de País
MERG	: Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA
MINSA	: Ministerio de Salud
MyE	: Monitoreo y evaluación
ONG	: Organismo no gubernamental
ONUSIDA	: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PASCA	: Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
PASMO	: Organización Panamericana de Mercadeo Social
PEN	: Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida, 2011-2015
PER	: Plan Estratégico Regional
PME	: Plan de Monitoreo y Evaluación
POA	: Plan Operativo Anual
PTMI	: Prevención de la transmisión maternoinfantil
SAT	: Sistema de Alerta Temprana
Sida	: Síndrome de inmunodeficiencia adquirido
SMyE	: Sistema de Monitoreo y Evaluación
TARV	: Terapia antirretroviral
TB	: Tuberculosis
TS	: Trabajadoras/es sexuales
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	: Sesión Especial sobre el VIH-Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas
USAID	: Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Contenido

Siglas y acrónimos .....	ii
Contenido .....	iii
1 Introducción .....	1
2 Objetivos del Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2011-2015 .....	3
2.1 Objetivo General del Plan de Monitoreo y Evaluación .....	3
3 Conceptos y Definiciones para un Lenguaje Común.....	4
3.1 Distinguir Monitoreo de Evaluación .....	8
3.2 Las herramientas principales del Sistema de Monitoreo.....	9
4 Organigrama para la Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación .....	13
5 Flujo General de Información y Responsabilidades del Plan de Monitoreo y Evaluación .....	16
6 Funciones de Comisiones CONISIDA y Mecanismo Coordinador de País y la Secretaría Técnica .....	19
7 Indicadores.....	22
7.1 Metodología para la selección de Indicadores.....	22
7.1.1 Revisión del Plan de Mejora al sistema de información, MyE de la Respuesta al VIH22	
7.2 Definición de estructura del plan y objetivos.....	22
7.3 Paquete Básico de Indicadores.....	23
8 Matriz de Planificación del Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN 2011-2015.....	30
9 Matriz de indicadores para el Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional .....	35
10 Bibliografía .....	42
11 Anexos .....	43
11.1 Línea de base de indicadores del PEN 2011 - 2015.....	43
11.2 Fichas Técnicas de Indicadores que responden a UNGASS, IAT, PEN, FM y PBI.....	45
11.2.1 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS 1.1), (PEN 34), (PBI 10).....	45

11.2.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (UNGASS 1.2), (PEN 17) .....	47
11.2.3	Porcentaje de adultos mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses (UNGASS 1.3) (PEN 22) 49	
11.2.4	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.(UNGASS 1.4) (PEN 23).....	50
11.2.5	Porcentaje de mujeres y hombres entre las edades comprendidas entre los 15 a 49 años, que se han sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y que conoce el resultado. (UNGASS 1.5) (PEN 38) (PBI-14).....	51
11.2.6	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con VIH (UNGASS 1.6) (PEN 16) (PBI-15) .....	53
11.2.7	Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.7) (PEN 8) (FM 3.1) (PBI 1) .....	55
11.2.8	Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su ultimo cliente (UNGASS 1.8) (PEN 9) (PBI 2) (FM Indicador de Resultado)	57
11.2.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 1.9) (PEN 10) (PBI 3) (FM Indicador de Resultado) .....	59
11.2.10	Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH (UNGASS 1.10) (PEN 11) (PBI 4).....	61
11.2.11	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombre que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.11) (PEN 12) (FM 3.2) (PBI 5).....	63
11.2.12	Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre (UNGASS 1.12) (PEN 13) (Indicador Resultado FM) (PBI 6).....	65
11.2.13	Porcentaje de HSH que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 1.13) (PEN 14) (Indicador Resultado FM) (PBI 7).....	67
11.2.14	Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASS 1.14) (PEN 15) (Indicador Impacto FM) (PBI 8) .....	69
11.2.15	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. (UNGASS 3.1) (PEN 25) (FM 2.4) (PBI 12) .....	71
11.2.16	Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros dos meses desde el nacimiento (UNGASS 3.2) (PEN 26) (PBI 22).....	73
11.2.17	Transmisión maternoinfantil del VIH. (UNGASS 3.3) (PEN 27)(PBI 17) “Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses” .....	75

11.2.18	Número y porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV (UNGASS 4.1) (PEN 42) (FM 2.1) .....	77
11.2.19	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral (UNGASS 4.2) (PEN 44) (FM Impacto) (PBI 16) .....	79
11.2.20	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH (UNGASS 5.1) (PEN 61) (FM 14) (PBI 13) .....	81
11.2.21	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (UNGASS 6.1) (PEN 5) (PEN 31) .....	83
11.2.22	Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y pruebas de VIH en el mismo lugar. (PEN 40).....	85
11.2.23	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. (UNGASS 7.2) (PEN 69) .....	86
11.2.24	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (UNGASS 7.3) (PEN 74).....	89
11.2.25	Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses. (UNGASS 7.4) (PEN 71).....	91
11.2.26	Porcentaje de CONISIDA's departamentales funcionando activamente bajo la conducción nacional. (PEN 1) (FM 1.1) (PBI 32).....	94
11.2.27	Porcentaje de Organizaciones Sociales que integran la Respuesta Nacional, participando activamente en actividades lideradas por CONISIDA (PEN 2).....	95
11.2.28	Porcentaje de Organizaciones Sociales apoyadas por CONISIDA en la formulación y gestión de propuestas de intervención para el Fortalecimiento de la Respuesta Nacional (PEN 3).....	96
11.2.29	Cantidad de Organizaciones Sociales que reportan al sistema de información (PEN 4).....	97
11.2.30	Establecida y actualizada anualmente la Agenda de Investigaciones en VIH y sida (PEN 6).....	98
11.2.31	Porcentaje de personas con VIH que declaran haber utilizado un condón durante la última relación sexual (PEN 7).....	99
11.2.32	Número de condones distribuidos en áreas de intervención claves (PEN 18) (FM 20) (PBI 11).....	100
11.2.33	Porcentaje de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE (PEN 20) 101	
11.2.34	Porcentaje de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de la PPE (PEN 21) .....	102
11.2.35	Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita (PEN 24).....	103
11.2.36	Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico (PEN 36) (PBI 18) (FM 2.9).....	104

11.2.37	Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar VIH y conoce los resultados (PEN 28) (FM 2.3) (PBI 19).....	105
11.2.38	Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar Sífilis y conoce los resultados (PEN 28) (FM 2.3) (PBI 19).....	106
11.2.39	Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN (PEN 31) (PBI 20).....	107
11.2.40	Número de niñez nacida de madre con VIH (PEN 53) (FM Impacto) (PBI 21) .....	108
11.2.41	Porcentajes de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico del VIH. (PEN 55) (FM 2.8) (PBI 26) .....	109
11.2.42	Número de niñez menor de 12 meses nacido de madre con VIH según tipo de alimentación que ha recibido: (LME - Sucedáneos - Alimentación mixta) (PBI 25).....	110
11.2.43	Porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con Trimetoprin Sulfametoxazol en el lapso de 2 meses después del nacimiento (PBI 24) .....	111
11.2.44	Número de unidades de salud que brindan TARV y sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (PEN 37) (PBI 27) .....	112
11.2.45	Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral (PEN 47) (FM-2.2) (PBI -27).....	113
11.2.46	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención de VIH (PEN 19) .....	114
11.2.47	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil (PEN 29).....	116
11.2.48	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 (PEN 30) .....	117
11.2.49	Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud y se han realizado la prueba de detección de Sífilis en los últimos 12 meses. (PEN 32).....	119
11.2.50	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico. (PEN 33) .....	120
11.2.51	Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas. (PEN 49).....	122
11.2.52	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. (PEN 39) .....	123
11.2.53	Número total de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV. (PEN 43) ...	124
11.2.54	Porcentaje de pacientes en TARV que asistieron puntualmente a consultas clínicas (transversal). (PEN 45) .....	125
11.2.55	Porcentaje de personas con VIH que ha retirado puntualmente los medicamentos Antirretrovíricos (PEN 46) .....	126

11.2.56	Porcentaje de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado reactor para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y recibieron tratamiento. (PEN 48).....	127
11.2.57	Número de mujeres captadas con VIH durante el parto. (PEN 50).....	128
11.2.58	Número de mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto. (PEN 51).....	129
11.2.59	“Porcentaje de niños de madres con VIH que reciben profilaxis” Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión materno-infantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (PEN 52).....	130
11.2.60	Porcentaje de niños/as menores de un año de edad y nacidos de mujeres que viven con VIH que reciben una prueba de ADN proviral en los primeros 12 meses de vida. (PEN 54).....	131
11.2.61	Porcentaje de personas con VIH a las que se les aplica Profilaxis para infecciones oportunistas según protocolo del MINSa. (PEN 56).....	132
11.2.62	Numero de prestadores de servicios del primer nivel de atención, capacitados en diferentes temáticas para abordaje del VIH. (PEN 58).....	133
11.2.63	Número de equipos multidisciplinarios capacitados en los protocolos de atención actualizados. (PEN 59).....	134
11.2.64	Porcentaje de personas con VIH a las que se les realizó tamizaje para Tuberculosis (PEN 62).....	135
11.2.65	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con Trimetoprim (PEN 63).....	136
11.2.66	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 66).....	137
11.2.67	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de Sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 67).....	139
11.2.68	Porcentaje de Instituciones del estado que integran la CONSIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH. (PEN 67).....	141
11.2.69	Cantidad de servicios jurídicos prestados en apoyo a denuncias sobre violación de los DDHH relacionados al VIH (PEN 68).....	142
11.2.70	Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación. (PEN 70).....	143
11.2.71	Cantidad de personas con VIH beneficiados laboralmente (PEN 72).....	144
11.2.72	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado (PEN 73).....	145

---

11.2.73	Porcentaje de Instituciones del estado involucradas en la Respuesta Nacional que reportan al sistema de información (PEN 76) .....	146
11.2.74	Plan Estratégico Monitoreado y Evaluado (PEN 77) (PBI -33).....	147
11.2.75	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años VIH positivos.....	148
11.2.76	Numero de RN VIH nacidos de madres VIH + .....	150
11.2.77	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que expresan actitud de aceptación hacia las personas que viven con VIH.....	151
11.2.78	Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior al 100 % por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia.....	152
11.2.79	Número y porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con trimetropin-sulfametoxazol (co-trimoxazol) en el lapso de 2 meses después del nacimiento .....	154
11.2.80	Número de personas de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad que refiere haberse realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.. .....	155
11.2.81	Número de episodios de ITS en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad tratados con enfoque sindrómico de acuerdo a directrices nacionales.....	156
11.2.82	Número y porcentaje de unidades de salud del Ministerio de Salud que reportan de forma oportuna la información requerida según pautas nacionales.....	157
11.2.83	Porcentaje de pacientes que inician TARV que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio de la TARV .....	158



### **Contenido de Cuadros**

Cuadro 1. Cadena de resultados en MyE.....	7
Cuadro 2. Diferencia entre Monitoreo y Evaluación.....	9
Cuadro 3. Paquete Básico de Indicadores .....	24

### **Contenido de Diagramas**

Diagrama 1. Esquema del Monitoreo de acciones y la Evaluación del PEN.....	12
Diagrama 2. Sistemas organizacionales de la ST de la CONISIDA.....	14
Diagrama 3. Sistema Organizacional de Monitoreo y Evaluación y sus funciones específicas. ....	15
Diagrama 4. Sistema Organizacional de la CONISIDA.....	21

### **Contenido de Flujos**

Flujo No. 1 Proceso de Recolección de Información de Monitoreo y Evaluación por la Secretaría Técnica de CONISIDA.....	18
Flujo No. 2 Indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación.....	159
Flujo No. 3 Indicadores Paquete Básico (3, 7, 14, 19, 16, 20, 24, 21,28 y 27) .....	160
Flujo No. 4 Notificación de la información.....	161

## I Introducción

La Respuesta Nacional al VIH 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 (Plan Estratégico Nacional); una autoridad nacional de coordinación Comisión Nicaragüense del Sida (CONSIDA) y un sistema único nacional de vigilancia y evaluación (Plan de Monitoreo y Evaluación). Así mismo, como parte de la Respuesta Nacional, el país cuenta con un Marco jurídico político y un marco institucional, como asidero legal para la implementación de estrategias de integración con otras entidades tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

El compromiso nacional como un marco concertado para el presente quinquenio está contenido en el Plan Estratégico Nacional 2011-2015, documento que establece las líneas estratégicas y las metas para el período y que guía el accionar de todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional.

La valoración del cumplimiento del PEN 2011-2015 requiere del suministro fluido de información que permita contar con la evidencia del nivel alcanzado, información que debe ser proporcionada por los actores de la respuesta en calidad de 'productores' y de 'usuarios' de la misma. Se ha definido un paquete básico de indicadores a través de los cuales se medirá el cumplimiento del PEN.

Este Plan de Monitoreo y Evaluación representa el trabajo arduo del Equipo Técnico de la CONSIDA que en el año 2011 se dio a la tarea de elaborarlo, en el año 2012 realiza una revisión del mismo, lo que ha permitido, actualizar todos los indicadores y alinear con el Plan Estratégico 2011-2015 los indicadores del Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el sida 2012, informe de Acceso Universal, indicadores del Sistema de Alerta Temprana, los indicadores comprometidos en la segunda fase del proyecto Nicaragua Unida en una Respuesta Concertada hacia la Contención de la Epidemia del VIH y sida financiado con recursos de la Octava Ronda del Fondo Mundial. Con todos los indicadores se construyó una matriz de indicadores 83 en total representando un importante avance dado que en 2011 se tenían un 186 indicadores para darle seguimiento a la Respuesta Nacional.

La línea de base de los indicadores se realizó en el año 2011 con datos del año 2010 para 16 indicadores, en el año 2012 en informe separado a este plan se presenta el informe del año 2011 para 48 indicadores incrementando en 32 el número de indicadores con información.

El presente documento describe el propósito, los objetivos y la metodología del proceso de monitoreo y de evaluación del Plan Estratégico 2011-2015. Incluye 10 capítulos. En el primero los objetivos del Plan de Monitoreo y Evaluación; el segundo capítulo presenta los conceptos y definiciones para un lenguaje común; en el tercer capítulo aparecen el organigrama para la implementación del Plan; el cuarto capítulo se refiere al organigrama para la Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación; el quinto capítulo contiene el flujo General de Información y

Responsabilidades del Plan de Monitoreo y Evaluación; el sexto capítulo funciones de Comisiones CONISIDA y Mecanismo Coordinador de País y la Secretaría Técnica; el séptimo capítulo contiene los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación; el capítulo número ocho la matriz de planificación; la bibliografía se encuentra el capítulo nueve; los anexos están contenidos en el capítulo número diez el que incluye la línea de base de los indicadores priorizados del paquete básico de indicadores, las fichas de los indicadores y los flujos de los procesos.

Se agradece a todas las personas que brindaron aportes en las sesiones de consulta y a las instancias de cooperación que han participado en la elaboración y validación del presente documento. El Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN 2011-2015 ha sido desarrollado con apoyo técnico y financiero de USAID|PASCA.

## **2 Objetivos del Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2011-2015**

### **2.1 Objetivo General del Plan de Monitoreo y Evaluación**

Medir los avances, resultados y el impacto de las principales actividades establecidas en el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2011-2015 a través de un sistema único nacional que brinde información para la toma de decisiones y que permita dar respuesta ante los compromisos de país suscritos y las instancias internacionales, desde la respuesta multisectorial a la epidemia del VIH.

#### **Objetivos Específicos**

1. Fortalecer a nivel nacional el cumplimiento del PEN 2011-2015.
2. Estandarizar conceptos, lineamientos e instrumentos para recolección, procesamiento y análisis de datos relacionados al cumplimiento de indicadores priorizados y de procesos sujetos a monitoreo y evaluación.
3. Definir los métodos de gestión para la implementación del Sistema Nacional de Información, basado en los doce componentes del Monitoreo y Evaluación (MyE).
4. Medir sistemáticamente la calidad de las acciones, para la toma de decisiones oportunas y el establecimiento de buenas prácticas.
5. Valorar el uso de la información sobre la epidemia y la Respuesta Nacional.
6. Institucionalizar el monitoreo y evaluación como parte de los compromisos de estado y apoyo con los enlaces para el reporte oportuno de indicadores.

### 3 Conceptos y Definiciones para un Lenguaje Común.

El Plan de monitoreo y evaluación está conceptualizado como un conjunto de procesos, de métodos y de herramientas debidamente organizados orientados a generar información para dar seguimiento a la implementación del PEN 2011-2015, así como, para la toma de decisiones oportunas y estratégicas orientadas a revertir el curso de la epidemia del VIH en la población. El monitoreo y la evaluación son complementarios.

Con el objetivo de construir un lenguaje común al interior de la CONISIDA, se definen a continuación algunos elementos claves del plan de monitoreo y evaluación.

**Sistema:** Conjunto de elementos (recursos) que se organizan (procesos) para cumplir un fin (resultado).

**Monitoreo:** Es el seguimiento continuo, rutinario y regular, a la implementación de las acciones estratégicas y las intervenciones concretas por temas estratégicos con el fin de proporcionar información sobre el nivel de progreso y sobre los resultados de la operacionalización de la visión, el propósito, los valores y los temas estratégicos del PEN 2011-2015.

**Evaluación:** Valoración sistémica de los logros y del impacto de la implementación PEN 2011-2015, así como de las acciones estratégicas por temas estratégicos y de las respectivas intervenciones y proyectos especiales que puedan surgir para garantizar la implementación exitosa del PEN. Tiene como propósito medir si se han alcanzado los resultados esperados y los procesos que contribuyeron a esos logros. Y, de manera en particular, poner en evidencia el nivel de impacto en la respuesta a la epidemia del VIH.

**Vigilancia:** Es la observación rutinaria del curso de la enfermedad (vigilancia de la enfermedad) y de los comportamientos de riesgos (vigilancia de comportamiento). Implica recolección, análisis, interpretación, diseminación continua y sistemática de la información.

**Fuentes de Verificación:** Son las fuentes de datos necesarios o los sistemas de información tangibles, generalmente en forma de informes, resultados de exámenes. Las fuentes de datos proporcionan los valores que se utilizan para la construcción de los indicadores en un punto específico en el tiempo y como prueba de haber alcanzado los objetivos planteados.

**Supervisión:** Proceso sistemático que permite brindar seguimiento durante la ejecución de actividades, para que estas se desarrollen de forma satisfactoria. Posee la característica de ser acompañante, ya que en este proceso la retroalimentación permite la identificación de debilidades y la creación de compromisos mutuos (entre quien supervisa y quien es supervisado/a) para alcanzar las metas y objetivos propuestos. La supervisión tiene como finalidad principal conducir oportunamente la implementación en la dirección correcta.

**Indicador:** Es una medida cuantitativa o cualitativa que nos permite medir el grado de progreso hacia un objetivo, puede usarse como guía para controlar y valorar una acción, o la calidad de la misma. Representa una declaración medible de los objetivos y metas. Cada indicador debe cumplir con los siguientes atributos: ser fácil de entender para todos, Consistente, Oportuno, Pertinente, Relacionado en lo posible con la sostenibilidad económica, social y ambiental y Confiable.

El nivel de cumplimiento del mismo demuestra el desempeño del Plan y las consecuencias (positivas o negativas) que se tienen como resultado o impacto de las intervenciones. Los indicadores serán utilizados para medir diferentes aspectos de la ejecución del PEN, constituyéndose como referencias fundamentales en la medición de sus procesos, resultados e impactos esperados, y proporcionarán una clara idea del nivel de ejecución. Este Plan de MyE, para efectos de su implementación, plantea los siguientes tipos de indicadores:

**Indicadores Verificables:** Los indicadores son variables que se toman para medir diferentes aspectos de la ejecución del PEN. Constituyen una referencia fundamental en la medición del éxito de las intervenciones con relación a la visión, el propósito y las acciones concretas por tema estratégico, proporcionando una clara idea sobre el nivel de ejecución del PEN.

**Sistema de Información:** Conjunto de elementos o partes interactuando de tal manera que generan un flujo de información en función de objetivos. Para el propósito de este documento los elementos se refieren a las personas, infraestructura y actividades que generan datos. El monitoreo, la evaluación y la supervisión son las principales actividades generadoras de datos para el Sistema de Información.

**Fuente de Datos:** Son los documentos o actividades que dan origen a los datos e información vinculada con el PEN y sus indicadores. Se considera como fuente de datos aquellos presentados en los medios de verificación (reporte de supervisión, de auditoría...). Las fuentes de datos pueden ser registros primarios o secundarios de la información.

- **Fuente primaria** se establece como la información proveniente directamente de la actividad o beneficiarios. Dentro de estas fuentes se incluye hojas de atención ambulatoria, ficha de vigilancia del VIH, listas y actas de distribución y entrega, hojas de notificación de casos, expedientes clínicos, cuestionarios, entre otros.
- **Fuente Secundaria:** se han establecidos para tal fin lo concerniente a reportes del sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, formatos para consolidación de la información, tableros de mando del Sistema de Alerta Temprana, publicaciones de estudios e investigaciones, entre otras.

**Análisis de la información:** Distinción y separación de las partes de un todo (una realidad, un objeto) hasta llegar a conocer los principios o elementos que explican su funcionamiento. Cada una de las actividades de monitoreo y evaluación implica identificación de logros y dificultades y búsqueda de las posibles soluciones. Análisis cualitativo tiene por objeto descubrir y aislar los elementos o factores de una realidad; el análisis cuantitativo se emplea para determinar la cantidad de cada elemento de esa realidad.

**Monitoreo Gerencial o Sistema de Alerta Temprana.** Herramienta simple en formato de Microsoft Excel que permite medir el grado de avance de los indicadores programáticos y financieros por períodos, proceso de planificación de metas vinculadas a las tareas y actividades programadas en un plan de acción, situación que permitirá el seguimiento oportuno de la ejecución. Un elemento importante es la presentación de datos de forma consolidada o acumulada a períodos de corte trimestral o anual.

**Mejora de la Calidad.** La gestión de la calidad (a través de procesos de garantía de la calidad) es una herramienta de gestión y toma de decisiones básica y fundamental que complementa los procesos de monitoreo y evaluación de indicadores, así como el uso de información. En el campo del VIH, el objetivo principal de este sistema es el de asegurar la calidad de todo el accionar que se realice en el contexto de la ejecución de la Respuesta Nacional al VIH, en sus diferentes componentes, lo cual no solo es una exigencia ciudadana, sino que además es importante tener en consideración que muchas de las brechas en la provisión de servicios preventivos, asistenciales y de protección social son debidas a deficiencias organizacionales y falta de un abordaje sistémico de los problemas. Además es bien sabido que los costos de las acciones carentes de calidad son muy significativos desde un punto de vista administrativo, financiero y social.

**Línea de base:** La línea de base (línea basal o estudio de base) es la primera medición que se efectúa sobre los indicadores en este caso del PEN, para conocer el valor de los mismos, y describir la situación antes de ejecutar las acciones planificadas (establecimiento del punto de partida). Las líneas de base generalmente poseen un carácter cuantitativo y pueden recurrir a fuentes primarias (producidas ad-hoc) o fuentes secundarias (censos, estudios previos).

**Resultado:** Los resultados son los cambios previstos, alcanzados al finalizar la ejecución del PEN. Anticipa los beneficios en forma de condición futura claramente descrita. Se incluirán los bienes y servicios que se obtendrán si las actividades estratégicas se cumplen exitosamente.

**Meta:** Las metas son estimaciones respecto a los resultados o impacto que producen intervenciones específicas. Se definen en términos de cantidad, calidad y tiempo, se fijan en relación a las brechas identificadas, utilizando como base los indicadores seleccionados. Las metas establecen lo que se busca lograr a través de una intervención o proyecto y proveen la dirección general de la población a alcanzar.

El cuadro siguiente ejemplifica una cadena de resultados en monitoreo y evaluación con los cuatro niveles de indicadores.

**Cadena de Resultados en Monitoreo y Evaluación:** Corresponde a cuatro niveles de indicadores: entradas, salidas, resultados e impactos.

- Entradas (Inputs): Recursos necesarios para la implementación de las acciones concretas por temas estratégicos del Plan, expresados en términos de:
  - Recursos humanos

- Equipos
- Infraestructura
- Medios de transporte, entre otros

Las entradas se pueden también expresar en términos del presupuesto necesario para la implementación de cada acción estratégica y/o intervención concreta por tema estratégico.

- Salidas (Outputs): Resultados inmediatos de la implementación de las acciones concretas por temas estratégicos, expresados en cantidad:
  - Números de actividades; número de beneficiarios, número de servicios, etc.
  - En algunos casos como proporciones o porcentajes.
- Efectos (Outcomes): Son los resultados de medio término de las acciones estratégicas implementadas, expresados en:
  - Proporción de la población objetivo con conocimiento y con prácticas respecto a las conductas de prevención de la transmisión del VIH.
  - Proporción de la población objetivo que tiene acceso a pruebas de sangre y tratamiento; etc.
- Impactos: Se refiere al nivel más alto de los resultados alcanzados y que logran cambiar el estado de la condición y el comportamiento de la epidemia en la población en más alto riesgo, vulnerable y población general. Están orientados a largo plazo.

### Cuadro I. Cadena de resultados en MyE

Monitoreo (entradas + proceso= salidas)		Evaluación (Efectos o resultados e impacto)	
Insumos (Entradas)	Indicadores de productos y procesos	Indicadores de resultados	Indicadores de impacto
<b>Recursos humanos</b>	% de personal técnico del Ministerio de Salud capacitado en consejería.	% de HSH que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Prevalencia de VIH en HSH.
<b>Recursos financieros</b>	Numero de tratamientos de ARV adquiridos bajo negociación conjunta regional.	% de adultos con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretroviral.	% de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la TAR.
<b>Políticas formuladas</b>	Número de condones distribuidos entre grupos específicos.	Porcentaje de personas trans que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina	Incidencia de VIH en personas trans.
<b>Infraestructura y equipamiento habilitados</b>	% de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de detección del VIH y proporcionan ARV para la prevención de la transmisión maternoinfantil in situ.	% de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron ARV para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas



### 3.1 Distinguir Monitoreo de Evaluación

Comparando las definiciones, se puede decir de que el Monitoreo se ocupa de qué se está haciendo y cómo, mientras que la Evaluación pone su atención principal en qué se está logrando.

El monitoreo consiste en un proceso de observación constante de aspectos centrales de la intervención y sus efectos, según como fueron prestablecidos. Incluye información de insumos y productos los que se obtienen de registros y sistemas de notificación periódica, la observación de los servicios de atención y encuestas a usuarios. En general, los datos provienen del ámbito local y los que se envían a una unidad central para agregarlos a otras informaciones. El monitoreo busca establecer si los recursos invertidos, procesos (actividades realizadas y su calidad) así como los resultados (productos directos) se han realizado según lo planificado. Así mismo incluye la recolección regular y el análisis de la información para la toma de decisiones oportunas, asegurando la responsabilidad y asegurando las bases para el aprendizaje.

Por su parte la evaluación comprende un conjunto de actividades que tienen por objeto determinar la efectividad de un programa, intervención o proyecto específico. Significa poder relacionar directamente un producto o resultado específico con una intervención en particular. En general la evaluación responde a preguntas tales como: “¿Qué cambios surgieron a raíz de los esfuerzos del programa?” O para decirlo más simplemente, “¿Qué diferencia generó el programa?” La evaluación calcula la eficacia general de la prestación de servicios a través de un análisis y seguimiento de resultados más detallados a lo largo del tiempo (la manera en la que las poblaciones objetivo se benefician con los servicios y cómo los utilizan, y/ o modifican su comportamiento) y siempre que sea posible, evalúa el impacto eventual en la transmisión de la enfermedad y la mortalidad.

Los objetivos y la metodología usados en evaluación son distintos a los usados en monitoreo. En general, las evaluaciones son más complejas debido al rigor metodológico que exigen y a sus costos, que suelen ser elevados, en especial las evaluaciones de resultados y de impacto, que a menudo requieren encuestas de tipo poblacional u otros diseños rigurosos de investigación. Sin embargo, para la evaluación del PEN se aprovecharán los datos y encuestas nacionales que están disponibles y que se realizan regularmente, o datos programáticos de las instituciones.

Con la evaluación de impacto se intenta conocer qué tanto la intervención ha logrado cumplir sus objetivos y metas; en este caso como se trata de un plan de país, la evaluación estará orientada a medir el impacto global en indicadores nacionales.

La diferencia entre el monitoreo y la evaluación radica en que el monitoreo de los resultados permite conocer los cambios en los resultados como consecuencia de la intervención ejecutada, pero no es su objeto discernir si los cambios se derivan estrictamente de ella. Por su parte, la evaluación tiene específicamente por objeto poder atribuir los cambios a la intervención que se estudia. Por ello, diseño de la evaluación debe permitir obtener una relación entre los resultados y

el plan estratégico con el fin que pueda mostrar que los cambios no se deben a otros factores. En el siguiente cuadro se presenta un resumen de las diferencias señaladas.

**Cuadro 2. Diferencia entre Monitoreo y Evaluación.**

	<b>Monitoreo</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Propósito</b>	Recopilar información para mejorar las decisiones de gestión inmediata sobre las actividades desarrolladas. Reorientar actividades, recursos plazos, etc. para el logro de resultados y estrategias del PEN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejores decisiones, cambio de comportamiento de las PEMAR, etc.</li> <li>• Determinar la pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y viabilidad general de una intervención.</li> </ul>
<b>Momento</b>	Se realiza exclusivamente durante la ejecución del PEN. Es continuo, día a día.	Puede estar presente en todas las fases del PEN (actualización, ejecución, posterior a la ejecución). Es periódico
<b>Ambito de indagación</b>	Se centra principalmente en las actividades del PEN. (Entradas y Salidas)	Se centra principalmente en los objetivos y estrategias del PEN. (Resultados e Impacto)
<b>Carácter temporal</b>	Función continua realizada de forma permanente (durante la ejecución del PEN).	En la práctica tiende a ser puntual (en momentos significativos durante la vigencia del PEN).
<b>Actores y Usuarios</b>	Actividad esencialmente interna que corresponde realizar al equipo de MyE de la Secretaría Técnica de CONISIDA.	Actividad por lo general externa, realizada por expertos independientes.

Estas clasificaciones básicas tienen un propósito didáctico claro y pretenden ayudar a entender mejor las similitudes y diferencias existentes entre el monitoreo y la evaluación, lo cierto es que el debate ha venido complicándose en los últimos años con la aparición de algunas figuras intermedias que presentan distinta terminología (seguimiento, monitoreo, evaluación, valoración del desempeño, etc.), y que tienden a fusionar ambos, hasta el punto de poner en cuestión algunas de las diferencias señaladas.

### 3.2 Las herramientas principales del Sistema de Monitoreo

En la comprensión de la Respuesta Nacional, conceptualmente se ha avanzado en entender que el monitoreo y evaluación es una fase –metodológicamente hablando- en el “ciclo de vida” de los programas, llevados a cabo como una actividad a ser implementada desde la ejecución de un Plan de Acción y que cobra especial importancia al final de cada período de financiamiento, reconocidas

como parte integral de todas las fases de los programas, desde la planificación hasta la gestión, el rediseño o continuación de las actividades. De esta manera, los Sistemas de Monitoreo y Evaluación (SMyE) deben ser diseñados y ejecutados en forma coordinada, integral, multisectorial y con un amplio alcance. Además se espera que contribuyan al uso más eficiente de recursos y reduzcan la duplicidad en los procesos de recopilación de datos. Un SMyE de gran alcance asegura que la información sea consistente y sistemática a través del tiempo y entre los socios. Así, por ejemplo, los datos de rutina provenientes de diferentes sitios de prestación de servicios pueden ser estructurados en el ámbito nacional para calcular los servicios prestados cada año.

El SMyE deberá incluir diversas formas de recolección de información. Pueden planificarse encuestas para suministrar indicadores acordados entre distintos actores que requieran información, eliminando de esta manera la duplicidad de esfuerzos. La información generada por el SMyE deberá cubrir las necesidades de una variedad de actores interesados incluyendo gerentes de programas, investigadores, donantes y organizaciones regionales interesadas en coordinar y apoyar la Respuesta Nacional. El uso de datos e indicadores para la planificación y evaluación de programas es fundamental en cualquier sistema de monitoreo y evaluación.

El SMyE debe entenderse como un conjunto de elementos relacionados con la actuación de los actores involucrados en la respuesta social al VIH y sida, con reglas particulares para su funcionamiento y que dé a conocer de forma sistemática lo que está ocurriendo bajo la influencia de la ejecución de los planes estratégicos, tomando en cuenta que cuando se formularon y aprobaron, constituían un conjunto de posibilidades o hipótesis. Operativamente el diseño de SM&E deberá integrar diversos procesos de generación de información con miras a usarse de forma más eficiente, al igual que los recursos que se aplican para su producción y utilización, garantizando que los indicadores y los métodos utilizados sean comparables a lo largo del tiempo.

El diseño del SM&E parte de la comprensión de la lógica directiva y operativa de cualquier plan en general o de intervenciones en particular. Se parte de la premisa que la justificación del diseño y ejecución de cualquier plan es alcanzar objetivos previamente establecidos. Por ello, la lógica operativa de los planes comienza por transformar insumos en actividades previamente seleccionadas, las que se supone son capaces de materializar productos específicos con los que logrará determinados resultados, los que en última instancia van contribuir a alcanzar los objetivos previsto para determinadas poblaciones.

En la medida que estos productos llegan a la población a que estaban destinados, el plan tiene altas probabilidades de alcanzar efectos o resultados positivos a corto plazo, por ejemplo, incrementar el uso de condones en las relaciones riesgosas, reducción de la edad de la primera relación sexual de los jóvenes, etc. Con estos resultados positivos a corto y mediano plazo se espera un impacto en la epidemia del VIH y sida lo que se puede manifestar en la reducción de la incidencia de infecciones de transmisión sexual o de VIH o en una reducción de la letalidad y mortalidad por la infección.

Ahora bien, conocer lo que ocurre con la implementación de los planes estratégicos puede hacerse desde dos perspectivas: el monitoreo y la evaluación. El monitoreo consiste en un proceso de observación constante de aspectos centrales de la intervención y sus efectos, según como fueron prestablecidos. Incluye información de insumos y productos los que se obtienen de registros y sistemas de notificación periódica, la observación de los servicios de atención y encuestas a usuarios. En general, los datos provienen del ámbito local y los que se envían a una unidad central para agregarlos a otras informaciones.

Las herramientas principales del Monitoreo son:

- El cronograma o calendario de actividades (normalmente se utiliza un diagrama de Gantt de doble barra, comparando el progreso esperado y el real para cada actividad y componente del PEN; en proyectos complejos se utiliza un diagrama PERT).
- El presupuesto (por actividades, recursos, por partidas, por fuentes de financiación), las tablas de ejecución presupuestaria (cuadros resumen de costes comparando costes esperados y reales) y el calendario previsto y final de desembolsos. (COSTEO)
- El organigrama de ejecución del PEN.
- Los indicadores para verificar el logro de los resultados del PEN.

Por lo tanto, el seguimiento precisa de:

- Un sistema de información sobre cómo se está ejecutando el PEN, con mecanismos de alerta temprana que detecten desviaciones, en momentos determinados de la ejecución.
- Un sistema de toma de decisiones que permita dar respuesta a esas desviaciones que van surgiendo.

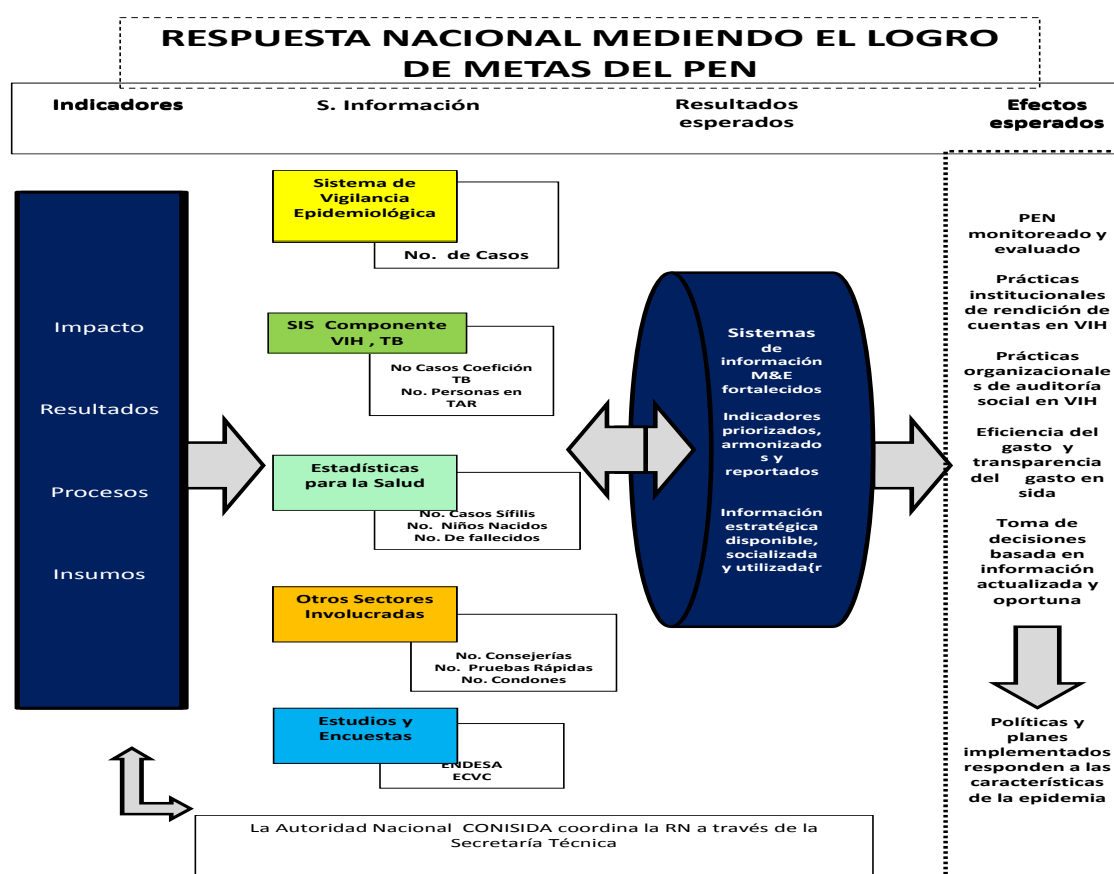
A medida que crece el conocimiento sobre el VIH, y las actividades en esta temática, aumenta la necesidad de monitorear y evaluar el éxito de los programas destinados a reducir la diseminación de la infección y las repercusiones que esta tiene en la vida de la familia y la comunidad. Muchos son los actores involucrados en la Respuesta Nacional, y hasta el momento, todos dan seguimiento a sus actividades, sin embargo no todos, informan través de un Sistema único concebido y consensado para estos fines, centralizando la información sobre el seguimiento de las mismas en la CONISIDA a través de la Secretaría Técnica, como responsable de la Respuesta Nacional.

El sistema de información del sector salud provee de datos para la construcción de los indicadores de proceso, resultado y de impacto referidos al PEN 2011-2015, así como datos para el monitoreo y evaluación. Los sistemas que proveerán información al sistema de M y E son: El Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema de Estadísticas de la Salud; el Sistema de Información del Componente ITS, VIH y sida y el Componente de Tuberculosis (TB) y los sistemas de los actores involucrados en la Respuesta Nacional.

Otros instrumentos importantes que serán utilizados como fuentes importantes de información para el proceso de evaluación serán:

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) u otra encuesta a nivel de país.
- Encuesta Centroamérica de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables
- Vigilancia epidemiológica de casos.
- Vigilancia serológica de infección VIH/Hepatitis B/Sífilis.
- Estudios de Coinfección TB y VIH
- Vigilancia de fármaco resistencia.

**Diagrama I. Esquema del Monitoreo de acciones y la Evaluación del PEN**



Las fuentes anteriores no son excluyentes, por el contrario deben ser complementadas con encuestas y estudios cualitativos ejecutadas por los diferentes actores de la Respuesta Nacional según las demandas de información.

#### **4 Organigrama para la Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación**

De acuerdo al Manual de Gestión de la Secretaría Técnica de la CONISIDA, para cumplir su misión e importante roles y funciones de rectoría, elaboración, conducción armónica de los esfuerzos de los diferentes sectores e instituciones del país y mantener el control estratégico de la Respuesta Nacional ante la epidemia del VIH y sida, la CONISIDA precisa, del apoyo efectivo y oportuno, de una estructura funcional y organizacional debidamente definida: La Secretaria Técnica (ST).

La Secretaria Técnica es la estructura responsable de brindar el apoyo técnico y administrativo a la CONISIDA, de forma efectiva, continua, estrecha y oportuna en la promoción, protección y defensa de los derechos humanos, así como en la formulación de propuestas y vigilancia del cumplimiento de las políticas, planes, estrategias y compromisos nacionales e internacionales, de la Respuesta Nacional al VIH y sida. Corresponde a la instancia que da y vigila el cumplimiento de aquellas resoluciones de carácter técnico – administrativas emitidas por la CONISIDA, que sean necesarias para la buena marcha programática y financiera de la Respuesta Nacional y otras atribuciones que la CONISIDA requiere para el adecuado desarrollo de sus actividades y cumplimiento de sus fines.

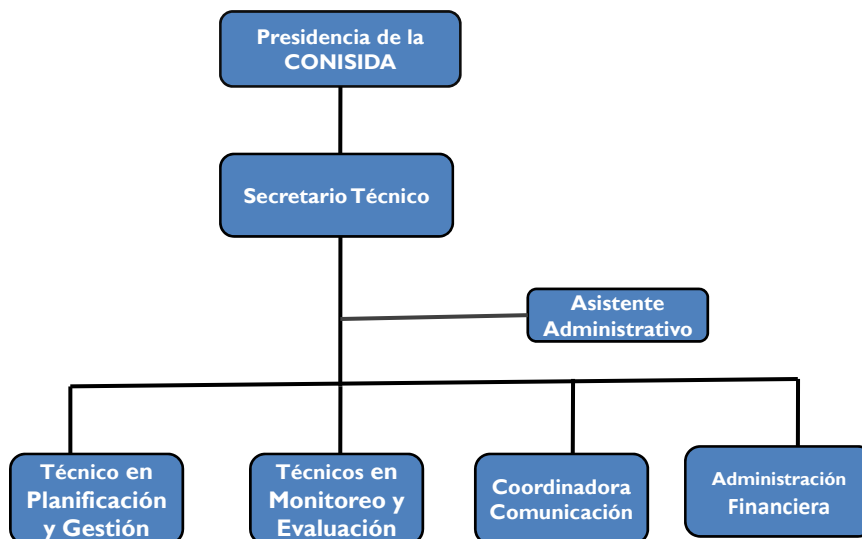
#### **Cuadro 3. Los roles de la Secretaría Técnica de CONISIDA son:**

1. Formulación de propuestas de creación y actualización de políticas, planes y estrategias.
2. Desarrollo de planes, estrategias y acciones de prevención.
3. Desarrollo de planes, estrategias y acciones de comunicación.
4. Vigilancia y promoción de los derechos humanos.
5. Monitoreo del cumplimiento del PEN, compromisos nacionales e internacionales de los proyectos, incluidos el proyecto de Fondo Mundial.
6. Desarrollo de CONISIDAS a nivel nacional.
7. Identificación de fuentes de financiamiento.
8. Vigilancia de la ejecución del financiamiento en VIH.
9. Desarrollo de la Secretaria Técnica de CONISIDA.
10. Gestión Parlamentaria

#### **Sistemas Organizacionales que conforman la Secretaria Técnica de la CONISIDA**

De acuerdo al enfoque sistémico, la Secretaria Técnica de la CONISIDA como cualquier otra organización está constituida por “Sistemas Organizacionales”, que en su conjunto conforman, un complejo “Microsistema de producción de bienes y servicios” que le permiten funcionar articulada e integralmente, cumplir su misión, desempeñar sus roles y desarrollar sus funciones para lograr su visión de futuro.

**Diagrama 2. Sistemas organizacionales de la ST de la CONISIDA**



La Secretaria Técnica de la CONISIDA cuenta con los siguientes **“Sistemas Organizacionales”** para el cumplimiento de sus Roles y Funciones Generales:

1. Sistema de Planificación de la Respuesta al VIH y sida.
2. Sistema de Comunicación social.
3. Sistema de Monitoreo y Evaluación.
4. Sistema de Gestión Secretarial a la CONISIDA.
5. Sistema de Administración Financiera.

**Diagrama 3. Sistema Organizacional de Monitoreo y Evaluación y sus funciones específicas.**



El sistema organizacional de Monitoreo y Evaluación tiene las siguientes funciones específicas a cargo:

1. Monitorear el cumplimiento del PEN y sugerir medidas de ajustes y de mejora continua.
2. Monitorear el avance o cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales.
3. Monitorear y promover estudios sobre el cumplimiento de los derechos humanos ante el VIH y sida
4. Realizar el seguimiento de la cooperación técnica internacional para VIH y sida a nivel de país.
5. Hacer monitoreo de las actividades y ejecución presupuestaria de los recursos de los diferentes proyectos, incluido el Fondo Mundial.

El Plan de M&E de la Secretaría Técnica abarca las cuatro acciones de monitoreo y evaluación que tiene por funciones cumplir: de proyectos, de la cooperación internacional, del PEN y el cumplimiento de los derechos humanos.

Para el monitoreo del PEN se utilizará el Sistema e M&E del PEN elaborado específicamente para el plan. Será revisado cada año y cuando la Secretaría Técnica inicie un proyecto bajo su responsabilidad para implementarlo.



En función de lo anterior el Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN le corresponde a la Secretaría Técnica de la CONISIDA en el ámbito de actuación del Sistema Organización Monitoreo y Evaluación.

## **5 Flujo General de Información y Responsabilidades del Plan de Monitoreo y Evaluación**

El Sistema Organizativo de MyE de la secretaría técnica garantizará

1. El monitoreo rutinario para la recolección oportuna y el análisis de los datos, así como también la elaboración de informes de alta calidad que permanezcan a disposición de todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional ante el VIH.
2. Perfeccionar los canales de comunicación entre los actores claves, de manera que se facilite el intercambio de información y la socialización de los hallazgos que hayan sido productos del monitoreo.
3. Presentar los avances y obstáculos identificados a los actores PEN es para pactar nuevas estrategias.
4. Mantener una ruta de confección, validación y revalidación de instrumentos para la recolección de datos. Estos serán diseñados de acuerdo con el rol que desempeña cada actor en el proceso.
5. Coordinar con la Comisión Nacional de MyE (CNMyE) de la Respuesta Nacional de la CONISIDA reuniones trimestrales y/o reuniones extraordinarias para la revisión técnica de los informes de MyE, previamente consensuado con los actores claves. El objetivo de llevar a cabo las reuniones es para que los miembros del Comité validen la información recolectada. La misma deberá ser de forma permanente y contar con un calendario de reuniones. Lograda esta fase, un representante del de la CNMyE presentará el informe final ante los miembros de la CONISIDA para su aval y respectiva difusión.
6. Coordinar el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los enlaces multisectoriales con el propósito de desarrollar nuevas competencias, a la vez que se pule la cultura de apoyo al proceso.
7. Coordinar con las instancias que llevan a cabo investigaciones sobre la temática del VIH y sida, el cumplimiento de parámetros para la protocolización de la propuesta y para facilitar el desempeño de estudios que aseguren la calidad de los resultados. Con esta medida, se busca evitar la duplicidad de esfuerzos y optimizar los recursos.
8. Revisar anualmente, en conjunto con el CNMyE, los indicadores nacionales fijados en el PEN el plan de MyE, a fin de adecuarlos a la realidad vigente.

El Sistema Organizativo de MyE de la Secretaría técnica tiene la responsabilidad de:

1. Realizar reuniones periódicas para analizar la información existente y emitir un juicio de valor y la toma de decisiones.
2. La verificación y documentación periódicamente del proceso y los resultados de MyE,
3. La validación de la Respuesta Nacional a la epidemia basados en los indicadores establecidos en el PEN 2011-2015
4. La elaboración de un informe nacional para la toma de decisiones oportunas y acertadas.

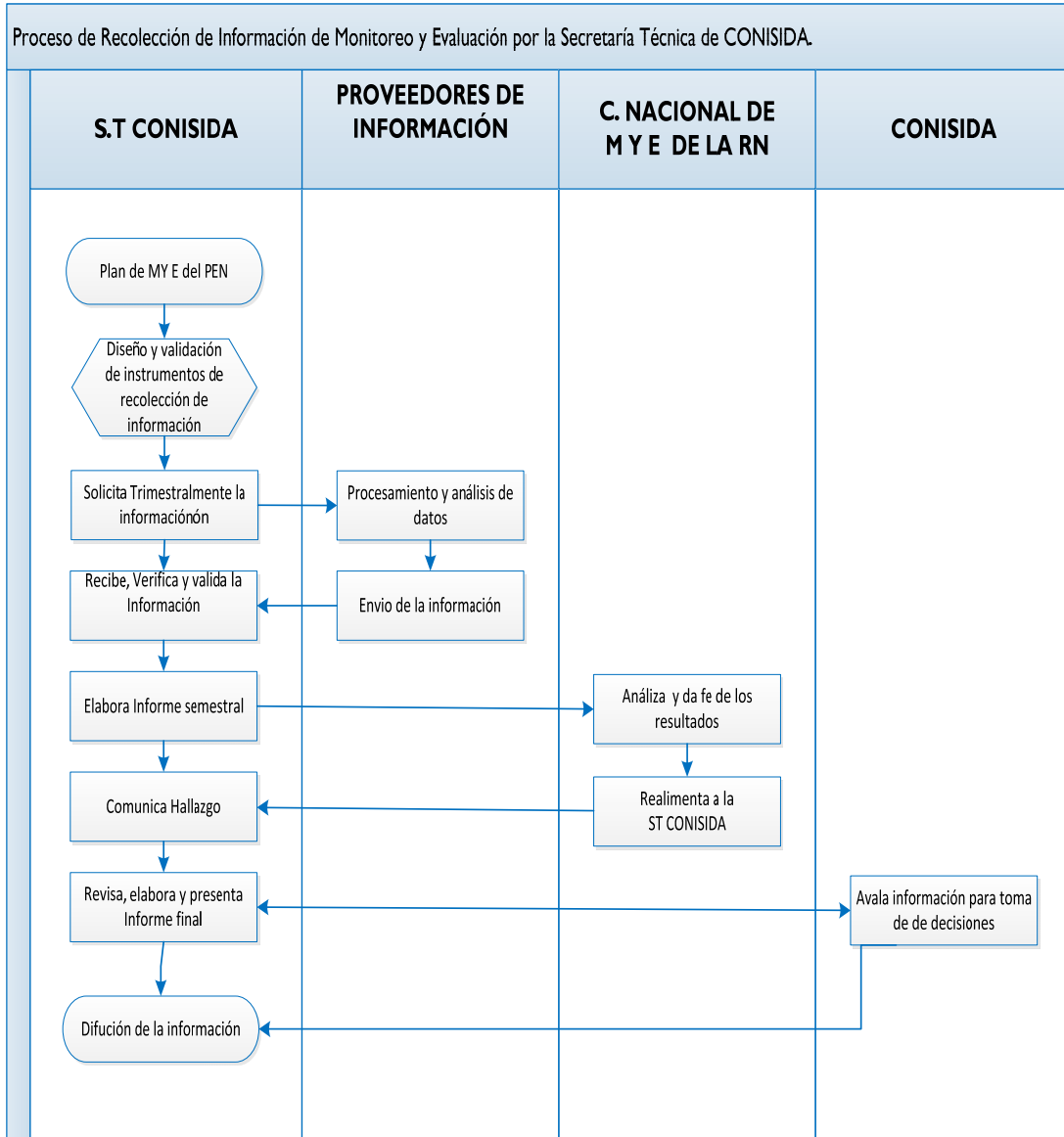
Ambas estructuras organizativas, junto a los actores claves, cumplirán con su responsabilidad de gestión, planificación y coordinación de las diversas acciones establecidas en el PEN 2011-2015 y en el presente plan.

El proceso de recolección de la información del SMyE de la Secretaría Técnica, definen los niveles de responsabilidad y la forma en que se debe dar la coordinación entre actores claves proveedores de la información y los responsables de la sistematización de dicha información. En el siguiente flujo se presenta dicho proceso.

La naturaleza del PEN 2011-2015 es multisectorial y social lo que implica que la ejecución de las acciones es de responsabilidad compartida por el conjunto de actores, quienes respondiendo a los tres 'unos' deben en primera instancia elaborar el Plan de Acción de su propia institución u organización respondiendo al contenido del PEN 2011-2015, y a nivel local, la elaboración de un Plan Estratégico Local que sintetiza en dicho nivel las aspiraciones de los actores en cuanto al control de la epidemia.

El Flujo No 1 define los niveles de responsabilidad y la forma en que se debe dar la coordinación entre actores claves proveedores de la información y los responsables de la sistematización de dicha información

**Flujo No. 1 Proceso de Recolección de Información de Monitoreo y Evaluación por la Secretaría Técnica de CONISIDA.**



El PEN 2011-2015, deberá incorporar a la par de las acciones ‘sustantivas’ las acciones de Monitoreo y Evaluación, que permita conocer la situación de la respuesta local en primera instancia a los actores locales. Una buena parte de los actores son sub receptores de la Octava Ronda del Fondo Mundial, cuyo receptor principal es el INSS, quien ha conservado entre las principales prioridades el fortalecimiento del Sistema de Monitoreo y Evaluación, garantizando el suministro de evidencias que el país ha comprometido ante el Grupo Consultivo del Fondo Mundial para asegurar la continuidad del financiamiento, así esto debe ser visto como una oportunidad para dar el salto de calidad en las acciones de monitoreo y evaluación. El Fondo Mundial a través de su receptor principal ha venido trabajando en base a marco de desempeño, que incluye actualmente un total de 21 indicadores siendo estos 13 de procesos, 5 de resultados y 3 de impacto, los que estarán vigentes durante la segunda fase que establece cooperación al 2014.

De tal forma que el diseño del SMyE contempla las estructuras que estarán involucradas en las funciones de monitoreo y evaluación, con el fin de unificar criterios sobre los esfuerzos que permitan el manejo concreto y objetivo de la Respuesta Nacional. Según el Plan de Mejora del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación construido por los actores que participaron en el taller a cargo de CONISIDA y el Componente ITS, VIH y sida del MINSa en febrero del 2010, en primera instancia debe fortalecerse la capacidad en MyE de la Secretaría Técnica de CONISIDA, partiendo de un proceso de evaluación y capacitación de los integrantes del SMyE, proceso del que se espera se genere un plan de implementación de las actividades de MyE contenidas en este documento.

## **6 Funciones de Comisiones CONISIDA y Mecanismo Coordinador de País y la Secretaría Técnica**

El manual de gestión de la CONISIDA indica que la CONISIDA creada en y para velar por la aplicación y el cumplimiento de la Ley 238 y su reglamentación, es una instancia de coordinación, presidida por el Ministerio de Salud, que tiene por objetivo coordinar la elaboración y ejecución de una Respuesta Nacional frente a la epidemia del VIH y sida que incluye, diseñar e impulsar estrategias y políticas para su prevención, apoyo, atención y control en función de las Políticas, Planes Nacionales y compromisos de la República ante instancias internacionales. Se encuentra integrada por una amplia representación del Gobierno de Nicaragua, la sociedad civil, la Asamblea Nacional, el sector privado y otros actores.

Conducir la Respuesta Nacional ante la epidemia del VIH y sida y armonizar los esfuerzos de los diferentes sectores e instituciones del país en ese sentido, constituye un reto de grandes proporciones para la CONISIDA e implica para lograrlo, contar con una estructura funcional y organizacional debidamente definida y operando efectivamente, así como excelentes capacidades de liderazgo para conducir a los actores involucrados a través de este proceso.

## **Roles y Funciones Generales de la CONISIDA**

Los roles, que debe desempeñar la CONISIDA y sus comisiones a nivel nacional, para cumplir su Misión y alcanzar su Visión deseada son:

### **Sistemas Organizacionales que conforman la CONISIDA**

De acuerdo al enfoque sistémico, CONISIDA como cualquier otra organización está constituida por “Sistemas Organizacionales”, que en su conjunto conforman, un complejo “Microsistema de producción de bienes y servicios” que le permiten, funcionar articulada e integralmente, cumplir su misión, desempeñar sus roles y desarrollar sus funciones para lograr su visión de futuro.

La CONISIDA cuenta con los siguientes “**Sistemas Organizacionales**” para el cumplimiento de sus Roles y Funciones Generales:

- Conducción política y estratégica
- Gestión y control estratégico de los recursos
- Comunicación para la Información, Educación y Promoción
- Promoción y aseguramiento del cumplimiento de normativas
- Monitoreo y evaluación
- Gestión de Asamblea de CONISIDA

El Sistema Organizacional de Monitoreo y Evaluación desarrolla los siguientes procesos:

- Proceso 1: Monitoreo de resultados de la vigilancia epidemiológica de la tendencia de la epidemia de VIH y sida en el país.
- Proceso 2: Monitoreo del cumplimiento de la Ley 238 y otras normativas relacionadas al VIH y sida
- Proceso 3: Monitoreo y evaluación de Planes Estratégico, Operativo Anual y de la Gestión institucional de la CONISIDA.

El monitoreo del cumplimiento del PEN y POA se hace conforme a los instrumentos y planes de monitoreo propuestos por la Secretaría Técnica y aprobados por la Comisión de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional de la CONISIDA.

- Mensualmente, en la reunión de la Asamblea de miembros de la CONISIDA, el Secretario Técnico presentará los resultados del monitoreo de los avances, logros y resultados del cumplimiento del POA y de las medidas correctivas tomadas en los casos que fuese necesario.
- Cada cuatro meses la Comisión de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional con apoyo de la Secretaría Técnica, presenta ante la Asamblea de la CONISIDA los resultados del monitoreo de la gestión de la CONISIDA, las Comisiones y la Secretaría Técnica de

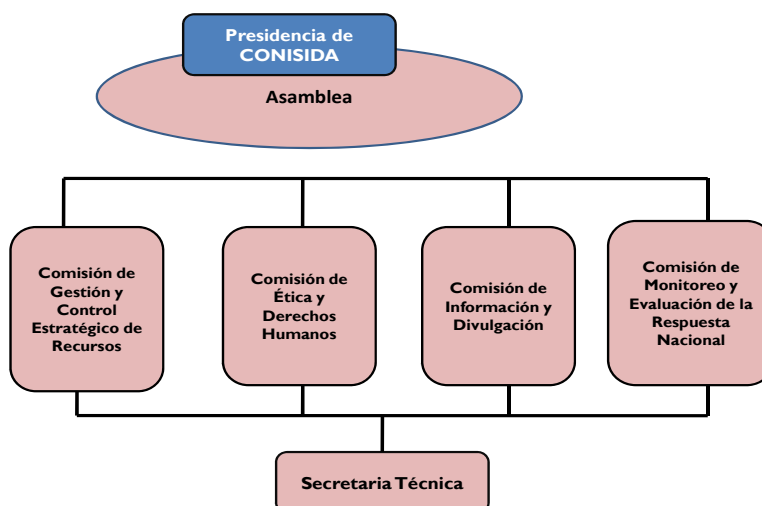
conformidad a un conjunto de normas, indicadores, técnicas e instrumentos establecidos para el efecto.

- A la mitad del periodo temporal del PEN VIH y al finalizar se realizará una evaluación del PEN.

Para el cumplimiento de su Misión, desempeñar sus Roles y Funciones, llevará a cabo los diferentes Procesos y Procedimientos de sus Sistemas Organizacionales y alcanzara la Visión propuesta, la CONISIDA está organizada en equipos de trabajo, de la siguiente manera.

#### Diagrama 4. Sistema Organizacional de la CONISIDA

Diagrama 4. Estructura Organizacional de la CONISIDA



Por su parte el Mecanismo Coordinador de país (MCP NICARAGUA) se constituye el 14 de febrero del 2002, con la finalidad de presentar al Fondo Mundial proyectos enmarcados en la estrategia nacional de lucha contra VIH sida, tuberculosis y malaria y velar por su adecuada implementación. El primer proyecto para luchar contra estas tres enfermedades fue ganado en el año 2003.

En su propuesta de Manual Operativo del MCP uno de sus procesos estratégicos es el monitoreo estratégico de la ejecución de las subvenciones y evaluación, propone las siguientes atribuciones:

- Facilita en asambleas los procesos de aprobación de propuesta de indicadores de monitoreo estratégico y evaluación.
- Facilita en asambleas la toma de decisiones y acuerdos de medidas correctivas como resultado del monitoreo estratégico de la ejecución del proyecto.
- Facilita en asamblea la selección del evaluador externo.

## 7 Indicadores

El PEN 2011-2015 ha sido elaborado mediante un proceso participativo con los actores de la Respuesta Nacional, y retomando los informes evaluativos realizados al anterior PEN. En la estructura trabajada se conserva el eje estratégico del ‘Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación’, atendiendo las recomendaciones de los documentos técnicos del Banco Mundial y ONUSIDA, de incorporarse dicha línea estratégica cuando el país requiere mejorar los procesos relacionados a la obtención oportuna y con calidad de la información.

El PEN 2011-2015 contiene 6 líneas estratégicas, 27 resultados esperados, 128 acciones y 72 indicadores. Los indicadores que responden al objetivo principal son:

1. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH.
2. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH.
3. Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas.
4. Porcentaje de personas con VIH reciben atención integral en salud, garantizándoles a través de los Equipos de Salud Familiar la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con anti retrovirales a quienes lo requieren.
5. Tasa de incidencia de VIH.
6. Porcentaje de trabajadoras y trabajadores sexuales utilizan condón con sus clientes.
7. Porcentaje de embarazadas tienen acceso a servicios de calidad, de prevención y tratamiento del VIH y/o sífilis, tanto para ellas como para sus hijos/as.
8. Porcentaje de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años conocen las formas principales de evitar la transmisión del VIH.
9. Porcentaje de niños y niñas de cuarto a sexto grado que concluyen el año escolar en escuelas públicas y privadas conocen las principales formas de prevención de las ITS y el VIH.

### 7.1 Metodología para la selección de Indicadores

#### 7.1.1 Revisión del Plan de Mejora al sistema de información, MyE de la Respuesta al VIH

Para retomar las brechas y recomendaciones emanadas del análisis del Sistema Nacional de Información en VIH, se revisó el Plan de mejora del sistema de información, MyE de la respuesta al VIH, particularmente en el análisis de los 12 componentes del MyE, y de los 6 componentes para valorar el anterior Plan de Monitoreo y Evaluación.

### 7.2 Definición de estructura del plan y objetivos

Ha sido elaborada una propuesta con la asistencia técnica de USAID|PASCA, consultada con expertos en la materia, integrantes de la Respuesta Nacional para ser luego presentada a la asamblea de CONSIDA para su enriquecimiento y adopción de compromisos. La propuesta parte del avance en la formulación del PEN 2011-2015 y del Plan de Mejora del Sistema de Información,

Monitoreo y Evaluación elaborado en febrero del 2010, que se basó en el “Marco de Resultados del PEN”, el “Marco de trabajo (12 componentes) para un sistema funcional nacional de MyE en VIH” del MERG/ONUSIDA.

### **Priorización de indicadores.**

La selección del conjunto básico de indicadores se realizó en varias sesiones según los siguientes pasos:

- Identificación y análisis de los indicadores del PEN, indicadores de UNGASS, Acceso Universal, Fondo Mundial, ODM, Alerta Temprana, entre otros.
- Priorización de indicadores de impacto y resultado, prescindiendo de indicadores de proceso.
- Utilización de la matriz interactiva “Paquete Básico de Indicadores” proporcionada por USAID/PASCA, que analizó y ponderó la viabilidad de medir los indicadores, obteniéndose un conjunto básico de 36 indicadores inicialmente, a los que se incorporó dos más de Alerta Temprana. Los criterios de priorización fueron los siguientes: Los indicadores de la Respuesta Nacional y básica, se encuentran clasificados en tres categorías, a saber: de proceso, de producto, de resultado y de impacto; a fin de dar respuesta a los indicadores de los compromisos UNGASS, AU, IAT e indicadores de interés nacional. Todos los indicadores de Paquete Básico están contenidos en la actualización del PEN 2011-2015.

### **7.3 Paquete Básico de Indicadores**

Como parte del proceso de llevar a cabo el MyE, se revisaron todos los indicadores de Alerta Temprana, Fondo Mundial, Acceso Universal, La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y sida del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que están inmersos en el PEN 2011-2015 y cuyos datos son factibles de recopilar de forma efectiva y confiables por el país, permitiendo la elaboración de informes nacionales e internacionales.

El Plan de Monitoreo y Evaluación es una herramienta nuclear para la gestión del PEN 2011-2015, conjuntamente con los planes operativos de los actores involucrados en la Respuesta Nacional quienes también contribuyen a la concreción y alcance de los objetivos y resultados articulados en ambos planes. En consecuencia, los resultados que se pretenden alcanzar en el PEN 2011-2015, se evidencian en los indicadores previamente establecidos, lo cual hace pertinente mantener la coherencia funcional de este proceso, que se especifica en las fichas de los indicadores de los para su evaluación en el Plan de Monitoreo y Evaluación. En esta revisión se completaron las fichas de un total de 83 indicadores que están incluidos en el PEN y en el Paquete Básico de Indicadores a nivel nacional.

El cuadro 3 muestra la descripción y clasificación de los 36 indicadores del Paquete Básico de los Indicadores y los priorizado de MyE.



**Cuadro 3. Paquete Básico de Indicadores**

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
1.	Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH. (UNGASS 1.7).	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	NO
2.	porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su ultimo cliente(UNGASS 1.8) (3)	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	Si
3.	Porcentaje de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados(UNGASS 1.9) (6)	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	Si
4.	Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH. (UNGASS 1.10) (7)	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	NO
5.	Porcentaje de HSH que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH(UNGASS 1.11)	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	Si
6.	Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre(UNGASS 1.12) (8)	Bienal	Anual	CONISIDA	Estudio especial /ECVC 2009	Si	Si	Si

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
7.	Porcentaje de HSH que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados(UNGASSI.13) (9)	Bienal	Anual	CONSIDA	Estudio especial	Si	Si	Si
8.	Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASSI.14) (10)	Bienal	Anual	CONSIDA	Estudio especial	Si	Si	Si
9.	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico (22)	Anual	Anual	MINED	Registro sistemático	Si	Si	No
10.	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15 a 24 años), que identifica correctamente las formas de transmisión sexual del VIH y rechaza principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. (UNGASS I.1)(23)	Anual	Anual	CONSIDA	Estudio especial	Si	Si	Si
11.	Número de condones distribuidos en áreas de intervención claves (13)	Anual	Semestral	CONSIDA	Registro SAT Componente VIH	Si	Si	Si
12.	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión	Anual	Trimestral	MINS Componente ITS, VIH y sida	Registros Informes TARV	Si	Si	Si

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
	maternoinfantil.(UNGASS 3.1) (16)							
13.	Porcentaje aproximado del número de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que han recibido tratamiento para la tuberculosis y para el VIH (UNGASS 5.1)	Trimestral	Anual	MINSA	Registro sistemático  Estudios Especiales Coinfección TB y VIH	Si	Si	NO
14.	Porcentaje de mujeres y hombres entre las edades comprendidas entre los 15 a 49 años, que se han sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y que conoce el resultado. (UNGASS 1.5). (27)	Quinquenal	Quinquenal	INIDE	ENDESA	Si	Si	No
15.	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que viven con VIH (UNGASS 1.6). (11)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro	Si	Si	Si
16.	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que continúan con el tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral. (UNGASS 4.2) (30)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro Informes TARV	Si	Si	Si
17.	Transmisión maternoinfantil del VIH. (UNGASS 3.3)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro Informes TARV	Si	Si	Si

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
18.	Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico (25)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro	Si	Si	Si
19.	Porcentaje de embarazadas captadas en para control prenatal que se realiza prueba rápida para detectar el VIH. (18)	Anual	Trimestral	MINSA	Registro	Si	Si	Si
20.	Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN. (21)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro	Si	Si	Si
21.	Número de niñez nacida de madre con VIH (37)	Anual	Trimestral	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro sistemático	Si	Si	No
22.	Porcentajes de bebés con madres seropositivas que han sometido a una prueba viral del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento.(UNGASS 3.2) (17)	Anual	Anual	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro sistemático	Si	Si	Si
23.	Numero de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con TrimetropinSulfa, (41)	Anual	Anual	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro sistemático	Si	Si	Si
24.	Porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con TrimetropinSulfametoxazol en el	Anual	Anual	MINSA Componente ITS, VIH y sida	Registro sistemático	Si	Si	Si

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
	lapso de 2 meses después de nacido. (44)							
25.	Número de niños menores de 12 meses nacido de madre con VIH según tipo de alimentación que ha recibido: (LME - Sucedáneos - Alimentación mixta)	Anual	Anual	CONISIDA	Estudio especial	Si	Si	No
26.	Porcentaje de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico de VIH. (10.29)	Anual	Semestral	MINS Componente ITS, VIH y sida	Registro CNDR	Si	Si	Si
27.	Número de Unidades de salud que brindan TARV y sufrieron desabastecimiento. (26)	Anual	Anual	MINS Componente ITS, VIH y sida	Registro Informes TARV	Si	Si	Si
28.	Número y porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV (29)	Anual	Anual	MINS Componente ITS, VIH y sida	Registro Informes TARV	Si	Si	Si
29.	Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral. (32)	Anual	Semestral	MINS Componente ITS, VIH y sida	Registro CNDR	Si	Si	Si
30.	Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior a 100% por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia	Anual	Anual	MINS Componente ITS, VIH y sida	MINS componente ITS- VIH y sida Informes TARV	Si	Si	No

No.	Descripción	Frecuencia de recolección	Frecuencia del informe	Responsable	Fuente de información	Prioritario	Reportable en los próximos dos años	Factible de Reporte a Diciembre 2011
31.	Gasto nacional e internacional en aspectos relacionados con el sida por categoría y fuente de financiación. (UNGASS 6.1) (56)	Anual	Anual	CONISIDA	Estudio especial/ Megas 200-2010	Si	Si	Si
32.	Porcentajes CONISIDA departamentales funcionando activamente bajo la conducción nacional. (22)	Anual	Semestral	Secretaría Técnica CONISDA	Estudio especial Actas e informes de funcionamiento de las CONISIDAS.	Si	Si	Si
33.	Plan de Monitoreo y Evaluación Elaborado e implementado	Anual	Trimestral	Secretaría Técnica CONISDA	Registro ST	Si	Si	No

## 8 Matriz de Planificación del Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN 2011-2015

No.	Componente Actividad	Responsable	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
<b>I Estructuras organizativas con funciones de MyE del VIH</b>							
1.	Desarrollar e implementar el Plan Operativo de MyE alineado al PEN 2011-2015.	ST CONISIDA Nac, dep y reg					
2.	Revisar y actualizar el Plan de MyE anualmente.	ST CONISIDA Nac, dep y reg					
3.	Elaborar Planes Operativos anuales con las CONISIDAS departamentales y regionales.	ST CONISIDA Nac, dep y reg					
<b>II Desarrollo de recursos humanos para MyE del VIH</b>							
	Diplomado para el desarrollo de competencias en MyE en VIH.	CONISIDA NAC- MINSA					
4.	Talleres de capacitación para el desarrollo de competencias en MyE en VIH.	CONISIDA NAC- MINSA					
5.	Fortalecer las capacidades del Equipo de MyE de la ST Componentes VIH y TB en el manejo de herramientas estratégicas Medición Recursos Necesarios (Costeo del PEN) Spectrum, MEGAS, Modos de Transmisión, UNGAS	ST- MINSA					
6.	Definir e implementar plan de capacitación en MyE.	ST- MINSA					
<b>III Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de información de MYE del VIH.</b>							
7.	Costear el Plan de MyE.	ST- MINSA					
8.	Presentar y validar el Plan de MyE con los actores claves.	ST					
9.	Presentar el Plan de MyE a la cooperación para el apoyo en su implementación.	ST- DG CE _MINSA					
10.	Discutir y actualizar el Paquete Básico de Indicadores con los actores claves de la Respuesta Nacional.	ST- Componentes					

No.	Componente Actividad	Responsable	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
		VIH TB					
11.	Armonizar los sistemas de información que proveen datos	ST- Componentes VIH TB					
<b>IV</b>	<b>Plan Nacional de MyE del VIH presupuestado</b>						
12.	Talleres Con los delegados nacionales para la difusión del PEN y el PMyE.	ST					
13.	Taller con los delegados departamentales y regionales para la difusión del PEN y el PMyE.	ST					
14.	Elaborar Planes de MyE con las Comisiones Regionales.	ST					
<b>V</b>	<b>Plan de trabajo nacional, anual de MyE del VIH, presupuestado</b>						
15.	Elaborar Planes operativos anuales costeados.	CONISIDA					
16.	Evaluar los planes operativos anuales (cuatrimestralmente).	CONISIDA					
17.	Evaluación de Medio Término del PEN.	CONISIDA					
<b>VI</b>	<b>Promoción, comunicación y cultura para MyE del VIH</b>						
18.	Diseminación de estudios, información estratégica producida, política, noticias, etcétera, generadas por el país.	CONISDA MINSA					
19.	Diseminación Informes nacionales de MyE análisis de indicadores básicos reportables.	CONISDA MINSA					
20.	Desarrollo, análisis y divulgación del informe nacional de estimaciones.	CONISDA MINSA					



No.	Componente Actividad	Responsable	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
21.	Desarrollo, análisis y divulgación del informes MEGAS	ST Componentes VIH TB					
22.	Desarrollo, análisis y divulgación del informe sobre la aplicación del Modelo Modos de Transmisión 2011.	ST Componentes VIH TB					
23.	Desarrollo, análisis y divulgación del informe UNGASS.	ST Componentes VIH TB					
24.	Desarrollo, análisis y divulgación del informe Acceso Universal.	ST Componentes VIH TB					
<b>VII.</b>	<b>Programa de monitoreo rutinario del VIH</b>						
25.	Implementar un plan de comunicación y cabildeo dirigido a las autoridades para asegurar el funcionamiento del Sistema de Información.	ST					
26.	Formular e implementar un plan de incidencia para el MyE.	ST					
27.	Monitoreo programático rutinario del VIH a las CONISIDAS departamentales y regionales	ST					
28.	Realizar inventario, creación y readecuación de las herramientas esenciales y equipo para la gestión de la información (recopilación, transferencia, almacenaje y análisis). Subcomisión Nacional de MyE.	ST					
29.	Redefinir procedimientos rutinarios para la transferencia de datos desde los diferentes y niveles nacionales, departamentales y regionales	ST					
30.	Realizar revisiones periódicas del desempeño del PEN (monitoreo).	ST					

No.	Componente Actividad	Responsable	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
<b>VIII.</b>	<b>Encuestas y vigilancia</b>						
31.	Definir un cronograma de actividades para la recolección, procesamiento, análisis y entrega de datos para operativizar los indicadores básicos y complementarios del Plan de MyE (incluyendo datos de sitios centinelas).	ST Componentes VIH TB					
32.	Normar y proporcionar asistencia en investigaciones especiales relativas al estudio de la epidemia de VIH, las ITS y tuberculosis.	ST Componentes VIH TB					
33.	Revisar y actualizar las guías de Vigilancia Epidemiológica	Componentes VIH TB y DGVE MINSA					
34.	Actualizar la Base de Datos y Referencias.	ST					
35.	Desarrollar agendas de investigación nacional	ST					
<b>IX.</b>	<b>Bases de datos nacionales y subnacionales sobre el VIH</b>						
36.	Desarrollar de módulos de prevención en sistemas de información	Componentes VIH TB					
37.	Desarrollar de módulos de derechos humanos (volumen y seguimiento a las denuncias).	CONISDA					
<b>X.</b>	<b>Supervisión capacitante y autoría de datos</b>						
38.	Desarrollar e implementar guía para evaluar la calidad de los datos	Componentes VIH TB					
<b>XI.</b>	<b>Evaluación e investigación del VIH</b>						
39.	Implementar agenda de investigación nacional	ST					

No.	Componente Actividad	Responsable	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
40.	Realizar evaluaciones del PEN	ST					
41.	Realizar evaluaciones anuales de CONISIDA	CONISIDA					
42.	Implementar agenda de investigación nacional						
<b>XII.</b>	<b>Difusión y uso de los datos</b>						
43.	Realizar sesiones de análisis de los indicadores reportables y elaborar hoja informativa.						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEGAS,</li> <li>• UNGASS, AU,</li> <li>• Módulos de Transmisión</li> <li>• Estimaciones y Proyecciones</li> <li>• Estigma y Discriminación</li> <li>• Estudio de Progreso de la Respuesta Política al VIH</li> </ul>						

## 9 Matriz de indicadores para el Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
1	Porcentajes CONISIDA departamentales funcionando activamente bajo la conducción nacional.	1		1.1	32	Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
2	Porcentaje de Organizaciones Sociales que integran la Respuesta Nacional, participando activamente en actividades lideradas por CONISIDA.	2				Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
3	Porcentaje de organizaciones sociales apoyadas por CONISIDA en la formulación y gestión de propuestas de intervención para fortalecimiento de la Respuesta Nacional.	3				Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
4	Cantidad de Organizaciones Sociales que reportan al sistema de información	4				Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
5	Gasto nacional e internacional en aspectos relacionados con el sida por categoría y fuente de financiación. (UNGASS 6.1)	5	6.1.		31	Informe Megas	SI
6	Establecida y actualizada anualmente la Agenda de Investigaciones en VIH y sida.	6				Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
7	Porcentaje de personas con VIH que declaran haber utilizado condón durante la última relación sexual.	7				ECVC	SI
8	Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH.	8	1.7	3.1	1	Para el FM se solicita No y % de Sexo	SI
9	Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su último cliente(UNGASS 1.8)	9	1.8	Indicador Resultado	2	ECVC	SI
10	Porcentaje de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	10	1.9	Indicador Resultado	3	ECVC	SI
11	Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH.	11	1.1		4	ECVC	SI
12	Porcentaje de HSH que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH.	12	1.11	3.2	5	ECVC	SI

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
13	Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre.	13	1.12	Indicador Resultado	6	ECVC	SI
14	Porcentaje de HSH que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados(UNGASSI.13)	14	1.13	Indicador Resultado	7	ECVC	SI
15	Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASSI.14)	15	1.14	Indicador Impacto	8	ECVC	SI
16	Porcentaje de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con VIH.	16	1.6		15	Estadísticas Nacionales VIH	SI
17	Porcentaje de jóvenes (mujeres y hombres) con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15 años.	17	1.2			ENDESA	SI
18	Número de condones distribuidos en áreas de intervención clave	18			11	Sistema de Alerta Temprana	SI
19	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención de VIH.	19	1.11	3.1 y 3.2			SI
20	Porcentaje de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE.	20				Componente VIH Nacional y SILAIS	SI
21	Porcentaje de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de PPE	21				Componente VIH Nacional y SILAIS	SI
22	Porcentaje de adultos con una edad comprendida entre los 15 y los 49 años que han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses (UNGASS I.3).	22	1.3			ENDESA	SI
23	Porcentaje de adultos con edades comprendidas entre 15 a 49 años que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber utilizado un condón durante la última relación sexual.	23	1.4			ENDESA	SI
24	Tasa de incidencia de sífilis congénita.	24				Estadísticas de Salud. MINSA	SI

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
25	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.(UNGASS 3.1)	25	3.1	2.4	12	Componente ITS, VIH y sida	SI
26	Porcentajes de bebés con madres seropositivas que han sometido a una prueba viral del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento.	26	3.2.		22	Componente ITS, VIH y sida	SI
27	Transmisión maternoinfantil del VIH.	27	3.3.		17	Componente ITS, VIH y sida	SI
28	Porcentaje de mujeres captadas en CPN que se realizaron la prueba de VIH y Sífilis y conoce los resultados.	28		2.3	19	Componente ITS, VIH y sida	
29	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil	29				Componente ITS, VIH y sida	SI
30	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.	30				ECV	SI
31	Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN.	31			20	ECV	SI
32	Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud y se han realizado la prueba para detección de Sífilis en los últimos 12 meses.	32					SI
33	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico.	33			9	MINED al Estadísticas de Consejería escolar	SI
34	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15 a 24 años), que identifica correctamente las formas de transmisión sexual del VIH y rechaza principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	34	1.1.		10	Estudios Específicos	SI
35	Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico.	36		2.9	18	MINSA	SI
36	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales y que reportan desabastecimiento, en los 12 últimos meses.	37			27	Componente ITS, VIH y sida	SI

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
37	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años, que se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado	38	1.5		14	Componente ITS, VIH y sida	SI
38	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados.	39				ECVC	SI , se incluirá información de los 8 Sistemas Penitenciarios
39	Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y pruebas de VIH en el mismo lugar.	40				Componente ITS, VIH y sida	SI
40	Número y porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV	42	4.1	2.1	28	Componente ITS, VIH y sida	SI
41	Número total de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV.	43				Componente ITS, VIH y sida	SI
42	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que continúan con el tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral.	44	4.2.	Indicador Impacto	16	Componente ITS, VIH y sida	SI
43	Porcentaje de pacientes en TARV que asistieron puntualmente a consultas clínicas (transversal).	45				Componente ITS, VIH y sida	SI
44	Porcentaje de pacientes que ha retirado puntualmente los medicamentos Antirretrovíricos.	46				Componente ITS, VIH y sida	SI
45	Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral.	47		2.2	29	Componente ITS, VIH y sida	SI
46	Porcentaje de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado rector para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y recibieron tratamiento.	48				ECVC	SI
47	Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas.	49				Componente ITS, VIH y sida	SI
48	Número de mujeres captadas con VIH durante el parto.	50				Componente ITS, VIH y sida	SI
49	Número de mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto.	51				Componente ITS, VIH y sida	SI

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
50	Porcentaje de niños de madres con VIH que reciben profilaxis	52			23	Componente ITS, VIH y sida	SI
51	Número de niñez nacida de madre con VIH.	53		Impacto	21	Componente ITS, VIH y sida	SI
52	Porcentaje de niños/as menores de un año de edad y nacidos de mujeres que viven con VIH que reciben una prueba de ADN proviral en los primeros 12 meses de vida.	54			22 habla de 2 meses	Componente ITS, VIH y sida	SI
53	Porcentaje de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico de VIH.	55		2.8	26	MINSA CNDR-	SI
54	Porcentaje de personas con VIH a las que se les aplica Profilaxis para infecciones oportunistas según protocolo del MINSA.	56				Componente ITS, VIH y sida	SI
55	Número de personas con VIH que son diagnosticadas con infecciones oportunistas y reciben el tratamiento correspondiente.	57				Componente ITS, VIH y sida	SI
56	Numero de prestadores de servicios del primer nivel de atención, capacitados en diferentes temáticas para abordaje del VIH.	58				SAT y Sistema de Capacitación de la CONISIDA Nacional	SI
57	Número de equipos multidisciplinarios capacitados en los protocolos de atención actualizados.	59				Componente ITS, VIH y sida	SI
58	Porcentaje de pacientes que inician el TAR que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio del TAR (cohorte).	60				Componente ITS, VIH y sida	SI
59	Porcentaje aproximado del número de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que han recibido tratamiento para la tuberculosis y para el VIH.	61	5.1.		13	Componente ITS, VIH y sida	SI
60	Porcentaje de personas con VIH a las que se realizó tamizaje para Tuberculosis.	62				Componente ITS, VIH y sida	SI
61	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con Trimetoprim.	63		2.5		Componente ITS, VIH y sida	SI



No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
62	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados.	65				ECVC Estudios de Sistema Penitenciarios	SI
63	Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados.	66					SI
64	Porcentaje de instituciones del estado que integran la CONISIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH.	67				Secretaría Técnica PDDHH	SI
65	Cantidad de servicios jurídicos prestados en apoyo a denuncias sobre violación de los DDHH relacionados al VIH.	68				Secretaría Técnica PDDHH	SI
66	Porcentaje de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, que han tenido parejas o han estado casadas alguna vez, que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja(un hombre) en los últimos 12 meses.	69	7.2				SI
67	Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación.	69	7.2				SI
68	Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses.	71	7.4			ASONVISIDA y Mi Familia.	SI
69	Cantidad de personas con VIH beneficiados laboralmente.	72				ASONVISIDA y Mi Familia.	SI
70	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado.	73				ASONVISIDA y Mi Familia.	SI
71	Asistencia a la escuela de huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años en la actualidad.	74	7.3			Incluye no huérfanos en el Indicador UNGAS	SI
72	Porcentaje de asistencia escolar de los huérfanos a causa del sida.	75				ASONVISIDA y Mi Familia.	SI

No.	Indicador	PEN	UNG ASS	FM	PB	Posible fuente	Ficha Técnica
73	Porcentaje de instituciones involucradas en la Respuesta Nacional que reporta al Sistema de Información del VIH.	76				Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
74	Plan Estratégico Monitoreado y Evaluado.	77			33	Secretaría Técnica de CONISIDA	SI
75	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años VIH +					Estadísticas de Salud del MINSA	SI
76	Numero de RN VIH + nacidos de madres VIH.		3.3			Estadísticas de Salud del MINSA	SI
77	% de mujeres y hombres de 15 a 49 años que expresan actitudes de aceptación para personas VIH +			Indicador Resultado		Estudios Puntuales	SI
78	Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior a 100% por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia.				30		SI
79	Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que recibió profilaxis con TMS en el lapso de 2 meses después del nacimiento.			2.5	24		SI
80	No de niñez menores de 12 meses nacidos de madres con VIH según tipo de alimentación que ha recibido sucedáneos alimentación mixta.				25		SI
81	Número de personas de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad que refiere haberse realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.			2.7			SI
82	Número de episodios de ITS en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad tratados con enfoque sindrómico de acuerdo a directrices nacionales.			2.6	27		SI
83	Número y porcentaje de unidades de salud del Ministerio de Salud que reportan de forma oportuna la información requerida según pautas nacionales.			4.1			SI

## 10 Bibliografía

1. MERG/ONUSIDA. Marco de trabajo para un sistema funcional nacional de MyE en VIH. Ginebra 2008.
2. Organización Panamericana de la salud/Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/UNICEF. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil de VIH y Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de monitoreo regional. Washington, DC. 2009.
3. Organización Mundial de la Salud/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida/UNICEF. Monitoreo y notificación de la respuesta del sector de la salud al VIH/sida. Herramienta de notificación anual. Ginebra, 2009.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Ginebra, 2009.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Directrices para el Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para monitorear la prevención de la farmacorresistencia del VIH en centros de tratamiento antirretroviral. Versión actualizada Junio 2010.
7. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA. Año 2011.

## II Anexos

### 11.1 LÍNEA DE BASE DE INDICADORES DEL PEN 2011 - 2015

No	Descripción	2007	2008	2009	2010
1	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH <sup>11</sup>			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 <sup>12</sup>			0.11% (42/37,556)	
3	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas <sup>13</sup>		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 <sup>14</sup>			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 <sup>15</sup>			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 <sup>16</sup>			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 <sup>17</sup>			87.75% (9408/10721)	
8	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada <sup>18</sup>		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 <sup>13</sup>				60.6% (89,712/143,586)
10	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH <sup>19</sup>				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 <sup>11</sup>	16.10%			
12	Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico <sup>13</sup>	21	28	29	32
13	Porcentajes de embarazadas que viven con el VIH que reciben tratamiento profiláctico ARV <sup>13</sup>				90
14	Número de Niños infectados, nacidos de madres infectadas de VIH <sup>13</sup>	4			4
15	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH <sup>12</sup>			77 % (40/52)	

<b>16</b>	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (Miles de Córdoba) <sup>13</sup>	<b>245,539</b>	<b>317,965</b>
	<i>Categorías de Gasto</i>		
	Prevenición	101,027	139,711
	Atención y Tratamiento	62,225	79,063
	Huérfanos y Niños Vulnerables	-	22
	Gestión y Administración de Programas	25,930	35,241
	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
	<b>Fuente de Financiamiento<sup>13</sup></b>		
	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 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 (pp 21)
- 3 Estadísticas del Programa/Componente Nacional diapositivas y registros electrónicos.
- 4 ECVC 2009 (varias páginas)
- 5 ECVC (pp 66)
- 6 ECVC 2009 (pp 110)
- 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 17)  
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 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 pp 9)
- 9 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)
- 10 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010 (pp 15)
- 11 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)
- 12 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo 2010, (pp 13)  
Comisión Nicaragüense del sida. Medición del Gato en Prevención. Promoción, Atención y Tratamiento del VIH y sida. Nicaragua 2007 -2008. Metodología
- 13 MEGAS. Managua, Nicaragua. Mayo 2010 (pp49)

## 11.2 Fichas Técnicas de Indicadores que responden a UNGASS, IAT, PEN, FM y PBI

<b>(I) UNGASS/ PEN /PBI</b>	
<b>11.2.1 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS 1.1), (PEN 34), (PBI 10)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Medir el avance hacia el conocimiento universal de los datos esenciales relacionados con la transmisión del VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal, como mínimo cada 3 a 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DEMEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Este indicador se elabora a partir de las respuestas de los jóvenes al siguiente conjunto de preguntas específicas: ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas?</p> <p>¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?</p> <p>¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?</p> <p>¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?</p> <p>¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de entrevistados de 15 a 24 años.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 hacen referencia a ideas erróneas locales y pueden remplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Por ejemplo: ¿Se puede contraer el VIH al abrazar o estrechar la mano de una persona infectada?” y “¿Se puede contraer el VIH a través de medios sobrenaturales?”. Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH

**(I) UNGASS/ PEN /PBI**

**I.2.1 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS 1.1), (PEN 34), (PBI 10)**

y del sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Si se responde “no sé”, esa respuesta a demarcarse como incorrecta. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.

<b>(2). UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (UNGASS 1.2), (PEN 17)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Medir los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años mantienen su primera relación sexual.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 a 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Este indicador se elabora a partir de las respuestas de los jóvenes, se pregunta si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
<b>NUMERADOR</b>	Número de entrevistados de 15 a 24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de entrevistados de 15 a 24 años.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>En los países en los que muy pocos jóvenes tienen relaciones sexuales antes de los 15 años puede optarse por usar un indicador alternativo: el porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 20 a 24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años. La ventaja de usar la edad de la primera relación sexual que declaran los jóvenes (en lugar de la media) es que el cálculo es sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.</p> <p>Es difícil vigilar los cambios en este indicador en un periodo breve, porque los únicos individuos que pueden influir en el numerador son los que ingresan en el grupo, es decir, las que tienen menos de 15 años al comienzo del periodo de evaluado. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, quizá es mejor centrarse en los cambios que se dan en los niveles del grupo de edad de los 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.</p> <p>En los países en los que los programas de prevención del VIH</p>



**(2). UNGASS/PEN**

**II.2.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (UNGASS 1.2), (PEN 17)**

promueven la virginidad o el aplazamiento de la primera relación sexual, las respuestas de los jóvenes o las preguntas de la encuesta pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberadamente falsa de la edad de su primera relación sexual.

**(3). UNGASS/PEN****11.2.3 Porcentaje de adultos mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses (UNGASS 1.3) (PEN 22)**

<b>OBJETIVO</b>	Medir los progresos en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 a 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Este indicador se elabora a partir de datos sobre el historial de la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses.
<b>NUMERADOR</b>	Número de entrevistados de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de entrevistados de 15 a 49 años.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>La propagación del VIH depende en gran medida de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen un gran número de parejas. Las personas que tienen múltiples parejas tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no forman parte de una red sexual amplia.</p> <p>Este indicador ofrece una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo. Si las personas tienen una sola pareja sexual, el cambio se verá reflejado en variaciones en este indicador. Sin embargo, si las personas se limitan a disminuir el número de parejas sexuales que tienen, el indicador no reflejará el cambio, aunque potencialmente este hecho puede tener un impacto significativo en la propagación epidémica del VIH y puede considerarse un éxito del programa. Tal vez sea necesario seleccionar indicadores adicionales para reflejar la reducción de las parejas múltiples en general.</p>

<b>(4). UNGASS/ PEN</b>	
<b>11.2.4 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.(UNGASS 1.4) (PEN 23)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Medir los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen múltiples parejas sexuales.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 a 5 años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas)
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.
<b>NUMERADOR</b>	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de entrevistados (de 15 a 49 años de edad) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Este indicador muestra el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo (p. ej., que cambian de pareja habitualmente). Sin embargo, el significado del valor de cualquier indicador dependerá del grado en que las personas mantengan relaciones sexuales. Por lo tanto, los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año.</p> <p>Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su uso es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual no informa sobre el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo de preguntar si se usa el preservativo siempre, a</p>

**(4). UNGASS/ PEN****11.2.4 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.(UNGASS 1.4) (PEN 23)**

veces nunca en las relaciones sexuales con parejas ocasionales dentro de un periodo determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático.

**(5)UNGAS/PEN/PBI****11.2.5 Porcentaje de mujeres y hombres entre las edades comprendidas entre los 15 a 49 años, que se han sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y que conoce el resultado. (UNGASS 1.5) (PEN 38) (PBI-14)**

<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 o cada 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuesta de Demografía y Salud – ENDESA. Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otra encuesta representativa).
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se les pregunta a los encuestados:  1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
<b>NUMERADOR</b>	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.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad.  <b>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.</b>  El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el sida.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Dada las condiciones que existen hoy día para las personas VIH, es importante que todas las personas conozcan su estado serológico con

#### **(4). UNGASS/ PEN**

##### **11.2.4 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.(UNGASS 1.4) (PEN 23)**

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

La afirmación inicial de “No quiero saber los resultados, pero.” hace que el proceso de notificación sea mejor y reduce el riesgo de tener información escasa sobre las pruebas del VIH entre personas que no desean revelar su estado serológico. Conocer el resultado de la prueba del VIH realizada en los últimos 12 meses no garantiza que el entrevistado sepa su estado serológico actual. Puede que un entrevistado haya contraído el VIH después de hacerse la última prueba.

<b>(6)UNGASS/PEN/PBI</b>	
<b>11.2.6 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con VIH (UNGASS 1.6) (PEN 16) (PBI-15)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Países con epidemias generalizadas.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros sistemáticos del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>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.</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>
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
<b>DENOMINADOR</b>	<p>Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.</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>
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<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</p>

**(6)UNGASS/PEN/PBI**

**11.2.6 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con VIH (UNGASS 1.6) (PEN 16) (PBI-15)**

parte de las infecciones siguen limitadas temporalmente a las poblaciones más expuestas.

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.

<b>(7). UNGASS/PEN /PBI/FM</b>	
<b>11.2.7 Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.7) (PEN 8) (FM 3.1) (PBI 1)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mide los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada dos años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Seguimiento del comportamiento u otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les pregunta lo siguiente a los profesionales del sexo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba del VIH?</li> <li>2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p.ej: a través de un servicio de difusión, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)</li> </ol> <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>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.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de profesionales del sexo que respondieron “sí” a las dos preguntas.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de profesionales del sexo entrevistados.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El acceso a los profesionales del sexo o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación



**(7). UNGASS/PEN /PBI/FM****11.2.7 Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.7) (PEN 8) (FM 3.1) (PBI 1)**

disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej., a través de programas de divulgación, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y otros.

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

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

<b>(8). UNGASS/PEN/ PBI/FM</b>	
<b>11.2.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su ultimo cliente (UNGASS 1.8) (PEN 9) (PBI 2) (FM Indicador de Resultado)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	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.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta:</p> <p>¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente? Siempre que sea posible, deberían recogerse los datos correspondientes a los profesionales del sexo por medio de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el terreno con esta población de manera muy cercana.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>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.</p> <p>Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales remuneradas en los últimos doce meses. Si se cuenta con datos sobre otro período,</p>

**(8). UNGASS/PEN/ PBI/FM**

**11.2.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su último cliente (UNGASS 1.8) (PEN 9) (PBI 2) (FM Indicador de Resultado)**

como los últimos 3 o 6 meses, deberán incluirlos en la sección de comentarios del instrumento de preparación de informes.

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

<b>(9). UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 1.9) (PEN 10) (PBI 3) (FM Indicador de Resultado)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPILOCIÓN DE DATOS</b>	Bienal.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les pregunta a los profesionales del sexo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?</li> </ol> <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?</li> </ol> <p>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.</p> <p>El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos doce meses y que conocen los resultados.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El acceso a los profesionales del sexo y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

**(9). UNGASS/PEN**

**11.2.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 1.9) (PEN 10) (PBI 3) (FM Indicador de Resultado)**

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

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

<b>(10). UNGASS/PEN/PBI</b>	
<b>11.2.10 Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH (UNGASS 1.10) (PEN 11) (PBI 4)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Medir los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.
<b>NUMERADOR</b>	Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo
<b>DENOMINADOR</b>	Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>La mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de los profesionales del sexo para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (p. ej., restringir el análisis a las personas que practican el comercio sexual desde hace menos de un año). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretroviral en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.</p> <p>Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que se haya practicado el comercio sexual (más de un año o menos de un año), se recomienda a los países que notifiquen tal desglose en su informe</p>

**(10). UNGASS/PEN/PBI****11.2.10 Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH (UNGASS 1.10) (PEN 11) (PBI 4)**

nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

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

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

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

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

<b>(11) UNGASS/PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.11 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombre que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.11) (PEN 12) (FM 3.2) (PBI 5)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual) Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.
<b>NUMERADOR</b>	Número de HSH que respondieron “sí” a ambas preguntas.
<b>DENOMINADOR</b>	Número Total de HSH encuestados.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El acceso a los HSH y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.  La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse



**(11) UNGASS/PEN/FM/PBI**

**11.2.11 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombre que se beneficiaron de los programas de prevención de VIH (UNGASS 1.11) (PEN 12) (FM 3.2) (PBI 5)**

como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej., a través de programas de divulgación y de la educación entre pares), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y otros.

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

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

<b>(12) UNGASS/PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.12 Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre (UNGASS 1.12) (PEN 13) (Indicador Resultado FM) (PBI 6)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	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.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada dos años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>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.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán obtenerse por medio de organizaciones sociales que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo durante el último coito anal con cualquier pareja ofrece una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en esta población. Este indicador no aporta ninguna información sobre el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales con las mujeres de los hombres que

**(12) UNGASS/PEN/FM/PBI****11.2.12 Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre (UNGASS 1.12) (PEN 13) (Indicador Resultado FM) (PBI 6)**

tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos. En los países en los que es probable que los hombres de la subpoblación encuestada tengan parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso del preservativo tanto con mujeres como con hombres. En estos casos, los datos sobre el uso del preservativo se presentarán siempre por separados respecto a las parejas masculinas y femeninas.

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

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

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

<b>(13) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.13 Porcentaje de HSH que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS1.13) (PEN 14) (Indicador Resultado FM) (PBI 7)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH entre los HSH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:</li> <li>2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted?</li> </ol> <p>Siempre que sea posible, los datos relativos a los HSH deberían recopilarse por medio de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con estas poblaciones. El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de HSH que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos doce meses y que conoce los resultados.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de HSH incluidos en la muestra.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El acceso a los HSH y/o la realización de encuestas entre ellos pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe con este indicador.

**(13) UNGASS/PEN**

**11.2.13 Porcentaje de HSH que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS1.13) (PEN 14) (Indicador Resultado FM) (PBI 7)**

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

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

<b>(14) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.14 Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASS1.14) (PEN 15) (Indicador Impacto FM) (PBI 8)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	<p>Sistema de Información de Vigilancia del VIH-</p> <p>Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).</p>
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales.</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>
<b>NUMERADOR</b>	Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de Prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones más expuestas para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (p. ej., restringir el análisis a los varones que tuvieron su primera relación sexual con otro hombre en el último año). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia</p>

**(14) UNGASS/PEN****11.2.14 Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASSI.14) (PEN 15) (Indicador Impacto FM) (PBI 8)**

antirretroviral en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que los hombres hayan mantenido relaciones sexuales con otros hombres (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que año o menos de 1 mes, se recomienda a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

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

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

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

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

<b>(15). UNGASS</b>	
<b>11.2.15 Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. (UNGASS 3.1) (PEN 25) (FM 2.4) (PBI 12)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales. Este es uno de los cuatro métodos principales de prevención de la transmisión maternoinfantil, junto con la prevención primaria del VIH entre las mujeres de edad fértil, la prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH y el tratamiento, la atención y el apoyo apropiados para las madres que viven con el VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes y Registros del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Para el numerador: registros del programa agregados de instrumentos de vigilancia en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información sumaria.</p> <p>Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura.</p> <p>Sistema de información vigilancia y seguimiento del VIH.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que permite dar seguimiento a las tendencias en el suministro de TAR que aborde la prevención de la transmisión maternoinfantil. Además de la TAR para la madre, los tratamientos antirretrovíricos para reducir la transmisión maternoinfantil deben



**(15). UNGASS****11.2.15 Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. (UNGASS 3.1) (PEN 25) (FM 2.4) (PBI 12)**

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.

Si se desglosa, este indicador muestra un mayor acceso a los regímenes de fármacos antirretrovirales más efectivos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los países que están ampliando nuevas categorías de regímenes.

**INTERPRETACIÓN**

Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovirales distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al régimen. Este indicador no captura el uso de regímenes post-parto apropiados para la madre (reducción de la transmisión y la resistencia viral) ni para el lactante (reducción de la transmisión durante el parto), que deberían acompañar a los regímenes de fármacos antirretrovirales para reducir la transmisión maternoinfantil durante el parto.

Se recomienda a los países que rastreen y notifiquen el porcentaje real (o estimado, si no hay datos reales disponibles) de la distribución de los distintos regímenes, para que el impacto de los fármacos antirretrovirales en la transmisión maternoinfantil pueda ser modelado según la eficacia de cada régimen. Cuando los países carecen de un sistema de recogida y notificación de datos relacionados con el suministro y cobertura de los distintos regímenes de fármacos antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, deberían establecer tal sistema. Los países que disponen de mecanismos para suministrar a las embarazadas seropositivas los fármacos antirretrovirales a nivel comunitario deberían tener un sistema para recoger los datos relacionados.

<b>(16) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.16 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros dos meses desde el nacimiento (UNGASS 3.2) (PEN 26) (PBI 22)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente ITS, VIH y sida, registros de pacientes y formularios de información sumaria. Para el numerador, laboratorios de pruebas del Diagnóstico Infantil Precoz (DIP); para el denominador, estimaciones de Spectrum, oficinas estadísticas centrales y/o vigilancia centinela.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>La transmisión maternoinfantil probablemente difiera de dependiendo del régimen de fármacos antirretrovirales recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum14 usa la información relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La distribución de las embarazadas positivas que han recibido los distintos regímenes antirretrovirales antes y durante el parto por la categoría CD4 de la madre.</li> <li>b) La distribución de mujeres y niños que han recibido fármacos antirretrovirales después del parto por la categoría CD4 de la madre.</li> <li>c) El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI por la edad del niño.</li> <li>d) Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de regímenes de fármacos antirretrovirales y en las prácticas de alimentación de los lactantes.</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	El numerador es el número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses.
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador

**(16) UNGASS/PEN****11.2.16 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros dos meses desde el nacimiento (UNGASS 3.2) (PEN 26) (PBI 22)**

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

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

<b>(17) UNGASS/PEN/PBI</b>	
<b>11.2.17 Transmisión maternoinfantil del VIH. (UNGASS 3.3) (PEN 27)(PBI 17) “Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses”</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Todos los países
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Sistema de Vigilancia del Componente de ITS, VIH y sida, Spectrum u otra modelización estadística que utilice estudios de eficacia y cobertura de los programas.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>La transmisión maternoinfantil probablemente difiera dependiendo del régimen de fármacos antirretrovirales recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum14 usa la información relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La distribución de las embarazadas positivas que han recibido los distintos regímenes antirretrovirales antes y durante el parto por la categoría CD4 de la madre.</li> <li>• La distribución de mujeres y niños que han recibido fármacos antirretrovirales después del parto por la categoría CD4 de la madre</li> <li>• El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI por la edad del niño</li> <li>• Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de regímenes de fármacos antirretrovirales y en las prácticas de alimentación de los lactantes.</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	El numerador es el número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses.
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas de PTMI al estimar el impacto de los aumentos de los suministros de fármacos antirretrovirales y del uso de regímenes más eficaces y de prácticas óptimas de alimentación de los lactantes. Este indicador se genera a partir de un modelo que crea estimaciones de las

**(17) UNGASS/PEN/PBI****11.2.17 Transmisión maternoinfantil del VIH. (UNGASS 3.3) (PEN 27)(PBI 17)  
“Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses”**

infecciones del VIH entre los niños. El indicador estimado depende de las suposiciones y datos usados en el modelo. Puede que el indicador no sea una medida real de la transmisión maternoinfantil. Por ejemplo, en aquellos países en donde hay otras prácticas de PTMI (como la cesárea) muy extendidas, el indicador sobrestimaré la transmisión maternoinfantil. También depende de los datos del programa que muchas veces capturan los regímenes de fármacos antirretrovirales suministrados, más que los consumidos, de forma que se subestima la transmisión maternoinfantil.

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

<b>(18) UNGASS/PEN/FM</b>	
<b>11.2.18 Número y porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV (UNGASS 4.1) (PEN 42) (FM 2.1)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mide el avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente de ITS, VIH y sida registros de pacientes y formularios de información sumaria
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Conteo simple de las personas que están en TAR y con esquema de primera línea (AZT + 3TC + NVP o EFV). Amerita desglose por adultos y niños.</p> <p>Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual.</p> <p>Seguimiento del programa y vigilancia del VIH. Para el numerador: registros de la terapia antirretroviral basada en centros sanitarios, o sistemas de gestión de suministro de los fármacos. Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo de notificación.
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de niños y adultos elegibles.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Un 80% de las personas con VIH que ameritan TAR deben estar en esquema de primera línea. El costo de la atención a personas con VIH incluye el precio de los ARV, en que los de primera línea son mucho más barato que los de segunda, y los de segunda mucho más que los de tercera. Interesa cuidar que la mayoría de las personas que requieran TAR estén en un esquema de primera línea.</p> <p>El indicador permite vigilar las tendencias en la cobertura, pero no</p>

**(18) UNGASS/PEN/FM****11.2.18 Número y porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV (UNGASS 4.1) (PEN 42) (FM 2.1)**

pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretroviral, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Dichas formas variarán dentro de los países y entre ellos, y es probable que cambien en el curso del tiempo.

La proporción de personas que necesitan terapia antirretroviral variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretroviral entre adultos y niños. El grado de utilización de la terapia antirretroviral dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y calidad de la prestación de servicios, la disponibilidad y respuesta de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la percepción de eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

<b>(19) UNGASS/PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.19 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral (UNGASS 4.2) (PEN 44) (FM Impacto) (PBI 16)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Se debe presentar reporte Anual. A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes y Registros del Componente de ITS, VIH y sida. Informes TARV de los Hospitales que brindan atención integral en personas con VIH
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Registros de terapia antirretrovírica e informes y análisis de la cohorte de personas en terapia antirretrovírica.
<b>NUMERADOR</b>	Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes. Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (<15, 15+). El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, se calculará este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2008.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador



**(19) UNGASS/PEN/FM/PBI****11.2.19 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral (UNGASS 4.2) (PEN 44) (FM Impacto) (PBI 16)**

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

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

<b>(20) UNGASS/PEN/FM</b>	
<b>11.2.20 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH (UNGASS 5.1) (PEN 61) (FM 14) (PBI 13)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	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.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	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.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente ITS, VIH y sida, registros de pacientes y formularios de información sumaria.  Registros e informes del centro acerca de la terapia antirretroviral; instrumentos de vigilancia de los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos de TB en personas que viven con el VIH.
<b>NUMERADOR</b>	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH o Número de casos de personas que viven con VIH
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS proporciona anualmente estimaciones de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis, en función de los criterios requeridos

**(20) UNGASS/PEN/FM****11.2.20 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH (UNGASS 5.1) (PEN 61) (FM 14) (PBI 13)**

específicos del país. Los casos de tuberculosis se definen como los nuevos casos que han ocurrido en ese año, y específicamente excluye los casos latentes. Todas o la mayor parte de las personas VIH y que tienen tuberculosis deberían recibir terapia antirretroviral, en función de los criterios locales requeridos para ello. El tratamiento para la tuberculosis debería administrarse según las directrices del programa nacional de tuberculosis.

**INTERPRETACIÓN**

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

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

Si es posible, también se debe informar el número de pacientes atendidos por el VIH que han empezado un tratamiento para la tuberculosis pero aún no reciben terapia antirretroviral.

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

<b>(21) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.21 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (UNGASS 6.1) (PEN 5) (PEN 31)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mide de manera detallada la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes donde se originan esos fondos.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Datos para los años calendario
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	<p>1) Medición del Gasto Nacional en sida(MEGAS)</p> <p><b>Instrumentos/métodos alternativos:</b></p> <p>2) Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida. No debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido según el método MEGAS y las subcuentas de las Cuentas Nacionales de Salud.</p> <p>Sin embargo, algunas actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud podrían no estar incluidas en las Cuentas Nacionales de Salud.</p> <p>3) Encuesta del Flujo de Recursos. Ha habido un proceso de armonización y los países seleccionados en la muestra de esta encuesta que han respondido a los cuestionarios podrían introducir la información en la matriz de financiación agrupada por actividades principales. Algunas actividades llevadas a cabo fuera el sistema de salud podrían no incluirse en esta Encuesta del Flujo de Recursos.</p> <p>Además, deberían excluirse del total destinado al sida algunas acciones relacionadas con la población.</p>
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<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"> <li>1. Prevención</li> <li>2. Atención y tratamiento</li> <li>3. Huérfanos y niños vulnerables</li> <li>4. Fortalecimiento de la gestión y administración del</li> </ol>

**(21) UNGASS/PEN****11.2.21 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación (UNGASS 6.1) (PEN 5) (PEN 31)**

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

Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa).

Considerar tres grupos principales de fuentes de financiamiento:

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

**INTERPRETACIÓN**

Los datos financieros incorporados en la Matriz de Financiación Nacional deben ser gastos reales, no presupuestos ni compromisos. También deben incluir los gastos relativos al sida efectuados como parte de sistemas de prestación de servicios más amplios. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de 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.

<b>(22) /PEN</b>	
<b>I 1.2.22 Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y pruebas de VIH en el mismo lugar. (PEN 40)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Disponibilidad de atención prenatal y oferta de la prueba de VIH en las unidades de salud del país.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes del Componente de ITS, VIH y sida. Informes SILAIS – Red de Servicios.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple.
<b>NUMERADOR</b>	Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y prueba rápida de detección de VIH en el mismo lugar.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Es importante disponer de información actualizada sobre la red de servicios de salud que está realizando atención prenatal y la oferta de la prueba de VIH en la misma unidad, contribuyendo a la reducción de oportunidades perdidas en las embarazadas y contribuyendo a la captación oportuna de embarazadas VIH.</p> <p>Observar el progreso en el número de establecimiento de salud que ofrecen atención prenatal y prueba. Analizar los datos geográficamente y por tipo de establecimiento de salud y triangularlos con los datos de población puede proveer una visión perspicaz sobre dónde se necesita aumentar la disponibilidad de servicios de realización de atención y pruebas.</p>

(23) UNGASS/PEN	
<b>11.2.23 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. (UNGASS 7.2) (PEN 69)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<p>El progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género).</p> <p>El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. La violencia podría haberse dado después de la separación.</p>
<b>APLICABILIDAD</b>	Todos los países.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 a 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, o la ESD/AIS (módulo de violencia doméstica), Encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>La recopilación de datos sobre la violencia contra las mujeres requiere metodologías especiales que se adhieren a las normativas éticas y de seguridad para garantizar que la información se recoge de una manera ética que no supone ningún riesgo a las personas que se someten al estudio, y que en cierto modo maximice la validez de los datos y su fiabilidad.</p> <p>Este indicador se puede desglosar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)</li> <li>• Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador evalúa el progreso hacia la reducción de la proporción de mujeres que han experimentado recientemente violencia por parte de una pareja íntima, como un resultado sí mismo. Además, el indicador también se podría interpretar como un indicador

## (23) UNGASS/PEN

**11.2.23 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. (UNGASS 7.2) (PEN 69)**

aproximado sobre la igualdad de género. Un cambio en el nivel de prevalencia de la violencia reciente a lo largo del tiempo indicaría un cambio en el nivel de igualdad de género, que es uno de los factores estructurales que dirige la epidemia del VIH. La igualdad de género tiene una relación clara e inversa con la violencia por parte de la pareja íntima: en los países en los que la VPI es elevada.

La igualdad de género, los índices de educación de las mujeres y los derechos y la salud reproductiva de las mujeres son bajos.

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

Los estudios han demostrado que hay una asociación entre la violencia contra las mujeres y el VIH, dado que los dos son tanto un factor que contribuye a la infección, como una consecuencia de la infección. Esta relación se ve a través de una variedad de mecanismos directos e indirectos. Por ejemplo:

- El miedo a la violencia puede frenar a las mujeres a la hora de insistir en el uso del preservativo con una pareja masculina de la que sospechen que puede estar infectado con el VIH.
- El miedo a la VPI puede impedir a las mujeres revelar su estado



(23) UNGASS/PEN

**11.2.23 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. (UNGASS 7.2) (PEN 69)**

serológico o buscar tratamiento.

- La penetración vaginal forzada aumenta el riesgo de transmisión del VIH.
- La violación es una manifestación de la desigualdad de género y puede derivar en la infección por el VIH, aunque esto represente una minoría de los casos.

La violación y otro tipo de abuso sexual y físico pueden derivar en malestar.

<b>(24) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.24 Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (UNGASS 7.3) (PEN 74)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<p>El avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos. El indicador se divide en dos partes para poder comparar la situación de los huérfanos y de los no huérfanos:</p> <p>Parte A: tasa actual de asistencia escolar por parte de los huérfanos de 10 a 14 años que están en edad escolar primaria y secundaria.</p> <p>Parte B: tasa actual de asistencia escolar de los niños de 10 a 14 años en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.</p>
<b>APLICABILIDAD</b>	Todos los países
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Preferiblemente: Bienal. Mínimo: cada 4 a 5 años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuesta demográfica (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de Indicadores del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar, se le pregunta a un miembro de dicho hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?</li> <li>2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?</li> <li>3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar?</li> </ol>
<b>NUMERADOR</b>	<p>Parte A: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela.</p> <p>Parte B: Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asiste a la escuela.</p>
<b>DENOMINADOR</b>	<p>Parte A: Número de niños que ha perdido a ambos progenitores.</p> <p>Parte B: Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos.</p>

**(24) UNGASS/PEN****11.2.24 Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (UNGASS 7.3) (PEN 74)****CALCULO**

Para la parte A y B: Numerador / Denominador

**INTERPRETACIÓN**

Las definiciones utilizadas aquí de huérfano y no huérfano, es decir, niño de 10 a 14 años cumplidos cuyos progenitores han fallecido o siguen vivos, respectivamente, se eligen de manera que permitan identificar el máximo efecto de la desventaja resultante de la orfandad y efectuar su seguimiento a lo largo del tiempo. Se utiliza el intervalo de 10 a 14 años porque es más probable que los huérfanos de menor edad hayan perdido a sus padres recientemente, de modo que el efecto perjudicial en sus estudios haya tenido poco tiempo para materializarse.

Sin embargo, los huérfanos son generalmente mayores que los no huérfanos (ya que los padres de los niños menores a menudo están infectados por el VIH desde hace menos tiempo) y es más probable que los niños mayores hayan dejado sus estudios.

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

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

<b>(25) UNGASS/PEN</b>	
<b>11.2.25 Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses. (UNGASS 7.4) (PEN 71)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mide los progresos realizados en el suministro de apoyo económico externo a los hogares más pobres afectados por el VIH y el sida.
<b>APLICABILIDAD</b>	Todos los países
<b>FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS</b>	Cada 4 ó 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas).
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les pregunta lo siguiente a los cabezas del hogar o a los encuestados sobre el tipo de ayuda externa que han recibido en los últimos tres meses.</p> <p>¿Ha recibido su hogar una de las siguientes formas de apoyo económico externo durante los últimos tres meses?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Concesiones en efectivo (p.ej., pensiones, ayuda por discapacidad, ayuda por hijo; este punto ha de adaptarse a cada contexto nacional)</li> <li>b) Ayuda económica para las cuotas escolares</li> <li>c) Material de ayuda con fines educativos (p.ej., uniformes, libros escolares, etc.)</li> <li>d) Ayuda en la generación de ingresos en efectivo o en especie. p.ej, producción agricultora</li> <li>e) Ayuda para los alimentos consumidos en casa o en una institución externa (p.ej., un colegio)</li> <li>f) Apoyo material o económico destinado al alojamiento</li> <li>g) Otro tipo de apoyo económico (especifique)</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	<p>Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico en los últimos 3 meses.</p> <p><i>El apoyo económico externo se define como una ayuda económica gratuita (concesiones en efectivo, ayudas económicas para las cuotas escolares, apoyo material para la educación, apoyo para la generación</i></p>

**(25) UNGASS/PEN****I 1.2.25 Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses. (UNGASS 7.4) (PEN 71)**

de ingresos en efectivo o en especie, ayuda con respecto a la alimentación dentro del hogar, o apoyo material o económico para encontrar cobijo) que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de base comunitaria. Lo más probables que esta fuente sea un gobierno nacional u organización de la sociedad civil.

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

**DENOMINADOR****CALCULO**

Numerador / Denominador.

**INTERPRETACIÓN**

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

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

La recopilación de los datos a través de encuestas de base demográfica, en especial de ESD y MICS, supone que el indicador no captura el

**(25) UNGASS/PEN**

**11.2.25 Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses. (UNGASS 7.4) (PEN 71)**

estatus de las personas que viven fuera de hogares, como los niños de la calle, los niños que viven en instituciones y las poblaciones desplazadas. Se necesita realizar encuestas separadas para poder realizar el seguimiento de la cobertura de esta población tan vulnerable.

<b>(26) PEN / FM / PBI</b>	
<b>11.2.26 Porcentaje de CONISIDA's departamentales funcionando activamente bajo la conducción nacional. (PEN 1) (FM 1.1) (PBI 32)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el liderazgo de la Respuesta Nacional
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Actas de conformación de CONISIDA's y los Informes de las sesiones de funcionamiento. Actas de conformación de CONISIDA's que están en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica  "Listado de Verificación de las CONISIDAS"
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Los miembros de cada CONISIDA departamental que cumplen con los criterios establecidos según Ficha "Listado de Verificación de las CONISIDAS."
<b>NUMERADOR</b>	Número de CONISIDA departamentales que demuestran la implementación de "Los Tres Unos".
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la conducción de la respuesta ante la epidemia según niveles administrativos sub nacionales: departamental, municipal. Hasta ahora 'funcionando' hace alusión a que hay periodicidad en las sesiones de trabajo y el número de instancias gubernamentales y de la sociedad civil que participan.

<b>(27). PEN</b>	
<b>11.2.27 Porcentaje de Organizaciones Sociales que integran la Respuesta Nacional, participando activamente en actividades lideradas por CONISIDA (PEN 2)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el liderazgo de la Respuesta Nacional
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes de las Organizaciones Sociales que están en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Las Organizaciones sociales trabajando activamente con la CONISIDA
<b>NUMERADOR</b>	Número de Organizaciones Sociales que participan activamente en actividades lideradas por CONISIDA.
<b>DENOMINADOR</b>	No de Organizaciones Sociales que integran la Respuesta Nacional.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la conducción de la respuesta ante la epidemia según participación de Organizaciones Sociales.



<b>(28). PEN</b>	
<b>11.2.28 Porcentaje de Organizaciones Sociales apoyadas por CONISIDA en la formulación y gestión de propuestas de intervención para el Fortalecimiento de la Respuesta Nacional (PEN 3)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el liderazgo de la Respuesta Nacional
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes y Memorias de formulación y gestión de propuestas de intervención que se encuentran disponibles en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Las Organizaciones sociales trabajando en la formulación y gestión de nuevas propuestas de intervención para el fortalecimiento de la respuesta nacional ante el VIH.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Organizaciones Sociales que participan activamente en la formulación y gestión de nuevas propuestas de intervención.
<b>DENOMINADOR</b>	No de Organizaciones Sociales que integran la respuesta nacional.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la participación de Organizaciones Sociales en la elaboración de propuestas de intervención.

<b>(29). PEN</b>	
<b>11.2.29 Cantidad de Organizaciones Sociales que reportan al sistema de información (PEN 4)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el funcionamiento del sistema de información de la Respuesta Nacional ante el VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes – Reportes periódicos de la productividad de las organizaciones sociales que están disponibles en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Las Organizaciones sociales contribuyen a la construcción de indicadores y alimentan el sistema de información de VIH a nivel de país.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Organizaciones Sociales que reportan al sistema de información sistemáticamente.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la participación de Organizaciones Sociales en el Sistema de Información de VIH a nivel nacional.

<b>(30). PEN</b>	
<b>11.2.30 Establecida y actualizada anualmente la Agenda de Investigaciones en VIH y sida (PEN 6)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Constar con una agenda de investigaciones a nivel nacional actualizada.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Metodología para la elaboración y actualización de la agenda de investigaciones  Memorias de Sesiones de trabajo para la elaboración y actualización de la agenda de investigaciones que están disponibles en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Agenda de investigaciones elaborada y actualizada
<b>NUMERADOR</b>	No aplica.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la existencia de la Agenda de Investigaciones en VIH.

<b>(31). PEN</b>	
<b>11.2.31 Porcentaje de personas con VIH que declaran haber utilizado un condón durante la última relación sexual (PEN 7)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre personas con VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con sus parejas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta: ¿Ha usado preservativo con su pareja más reciente? El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH que declaró haber usado un preservativo con su última pareja.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de personas con VIH en estudio.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>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.</p> <p>Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales 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.</p>

<b>(32). PEN/ FM/PBI</b>	
<b>11.2.32 Número de condones distribuidos en áreas de intervención claves (PEN 18) (FM 20) (PBI 11)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el alcance de las acciones de prevención y promoción.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes del Componente de ITS, VIH y sida, Instituciones del estado y Organizaciones de la Sociedad Civil que aportan a este indicador.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que contribuye a identificar la magnitud de las acciones desplegadas en la población general, según las características de ésta.

<b>(33) PEN</b>	
<b>11.2.33 Porcentaje de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE (PEN 20)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el alcance de las acciones de prevención de accidentes laborales y aplicación de medidas de bioseguridad del personal de salud.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple.
<b>NUMERADOR</b>	Número de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE laboral y post violencia sexual.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de unidades de salud del país
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que contribuye a identificar las unidades de salud que se encuentran preparadas para dar respuesta a accidentes laborales.

<b>(34) PEN</b>	
<b>11.2.34 Porcentaje de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de la PPE (PEN 21)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el alcance de las acciones de prevención de accidentes laborales y aplicación de medidas de bioseguridad del personal de salud.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de la PPE
<b>DENOMINADOR</b>	Número de personal de salud que trabaja en VIH en el país
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que contribuye a identificar el personal de salud que conoce y aplica el protocolo para la PPE

<b>(35) PEN</b>	
<b>11.2.35 Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita (PEN 24)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar la transmisión vertical de Sífilis
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Boletas de Notificación Obligatorias
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple
<b>NUMERADOR</b>	Número de RN con serología reactiva para sífilis
<b>DENOMINADOR</b>	Número de madres con serología reactiva para sífilis
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Indicador que contribuye a identificar casos incidentes de Sífilis Congénita.</p> <p>La incidencia de Sífilis Congénita, es un reflejo de la prevalencia de sífilis materna y un indicador del alcance de las tareas de prevención. La investigación de Sífilis Congénita, en una población, proporciona información acerca de la atención prenatal recibida. Revela además el grado de efectividad de los programas de vigilancia y control de la enfermedad en la población general, tanto como la deficiencia de tareas de prevención.</p>



<b>(36) PEN</b>	
<b>11.2.36 Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico (PEN 36) (PBI 18) (FM 2.9)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el acceso a la terapia anti retroviral que tienen las personas con VIH y que lo ameritan. Medir el porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple. Informe del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se calcula sumando el número de establecimientos que informa acerca de la disponibilidad de servicios de TAR. El Componente de ITS, VIH y sida tiene el registro de los establecimientos que brindan este servicio.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	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.

<b>(37) PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.37 Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar VIH y conoce los resultados (PEN 28) (FM 2.3) (PBI 19)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y Sífilis.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes del Componente ITS, VIH y sida. Registros sistemáticos del MINSA – Oficina de Estadísticas
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de embarazadas captadas a las que se le realiza la prueba de VIH y conoce su resultado.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de embarazadas captadas en CPN o Numero de embarazadas programadas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador clave para el seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión maternoinfantil 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.

<b>(38) PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.38 Porcentaje de embarazadas captadas para control prenatal a las que se les realiza prueba rápida para detectar Sífilis y conoce los resultados (PEN 28) (FM 2.3) (PBI 19)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Maternoinfantil de Sífilis.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros sistemáticos del MINSA – Oficina de Estadísticas
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de embarazadas captadas a las que se le realiza la prueba de Sífilis y conoce su resultado.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de embarazadas captadas en CPN o Numero de embarazadas programadas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador clave para el seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis. 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.

<b>(39) PEN/PBI</b>	
<b>11.2.39 Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN (PEN 31) (PBI 20)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Contribuir a la valoración de la transmisión sexual de Sífilis y VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles (Boleta Enfermedades de Notificación Obligatoria)
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>DE Para fines de comparación entre períodos de tiempo se debe lograr una disminución, sin embargo una cifra constante puede significar un buen efecto de las acciones sanitarias debido al crecimiento de la población. Considerar que una tendencia de más casos de VIH debería estar alineada con más casos de sífilis por ser la transmisión sexual la forma más frecuente.</p> <p>Se tomarán los datos de Sífilis de cada año.</p>
<b>INTERPRETACIÓN</b>	En general todas las ITS potencian la transmisión sexual del VIH, principal forma de transmisión en el país, el tener una valoración de la cantidad de casos de sífilis –que en una buena parte no se manifiesta clínicamente- contribuye a una temprana detección del VIH. Para sífilis existen pruebas de laboratorio relativamente sencillas para establecer el diagnóstico, lo que pretende ser aprovechado para la detección de VIH.

<b>(40) PEN/FM/PBI</b>	
<b>I 1.2.40 Número de niñez nacida de madre con VIH (PEN 53) (FM Impacto) (PBI 21)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Obtener elementos para identificar la magnitud de las necesidades de recursos requeridos para la atención de niñez afectada por la epidemia
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente ITS, VIH y sida. , registros de pacientes y formularios de información sumaria
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Hasta el 2015 se espera un incremento.
<b>NUMERADOR</b>	Número de niños y niñas de 0 a 18 meses que son VIH positivos y que han nacido de madres VIH positiva
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Indicador clave para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, representa el denominador para la obtención de la proporción de niños con VIH por transmisión maternoinfantil.</p> <p>Comprende a los niños y niñas de 0-18 meses de vida que son VIH positivos y que han nacido de madres que son VIH positivas, haya o no recibido éstas terapia con antirretrovirales durante el embarazo. Un-a niño-a se considera VIH positivo cuando se establezca el diagnóstico de la infección según las siguientes situaciones: Situación 1: 1ra prueba de ADNProviral a las 4 semanas de vida, si esta es positiva se realizar 2da prueba de ADNProviral inmediatamente y si esta es positiva se considera un niño-a infectado, procediendo a realizar cuantificación de CD4 y Carga Viral para valorar inicio de TAR; Situación 2: La 1ra prueba realizada a las 4 semanas es negativa, hay que realizar la 2da prueba dos meses después, es decir, a los 3 meses de vida del niño-a, si ésta es negativa, probablemente el niño-a no está infectado-a, sin embargo es necesario realizar un ELISA entre los 12-15 meses de edad para declarar al niño no infectado. El indicador se calculará tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión maternoinfantil en las embarazadas que reciben y no reciben profilaxis para VIH y, el factor que se pondera es la proporción de mujeres que recibe y no recibe diversos tratamientos profilácticos.</p>

<b>(41) PEN/FM</b>	
<b>11.2.41 Porcentajes de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico del VIH. (PEN 55) (FM 2.8) (PBI 26)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el acceso a la prueba, al conocer la red de establecimientos públicos que ofertan pruebas rápidas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros de la Oficina Nacional del Componente ITS, VIH y sida, Centro Nacional de Diagnóstico y referencia
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Información puede ser desglosada por departamento del país.
<b>NUMERADOR</b>	Total de establecimientos de salud que ofertan la realización de la prueba de VIH: Centros de Salud, y Hospitales.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de establecimientos de salud: Hospitales y Centros de Salud.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El país se ha establecido el poner a disposición la prueba de VIH en todos los Centros de Salud y hospitales, facilitando con ello el acceso al diagnóstico, principalmente a personas que pertenecen a grupos en mayor riesgo y vulnerables.

<b>(42) PBI</b>	
<b>11.2.42 Número de niñez menor de 12 meses nacido de madre con VIH según tipo de alimentación que ha recibido: (LME - Sucedáneos - Alimentación mixta) (PBI 25)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Maternoinfantil del VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente ITS, VIH y sida, registros de pacientes y formularios de información sumaria.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	En la medida de las posibilidades a todos los niños y niñas nacidos de madre con VIH debe evitar que se les brinde lactancia materna.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora el apoyo social a las familias de niños y niñas nacidos de madres con VIH, concretamente para la prevención de la transmisión maternoinfantil a través de la leche materna.

<b>(43) PBI</b>	
<b>11.2.43 Porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con Trimetoprin Sulfametoxazol en el lapso de 2 meses después del nacimiento (PBI 24)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Maternoinfantil del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente ITS, VIH y sida, registros de pacientes y formularios de información sumaria
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Todos los niños y niñas nacidos de madre con VIH debe brindársele profilaxis para la prevención de la transmisión materna infantil
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora el alcance de los cuidados de salud que se brinda a niños y niñas nacidos de madres con VIH, concretamente para la prevención de infecciones oportunistas.



<b>(44) PEN /PBI</b>	
<b>11.2.44 Número de unidades de salud que brindan TARV y sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (PEN 37) (PBI 27)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Este indicador mide un aspecto clave de la gestión del suministro de ARV: si los establecimientos de salud que dispensan dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios durante los 12 últimos meses. Valorar el acceso a la terapia anti retroviral que tienen las personas con VIH que lo ameritan.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Trimestral
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Tarjetas de estiba y kardex de medicamentos. Sistema de Vigilancia de Insumos Clínicos.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Información que se consolida a nivel nacional donde se calcula el porcentaje de los establecimientos que han estado desabastecidos de alguno de los fármacos en los 12 meses anteriores.
<b>NUMERADOR</b>	Número de establecimientos de salud que dispensa ARV y que ha sufrido el desabastecimiento de uno o más fármacos ARV necesarios durante los 12 últimos meses
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El asegurar las existencias de ARV es condición indispensable para el acceso y adherencia a la TAR. Si se producen desabastecimientos se debe evaluar la situación e intentar detectar donde reside el problema, si en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema local.

<b>(45) PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.45 Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral (PEN 47) (FM-2.2) (PBI -27)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el apoyo de laboratorio en la calidad de la atención
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE</b>	Anual
<b>RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registro sistemático que lleva el Componente ITS, VIH y sida del Ministerio de Salud en coordinación con el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia –CNDR (laboratorio central)
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	No requiere desagregación por grupos de edad.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral. Fuente: Instrumentos de vigilancia del Programa Nacional, registros de pacientes y formularios de información sumaria
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>INTERPRETACION</b>	<p>A toda persona con VIH debe realizársele dos veces al año examen de CD4 y Carga viral</p> <p>Indicador que valora la calidad de la atención que se brinda a personas con VIH, el resultado de CD-4 y CV contribuye a las decisiones clínicas sobre el manejo de las personas por parte de los infectólogos y resto de miembros de los Equipos Multidisciplinarios.</p>

<b>(46) PEN / FM</b>	
<b>11.2.46 Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención de VIH (PEN19)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre la población más expuesta.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?</li> <li>2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual)</li> </ol> <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas más expuestas que respondieron “sí” a ambas preguntas.
<b>DENOMINADOR</b>	Número Total de personas más expuestas encuestadas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACION</b>	<p>La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p.ej., a través de programas de divulgación y de la educación entre pares), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y otros.</p> <p>Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si tiene datos disponibles sobre otro período, como los últimos 3 o 6 meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta</p>

**(46) PEN / FM**

**11.2.46 Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención de VIH (PEN19)**

de notificación.

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

<b>(47) PEN</b>	
<b>11.2.47 Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil (PEN 29)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión Maternoinfantil de Sífilis.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros sistemáticos del MINSA – Oficina de Estadísticas
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de embarazadas captadas en CPN o Numero de embarazadas programadas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador clave para el seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis. 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. Es una norma nacional que toda embarazada captada con Sífilis reciba tratamiento oportuno para evitar la transmisión maternoinfantil y reducir la incidencia de sífilis congénita.

<b>(48) PEN</b>	
<b>11.2.48 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 (PEN 30)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional, Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
<b>FRECUENCIA DE RECOPILOACIÓN DE DATOS</b>	Bienal, como mínimo cada 3 a 5 años.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas comportamentales especiales, como la Encuesta de vigilancia del comportamiento de las poblaciones más expuestas.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas?</li> <li>2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?</li> <li>3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?</li> <li>4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?</li> <li>5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?</li> </ol>
<b>NUMERADOR</b>	Número de entrevistados que respondió correctamente a las cinco preguntas
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de entrevistados
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 hacen referencia a ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Por ejemplo: ¿Se puede contraer el VIH al abrazar o estrechar la mano de una persona infectada?” y “¿Se puede contraer el VIH a través de medios sobrenaturales?”</p> <p>Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y del sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Si se responde “no sé”, esa respuesta ha de marcarse como incorrecta. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del</p>

**(48) PEN**

**11.2.48 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 (PEN 30)**

indicador compuesto.

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

<b>(49) PEN/FM/PBI</b>	
<b>11.2.49 Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud y se han realizado la prueba de detección de Sífilis en los últimos 12 meses. (PEN 32)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la Transmisión de la Sífilis en mujeres.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros sistemáticos del MINSA – Oficina de Estadísticas
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres a las que se les realiza la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de mujeres
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador clave para el seguimiento a las acciones de prevención de la transmisión de la Sífilis. En mujeres.



<b>(50) PEN</b>	
<b>11.2.50 Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico. (PEN 33)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el avance hacia la aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>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:</p> <p>En el último año académico, ¿ofreció su escuela por lo menos 30 horas de capacitación en aptitudes para la vida en cada curso?</p> <p>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.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de escuelas encuestadas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	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.

**(50) PEN**

**11.2.50 Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico. (PEN 33)**

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

<b>(51) PEN</b>	
<b>11.2.51 Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas. (PEN 49)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la calidad de atención de las personas con VIH y la efectividad de la TARV
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV de los SILAIS Componente de ITS, VIH y sida
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se realiza conteo simple de las personas que han sido diagnosticadas, tratadas y curadas de alguna Infección Oportunista.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Es importante disponer de información actualizada sobre la frecuencia de infecciones oportunistas en el país, ya que esto nos indica la respuesta de las personas con VIH a la TARV, es un indicador indirecto de adherencia o resistencia a los ARV.

<b>(52) PEN</b>	
<b>I 1.2.52 Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. (PEN 39)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Medir la transmisión de Sífilis entre las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas),
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de Comportamientos o Encuestas especiales Estudios de Prevalencia en sistemas penitenciarios.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), a los que se le realiza la prueba de Sífilis y conoce su resultado.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas) utilizados en la muestra.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El indicador proporciona información útil sobre la transmisión de Sífilis en personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), se requiere de estudios de vigilancia de comportamiento. Son poblaciones que presentan dificultades para ser estudiadas.

<b>(53) PEN</b>	
<b>11.2.53 Número total de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV. (PEN 43)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la cobertura de personas con VIH en esquema de primera línea. Monitorear el uso racional de medicamentos ARV (prescripciones iniciales de esquemas de primera línea) como factor relacionado a la prevención de la farmacorresistencia del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV-Componente de ITS, VIH y sida.
<b>METODO DE MEDICIÓN</b>	Compilación de los informes y análisis de la TARV en los SILAIS y en el nivel nacional- Revisión de Bases de datos de la TARV en los hospitales.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV durante el año seleccionado
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	El indicador proporciona información útil sobre el número de personas que se encuentran recibiendo esquemas ARV de primera línea, según las normas nacionales de VIH, El indicador explora la prevención de la farmacorresistencia que depende de uso de monoterapias, asociaciones inapropiadas de fármacos ARV, toxicidad o intolerancia.

<b>(54) PEN</b>	
<b>11.2.54 Porcentaje de pacientes en TARV que asistieron puntualmente a consultas clínicas (transversal). (PEN 45)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la adherencia o apego de las personas con VIH que se encuentran recibiendo TARV
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV Informes Insumos Hospitales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Elementos de datos abstraídos pertinentes a cada paciente elegible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• código de identificación del paciente;</li> <li>• la fecha de la primera consulta clínica a la cual asistió ('consulta clínica inicial');</li> <li>• las fechas de las dos consultas clínicas consecutivas programadas o previstas después de la 'consulta clínica inicial';</li> <li>• las fechas de las dos consultas clínicas consecutivas a las cuales asistió después de la 'consulta clínica inicial' (o sea, 'consulta clínica 1' y 'consulta clínica 2');</li> <li>• la fecha de transferencia entre la 'consulta clínica inicial' y la segunda consulta clínica programada o prevista (si corresponde); la fecha de muerte entre la 'consulta clínica inicial' y la segunda consulta clínica programada o prevista (si corresponde)</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	Número de pacientes que asistieron <i>puntualmente</i> a dos consultas clínicas consecutivas, programadas o previstas.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de pacientes que asistieron a una consulta clínica en la fecha o después de la fecha definida para el inicio del muestreo
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Meta sugerida: $\geq 80\%$

<b>(55) PEN</b>	
<b>11.2.55 Porcentaje de personas con VIH que ha retirado puntualmente los medicamentos Antirretrovíricos (PEN 46)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la adherencia o apego de las personas con VIH que se encuentran recibiendo TARV
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Monitoreo mensual y Reporte Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV. Informes de Hospitales que brindan atención integral al VIH
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Elementos de datos abstraídos pertinentes a cada paciente elegible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• código de identificación del paciente;</li> <li>• la fecha del primer retiro de medicamentos ARV ('retiro inicial');</li> <li>• las fechas de los dos retiros consecutivos de medicamentos ARV después del 'retiro inicial' ('retiro 1' y 'retiro 2');</li> <li>• el esquema de TAR, incluyendo el número de días, o número de pastillas/volumen y concentración (mg) y pastillas/día o dosis/día dispensadas en el 'retiro inicial' y en el retiro de medicamentos ARV subsiguiente ('retiro 1');</li> <li>• la fecha de transferencia después del 'retiro inicial' (si corresponde);</li> <li>• la fecha de muerte después del 'retiro inicial' (si corresponde);</li> <li>• la fecha de interrupción del TAR después del 'retiro inicial' (o sea, una decisión de la cual se ha dejado constancia, por parte del paciente o del médico, de que el ARV debería suspenderse, si corresponde).</li> </ul>
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH que ha retirado puntualmente todos los medicamentos ARV recetados por dos retiros consecutivos de medicamentos después de un 'retiro inicial'.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de personas con VIH que inician TARV en el año seleccionado o estudiado.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Meta sugerida: $\geq 90\%$

<b>(56) PEN</b>	
<b>11.2.56 Porcentaje de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado rector para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y recibieron tratamiento. (PEN 48)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	El progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis. Establecer el acceso al tratamiento de Sífilis en mujeres trabajadoras sexuales.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Cada 3 años
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se establece un cociente entre Numerador y Denominador
<b>NUMERADOR</b>	Número de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado rector para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y que recibieron al menos una dosis de penicilina benzatina 2.4mU IM
<b>DENOMINADOR</b>	Número de Mujeres trabajadoras sexuales con serología positiva para Sífilis y sujetas a estudio.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide la transmisión de Sífilis entre las mujeres trabajadoras sexuales y el acceso al tratamiento según lo establecido en las Normas Nacionales.



**(57) PEN****I 1.2.57 Número de mujeres captadas con VIH durante el parto. (PEN 50)**

<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil mediante el diagnóstico de VIH en mujeres que asisten en trabajo de parto a las unidades de salud y valorar el acceso a los medicamentos antirretrovirales.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV- Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple
<b>NUMERADOR</b>	Número de Mujeres captadas con VIH durante el parto.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el grado de captación de la mujer con VIH y la transmisión del virus.

<b>(58) PEN</b>	
<b>11.2.58 Número de mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto. (PEN 51)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil mediante el diagnóstico de VIH en mujeres que asisten en trabajo de parto a las unidades de salud y valorar el acceso a los medicamentos antirretrovirales.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV- Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el grado de captación de la mujer con VIH y la transmisión del virus en el post parto.

<b>(59) PEN / AU</b>	
<b>11.2.59 “Porcentaje de niños de madres con VIH que reciben profilaxis” Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (PEN 52)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de ARV como profilaxis para los bebés de hasta 6 semanas expuestos al VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV- Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados de los registros de los establecimientos. Los medicamentos ARVs pueden administrarse a bebés expuestos al VIH poco después del parto, en los centros de parto y parto para el caso de bebés nacidos en centros, en servicios de atención posnatal ambulatorios o clínicas infantiles para bebés nacidos en el hogar y trasladados a un centro o en centros para la atención y tratamiento de VIH u otros centros, en función del país.
<b>NUMERADOR</b>	Número bebés nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas)
<b>DENOMINADOR</b>	Número estimado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Este indicador permite que los países monitoricen la cobertura con regímenes ARV distribuidos o iniciados entre bebés <math>\leq 6</math> semanas expuestos al VIH para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil de esta infección. Si se desglosa, este indicador puede seguir el aumento del acceso a regímenes de ARVs más eficaces para PMTI en países que están ampliando nuevas categorías de régimen.</p> <p>El indicador determina en qué medida se dispensan los ARV a los niños &lt;12 meses como profilaxis. No recoge si los fármacos se consumieron, por lo que no es posible determinar la adherencia al régimen ni si se completó.</p>

<b>(60) PEN</b>	
<b>11.2.60 Porcentaje de niños/as menores de un año de edad y nacidos de mujeres que viven con VIH que reciben una prueba de ADN proviral en los primeros 12 meses de vida. (PEN 54)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el incremento en el acceso a un diagnóstico temprano de niños <12 meses nacidos de mujeres infectadas con VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Componente de IT, VIH y sida Informes CNDR
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple.
<b>NUMERADOR</b>	Número de establecimientos de salud que ofrecen prueba virológica para niños <12 meses expuestos a VIH in situ o a través de gota de sangre seca. ( técnica de papel filtro)
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de establecimientos de salud que ofrecen seguimiento a niños
<b>CALCULO</b>	<12 meses expuesto a VIH. Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el diagnóstico temprano de niños nacidos de madres con VIH

<b>(61) PEN</b>	
<b>11.2.61 Porcentaje de personas con VIH a las que se les aplica Profilaxis para infecciones oportunistas según protocolo del MINSA. (PEN 56)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el incremento en el acceso a profilaxis para Infecciones oportunistas en personas infectadas con VIH. Mide el cumplimiento de los protocolos del MINSA. Aultos: Tsulfa, INH y Fluconazol.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Mensual, al menos una medición anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Componente Nacional VIH Expedientes Clínicos Informes Mensuales TARV de los Hospitales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se cumple con los protocolos del MINSA si recibe como profilaxis primaria lo siguiente: Adultos: Trimetropin Sulfa 800/160 mg x día. Isoniacida (INH) 5 mg/kg hasta 300mg dosis máxima, vía oral, diario x 9 meses Fluconazol
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH, que recibieron profilaxis para I.O según protocolos del MINSA
<b>DENOMINADOR</b>	Total de personas con VIH en seguimiento clínico
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el inicio temprano de profilaxis para IO en personas con VIH y monitorea los estándares de la calidad de atención en las personas con VIH.

<b>(62) PEN</b>	
<b>11.2.62 Numero de prestadores de servicios del primer nivel de atención, capacitados en diferentes temáticas para abordaje del VIH. (PEN 58)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el incremento en los procesos de capacitación sobre VIH en prestadores del primer nivel de atención
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Sistema Alerta Temprana (SAT)
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple
<b>NUMERADOR</b>	Número de prestadores del primer nivel de atención capacitados en VIH
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de los servicios de salud del primer nivel ( P/S, C/S)

<b>(63) PEN</b>	
<b>11.2.63 Número de equipos multidisciplinarios capacitados en los protocolos de atención actualizados. (PEN 59)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el incremento en los procesos de capacitación sobre VIH en miembros de los Equipos Multidisciplinarios
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Sistema Alerta Temprana (SAT)
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple, se considerará que los miembros de los EMD están capacitados cuando hayan aprobado Pasantía Clínica Teórico Practica.
<b>NUMERADOR</b>	Número de miembros de los EMD capacitados en VIH
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que mide el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de los servicios de salud del segundo nivel de atención y de los EMD en las unidades que dispensan TARV.

<b>(64) PEN</b>	
<b>11.2.64 Porcentaje de personas con VIH a las que se les realizó tamizaje para Tuberculosis (PEN 62)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos de las actividades colaborativas TB-VIH, Medir frecuencia de coinfección TB y VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Estadísticas Componente ITS, VIH y sida, Estadísticas TB Informes TARV, Informes PCTB Expedientes Clínicos Estudios especiales- Coinfección TB y VIH
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH a los que se le practico tamizaje para TB, esto incluye al menos uno de los siguientes medios diagnósticos: Baciloscopia, Cultivo, PPD, Radiografía de Tórax
<b>DENOMINADOR</b>	Número de personas con VIH sujetas a estudio.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Para que el Programa de Control del VIH en los países funcione se sugiere que al 100 % de personas con diagnóstico de VIH se le realice vigilancia para TB y se descarte. Este indicador nos permite establecer el acceso al tamizaje de TB en personas con el virus.



<b>(65) PEN</b>	
<b>11.2.65 Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con Trimetroprim (PEN 63)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la prevención de Infecciones Oportunistas en adultos y niños con VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Estadísticas Componente VIH Informes TARV, Expedientes Clínicos
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH adultos y niños incluidos en la atención de la infección por VIH y que se encuentran aptos para la profilaxis con Trimetroprim.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador es importante para valorar cobertura de la profilaxis con Trimetroprim, se puede desglosar por población: adulta y pediátrica

<b>(66) PEN</b>	
<b>11.2.66 Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 66)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas),
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les pregunta a las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas),</p> <p>1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?</p> <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <p>2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad 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 las personas y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos

**(66) PEN****II.2.66 Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 66)**

doce meses y que conocen los resultados.

**DENOMINADOR** Número de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), incluidos en la muestra o sujetas a estudio.

**CALCULO** Numerador / Denominador.

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

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.

(67) PEN	
<b>11.2.67 Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de Sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 67)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas de Sífilis entre las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas),
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Bienal.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Encuestas de vigilancia y seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Se les pregunta a las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas),</p> <p>1. ¿Le han hecho la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses?</p> <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <p>2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad 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 las personas y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se han sometido a la prueba de Sífilis en los últimos doce meses y que conocen los resultados.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS

(67) PEN	
<b>11.2.67 Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de Sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (PEN 67)</b>	
	hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), incluidos en la muestra o sujetas a estudio.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<p>Interpretación de los datos de la encuesta. Cuando haya fuentes de datos diversas, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.</p> <p>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.</p>

<b>(68) PEN</b>	
<b>11.2.68 Porcentaje de Instituciones del estado que integran la CONISIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH. (PEN 67)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la protección de los DDHH relacionados al VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes Secretaria Técnica CONISIDA Informes Institucionales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre numerador y denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Instituciones del estado que integran la CONISIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH
<b>DENOMINADOR</b>	Total de Instituciones del estado que integran la CONISIDA
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador es importante para valorar el grado de respuestas a las denuncias relacionadas con la violación de los DDHH.

<b>(69) PEN</b>	
<b>11.2.69 Cantidad de servicios jurídicos prestados en apoyo a denuncias sobre violación de los DDHH relacionados al VIH (PEN 68)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la protección de los DDHH relacionados al VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes Secretaria Técnica CONISIDA Informes Institucionales Estudios Especiales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple
<b>NUMERADOR</b>	Número de servicios jurídicos en apoyo a denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador es importante para valorar el grado de respuestas a las denuncias relacionadas con la violación de los DDHH.

<b>(70) PEN</b>	
<b>11.2.70 Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación. (PEN 70)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la implementación de políticas de VIH contra el estigma y la discriminación en los lugares de trabajo.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes Secretaria Técnica CONISIDA Estudios Especiales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Conteo Simple</p> <p>La política retomará los principios fundamentales del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconocimiento del VIH y sida como problema del lugar de trabajo.</li> <li>2. Prohibición de toda discriminación en la contratación, ascensos, capacitación, etc.</li> <li>3. Igualdad entre hombres y mujeres.</li> <li>4. La salud y la seguridad en el trabajo, incluida una adaptación razonable del lugar de trabajo en el caso de enfermedades relacionadas con el sida.</li> <li>5. El diálogo social como instrumento para desarrollar e implementar una política contra el VIH y sida</li> <li>6. No se deberá exigir una prueba o análisis de VIH al personal o a los aspirantes a un empleo.</li> <li>7. Confidencialidad.</li> <li>8. Mantenimiento de la relación de empleo y los motivos de despido.</li> <li>9. Prevención.</li> <li>10. Asistencia y apoyo a las personas que viven VIH</li> </ol>
<b>NUMERADOR</b>	Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica.
<b>CALCULO</b>	No aplica.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador valora los avances en las políticas públicas relacionadas al VIH en ambientes de trabajo.



<b>(71) PEN</b>	
<b>11.2.71 Cantidad de personas con VIH beneficiados laboralmente (PEN 72)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la implementación de políticas de VIH contra el estigma y la discriminación en los lugares de trabajo.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes Secretaria Técnica CONISIDA Informes Asociaciones de personas con VIH (ASONVISIDA-ANICP+VIDA) Estudios Especiales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo Simple  Revisión de informes e inventarios de personas con VIH que actualmente tienen empleo. ASONVISIDA-ANICP+VIDA)
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas con VIH beneficiados laboralmente.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora el acceso al trabajo de las personas con VIH.

<b>(72) PEN</b>	
<b>11.2.72 Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado (PEN 73)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en la atención psicológica de la población de niños huérfanos.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Estudios Especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Cociente entre Numerador y Denominador.
<b>NUMERADOR</b>	Número de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado.
<b>DENOMINADOR</b>	Total niñez huérfanos y niños vulnerables a causa del sida
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	La atención integral de la niñez huérfana a causa del VIH debe incluir un abordaje psicosocial completo.

<b>(73). PEN</b>	
<b>11.2.73 Porcentaje de Instituciones del estado involucradas en la Respuesta Nacional que reportan al sistema de información (PEN 76)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el funcionamiento del sistema de información de la Respuesta Nacional ante el VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes – Reportes periódicos de la productividad de las Instituciones involucradas en la Respuesta Nacional que están disponibles en la Oficina Nacional de la Secretaría Técnica
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Las Instituciones contribuyen a la construcción de indicadores y alimentan el sistema de información de VIH a nivel de país.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Instituciones del estado que reportan al sistema de información sistemáticamente.
<b>DENOMINADOR</b>	No de Instituciones que integran la respuesta nacional.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la participación de las Instituciones en el Sistema de Información de VIH a nivel nacional.

<b>(74). PEN</b>	
<b>11.2.74 Plan Estratégico Monitoreado y Evaluado (PEN 77) (PBI -33)</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional ante el VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Disponer de un Plan de M y E  Actualizarlo anualmente  Reporte Anual de Indicadores Priorizados.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Verificación de la existencia de los documentos de medición
<b>NUMERADOR</b>	No aplica
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora la existencia de un Plan de M y E vigente, útil y que permita la toma de decisiones.

<b>(75)</b>	
<b>11.2.75 Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años VIH positivos.</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH en mujeres
<b>APLICABILIDAD</b>	Países con epidemias generalizadas.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Registros sistemáticos del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>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.</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>Estudios Especiales en mujeres de 15 a 24 años</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
<b>DENOMINADOR</b>	<p>Número de mujeres (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.</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>
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	<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)</p>

(75)

**11.2.75 Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años VIH positivos.**

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.

<b>(76)</b>	
<b>I 1.2.76 Numero de RN VIH nacidos de madres VIH +</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.
<b>APLICABILIDAD</b>	Todo el país
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Sistema de Vigilancia del Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Conteo simple.
<b>NUMERADOR</b>	Numero de recién nacidos de madres seropositivas
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador evalúa la capacidad de los programas de VIH para la PTMI y el seguimiento de los RN que estuvieron expuestos al VIH.

<b>( 77 )</b>	
<b>Fondo Mundial ( Indicador de Resultado)</b>	
<b>11.2.77 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que expresan actitud de aceptación hacia las personas que viven con VIH</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos en las estrategias de comunicación para cambios de comportamiento.
<b>APLICABILIDAD</b>	Todo el país
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Estudios Especiales.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Son las personas entrevistadas (hombres y mujeres de 15 a 49 años) que como condición básica responden afirmativamente que conocen o han oído hablar de VIH y sida y a los cuales se les hacen las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Si un pariente suyo se enferma de VIH y sida estaría dispuesto a cuidarlo en su casa,</li> <li>b) b) Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene sida, le compraría a él?,</li> <li>c) Si un profesor o profesora se encuentra infectado por VIH pero no se ve enfermo, se le podría permitir que siga dando clases,</li> <li>d) Si una persona de la familia se infectara con el virus del sida, preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?,</li> <li>e) Si un niño está infectado con el virus del sida, piensa que se le debe de dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?</li> </ol> <p>Se considera que existe una actitud de aceptación ante las personas con VIH y que no existe estigma ni discriminación, si la persona entrevistada responde afirmativamente a las preguntas a), b) y c), y en forma negativa a la d).</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres y hombres entre 15 y 49 años que tienen actitud de aceptación ante las personas con VIH y sida.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de mujeres y hombres entre 15 y 49 años definidos a ser encuestados según diseño muestral.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador nos facilita de las mejoras graduales en el conocimiento sobre VIH a lo largo del tiempo.



<b>( 78 )</b>	
<b>IAT Farmacorresistencia 7a y 7b (PBI 30)</b>	
<b>11.2.78 Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior al 100 % por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia.</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la adherencia al TARV en personas con VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Todos los países
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Estudios Especiales
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	<p>Los IAT 7a y 7b deberían ser monitoreados sólo si un proveedor de salud o un farmacéutico lleva a cabo recuentos de pastillas (7a) u otra medición estandarizada de adherencia (7b) sistemáticamente, utilizando la misma metodología, para todos los pacientes que recogen medicamentos.</p> <p>Para este indicador, no deberían usarse estimaciones de los proveedores de salud o informes de los propios pacientes, que no estén basados en recuentos de pastillas u otra medición estandarizada de adherencia; estas estimaciones no ofrecen datos útiles para un análisis basado en la totalidad de la población, ya que no son recolectadas en un formato estandarizado.</p>
<b>NUMERADOR</b>	Número de pacientes que han demostrado que un 100% de cada uno de sus medicamentos ARV ha sido tomado según fue recetado de acuerdo con un recuento de pastillas o de acuerdo a instrumento estandarizado de adherencia.
<b>DENOMINADOR</b>	Número de pacientes que inicia el TAR, cuya adherencia fue evaluada mediante un recuento de pastillas realizado por un proveedor o farmacéutico, en la fecha o antes de la 'fecha correspondiente a 12 meses', o hasta que se les haya clasificado como muertos, transferidos, o que han interrumpido el TAR. El muestreo continúa con pacientes que inician el TAR en la fecha o después de la fecha de inicio del

( 78 ) IAT Farmacorresistencia 7a y 7b (PBI 30)	
<b>11.2.78 Porcentaje de pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran una adherencia igual o superior al 100 % por recuento de pastillas o instrumento estandarizado de adherencia.</b>	
	muestreo del IAT, hasta haber alcanzado el tamaño completo de la muestra o de acuerdo a instrumento estandarizado de adherencia.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Este indicador nos facilita de las mejoras graduales en la adherencia de las personas con VIH al TARV.

<b>( 79)Fondo Mundial 2.5</b>	
<b>11.2.79 Número y porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con trimetropin-sulfametoxazol (co-trimoxazol) en el lapso de 2 meses después del nacimiento</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Dar seguimiento a las acciones para la reducción de la transmisión infantil.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Instrumentos de vigilancia del Componente de ITS, VIH y sida. Base de datos del MINSA,
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Son todos niños y niñas nacidos de madres VIH positivas que reciben cotrimoxazol como profilaxis según pautas Nacionales. Las Unidades de Salud (Centro de salud u hospital) que brindan terapia ARV remiten el reporte de niños con profilaxis para infecciones oportunistas al nivel SILAIS y éste al Componente de ITS, VIH y sida. Este informa a la Unidad de Proyectos del Receptor Principal-INSS.
<b>NUMERADOR</b>	Número de niños y niñas que reciben profilaxis con cotrimoxazol según normas nacionales.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de niños nacidos de madres VIH Positivas.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Indicador que valora el alcance de los cuidados de salud que se brinda a niños y niñas nacidos de madre VIH concretamente para la prevención de infecciones oportunistas.

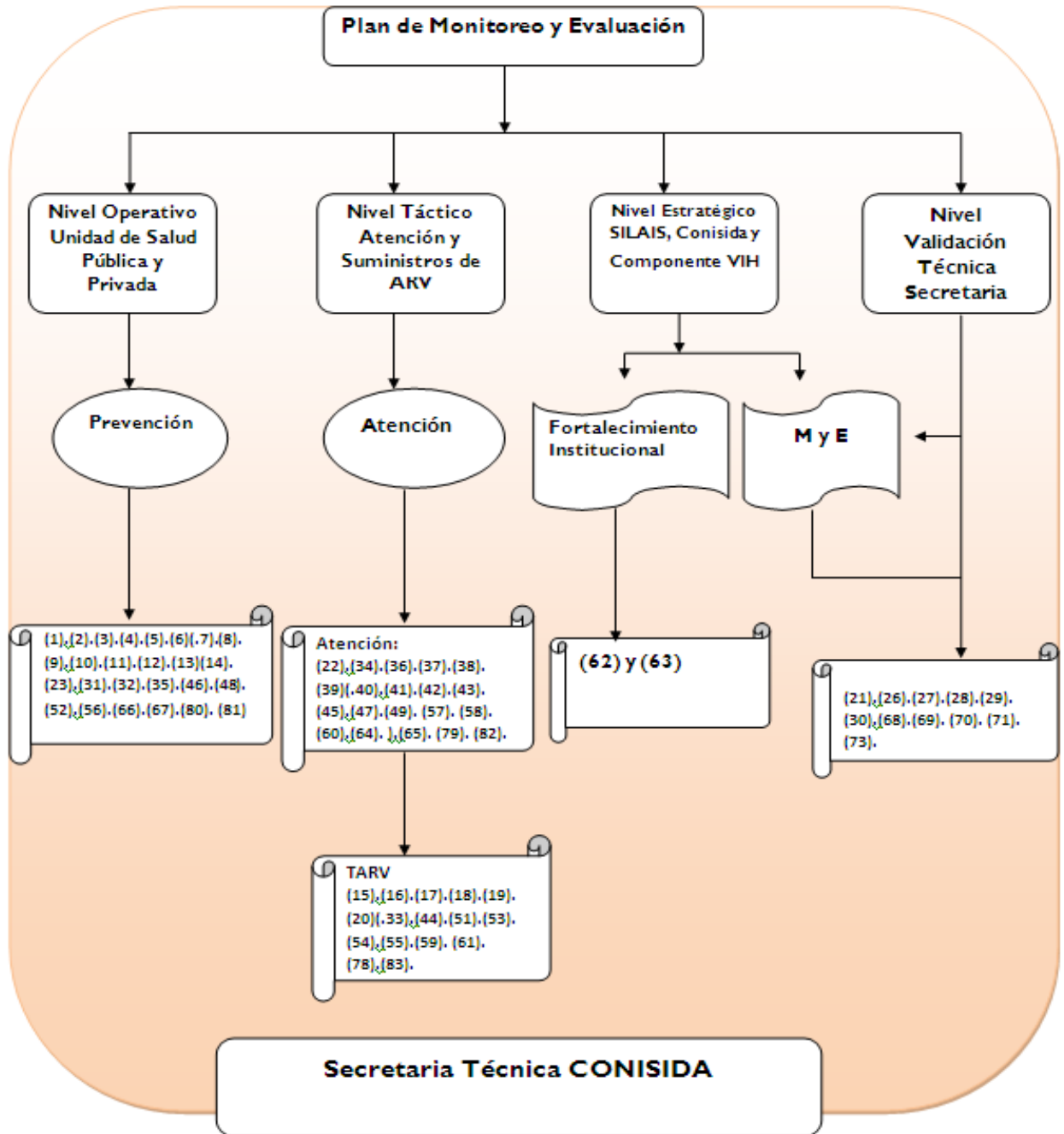
<b>( 80 )</b>	
<b>Fondo Mundial 2.6</b>	
<b>11.2.80 Número de personas de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad que refiere haberse realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Cuaderno de Registro de Pacientes. Sistema de información del SR-INSS
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Las personas incluidas en el estrato de poblaciones de mayor riesgo (Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, trans, gay,) y vulnerables (Mujeres y niños) a las que se realizó la prueba AI en los últimos 12 meses y le informó su resultado.
<b>NUMERADOR</b>	Número de poblaciones más expuestas que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACION</b>	Este indicador nos permite conocer el estado serológico de las personas expuesta a mayores riesgos.

<b>( 81 )</b>	
<b>Fondo Mundial 2.7</b>	
<b>11.2.81 Número de episodios de ITS en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad tratados con enfoque sindrómico de acuerdo a directrices nacionales.</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Contribuir a la valoración de la transmisión sexual del VIH
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Cuaderno de Registro de Pacientes. Sistema de información de los SR que aportan al Indicador.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Número de Episodios de ITS diagnosticados clínicamente en poblaciones de mayor riesgo tratados con enfoque sindrómico según lo descrito en las Normas Nacionales. Las Unidades de Salud (Centros de Salud y Hospitales) públicos y los centros alternativos del país remiten información a sus niveles Departamentales y éstos al Nivel Central. El Nivel Nacional informa a la Unidad de Proyectos.
<b>NUMERADOR</b>	Número de episodios de ITS en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad tratados con enfoque sindrómico de acuerdo a directrices Nacionales.
<b>DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>CALCULO</b>	No aplica
<b>INTERPRETACION</b>	En general todas las ITS potencian la transmisión sexual del VIH, el tener una valoración de la cantidad de episodios contribuye a una temprana detección del VIH.

( 82 ) Fondo Mundial 4.1	
<b>11.2.82 Número y porcentaje de unidades de salud del Ministerio de Salud que reportan de forma oportuna la información requerida según pautas nacionales.</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Identificar las Unidades de salud que notifican su información requerida en tiempo y forma.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Cuaderno de Registro de Pacientes. Sistema de información de los SR que aportan al Indicador.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Son las Unidades de salud (del primer nivel y del segundo nivel de atención) que en los cinco primeros días de cada mes entregan información completa en formato físico y electrónico, según lo requerido por su Autoridad, al nivel superior inmediato que le corresponda del MINSA. Los informes deberán contener fecha de remisión y fecha de recepción. Carta de remisión de entrega de información y periodo que informa, que tiene fecha y firma de recibido de la persona que corresponde según nivel. Reporte enviado por el SILAIS al Componente Nacional firmado y sellado.
<b>NUMERADOR</b>	Número de Unidades de salud que notifica oportunamente su información requerida, según normas o protocolos Nacionales.
<b>DENOMINADOR</b>	Total de Unidades de Salud programadas
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador
<b>INTERPRETACION</b>	La vigilancia epidemiológica oportuna del VIH es muy importante para la captación temprana de posibles casos de VIH, este indicador nos ofrece la cantidad de Unidades cumpliendo con la oportunidad de la información.

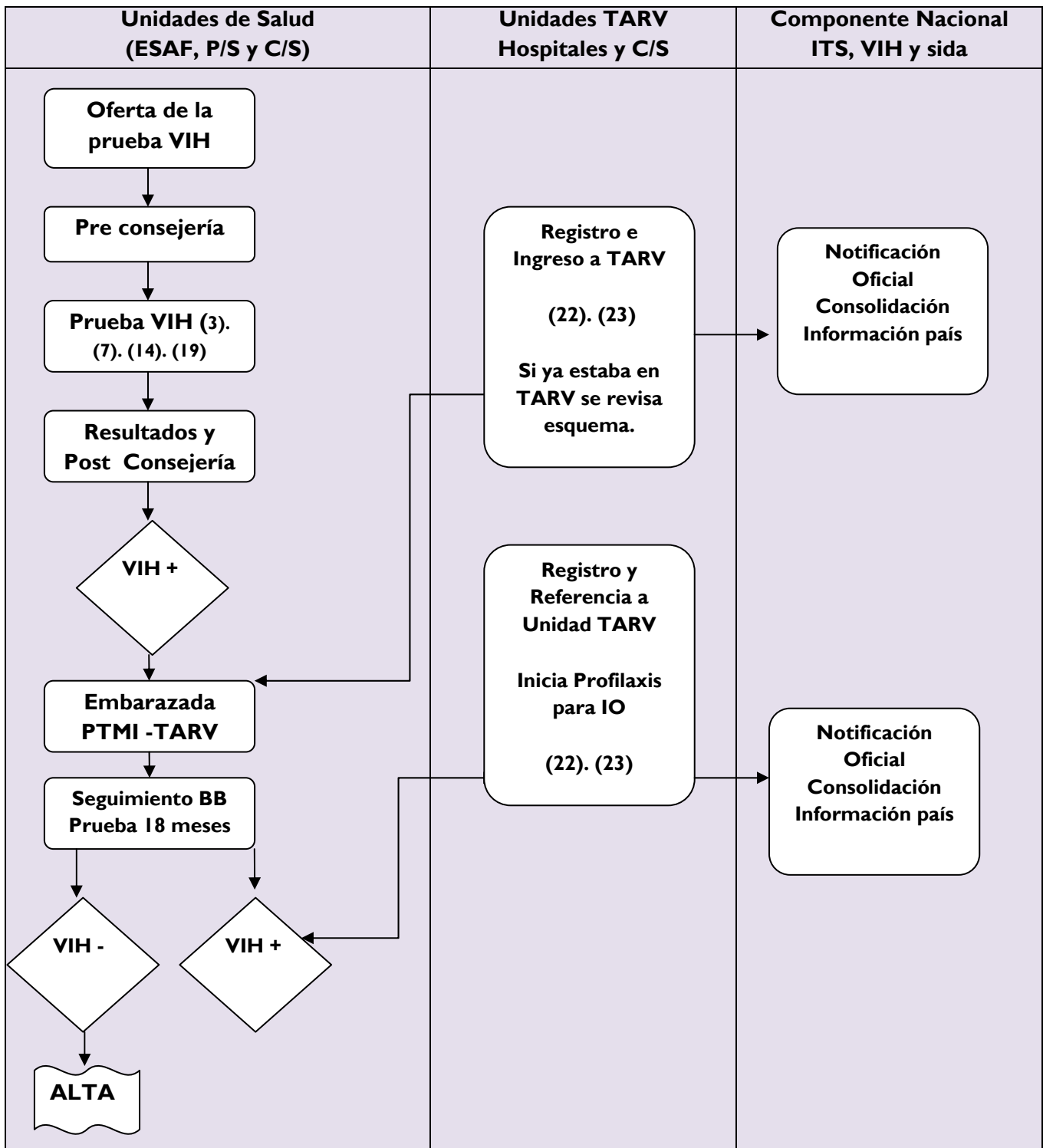
<b>( 83 )</b>	
<b>11.2.83 Porcentaje de pacientes que inician TARV que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio de la TARV</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Identificar personas que abandonaron la TARV.
<b>APLICABILIDAD</b>	Nacional.
<b>FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	Anual.
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</b>	Informes TARV Hospitales- Componente de ITS, VIH y sida.
<b>MÉTODO DE MEDICIÓN</b>	Se realiza una revisión del número de personas que iniciaron terapia y que han abandonado 12 meses después de inicio de la TARV.
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas que inician TARV y que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio de la TARV
<b>DENOMINADOR</b>	Total de personas en TARV.
<b>CALCULO</b>	Numerador / Denominador.
<b>INTERPRETACIÓN</b>	La vigilancia epidemiológica oportuna de la adherencia a la TARV es un proxy de la farmacoresistencia futura. Se deben hacer esfuerzos por mantener en TARV a las personas que ingresan.

Flujo No. 2 Indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación

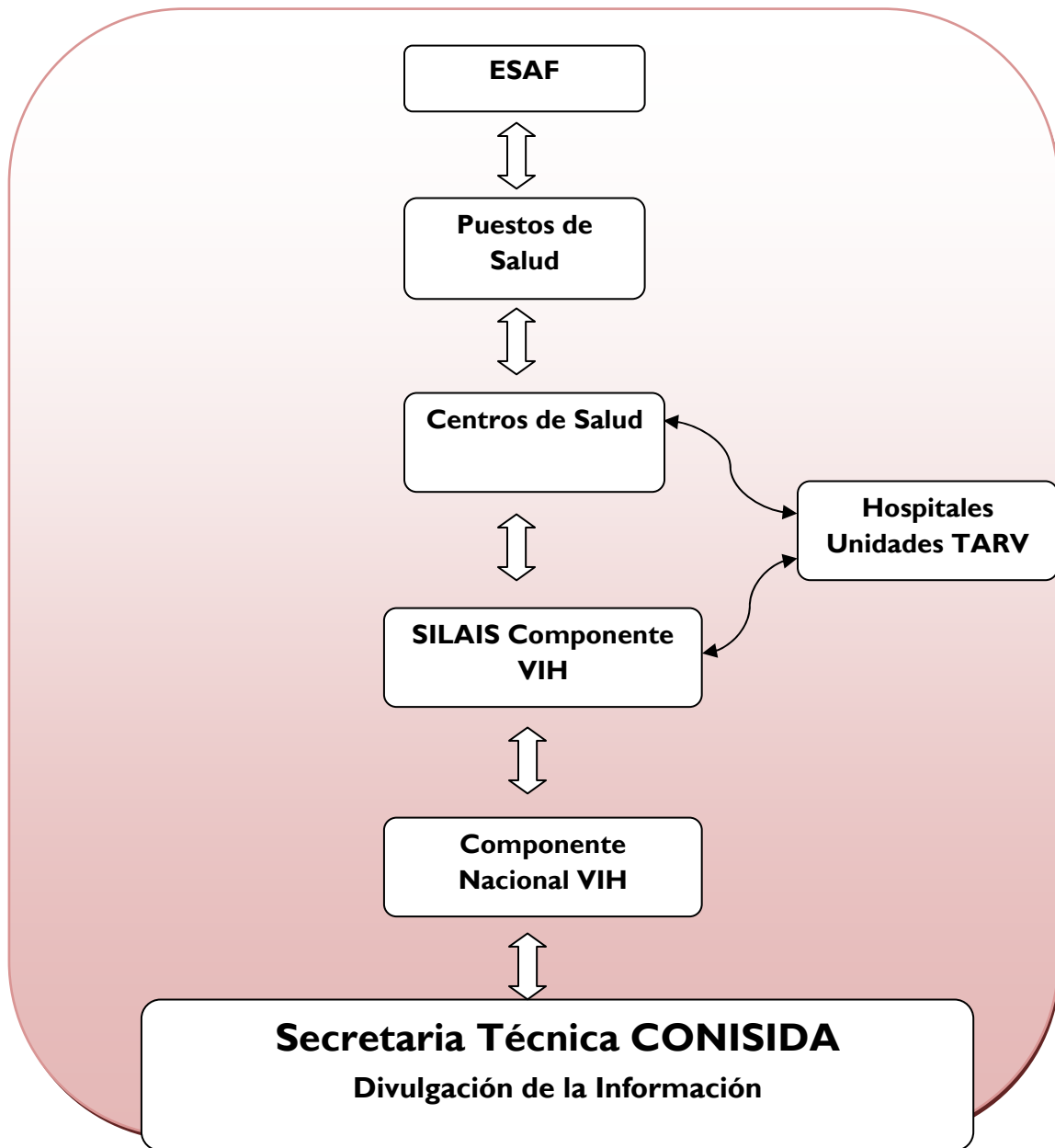




Flujo No. 3 Indicadores Paquete Básico (3, 7, 14, 19, 16, 20, 24, 21,28 y 27)



**Flujo No. 4 Notificación de la Información**



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 FuturesGroup International, LLC (FuturesGroup), en colaboración con FuturesInstitute. 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.