



Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C., 2019

Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe

ISBN: 978-92-75-32105-8

eISBN: 978-92-75-32106-5

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. *Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la fuente: puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



Índice

Agradecimientos	4
Siglas y acrónimos	5
1 Introducción	7
2 Objetivo	9
3 Definiciones	10
4 Operativización de variables para grupos de población clave	12
4.a Valoración del riesgo de infección por el VIH.....	13
5 Marco de monitoreo de los servicios de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS para los grupos de población clave	14
5.a Monitoreo del proceso continuo de servicios de prevención para personas seronegativas (“cascada de prevención”)	18
5.b Monitoreo del proceso continuo de servicios de atención para personas seropositivas para el VIH (“cascada de atención”)	23
5.c Monitoreo de los servicios proporcionados por organizaciones de la sociedad civil.....	26
6 Servicios de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS para personas de los grupos de población clave	27
6.a Servicios trazadores para grupos de población clave independientemente de su estado serológico.....	29
6.b Servicios trazadores específicos para personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave.....	32
6.c Servicios trazadores específicos para personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.....	34
7 Fichas de los indicadores	35
7.a Indicadores de tamaño de los grupos de población clave y del número de personas que se han realizado la prueba del VIH	35
7.b Indicadores del proceso continuo de servicios de prevención (“cascada de prevención”)	39
7.c Indicadores del proceso continuo de servicios de atención (“cascada de atención”)	42
7.d Otros indicadores relativos a la capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave.....	46
7.e Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave	51
7.f Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave	57
Referencias	63

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agradece la colaboración brindada por los jefes, coordinadores y directores de programas nacionales de VIH/sida e ITS, los miembros de sus equipos y las organizaciones de la sociedad civil de Bolivia, El Salvador, Honduras y Paraguay que han participado en la implementación de este marco en sus respectivos países.

La coordinación y supervisión de este documento ha estado a cargo de Mónica Alonso González, de la OPS. Los autores responsables de la redacción han sido Mónica Alonso González, Maeve Brito de Mello, y Bernardo Nuche Berenguer de la OPS. Se agradecen los aportes al documento de Pedro Avedillo, Massimo Ghidinelli, y Giovanni Ravasi de la OPS, y de Shona Dhalal, y Virginia MacDonald de la OMS. También agradecemos muy especialmente por sus contribuciones a los colegas Uliane Appolinario, Carmen González, y Yira Tavárez, del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y Txema Calleja, consultor de esta misma organización. Igualmente, contribuyeron con su revisión y sus aportes Nasim Farach de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y Patricia Bracamonte, Manuel da Quinta, Keith Sabin y Mary Ann Seday de ONUSIDA.



Siglas y acrónimos

CD4	linfocitos CD4
GAM	Monitoreo Global del Sida (Global AIDS Monitoring)
GRADE	método de clasificación de la valoración, la elaboración y la evaluación de recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
HSH	gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IBBS	encuesta bioconductual integrada (por sus siglas en inglés)
ITS	infecciones de transmisión sexual
nPPE	profilaxis posterior a la exposición no ocupacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPE	profilaxis posterior a la exposición
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA (United States President's Emergency Plan for AIDS Relief)
PrEP	profilaxis previa a la exposición
TAR	tratamiento antirretroviral
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana



1



INTRODUCCIÓN

La comunidad internacional ha asumido el compromiso de poner fin a la epidemia de sida como problema de salud pública para el 2030. Este objetivo forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2015, en la que también se establecen metas intermedias para el 2020 que consisten en una reducción del 75% en las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y una reducción a escala mundial en el número de muertes hasta situarlas por debajo de las 500.000 (**Para más información visite:** <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>).

Asimismo, para el 2030 se ha marcado como objetivo la reducción en un 90% en la incidencia de gonorrea y sífilis, que se consideran infecciones de transmisión sexual (ITS) prioritarias [1]. En línea con estos objetivos, el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece metas específicas para la Región de las Américas que incluyen una reducción del 75% en el número de nuevas infecciones y de un 60% en el número de muertes relacionadas con sida [2].

Aunque se ha avanzado en la consecución de estas metas, persisten barreras en el acceso a los servicios relacionados con el VIH y las ITS. Estas barreras afectan particularmente a los grupos de población clave, debido en parte a la estigmatización y la discriminación que todavía sufren estas personas. Según las estimaciones publicadas en el 2019, en América Latina y el Caribe las nuevas infecciones de VIH entre algunos grupos de población clave (hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras sexuales y las mujeres trans) suponen la mitad del total de las nuevas infecciones del VIH¹. Por ello, reducir las nuevas infecciones en esos grupos requiere trabajar desde un enfoque de *prevención combinada* que considere

las sinergias entre intervenciones comportamentales, biomédicas y estructurales.

Para avanzar hacia las metas, los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave deben centrarse en las personas, basarse en derechos humanos y desarrollarse en torno a cuatro características fundamentales: **a)** ser los necesarios para cada persona, **b)** ofrecerse con la periodicidad requerida, **c)** estar en lugares accesibles, y **d)** tener la calidad adecuada, garantizando la seguridad y la confidencialidad [3]. Estos servicios deben ofrecerse de una manera que asegure la continuidad de la atención de la infección por VIH y las ITS, poniendo énfasis en el primer nivel de atención.

Aplicación del Marco sobre servicios integrados de salud centrados en las personas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3]

Se debe proveer, en un contexto facilitador, un paquete de servicios integrados y orientados a las personas de grupos de población clave. El acceso sostenible a los servicios requiere estas personas sepan que existen los servicios (**servicios accesibles**); sean tratadas de una manera amigable y segura (**servicios aceptables**); puedan llegar a los servicios y obtener la atención que necesitan (**servicios disponibles**); sean financieramente capaces de utilizar los servicios (**servicios asequibles**); y reciban servicios de calidad (**servicios apropiados**).

1 Datos de ONUSIDA, 2019. **Disponibles** en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf.



OBJETIVO

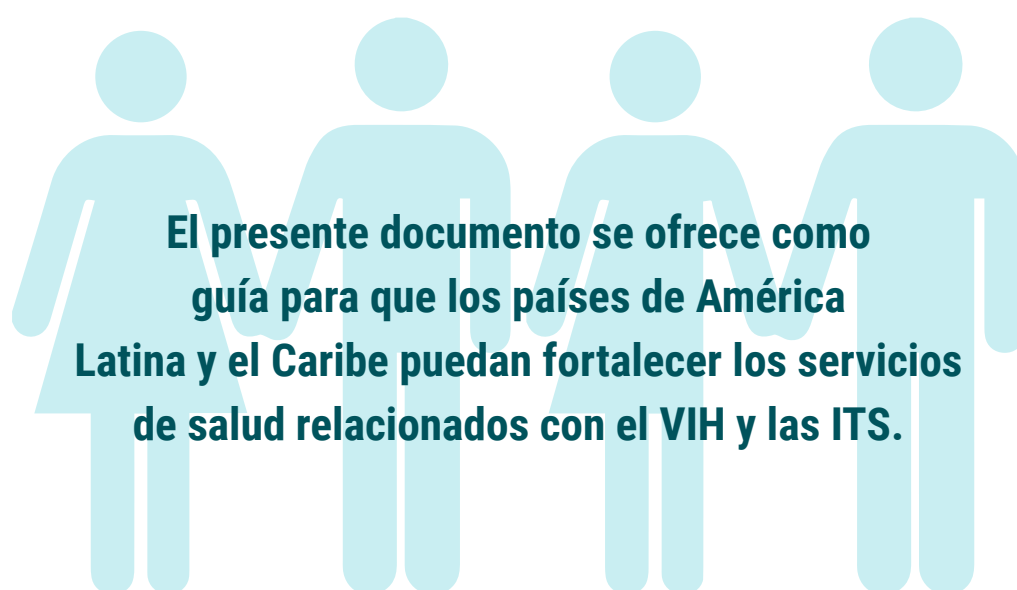
Este documento presenta un marco de monitoreo del proceso continuo de prevención y atención de la infección por VIH y las ITS para los grupos de población clave, con enfoque en los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales². Para ello, se propone el monitoreo de un conjunto de servicios trazadores relacionados con el VIH y las ITS para estos grupos de población.

El monitoreo de estos servicios permitirá conocer los cuellos de botella sobre los que se ha de actuar para lograr una mayor efectividad de la respuesta

a la infección por VIH y las ITS en la Región de las Américas. Además, el conocimiento del impacto de los servicios en las epidemias del VIH y las ITS ayudará a informar sobre la necesidad de reorientarlos y llevarlos a mayor escala.

El presente documento se ofrece como guía para que los países de América Latina y el Caribe puedan fortalecer los servicios de salud relacionados con el VIH y las ITS para gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y trabajadoras sexuales, acelerando así el progreso hacia el fin del sida para el 2030.

² Este documento se referirá específicamente a mujeres trabajadoras sexuales. Sin embargo, el colectivo de los trabajadores sexuales incluye mujeres, hombres y personas transgénero que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera regular u ocasional. Los países también deben considerar las necesidades y servicios de los trabajadores sexuales masculinos y transexuales.



**El presente documento se ofrece como
guía para que los países de América
Latina y el Caribe puedan fortalecer los servicios
de salud relacionados con el VIH y las ITS.**

3

DEFINICIONES

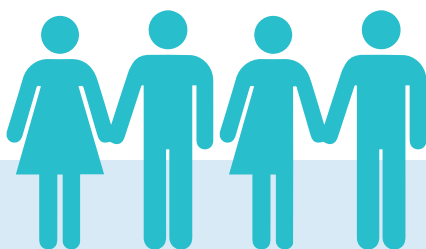
Las definiciones utilizadas en este documento están alineadas con las establecidas en el documento de orientaciones terminológicas de ONUSIDA [4] y con las de otros documentos publicados por la OMS [5].

En el **recuadro 1** se presentan las definiciones de grupos de población clave utilizadas en este marco de monitoreo. Los grupos de población clave son conjuntos de personas que, debido a una serie de prácticas específicas y condicionantes estructurales, presentan mayor riesgo de infección por el VIH [4]. Estos grupos suelen afrontar barreras legales y sociales (incluida la criminalización) relacionadas con estas prácticas y condicionantes que acentúan su vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras ITS; estas personas son también objeto frecuente de violaciones de derechos humanos.

El acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud es un derecho humano reconocido en numerosas leyes nacionales y documentos

internacionales [4, 6]. Además, desde el punto de vista epidemiológico, estos grupos de población son fundamentales en la dinámica de la transmisión del VIH y su abordaje es esencial para dar una respuesta efectiva a la epidemia.

La OMS y ONUSIDA reconocen grupos adicionales de población clave, como las personas que se inyectan droga y las personas privadas de libertad, que serán tratados en ediciones posteriores de esta publicación. Para mayor información sobre estos grupos de población clave se puede consultar el documento de la OMS *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave* [7]. A pesar de que la categorización de los grupos de población clave puede ser compleja, este documento busca simplificar las definiciones de estos grupos para facilitar así el monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a estos grupos.



Población clave menor de 18 años: Los menores de edad que forman parte de los grupos de población clave pueden incurrir en las mismas prácticas de riesgo que los adultos y además pueden estar en mayor riesgo debido a su edad y mayor vulnerabilidad social. Los países deben considerar las particularidades de los adolescentes menores de 18 años a la hora de proveerles servicios de salud sexual y reproductiva como los relacionados con el VIH y las ITS. Además, los adolescentes deben tener acceso a otros servicios, como los servicios legales y de apoyo psicosocial.

RECUADRO 1**Definiciones de los grupos de población clave utilizadas en el marco de monitoreo****Hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)**

Es una expresión definida por las prácticas sexuales. En este documento se entiende por *hombre* el sexo asignado al nacer y por *relación sexual*, el sexo anal con penetración y el sexo oral. Esta definición es independiente de la motivación para participar en las relaciones sexuales, de la orientación sexual declarada por los individuos y de la identificación con cualquier comunidad o grupo social. Este grupo no incluye a las mujeres transgénero, que constituyen el siguiente subgrupo.

Mujeres transgénero

Transgénero es un término general para todas las personas que tienen una percepción interna de su género (identidad de género) que difiere del sexo que se les asignó al nacer. Una mujer transgénero es alguien a quien se le ha asignado sexo masculino y que se identifica a sí misma como mujer [5].

La prevalencia del VIH entre las mujeres transgénero en muchos países es tan alta o más que entre los HSH. Debido a estos diferentes perfiles de riesgo, este documento se enfoca en las mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres [8]. La gran vulnerabilidad y las necesidades de salud específicas de las personas transgénero hace necesario considerar una respuesta al VIH diferenciada y centrada para este grupo.

Trabajadoras sexuales

Este grupo incluye a las mujeres a partir de los 18 años de edad³ que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea regular u ocasionalmente. Esta definición también es independiente de si la mujer se autoidentifica como trabajadora sexual.

El trabajo sexual es sexo consensuado entre adultos. Puede tomar muchas formas, que varían entre los países y las comunidades y dentro de ellos. El trabajo sexual también presenta variación en el grado en que es formal u organizado y en su regularidad [9].

³ Según lo definido en la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), los menores de 18 años que intercambian sexo por dinero, bienes o favores están "explotados sexualmente" y no se pueden definir como trabajadores sexuales. **Más información en:** <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

4

OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES PARA GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

En la práctica puede ser difícil definir si las personas que acuden a los servicios pertenecen a algún grupo de población clave, especialmente cuando revelar esa información puede poner a estas personas en riesgo de discriminación o, en algunos entornos, criminalización. Para facilitar la operativización de estas definiciones, en el **recuadro 2** se muestra una herramienta sensible y específica que ayuda a estandarizar la recogida de información mediante un conjunto mínimo de variables. En resumen, la clasificación de las personas en relación con los grupos de población clave no debe basarse en la autoidentificación, sino en las prácticas sexuales. **La decisión de las personas de responder o no a estas preguntas no debe afectar a la provisión de los servicios.**

Esta herramienta puede ser muy útil para orientar la elaboración de las fichas de notificación de infecciones

por el VIH y también las fichas de consejería y de monitoreo de servicios, y ayuda a los proveedores de salud a identificar los servicios que necesita cada persona. Las preguntas de la herramienta se pueden hacer en varios momentos de la atención, teniendo en cuenta que las personas pueden responder de forma diferente dependiendo de la confianza con el entrevistador y de su estado emocional. Es importante que las preguntas se hagan tal y como están indicadas para asegurar la objetividad en las respuestas y la estandarización en su interpretación.

Esta herramienta se debería aplicar a todas las personas que acudan a los servicios de atención, **independientemente** de las percepciones que el proveedor pueda tener sobre su pertenencia o no a alguno de los grupos de población clave.

RECUADRO 2

Herramienta de operativización de variables para grupos de población clave

1. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer: varón, mujer o intersexual?

- ☐ Varón ☐ Intersexual ☐ No contesta
☐ Mujer ☐ Otro

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted relaciones sexuales con...? Marque todas las opciones que corresponda.

- ☐ Mujeres ☐ Mujeres trans* ☐ Otro
☐ Hombres ☐ Hombres trans* ☐ No contesta

3. En los últimos 12 meses, ¿ha intercambiado sexo por dinero?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

4. En los últimos 12 meses, ¿ha compartido agujas o jeringuillas?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

5. Entre estas opciones, ¿con cuál se identifica usted?

- ☐ Hombre ☐ Mujer trans* ☐ Otro _____
☐ Mujer ☐ Hombre trans* ☐ No contesta

* Mujer trans (transgénero hombre a mujer): nació hombre, pero se identifica como mujer o mujer trans.
 Hombre trans (transgénero mujer a hombre): nació mujer, pero se identifica como hombre u hombre trans.

RECUADRO 2 (CONTINUACIÓN)

Interpretación de las respuestas para el monitoreo y análisis de datos

Respuestas a las preguntas	Clasificación
Si en la pregunta 1 (sexo al nacer) responde "varón" y en la pregunta 2 (relaciones sexuales) responde "hombres" o "mujeres trans" y en la pregunta 5 responde hombre	Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres
Si en la pregunta 1 (sexo al nacer) responde "varón" y en la pregunta 5 (identidad de género) responde "mujer trans" o "mujer"	Mujer trans
Si en la pregunta 3 (trabajo sexual) responde "sí"	Trabajador/a sexual
Si en la pregunta 4 (comparte agujas) responde "sí"	Persona en riesgo por haber compartido agujas o jeringuillas
Si la unidad notificadora es una institución penitenciaria	Personas privadas de libertad

Nota: Las personas podrían pertenecer a más de un grupo debido a prácticas y vulnerabilidades superpuestas. Un país puede tener otros grupos de población clave, por lo que la herramienta deberá adaptarse según el contexto nacional. De cara a los desgloses de los indicadores mostrados en la **sección 7** de este documento, si una persona se identifica como perteneciente a más de un grupo de población clave, debe ser registrada en todos esos grupos. Por ello, se ha de tener en cuenta que la suma de los datos desagregados por grupo de población clave podría ser mayor que el total.

Fuente: OPS. Adaptado a partir de la herramienta desarrollada por el Equipo de Población Clave de la Sección de Prevención de VIH de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) [10].

4.a Valoración del riesgo de infección por el VIH

La pertenencia a un grupo de población clave se define por prácticas específicas asociadas con mayor riesgo de contraer el VIH o una ITS (**recuadro 2**) y con una mayor vulnerabilidad social. No obstante, las personas pertenecientes a estos grupos pueden presentar diferentes niveles de riesgo, por lo que el riesgo sustancial de infección por el VIH se debe determinar para cada individuo. En este sentido, se considera que una persona está en riesgo sustancial de VIH si pertenece a un grupo de población con alta incidencia de VIH⁴ y, además, incurre en ciertas prácticas de riesgo (véase el **recuadro 3**).

En el **recuadro 3** se recopilan las preguntas que se han de hacer para completar la valoración de riesgo. Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas por parte de una persona en un grupo de población de alta incidencia puede indicar que esa persona se encuentra en riesgo sustancial de infección por el VIH. Las personas en riesgo sustancial pueden beneficiarse de servicios como la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y de un seguimiento más frecuente. Con el fin de evitar que se presente como una barrera para la realización de la prueba de VIH, la valoración de riesgo se debería realizar después de la prueba y como parte

de los servicios de asesoramiento posteriores a esta o de otros servicios dentro del paquete de prevención.

RECUADRO 3

Preguntas para la valoración individual del riesgo de infección por el VIH en los grupos de población clave

En los últimos seis meses:

- ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales sin condón con más de una pareja?
- ¿Ha sido diagnosticado, tratado o ha tenido síntomas de alguna ITS?
- ¿Ha solicitado la prescripción de profilaxis posterior a la exposición (PPE)?
- ¿Ha compartido agujas o jeringuillas?
- ¿Ha tenido una pareja sexual seropositiva* para el VIH o con más de uno de los factores de riesgo señalados anteriormente?

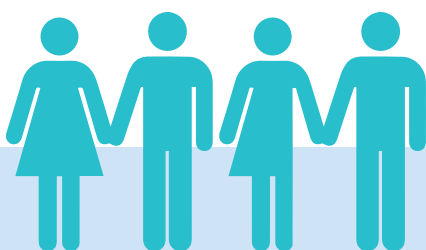
Fuente: OPS. Adaptado de la Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH [11].

* Las parejas de personas seropositivas con carga viral indetectable no se han de considerar como de alto riesgo, ya que las personas seropositivas para el VIH con carga viral indetectable no transmiten el virus a sus parejas.

4 El umbral se establece habitualmente en 3 nuevas infecciones de VIH por cada 100 personas/año. Esta es una definición amplia establecida en la herramienta de OMS [11] como un umbral indicativo a partir del cual la PrEP puede ser rentable.

5

MARCO DE MONITOREO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS PARA LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE



El marco de monitoreo implica un **seguimiento longitudinal** de los siguientes grupos de población:

VIH -

Personas seronegativas de grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y, mediante servicios de prevención, se mantienen **libres de VIH**.

VIH +

Personas seropositivas de grupos de población clave que reciben un diagnóstico confirmado de infección por el VIH y, mediante los servicios de atención, mantienen una **carga viral suprimida**⁵.

El marco de monitoreo de servicios de atención y prevención de la infección por el VIH y las ITS para grupos de población clave mide el desempeño de un subgrupo de servicios esenciales recomendados por la OMS, establecidos como trazadores, en relación con su impacto sobre las epidemias de VIH e ITS. El impacto de estos servicios en los grupos de población clave se mide en términos de prevención de nuevas infecciones por el VIH (entre las personas seronegativas) y en términos de carga viral suprimida⁵ (entre las personas seropositivas).

El marco de monitoreo para grupos de población clave está estructurado de tal manera que permite el seguimiento del **proceso continuo de atención** de las personas tanto seronegativas como seropositivas para el VIH (lo que se conoce coloquialmente como **cascada de prevención y cascada de atención**).

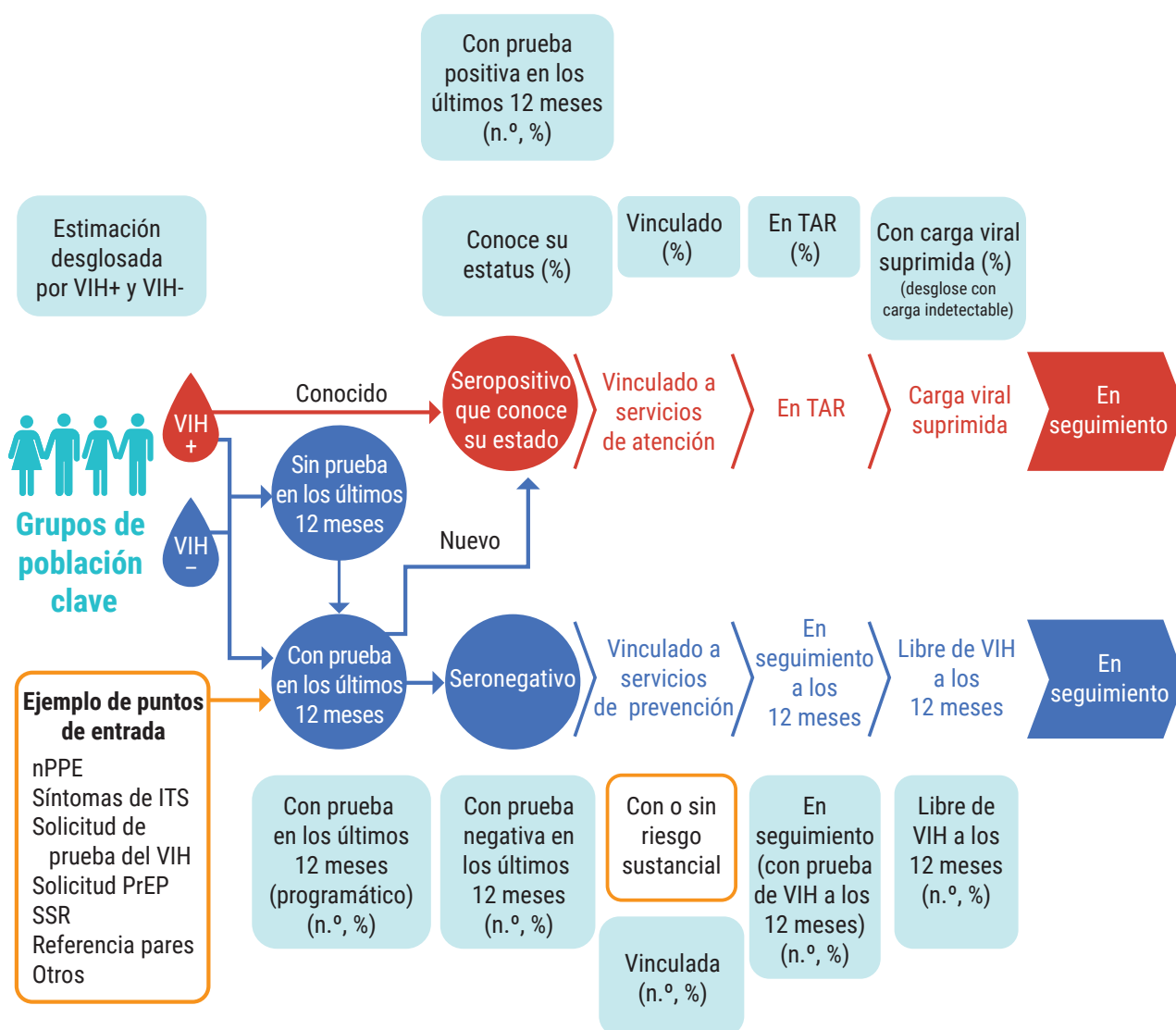
En la **figura 1** se muestra un esquema del marco de monitoreo. De manera resumida, este marco implica un **seguimiento longitudinal** de las personas que se realizan la prueba del VIH, que se inicia con la determinación de su estado serológico a través de dicha prueba y se divide en dos vertientes:

- **Seguimiento de las personas seronegativas de grupos de población clave**, que se mantienen libres del VIH mediante el uso de los servicios de prevención.
- **Seguimiento de las personas seropositivas de grupos de población clave**, que mantienen una carga viral suprimida⁵ (menos de 1000 copias/ml en sangre) mediante el uso de los servicios de atención.

⁵ El objetivo clínico y de salud pública para prevenir nuevas infecciones consiste en mantener a las personas seropositivas con carga viral indetectable. Sin embargo, en términos de monitoreo, se seguirán los indicadores mundiales (en forma del 90-90-90) que incluye el indicador referido a "carga viral suprimida". De forma adicional, se debería monitorear el porcentaje de personas con carga viral indetectable. **Para más información sobre los objetivos 90-90-90 consulte:** <https://www.unaids.org/es/resources/909090>.

FIGURA 1

Marco de monitoreo de los servicios de prevención y atención de la infección por el VIH para los grupos de población clave



PPE: profilaxis posterior a la exposición

PrEP: profilaxis previa a la exposición

ITS: infección de transmisión sexual

SSR: servicios de salud sexual y reproductiva

TAR: tratamiento antirretroviral

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

● Indicadores

Notas: Desglose por grupo de población clave y grupo de edad

Para poder llevar a cabo el seguimiento longitudinal se debe contar con **identificadores únicos de las personas**. Estos evitan la duplicación de datos y ayudan a cruzar e integrar datos de diferentes subsistemas de información

sobre el VIH. Existen diferentes opciones de identificador único (se resumen en el **cuadro 1**); los mejores son los que se utilizan a nivel nacional y para todos los servicios de salud.

CUADRO 1

Ejemplos de identificadores únicos utilizados en América Latina y el Caribe

Tipo	Ventajas	Limitaciones	Ejemplos de países en los que se aplica
Código alfanumérico , consistente en una combinación del nombre, la fecha de nacimiento u otros datos.	Es sencillo de establecer y genera mayor confianza respecto a la confidencialidad.	Dificulta el cruce de información entre diferentes sistemas verticales de información.	Paraguay
Cédula de identidad como identificador de la historia clínica de la persona.	Facilita la integración de la información sobre el VIH en otros sistemas de información.	Existen segmentos de población que carecen de cédula de identidad o que rechazan facilitarla.	Bolivia, Paraguay
Biométricos , por ejemplo, las huellas digitales.	Es el identificador más específico y facilita la integración de la información sobre el VIH en otros sistemas de información.	Requiere de tecnología más avanzada para poder implementarse. Puede haber retos en la sostenibilidad.	Haití

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En cuanto al seguimiento del proceso continuo de prevención, y dependiendo del desarrollo de los sistemas de información, los países pueden decidir hacer seguimiento de todas las personas de los grupos de población clave con resultados negativos o comenzar solamente con aquellas que presenten riesgo sustancial.

El monitoreo basado en cascadas de prevención y atención para grupos de población clave ayuda a orientar la planificación de los servicios y puede basarse en estimaciones poblacionales o en datos programáticos. Las cascadas basadas en denominadores poblacionales ayudan a estimar la cobertura y el impacto de los servicios a nivel nacional. Las cascadas basadas en denominadores programáticos ayudan a monitorear la calidad de los servicios prestados y proporcionan información para realizar mejoras específicas de los programas. Las cascadas se pueden usar tanto a nivel nacional como a nivel subnacional o de centro de atención sanitaria.

Tamaño de los grupos de población clave desglosado por estado serológico (primer pilar de la CASCADA de prevención)

El primer paso para construir las cascadas de prevención y atención en relación con la infección por el VIH

consiste en estimar el tamaño de cada uno de los grupos de población clave. La estimación del tamaño es esencial para planificar servicios que sean adecuados a las necesidades de estos grupos y para identificar el impacto de los servicios de salud desde una perspectiva poblacional. Existen diferentes métodos para estimar el tamaño de los grupos de población clave [12]. Esta estimación se puede desglosar por población seropositiva y seronegativa para el VIH.

Número de personas seronegativas de los grupos de población clave

Esta estimación se usará como denominador para calcular algunos de los indicadores recogidos en el marco cuando se aplique una perspectiva poblacional. Por ejemplo, el tamaño estimado de la población HSH seronegativa será el denominador para identificar el porcentaje de HSH que reciben servicios de prevención.

Número de personas seropositivas de los grupos de población clave (primer pilar de la CASCADA de atención)

Al igual que en el punto anterior, esta estimación se usará como denominador para calcular algunos de los indicadores del marco con una perspectiva poblacional. Por ejemplo, el tamaño estimado de la población de mujeres trans seropositivas será el denominador para identificar el porcentaje de esta población que conoce su estado serológico (primer pilar de la cascada de atención).

Limitaciones al usar estimaciones para el tamaño de los grupos de población clave

La utilidad de la cascada depende de la calidad de los datos utilizados para cada indicador, por lo que deben evaluarse cuidadosamente la calidad de las estimaciones de tamaño de la población. Las estimaciones pueden estar disponibles mediante encuestas bioconductuales (IBBS), actividades de mapeo o modelos de estimación del VIH como Spectrum. Las estimaciones a escala nacional pueden ser difíciles de realizar, son costosas y pueden presentar grandes márgenes de incertidumbre, lo que limita su disponibilidad y calidad. En muchos casos, los datos a nivel subnacional o local pueden estar más disponibles y ser de una calidad más alta que las estimaciones nacionales; además, se debe considerar la realización de análisis de cascada de los grupos de población clave a nivel local.

Proporción de personas de los grupos de población clave que se han realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses (segundo pilar de la CASCADA de prevención)

La medición de este indicador se puede hacer o bien a partir de los datos registrados de forma rutinaria en los sistemas de información de salud (programáticos) que cuantifican las personas de los grupos de población clave que se hicieron la prueba en los últimos 12 meses, o bien por medio de encuestas probabilísticas en dichos grupos. Los resultados de las encuestas tienden a mostrar un mayor porcentaje de personas de grupos de población clave que se han realizado la prueba, debido a que los datos programáticos generalmente excluyen las pruebas realizadas en el sector privado y las pruebas autoadministradas. Los datos programáticos también pueden presentar un subregistro de las pruebas realizadas en personas de grupos de población clave que no se identifican como tales.

Los indicadores calculados sobre el denominador de personas que acceden a los servicios de salud medirán la cobertura a nivel del servicio, mientras que aquellos calculados sobre el tamaño estimado de los grupos de población clave darán una visión poblacional del impacto de los servicios sobre la epidemia del VIH. (Ver indicador: **1.1 Estimación del tamaño de los grupos de población clave**).

Una proporción baja de acceso a la prueba del VIH, resultante en una cobertura baja de esta intervención entre los grupos de población clave, sería una señal para promover su demanda, introducir nuevas estrategias de acceso a la prueba o ampliar el uso de aquellas que han probado ser más exitosas. Estas podrían ser, por ejemplo, el desarrollo de iniciativas de alcance comunitario, la introducción de la prueba autoadministrada o la reestructuración de los horarios de apertura de los servicios (véase el indicador **1.2 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses**).

Porcentaje de positividad en la prueba del VIH

El cálculo del porcentaje de población que se realiza la prueba y resulta seropositiva servirá como indicador para corroborar si los esfuerzos para ofrecer pruebas del VIH se están realizando en los lugares adecuados y entre las poblaciones en mayor riesgo y, en este sentido, es un indicador de la eficiencia de estos servicios de oferta de la prueba del VIH. La obtención de un porcentaje muy bajo de positivos en un servicio podría indicar que este se le está ofreciendo a una población con baja circulación del VIH. En este caso, los gerentes del programa deberían reconsiderar la localización y horas de atención del servicio y las poblaciones en las que se está ofreciendo.

Este indicador está vinculado al concepto de **rendimiento diagnóstico** (en inglés, *diagnostic yield*), que se refiere al número de personas con un resultado positivo en una prueba que son realmente nuevos diagnósticos sobre el total de personas que se realizan la prueba. Por tanto, el indicador se puede desglosar, por un lado, en los positivos que son nuevos diagnósticos, y, por otro lado, en los positivos que se han detectado previamente y se recapturan al realizar la prueba en un servicio (véase el indicador **1.3 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses**).

Ejemplo de análisis de los datos:

100 pruebas del VIH realizadas, 12 de ellas con resultado positivo.

De los 12 positivos, 10 son nuevos diagnósticos y 2 son diagnósticos conocidos.

- Tasa de positividad bruta: 12/100 o 12%
- Tasa de positividad ajustada referida a nuevos diagnósticos (rendimiento diagnóstico): 10/100 o 10%
- Personas con diagnóstico de infección por el VIH conocido y prueba repetida: 2/100 o 2% (posible indicación para trabajar los aspectos de vinculación a los servicios de atención relacionados con el VIH)

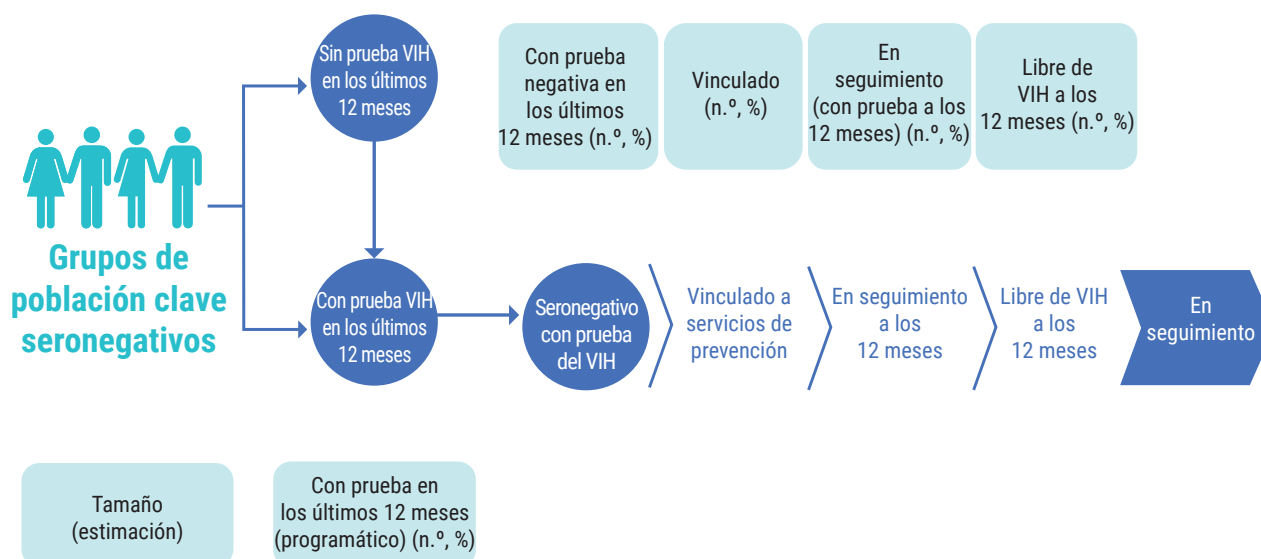
5.a Monitoreo del proceso continuo de servicios de prevención para personas seronegativas (“cascada de prevención”)

Las personas de los grupos de población clave que reciban un resultado negativo en la prueba del VIH deben ser vinculadas a los servicios de prevención (**figura 2**). El objetivo final es que estas personas se mantengan libres de VIH.

El número de personas de los grupos de población clave con resultado negativo en una prueba del VIH en los últimos 12 meses servirá como denominador para calcular la vinculación de estas personas a los servicios de prevención y su mantenimiento como personas seronegativas, además de para calcular la mayoría de los indicadores de servicio mostrados en la **sección 7** (véase el indicador 2.1. **Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses**).

FIGURA 2

Indicadores para el monitoreo de los servicios de prevención para las personas seronegativas de los grupos de población clave



VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

● Indicadores

Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH y han obtenido un resultado negativo en los últimos 12 meses (desglose del segundo pilar de la cascada de prevención)

El resultado de la prueba del VIH definirá si a estas personas de grupos de población clave se les deben ofertar servicios de prevención (en caso de prueba negativa) o servicios de atención (en caso de prueba positiva).

Número y porcentaje de personas de grupos de población clave con una prueba negativa VINCULADAS a servicios de prevención (tercer pilar de la cascada de prevención)

Es importante asegurar que a las personas con un resultado negativo en la prueba del VIH se les ofrezca una serie de servicios de prevención a lo largo del proceso continuo de prevención que vayan más allá de la prueba del VIH y que estén adaptados a las necesidades individuales (véase el indicador **2.2 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de prevención en los últimos 12 meses**).

La vinculación de las personas de los grupos de población clave a los servicios de prevención se puede definir de diferentes maneras y depende de los servicios disponibles en el país. Se sugiere el uso de la siguiente definición:

1. Se ha realizado una prueba del VIH con resultado negativo **en el último año.**
- +
2. Uno de los siguientes:
 - *Ha recibido prueba de tamizaje o tratamiento para la sífilis u otra ITS.*
 - *Se le ha abierto un historial médico (o actualizado uno anterior) relacionado con los servicios de prevención y atención para el VIH y las ITS.*
 - *Se le ha hecho una valoración de riesgo para PrEP o se le ha prescrito PrEP.*

Estos criterios se han de revisar y adaptar a los contextos nacionales teniendo en cuenta factores como la disponibilidad de servicios y la factibilidad de obtener la

información. Tampoco se ha delimitado un marco temporal para los componentes del indicador; sin embargo, estos servicios pueden prestarse de forma simultánea o próximos en el tiempo (**por ejemplo, de manera simultánea o en un máximo de dos meses tras la prueba del VIH**).

Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con una prueba negativa EN SEGUIMIENTO en servicios de prevención (cuarto pilar de la cascada de prevención)

Aunque estén libres de VIH, todas las personas de los grupos de población clave deben continuar en atención y recibir los servicios necesarios con la periodicidad adecuada (véase la **sección 2**). No obstante, los países pueden decidir priorizar el monitoreo de los servicios recibidos por las personas en riesgo sustancial.

"Estar en seguimiento" implica recibir los servicios de prevención recomendados por la OMS (como pruebas y tratamiento para las ITS, asesoramiento o valoración de riesgo (**recuadro 4**)). Sin embargo, para los fines de este marco, se considerará que una persona perteneciente a un grupo de población clave está en seguimiento en servicios de prevención si se le ha realizado una prueba del VIH y se ha repetido esta prueba 12 meses más tarde⁶ (véase el indicador **2.3 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave en seguimiento en los servicios de prevención**).

Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se mantienen seronegativas para el VIH 12 meses después de realizarse la prueba (quinto pilar de la cascada de prevención)

Una medida de éxito de los servicios de prevención viene definida por el número y el porcentaje de personas de los grupos de población clave que se mantienen libres de VIH 12 meses después de la prueba con resultado negativo que sirvió para vincularlas a los servicios de prevención (véase el indicador **2.4 Número y porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave que se mantienen libres de VIH a los 12 meses**).

⁶ Se propone 12 meses como unidad de tiempo máxima de seguimiento. Dependiendo del país, también se puede hacer seguimiento de las personas de grupos de población clave a los 6 meses de la primera prueba negativa. En el caso de los usuarios de PrEP, el seguimiento se realizará cada 3 meses [11].

Análisis de la cascada de prevención

Se recomienda que la cascada de prevención se represente con **números absolutos (figura 3)** y posteriormente se calculen los porcentajes según el objetivo del análisis. La interpretación de estos porcentajes puede entablar dificultades, ya que algunos indicadores se pueden calcular utilizando diferentes denominadores. Estas particularidades se resumen en el **cuadro 2** junto a la interpretación de los resultados según el método de cálculo elegido.

CUADRO 2

Análisis de los indicadores de la cascada de prevención en los grupos de población clave

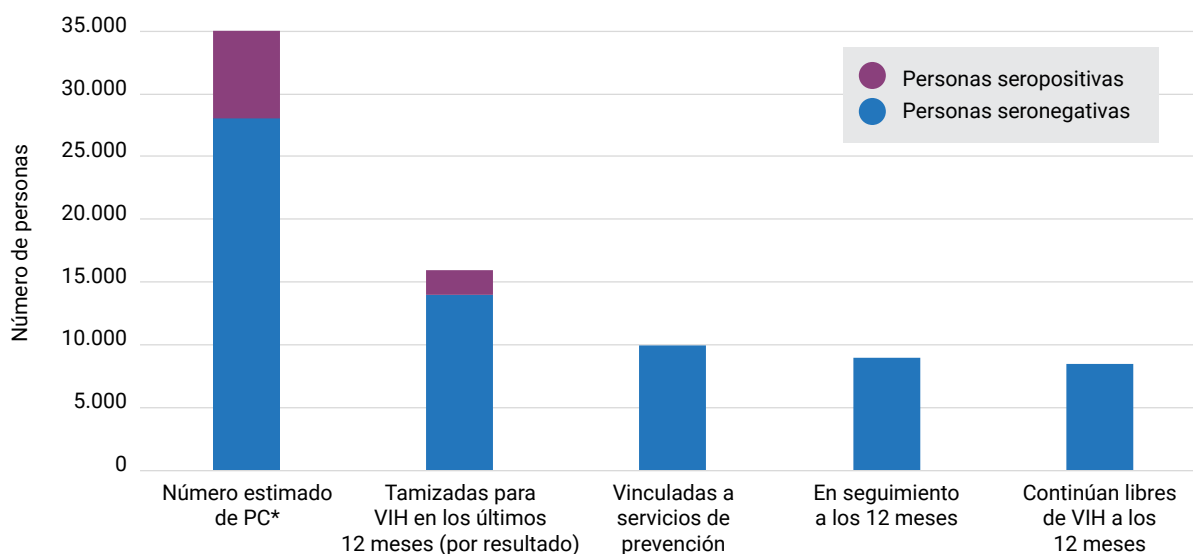
Indicador analizado	Numerador	Denominador	Interpretación
Porcentaje de PC tamizadas para el VIH	PC con prueba del VIH en los últimos 12 meses	Estimación del tamaño de los grupos de población clave	La alta cobertura de la prueba del VIH es uno de los objetivos de prevención. Los valores obtenidos a través de la medición de los servicios prestados a PC pueden diferir de los obtenidos por encuestas especiales y, dada la imprecisión de las estimaciones del número de PC, están sujetos a incertidumbre. A pesar de estas limitaciones, puede ser útil comparar el número total de PC que se han realizado la prueba del VIH con su número total estimado.
Porcentaje de PC tamizadas para el VIH con resultado negativo	PC con prueba del VIH negativa en los últimos 12 meses	Estimación del tamaño de los grupos de población clave seronegativos	Porcentaje estimado de PC seronegativas que accedieron a servicios de pruebas del VIH en los últimos 12 meses.
		PC tamizadas para el VIH en los últimos 12 meses	Porcentaje de PC seronegativas que conocen su estado.
Porcentaje de PC vinculadas a servicios de prevención	PC con resultado negativo en una prueba del VIH en los últimos 12 meses y vinculadas	Estimación del tamaño de los grupos de población clave seronegativos	Porcentaje estimado de PC seronegativas vinculadas a servicios de prevención del VIH.
		PC tamizadas y con un resultado negativo en los últimos 12 meses	Porcentaje de PC seronegativas captadas por la prueba del VIH en los últimos 12 meses y vinculadas a servicios de prevención.
Porcentaje de PC en seguimiento en servicios de prevención	PC con prueba del VIH negativa que se repitió la prueba a los 12 meses de la prueba inicial	Estimación del tamaño de los grupos de población clave seronegativos	Porcentaje estimado de PC seronegativas que se realizaron una prueba 12 meses después de una prueba anterior.
		PC tamizadas y con un resultado negativo en los últimos 12 meses	Porcentaje de PC seronegativas con prueba del VIH en los últimos 12 meses que ya se habían realizado una prueba 12 meses antes.
Porcentaje de PC que se mantienen libres del VIH	PC con resultado negativo en una nueva prueba del VIH 12 meses después de la prueba anterior	PC con un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses que ya habían obtenido un resultado negativo 12 meses antes	Porcentaje de PC que siguen libres de VIH entre las que están en seguimiento. Este indicador busca medir el impacto de los servicios e intervenciones sobre las PC seronegativas captadas.

Nota: Las celdas sombreadas representan el denominador recomendado para realizar el análisis de la cascada de nivel programático. Los identificadores únicos son importantes para garantizar que cada persona que se realiza la prueba del VIH se cuente solo una vez en el periodo de referencia.

PC: Personas de los grupos de población clave

FIGURA 3

Ejemplo de la cascada de prevención del VIH para grupos de población clave



PC: Personas de los grupos de población clave.

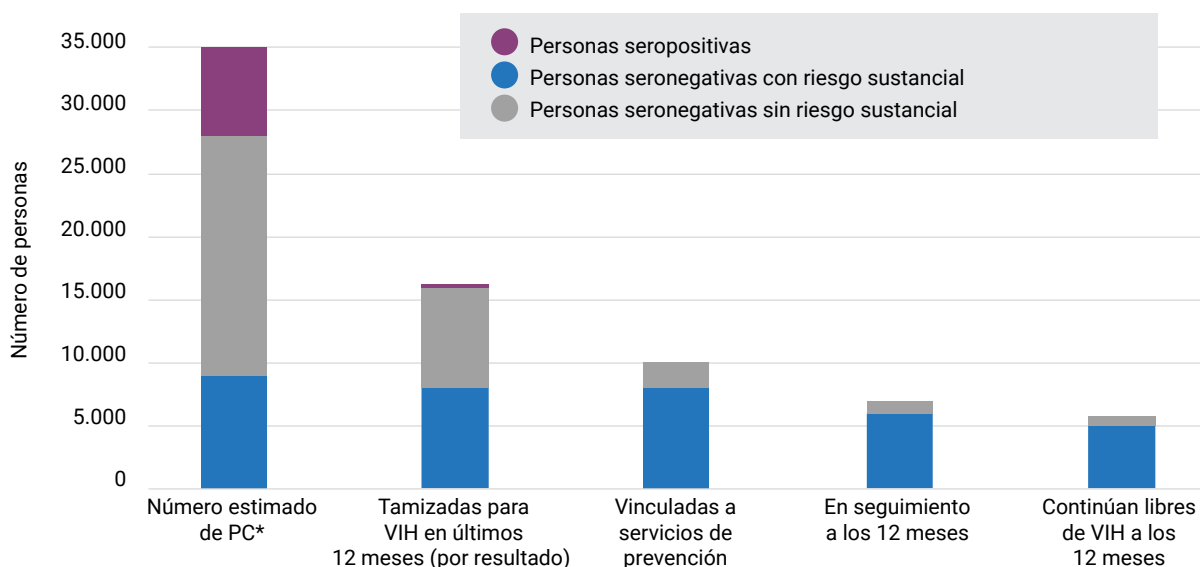
* El número estimado incluye a todas las personas seropositivas, independientemente de si conocen su estado serológico.

Desglosar la información de las cascadas por nivel de riesgo de infección por el VIH puede ayudar a identificar si el seguimiento de las personas seronegativas se está enfocando en aquellas con mayor necesidad de servicios (figura 4). La herramienta mostrada en

el recuadro 3 puede ser útil para determinar el nivel de riesgo. Por otro lado, los países podrían usar la valoración de riesgo para priorizar el seguimiento longitudinal de las personas con riesgo sustancial.

FIGURA 4

Cascada de servicios de prevención del VIH para grupos de población clave, desglosada por nivel de riesgo de infección



PC: Personas de los grupos de población clave.

* El número estimado incluye a todas las personas seropositivas, independientemente de si conocen su estado serológico.

El análisis de los indicadores de la cascada de prevención que se muestra en el **cuadro 2** puede realizarse con datos nacionales, subnacionales o locales para cada grupo de población clave. Además, una de las principales utilidades del marco es su aplicación para apoyar la toma de decisiones. Para ello, es también importante desglosar el análisis por variables, como el proveedor de los servicios, que podría ser el Ministerio de Salud, la Seguridad Social o las organizaciones de la sociedad civil, según las particularidades de cada país (véase la **sección 5.c**). Los desgloses por género y grupos de edad (por ejemplo, 15-24 años y más de 24 años) también son muy útiles, y permiten identificar brechas que facilitan el enfoque de acciones y estrategias específicas para cada grupo etario. Otros análisis importantes son por grupo étnico, localización geográfica o centro de atención.



CONSIDERACIONES PARA LOS SERVICIOS QUE OFRECEN PrEP

Varios países de la Región han empezado a introducir PrEP como parte de los servicios de prevención de la infección por VIH. Es importante que los servicios que la hayan introducido incorporen un desglose adicional en los indicadores de la cascada de prevención relativos al seguimiento de personas seronegativas y de personas libres de VIH a los 12 meses según sean o no usuarias de PrEP. Esto implica aplicar criterios de seguimiento de los individuos y de monitoreo de los servicios de prevención con una temporalidad acortada para los usuarios de PrEP (por ejemplo, la prueba del VIH debe realizarse cada tres meses) [11].

Mejora de la calidad y cobertura de los servicios a partir del marco de monitoreo

Los indicadores del marco de monitoreo deberían ser el punto de partida para promover acciones de mejora en la calidad y cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a los grupos de población clave. Estas acciones pueden incluir aspectos como la revisión de la organización de los servicios; los tiempos de espera para los usuarios; los tiempos de consulta; la eficiencia de la atención médica. Las acciones de mejora de la calidad y cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS pueden requerir mejoras en áreas como descentralización de la atención a niveles de menor complejidad, ampliar horarios de consulta, organización de las citas, el desarrollo o revisión de protocolos de atención, o estrategias de alcance comunitario. A continuación, se señalan algunos ejemplos de acciones de mejora que podrían derivarse de la interpretación de los indicadores del marco de monitoreo.

Resultado	Interpretación	Acciones de mejora
Cobertura baja en el acceso a la prueba (indicador 1.2)	Problemas en la accesibilidad, como aspectos relacionados con la disponibilidad y aceptabilidad; o de seguridad o eficiencia de los servicios. Por ejemplo, horarios no convenientes, poca confianza en los proveedores de salud o comunitarios o en la confidencialidad de la atención, no dan citas y esperas largas o inciertas, falta de información sobre los centros de realización de prueba del VIH.	Revisar las estrategias de alcance comunitario, tiempos de espera, duración de las consultas, horarios, si los servicios son amigables, garantizar el uso de nombres preferidos o sociales de las personas, asegurar la confidencialidad, abordar otras barreras de acceso.
Baja vinculación a los servicios de prevención del VIH (indicador 2.2)		Mejorar la comunicación con los usuarios, reducir tiempos de espera, dar citas con día y hora, garantizar el uso de nombres preferidos o sociales de las personas.
Alto porcentaje de demora en el inicio de terapia antirretroviral (indicador 6.1)	Algoritmos diagnósticos que incluyen pruebas innecesarias, y que requieren múltiples visitas previas al inicio del tratamiento, referencias a varios lugares, trámites burocráticos.	Revisión de algoritmos; simplificar e integrar procesos en una sola consulta; descentralizar servicios a un primer nivel de atención incluyendo la disponibilidad de antirretrovirales.

5.b Monitoreo del proceso continuo de servicios de atención para personas seropositivas para el VIH ("cascada de atención")

Los indicadores de la cascada de atención de las personas seropositivas para el VIH ya se están midiendo de forma programática en la mayoría de los países. En este marco se enfatiza el desglose por grupos de población clave según las variables de prácticas de riesgo definidas en el **recuadro 3**.

El objetivo final de la continuidad de la atención para las personas de población clave seropositivas (**figura 5**) es que las personas de estos grupos de población reciban tratamiento antirretroviral (TAR) y mantengan una carga viral indetectable.

Porcentaje de las personas seropositivas de los grupos de población clave que conocen su estado

(véase el indicador **3.1 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su estado serológico**)

Porcentaje de las personas seropositivas de los grupos de población clave que están vinculadas a la atención

(véase el indicador **3.2 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH**)⁷

Porcentaje de las personas seropositivas de los grupos de población clave que reciben TAR

(véase el indicador **3.3 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR)**)

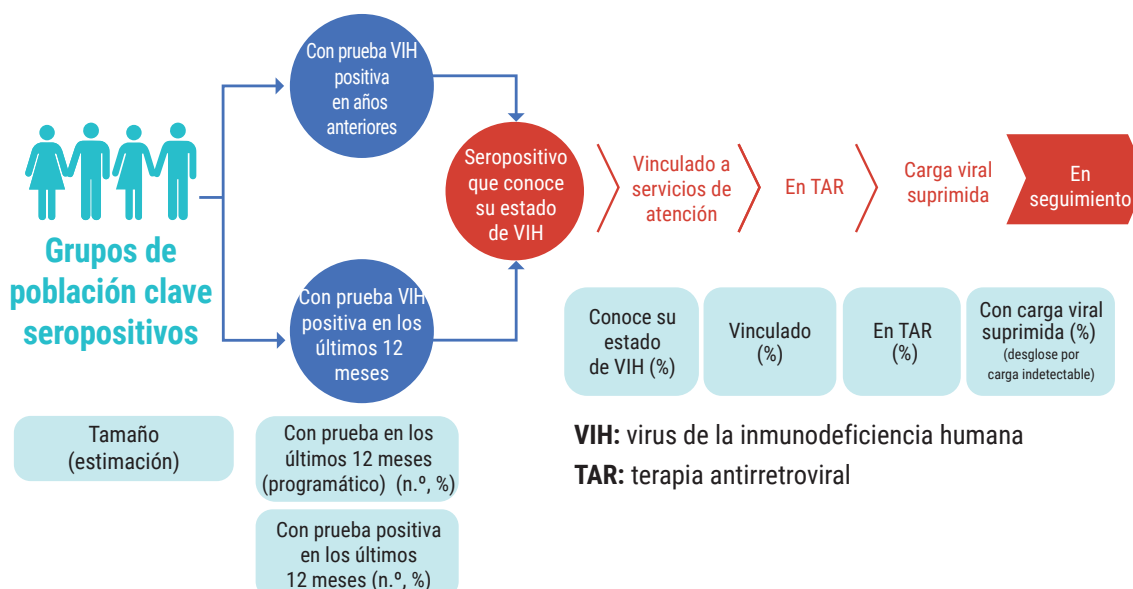
Porcentaje de las personas seropositivas de los grupos de población clave que reciben TAR y tienen suprimida⁸ su carga viral de VIH

(véase el indicador **3.4 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral y con carga viral suprimida**)

Para más información sobre estos indicadores, consulte el Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 de la OPS [13].

FIGURA 5

Indicadores para el monitoreo de los servicios de prevención para las personas seropositivas de los grupos de población clave ("cascada de atención")



 Indicadores

⁷ Los países están introduciendo políticas de inicio del TAR inmediatamente después de un diagnóstico confirmado de infección por el VIH, lo que hace que los indicadores 3.2 y 3.3 sean similares.

⁸ El indicador mundial se refiere a carga viral suprimida. Dada la relevancia de mantener una carga viral indetectable, este indicador se debe desglosar por indetectabilidad (por ejemplo, carga viral menor de 50 copias/ml).

CUADRO 4

Indicadores recomendados para el monitoreo de los servicios de prevención y atención para el VIH y las ITS en grupos de población clave

Indicadores de tamaño de los grupos de población clave y de número de tamizados para el VIH

- 1.1 Estimación del tamaño de los grupos de población clave
- 1.2 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses
- 1.3 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses

Indicadores del proceso continuo de prevención (cascada de prevención)

- 1.1.a. *Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave (desglose del indicador 1.1)*
- 1.2 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses
- 2.1 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses
- 2.2 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de prevención en los últimos 12 meses
- 2.3 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave en seguimiento en los servicios de prevención
- 2.4 Número y porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave que se mantienen libres de VIH a los 12 meses

Indicadores del proceso continuo de atención (cascada de atención)

- 3.1 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su estado serológico
- 3.2 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH
- 3.3 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR)
- 3.4 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral y con carga viral suprimida

Capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave

- 4.1 Ratio entre el número de condones masculinos distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses
- 4.2 Ratio entre el número de lubricantes distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses
- 4.3 Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis previa a la exposición (PrEP)
- 4.4 Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis posterior a la exposición (PPE)
- 4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico confirmatorio de infección por el VIH después de un resultado positivo en una prueba autoadministrada en los últimos 12 meses
- 4.6 Número de establecimientos de salud con notificación asistida para parejas
- 4.7 Porcentaje y número de establecimientos de salud con recursos humanos capacitados en estigma y discriminación
- 4.8 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que experimentaron discriminación en los servicios de salud

Cobertura de servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave

- 5.1 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH, se someten a una valoración del riesgo de infección por el VIH
- 5.2 Porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave con riesgo sustancial de infección por el VIH
- 5.3 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses
- 5.4 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que son seronegativas para el VIH, presentaron un resultado positivo para la sífilis y recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses
- 5.5 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de tamizaje de *Neisseria gonorrhoeae* en los últimos 12 meses
- 5.6 Porcentaje de personas elegibles de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez en los últimos 12 meses
- 5.7 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la mantuvieron durante tres meses consecutivos
- 5.8 Número de personas de los grupos de población clave que han recibido servicios de profilaxis posterior a la exposición (PPE) en los últimos 12 meses
- 5.9 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba para la detección del virus de la hepatitis B en los últimos 12 meses

Cobertura de los servicios de atención para el VIH y las ITS dirigidos a personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave

- 6.1 Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) a los 7 días del diagnóstico en los últimos 12 meses
- 6.2 Cobertura de la prueba de carga viral entre las personas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral (TAR)
- 6.3 Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que son tamizadas para la tuberculosis en el contexto de la atención de la infección por el VIH
- 6.4 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que reciben simultáneamente tratamiento antirretroviral (TAR) y tratamiento para la tuberculosis
- 6.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que comenzaron terapia preventiva para la tuberculosis en los últimos 12 meses
- 6.6 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses
- 6.7 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses
- 6.8 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de tamizaje de *Neisseria gonorrhoeae* en los últimos 12 meses
- 6.9 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba de tamizaje de hepatitis B en los últimos 12 meses
- 6.10 Porcentaje de las parejas de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y obtienen un resultado positivo

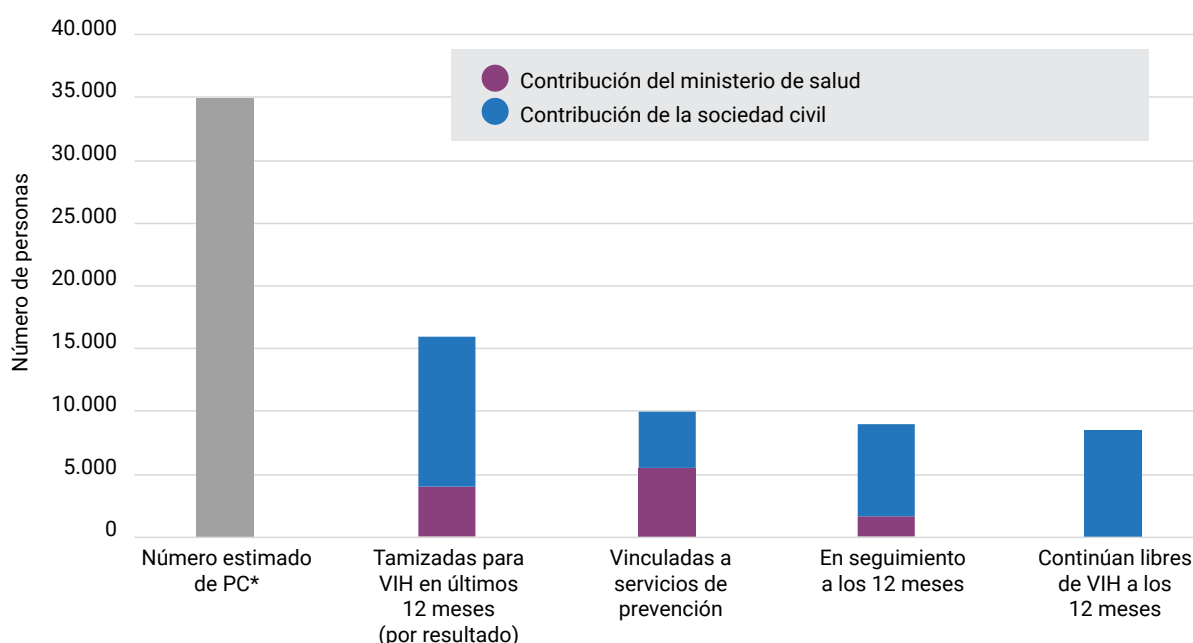
5.c Monitoreo de los servicios proporcionados por organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) desempeñan un papel fundamental en la respuesta al VIH, especialmente en la promoción y en la prestación de servicios de prevención y atención a las personas de los grupos de población clave. En América Latina y el Caribe, las OSC a menudo son financiadas por donantes externos [14]. Las actividades de las OSC relacionadas con la prestación de servicios para el VIH deben estar integradas en los sistemas nacionales de salud. Para monitorear su desempeño, las organizaciones de la sociedad civil deberían aportar la información

relacionada con la prestación de servicios de prevención y atención para el VIH y las ITS a los sistemas nacionales de información y poder acceder como usuarias a la información disponible en estos sistemas. La evaluación del desempeño de los servicios comunitarios a nivel nacional se puede hacer desglosando los indicadores de los procesos continuos de prevención y atención por variables como dónde se prestan los servicios y mediante qué mecanismo se captó a las personas (por ejemplo, a través de pares o de servicios comunitarios). Esta información permitirá visualizar el valor añadido de los centros comunitarios a la respuesta nacional en relación con el VIH y las ITS y les permitirá informar mejor sobre su funcionamiento.

FIGURA 6

Ejemplo de cascada de prevención desglosada por proveedor de servicios a los grupos de población clave



PC: personas de los grupos de población clave.

* El número estimado incluye a todas las personas seropositivas, independientemente de si conocen su estado serológico.



6

SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS PARA PERSONAS DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Alcanzar a todas las personas con servicios adaptados a sus necesidades es uno de los principios básicos del *Marco sobre servicios integrados de salud centrados en las personas* [3] de la OMS. Para ello se debe proveer, en un contexto facilitador⁹, un paquete de servicios integrados y orientados a las personas de los grupos de población clave tanto si viven con el VIH como si no. Estos servicios deben ofrecerse de tal manera que se asegure la continuidad de la atención y la prevención de la infección por el VIH y las ITS según las necesidades en los diferentes niveles de atención, con énfasis en el primer nivel.

La oferta sostenible y la cobertura de un paquete integrado de servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave se enmarca dentro de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS [15]. El acceso sostenible a servicios de salud requiere que se den estas condiciones en relación con las personas de grupos de población clave a quienes van destinados: estas personas saben que existen los servicios

(**servicios accesibles**), son tratadas de una manera amigable y segura (**servicios aceptables**), pueden llegar a los servicios y obtener la atención que necesitan (**servicios disponibles**), son financieramente capaces de utilizar los servicios (**servicios asequibles**) y reciben servicios de calidad (**servicios apropiados**) [3].

En el **recuadro 5** se recogen los servicios recomendados por la OMS para el proceso continuo de atención y prevención del VIH y las ITS para los grupos de población clave. La recomendación de todos estos servicios está basada en evidencia (de acuerdo con la metodología GRADE de evaluación de la evidencia y desarrollo y evaluación de recomendaciones). Sin embargo, el presente marco de monitoreo se centra en un subconjunto de estos servicios, denominados **servicios trazadores**, que servirán para establecer una medida de la atención integral en relación con el VIH y las ITS para los HSH, las mujeres trans y las trabajadoras sexuales. Este marco de monitoreo propone medir la cobertura y la calidad de estos servicios en los grupos de población clave.

⁹ Además de ofrecer un paquete esencial de servicios para los grupos de población clave, la OMS recomienda que se implementen iniciativas para hacer cumplir la protección de la privacidad y establecer políticas, leyes y normas que prevengan la discriminación y promuevan los derechos de las personas que viven con el VIH (**recomendación firme, calidad baja de la evidencia**) [7].

CUADRO 3
Servicios esenciales para el VIH y las ITS recomendados por la OMS para los grupos de población clave

RECOMENDACIÓN: ● Firme ● Condicional ● No es recomendación GRADE
CALIDAD DE LA EVIDENCIA: ● Alta ● Moderada ● Baja ● Muy baja

	Programas integrales de distribución de condones y lubricantes [7, 16, 17] ● ●
	Tamizaje y asesoramiento voluntario del VIH [7] ● Tamizaje y asesoramiento comunitario para los grupos de población clave [7] ● ● Oferta de prueba autoadministrada del VIH [18] ● ● Valoración de riesgo para la infección por el VIH [7] ● Tamizaje del VIH con prueba diagnóstica rápida realizado por no profesionales capacitados [19] ● ● Notificación asistida de parejas [18, 20] ● ●
	Tamizaje de sífilis [21, 22] ● ● Tratamiento de la sífilis con penicilina [23] ● ● Tamizaje para gonorrea y clamidia con pruebas moleculares [2] ● ● Anamnesis y exploración clínica para las ITS [7] ● ● Vacunación contra la hepatitis B [24] ● Tamizaje de hepatitis B y C [25] ● ● Vacunación contra la hepatitis A [26] ●
	Evaluación y provisión de PrEP [27] ● ● Evaluación y provisión de PPE [28] ● ●
	Provisión de TAR independientemente del nivel de CD4 [27] ● ● Inicio del TAR en el día del diagnóstico o no más de 7 días después [29] ● ● Estrategias de revinculación para quienes se desvinculan en el seguimiento del tratamiento [7] ● Monitoreo de la carga viral [27] ● ● Servicios de asesoramiento para personas seropositivas [16, 17] ● ● Apoyo a la adherencia para personas en TAR y a su retención en los servicios de atención al VIH [27] ● ●
	Tamizaje de la tuberculosis en personas seropositivas [30] ● ● Profilaxis de la tuberculosis en personas seropositivas [30] ● ● Tratamiento de la tuberculosis en personas seropositivas [27, 31] ● ●
	Intervenciones conductuales relacionadas con el VIH [7] ● Tamizaje/tratamiento de lesiones cervicouterinas precancerosas ● Apoyo y prevención de la violencia [7] ● Servicios de salud mental [7, 27] ● ● Intervenciones contra el abuso del alcohol y otras sustancias [7] ● ● Asesoramiento y apoyo nutricional [7] ● Prevención de la discriminación y promoción de derechos de los grupos de población clave [7] ● Empoderamiento comunitario de los grupos de población clave [7] ●

Fuente: OPS. Elaboración propia.

6.a Servicios trazadores para grupos de población clave independientemente de su estado serológico

Los servicios trazadores que se describen a continuación son un subconjunto del paquete de servicios para todos los grupos de población clave independientemente del estado serológico y del riesgo de infección. Cada uno de estos servicios lleva asociado uno o más indicadores cuyas fichas se detallan en la **sección 7** de este documento.

Distribución de preservativos y lubricantes

Una estrategia esencial de la respuesta al VIH consiste en aumentar la disponibilidad, la accesibilidad, la asequibilidad y el uso de preservativos masculinos y femeninos junto con lubricantes adecuados entre las personas de los grupos de población clave mediante estrategias de distribución específica. La planificación eficaz de la distribución de preservativos y lubricantes es particularmente importante para los grupos de población clave [7].

Servicio trazador	Distribución de preservativos y lubricantes
Periodicidad	En cada visita a los servicios de salud.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Las personas de los grupos de población clave han de usar el preservativo de manera correcta y de forma sistemática junto con los lubricantes adecuados para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras ITS (OMS GRADE, recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [7].
Inicio	No aplicable.
Indicadores	4.1. Ratio entre el número de condones masculinos distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses 4.2. Ratio entre el número de lubricantes distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses

Servicios para la detección del VIH

La oferta y realización de pruebas para la detección del VIH es el primer paso para que las personas con un resultado negativo queden vinculadas a los servicios de prevención [27, 33] y para que aquellas con un resultado positivo queden vinculadas a los servicios de atención.

Servicio trazador	Servicios de detección del VIH
Periodicidad	Al menos anualmente.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se recomienda ofrecer la prueba de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente a las personas de grupos de la población clave y garantizar su vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento (OMS GRADE, recomendación firme, calidad baja de la evidencia) [7]. Se recomienda ofrecer la repetición de la prueba al menos una vez al año a las personas que forman parte de los grupos de población clave y a las personas seronegativas en parejas serodiscordantes. De haber comportamientos de riesgo, debe ofrecerse y estar a disposición de los usuarios la repetición de la prueba de manera voluntaria y con más frecuencia (OMS, no GRADE) [20]. Se insta a los países a que examinen las políticas actuales de consentimiento y consideren la posibilidad de modificarlas para reducir los obstáculos relacionados con la edad que dificultan el acceso de los adolescentes a la atención de la infección por el VIH y para facultar a los prestadores para que actúen en beneficio de estos grupos de población (OMS, no GRADE) [35]. Los prestadores no profesionales capacitados y supervisados pueden realizar de forma independiente pruebas de detección del VIH seguras y eficaces usando las pruebas de diagnóstico rápido (OMS GRADE, recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [20].
Indicadores	1.2. Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses 1.3. Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses

Servicio trazador	Prueba autoadministrada para la detección del VIH
Periodicidad	No aplicable
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se debe ofrecer la prueba autoadministrada como un enfoque complementario a los servicios de detección del VIH (OMS GRADE, recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [18].
Inicio	No aplicable
Indicadores	4.5. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico confirmatorio de infección por el VIH después de un resultado positivo en una prueba autoadministrada en los últimos 12 meses

Valoración del riesgo de infección por el VIH

La valoración del riesgo de infección por el VIH (véase el **recuadro 3**) permite determinar más específicamente las necesidades de servicios de prevención de la infección por el VIH y las ITS por parte de cada persona tras un resultado negativo en la prueba de detección del VIH.

Servicio trazador	Valoración del riesgo de infección por el VIH
Periodicidad	No aplicable.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	La valoración del riesgo de infección por el VIH se ha de centrar en personas que pertenezcan a grupos de población o vivan en áreas geográficas con alta prevalencia del VIH y que hayan estado expuestas a alguno de los factores que se incluyen en el recuadro 3 (OMS, no GRADE) [11].
Inicio	Tras un resultado negativo en la prueba de VIH
Indicadores	5.1. Porcentaje de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH, se someten a una valoración del riesgo de infección por el VIH 5.2. Porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave con riesgo sustancial de infección por el VIH

Estrategias de vinculación a los servicios de salud

Independientemente del resultado, las personas de los grupos de población clave que se realizan una prueba de detección del VIH deben ser vinculadas a un paquete de servicios que incluye servicios de prevención, detección y tratamiento de la infección por el VIH, la tuberculosis y las ITS, así como servicios de salud mental y de prevención de la violencia, entre otros, según sus necesidades.

Para reducir la pérdida en el seguimiento, los protocolos básicos de trabajo deben especificar la vinculación a la atención de las personas de los grupos de población clave y ayudar con la derivación desde los servicios de diagnóstico a los servicios que proporcionan el TAR o los servicios de prevención, según corresponda. Entre las intervenciones para mejorar la vinculación destaca el apoyo entre pares.

Servicio trazador	Vinculación a los servicios de salud
Periodicidad	No aplicable.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se recomienda ofrecer a las personas de los grupos de población clave las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente dentro de la comunidad y garantizar la vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento, además de las pruebas y el asesoramiento iniciados por el prestador (OMS GRADE recomendación firme, calidad baja de la evidencia) [19]. Después de un diagnóstico de infección por el VIH, se debe ofrecer un paquete de intervenciones de apoyo para garantizar un vínculo oportuno con la atención de todas las personas que viven con el VIH (OMS GRADE recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [28]
Inicio	Tras el resultado de una prueba del VIH
Indicadores	2.2. Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de prevención en los últimos 12 meses 3.2. Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH

Pruebas de tamizaje y tratamiento de la sífilis

La sífilis no tratada puede tener consecuencias graves y está relacionada con un mayor riesgo de transmisión del VIH. Muchas personas con sífilis no experimentan síntomas o solamente experimentan síntomas menores. El pilar esencial para el tamizaje son las pruebas serológicas (treponémicas y no treponémicas) [35-37]. El tratamiento de la sífilis consiste principalmente en la inyección de penicilina.

Servicio trazador	Tamizaje mediante pruebas de detección de la sífilis y tratamiento de las personas con resultados positivos
Periodicidad	Cada 6-12 meses.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se recomienda ofrecer pruebas serológicas periódicas para la infección por sífilis asintomática a los HSH y las personas transgénero, en lugar de no ofrecer dicha evaluación (OMS GRADE, recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [21]. Las trabajadoras sexuales deben ser tamizadas para detectar la sífilis cada 6 meses (OMS, no GRADE) [22]. Las personas de los grupos de población clave con sífilis temprana o en fase desconocida deben ser tratadas con inyección intramuscular de penicilina G benzatina (OMS GRADE, recomendación firme, calidad muy baja de la evidencia) [23].
Inicio	En la primera vinculación al servicio.
Indicadores	5.3. Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses 5.4. Porcentaje de personas de los grupos de población clave que son seronegativas para el VIH, presentaron un resultado positivo para la sífilis y recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses 6.6. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses 6.7. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses

Prevención y tamizaje de las hepatitis B y C

Las hepatitis virales B y C pueden afectar a los grupos de población clave de manera desproporcionada. Un enfoque integral para abordar las hepatitis virales B y C en los grupos de población clave consiste en combinar la prevención, el tamizaje, la vacunación contra el VHB, y el tratamiento y atención de las personas infectadas [7]. Lo ideal es que las personas con resultados negativos de tamizaje para la hepatitis B comiencen inmediatamente la primera dosis de la vacuna. Por lo tanto, el número de personas tamizadas para hepatitis B debería disminuir con el tiempo.

Servicio trazador	Tamizaje del virus de la hepatitis B
Periodicidad	Al acudir a los servicios por primera vez (para personas no vacunadas).
Recomendaciones y calidad de la evidencia	En todos los entornos (independientemente de que se haga a través de centros de salud o de centros comunitarios) se recomienda la realización de pruebas serológicas de hepatitis B y la prestación de servicios de vinculación, atención y tratamiento a los grupos de población más afectados por la infección por el virus de la hepatitis B (OMS GRADE recomendación firme, calidad baja de la evidencia) [25].
Inicio	Al acudir a los servicios por primera vez.
Indicadores	5.9. Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba para la detección del virus de la hepatitis B en los últimos 12 meses 6.9. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba de tamizaje de la hepatitis B en los últimos 12 meses

Pruebas de tamizaje de la gonorrea

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* es una de las infecciones bacterianas de transmisión sexual más comunes. Esta bacteria es responsable de las infecciones del tracto urogenital inferior (uretritis en hombres y cervicitis en mujeres), así como de la infección del recto (proctitis), y de la faringe. Esta infección puede ser asintomática y, si no se detecta y trata de manera oportuna, puede dar lugar a complicaciones graves.

Servicio trazador	Pruebas de tamizaje de la gonorrea
Periodicidad	Cada 6-12 meses.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se recomienda ofrecer pruebas periódicas para detectar infecciones uretrales asintomáticas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> mediante prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT, por su sigla en inglés) en HSH y personas transgénero (OMS GRADE recomendación condicional, calidad baja de la evidencia) [21]. Se sugiere NO ofrecer pruebas periódicas para infecciones asintomáticas uretrales y rectales de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> mediante el uso de cultivos sobre ofrecer tales pruebas para HSH y personas transgénero (OMS GRADE recomendación condicional, calidad baja de la evidencia) [21]. Se recomienda efectuar el tamizaje periódico de las ITS asintomáticas a las trabajadoras sexuales (OMS GRADE recomendación condicional, calidad baja de la evidencia) [9]. Los HSH y las personas transgénero con ITS sintomáticas deben recibir valoración clínica y tratamiento sintomático (OMS no GRADE) [21].
Indicadores	5.5. Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para el tamizaje de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en los últimos 12 meses 6.8. Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de tamizaje de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en los últimos 12 meses

6.b Servicios trazadores específicos para personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave

Provisión de profilaxis posterior a la exposición (PPE) no ocupacional

La PPE consiste en la provisión de antirretrovirales durante 28 días, comenzando en las primeras 72 horas tras la exposición, para prevenir la infección del VIH en las personas que pudieran haber estado expuestas al virus. Además de ofrecerse a los trabajadores de salud con exposición al VIH, se recomienda que la PPE esté disponible para todas las personas de los grupos de población clave que cumplan los criterios y la soliciten después de una posible exposición no ocupacional al VIH (como, por ejemplo, a través de relaciones sexuales, ya sean estas consensuadas o no consensuadas) [28].

Servicio trazador	Provisión de PPE no ocupacional
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Se debe proporcionar una prescripción completa de medicamentos antirretrovirales durante 28 días para la PPE de la infección por el VIH después de la evaluación inicial de riesgo (OMS GRADE recomendación firme, calidad muy baja de la evidencia) [28]. Se sugiere un mejor asesoramiento sobre la adherencia para todas las personas que inician la PPE para el VIH (OMS GRADE recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [28].
Inicio	Tras realizar la correspondiente evaluación de riesgo.
Indicadores	4.4. Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis posterior a la exposición (PPE) 5.8. Número de personas de los grupos de población clave que han recibido servicios de profilaxis posterior a la exposición (PPE) en los últimos 12 meses

Valoración y provisión de profilaxis previa a la exposición (PrEP)

La PrEP consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales para prevenir la adquisición del VIH en personas no infectadas en caso de que estas se expongan al virus. Su prescripción por parte de los prestadores de salud ha de hacerse siguiendo criterios de evaluación de riesgo (véase el **recuadro 3**).

Servicio trazador	Provisión de PrEP
Recomendaciones y calidad de la evidencia	La PrEP con tenofovir debe ofrecerse como una opción de prevención adicional para las personas con riesgo sustancial de infección por el VIH como parte de un enfoque de prevención combinada del VIH (OMS GRADE recomendación firme, calidad alta de la evidencia) [27].
Inicio	Tras realizar la correspondiente evaluación de riesgo.
Indicadores	4.3 Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis previa a la exposición (PrEP) 5.6. Porcentaje de personas elegibles de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez en los últimos 12 meses 5.7. Porcentaje de personas de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la mantuvieron durante tres meses consecutivos

Notificación asistida a las parejas de personas seropositivas para el VIH

La notificación del estado de infección por el VIH a las parejas sexuales y compañeros de inyección de drogas es un proceso voluntario en el que el personal capacitado de salud (incluidos los prestadores no profesionales) pregunta a las personas con diagnóstico positivo de infección por el VIH por sus parejas sexuales y, con el consentimiento del usuario seropositivo, les ofrece a estas últimas la posibilidad de hacerse una prueba de detección del VIH. Se habla de servicios asistidos de notificación del estado de infección por el VIH a parejas sexuales o compañeros de inyección de drogas cuando un prestador capacitado ayuda de forma consentida a un usuario seropositivo a revelar su estado serológico, o a notificar de manera confidencial su posible exposición al VIH a sus parejas sexuales o compañeros de inyección de drogas. Seguidamente, el prestador ofrece servicios de detección a estas parejas y compañeros [18].

Servicio trazador	Notificación asistida a las parejas de personas seropositivas para el VIH
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Los servicios de notificación asistida de parejas deben ofrecerse como parte del paquete integral de pruebas y cuidados ofrecidos a personas con infección por el VIH (OMS GRADE, recomendación firme, calidad moderada de la evidencia) [18]. Se recomienda ofrecer a las parejas estables y ocasionales estos servicios voluntarios junto con el apoyo a la revelación mutua de resultados (OMS GRADE, recomendación firme, calidad baja de la evidencia) [20].
Indicadores	4.6. Número de establecimientos de salud con notificación asistida para parejas 6.10. Porcentaje de las parejas de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y obtienen un resultado positivo

Servicios libres de estigma y discriminación

Los servicios de salud para personas de los grupos de población clave deben ofrecerse en un contexto facilitador libre de estigma y discriminación.

Servicio trazador	Servicios libres de estigma y discriminación.
Recomendaciones y calidad de la evidencia	Deben adoptarse iniciativas para hacer cumplir la protección de la privacidad e instituir políticas, leyes y normas que prevengan la discriminación y promuevan la tolerancia y la aceptación de las personas con VIH. Esto puede ayudar a crear entornos en los que sea más fácil dar a conocer el estado de una persona con respecto a la infección por el VIH (OMS GRADE, recomendación firme, calidad baja de la evidencia) [19]. Los trabajadores de la salud deben recibir una capacitación y una sensibilización recurrentes y adecuadas para garantizar que tengan las habilidades y la comprensión necesarias para brindar servicios a adultos y adolescentes de los grupos de población clave en función del derecho a la salud, la confidencialidad y la no discriminación de todas las personas (OMS, no GRADE) [7].
Indicadores	4.7 Porcentaje y número de establecimientos de salud con recursos humanos capacitados en estigma y discriminación 4.8. Porcentaje de personas de los grupos de población clave que experimentaron discriminación en los servicios de salud

6.c Servicios trazadores específicos para personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave

El marco de monitoreo incluye también una serie de indicadores trazadores para los servicios de atención a las personas de los grupos de población clave que viven con el VIH. Se incluyen, por un lado, los indicadores relativos a la cascada de atención vinculados con el objetivo 90-90-90 (**para más información, consulte:** <https://www.unaids.org/es/resources/909090>); y, por otro lado, indicadores relativos a los servicios de salud, como el tamizaje y el tratamiento de las ITS para personas que viven con el VIH. Además de estos servicios, se han de ofrecer otros servicios adicionales, que se resumen en el **cuadro 3**.

Los indicadores de servicios trazadores para personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave se encuentran en la **sección 7** de este documento.

FICHAS DE LOS INDICADORES

7.a Indicadores de tamaño de los grupos de población clave y del número de personas que se han realizado la prueba del VIH

1.1. Estimación del tamaño de los grupos de población clave

Fundamento	La planificación de los servicios requiere conocer el número de individuos de los grupos de población clave. Esas cifras permiten a los programas nacionales relacionados con el VIH y las ITS, ministerios de salud, donantes y organizaciones no gubernamentales y multilaterales asignar eficientemente recursos para responder adecuadamente a las necesidades de estas personas.
¿Qué mide?	Número de personas que participan en una determinada práctica que coloca a ese grupo de población en situación de alto riesgo de transmisión del VIH.
Numerador	Tamaño estimado de los grupos de población clave.
Denominador	No aplicable.
Método y herramientas de medición	Hay diversos métodos de estimación, como son la captura-recaptura, los multiplicadores de servicios, las encuestas con muestreo dirigido por el participante (<i>respondent driven sampling</i>, RDS) o el escalamiento de redes [12]. El tamaño poblacional deberá estimarse cada 4-5 años. Por ejemplo, cuando se implemente una encuesta bioconductual integrada, deberán incorporarse estimaciones sobre estas dimensiones. A partir de los estudios, que usualmente se hacen en ciudades principales, deberán aplicarse métodos específicos de extrapolación para desarrollar estimaciones nacionales de tamaño de población. Es útil contar con varias estimaciones, por diferentes metodologías, para triangular resultados y obtener una mejor aproximación al tamaño real. • Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave: La cifra correspondiente al tamaño de los grupos de población clave, estimado por los métodos que se acaban de mencionar, puede introducirse en el paquete de modelaje Spectrum¹⁰, que proveerá la estimación del tamaño de la población clave seropositiva para el VIH. Si las estimaciones de Spectrum no están disponibles, se calculará sobre el tamaño del grupo de población clave a partir de la prevalencia nacional de la infección por el VIH en dicho grupo. Los valores obtenidos de ambas metodologías deberían compararse cuando fuera posible. • Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave: La estimación del número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave se obtendrá restando del número total de personas de los grupos de población clave el número de personas de población clave seropositivas.

¹⁰ El software Spectrum consiste en una serie de modelos que pueden emplearse para proyectar el impacto de la epidemia de la infección por el VIH. Spectrum ha sido desarrollado por Futures Institute y puede descargarse desde <https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>.

1.1 Estimación del tamaño de los grupos de población clave (continuación)

Desglose	Por población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Por estado serológico: 1.1.a Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave. 1.1.b Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave. Estas estimaciones pueden calcularse a niveles subnacionales (por ejemplo, provincias, distritos) si existe la información.
Puntos fuertes y débiles	La calidad de las estimaciones sobre tamaño poblacional varía según los métodos que se utilicen, el cumplimiento con las asunciones de dichos métodos y la fidelidad con que se apliquen. Deberán evaluarse los posibles sesgos y ajustar las estimaciones en consecuencia, incluyendo las correspondientes explicaciones. Las estimaciones sobre el tamaño poblacional relativas a áreas pequeñas no deben presentarse como estimaciones nacionales. Deberá utilizarse, y explicarse, un enfoque racional para la extrapolación. En general, los datos de salud son menos sólidos para los grupos de población clave debido a las complejidades del muestreo, determinadas cuestiones jurídicas y los problemas de estigma y discriminación. En estas circunstancias, las personas son renuentes a que se las considere integrantes de estos grupos.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador GAM 3.2 [38]. Para más información sobre estimaciones de tamaño de los grupos de población clave, consulte [12].

1.2 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses

Fundamento	La recepción de servicios de asesoramiento y de realización de pruebas del VIH permite a las personas de los grupos de población clave conocer su estado serológico y orientarlas hacia los servicios correspondientes.
¿Qué mide?	Avances en la provisión de servicios de pruebas para la detección del VIH entre los grupos de población clave. Es recomendable que este indicador se mida utilizando los sistemas de información rutinarios de los sistemas de salud (medición programática). Sin embargo, cuando se realicen encuestas en los grupos de población clave se recomienda incluir este indicador para su medición. Es útil comparar las cifras obtenidas a partir de ambas fuentes.
Numerador	Programático: Número de personas de los grupos de población clave que se realizaron una prueba del VIH en los últimos 12 meses. Encuesta: Número de personas de los grupos de población clave de la encuesta que afirman haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase a continuación “Método y herramientas de medición”).
Denominador	Programático: Estimación del tamaño de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1) Encuesta: Número de personas de los grupos de población clave que responden a la pregunta sobre la realización de una prueba del VIH (véase a continuación “Método y herramientas de medición”).

1.2 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que se han realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses (continuación)

Método y herramientas de medición	Si es medición programática: Estos datos deben obtenerse a partir de los registros del programa referidos a servicios de pruebas para la detección del VIH. Si es medición por encuesta: Las preguntas deben ser las siguientes: ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH? - No, nunca me he sometido a esas pruebas. - Sí, me he sometido a esas pruebas. - Si la respuesta es sí, ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez? - En los últimos 6 meses. - Hace entre 6 y 12 meses. - Hace más de 12 meses. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a las que se sometió usted? - Positivo. - Negativo. - Indeterminado. Conocer el estado serológico significa responder afirmativamente a la pregunta 1 (opción b) y responder con las opciones a o b a la pregunta 2. También lo es responder con la opción a a la pregunta 3. Téngase en cuenta que el indicador basado en encuestas solo proporcionará el porcentaje de personas que se han realizado la prueba, pero nunca el número.
Desglose	Grupo de edad: <18, 18-24, >24 Modalidad de provisión de la prueba: Servicio comunitario, unidad móvil, notificación asistida de parejas, otros. Riesgo sustancial de infección: Sí, no.
Puntos fuertes y débiles	En los sistemas rutinarios de información puede existir subregistro en relación con la identificación de personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH, por lo que pueden presentar valores inferiores a los obtenidos por encuestas.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador GAM 3.4 [38] (planteado como indicador de encuesta).

1.3 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses

Fundamento	Que las personas que viven con el VIH conozcan su estatus es fundamental para que inicien su tratamiento de manera inmediata. Enfocar las acciones de realización de la prueba en grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH puede permitir encontrar más oportunamente a personas que viven con el VIH y vincularlas a servicios de atención y tratamiento. Este indicador puede ayudarnos a entender en qué medida se están enfocando bien esas acciones.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas de los grupos de población clave que recibieron un resultado positivo en la prueba del VIH durante los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que tuvieron un resultado positivo en una prueba del VIH en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave que se realizaron una prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el numerador del indicador 1.2)

1.3 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses (continuación)

Método y herramientas de medición	Estos datos deben recopilarse de los registros del programa referidos a servicios de pruebas para la detección del VIH (véase el ejemplo de análisis en la página 20). Debe tenerse en cuenta que algunos de los positivos registrados pueden corresponderse con diagnósticos ya conocidos, por lo que será necesario diferenciar entre positividad bruta (referida al total de pruebas positivas) y positividad ajustada o rendimiento (referida a los positivos que se corresponden con nuevos diagnósticos). La información obtenida sobre pruebas repetidas puede ser útil para trabajar la vinculación.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Modalidad de provisión de prueba: Servicio comunitario, unidad móvil, notificación asistida, otros. Diagnóstico: Nuevo, detectado en años anteriores. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otras modalidades de provisión de servicios.
Puntos fuertes y débiles	Los desgloses permiten interpretar si el servicio de realización de la prueba se está enfocando en las áreas geográficas o entre los grupos de población adecuados. Un porcentaje alto de personas seropositivas para el VIH en un determinado lugar o contexto puede indicar que la prueba del VIH se está realizando en los lugares o entre las personas adecuadas. Es útil desagregar el indicador entre personas seropositivas conocidas y nuevos diagnósticos. El concepto de rendimiento diagnóstico (<i>diagnostic yield</i> en inglés) da cuenta de cómo de bien se está enfocando la realización de la prueba del VIH para encontrar nuevos diagnósticos. Así, un rendimiento alto sirve para orientar el planeamiento de futuros esfuerzos de tamizaje en las áreas geográficas en las que se diagnostiquen muchos positivos. En ocasiones puede ser complicado delimitar si las personas con un resultado positivo en la prueba del VIH corresponden a nuevos diagnósticos o si ya habían sido detectadas con anterioridad.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador 1.2 del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 [13].

7.b Indicadores del proceso continuo de servicios de prevención (“cascada de prevención”)

2.1 Número y porcentaje de personas de los grupos de población clave con un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses

Fundamento	Se refiere a personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH, con un resultado negativo, lo que presenta una oportunidad para la oferta de más servicios de prevención para asegurar que se mantienen seronegativas. Este indicador poblacional es una medición indirecta para el concepto de “conoce tu estado” en las personas seronegativas, entendiendo que este estado de seronegatividad puede cambiar en el tiempo.
¿Qué mide?	Número de personas de los grupos de población clave que se han realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han obtenido un resultado negativo en esa prueba. Este indicador poblacional informa sobre el porcentaje de población clave seronegativa que conoce su estado en un momento determinado en el tiempo.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que se han realizado pruebas del VIH en los últimos 12 meses y han obtenido un resultado negativo.
Denominador	Se considerarán dos denominadores: a. Número total de personas de los grupos de población clave a las que se ha realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses (indicador programático). b. Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.a) (indicador poblacional).
Método y herramientas de medición	Estos datos deben recopilarse de los registros del programa referidos a los servicios de pruebas del VIH. Los datos deben ser el número de personas a las que se realizó la prueba al menos una vez durante los últimos 12 meses y obtuvieron un resultado negativo.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Nivel: Nacional, subnacional, u otras modalidades de provisión de servicios. Riesgo sustancial de infección: Sí, no.
Puntos fuertes y débiles	La medición de este indicador exige que se contabilicen personas y no pruebas de VIH realizadas. Se deben hacer esfuerzos para eliminar las entradas duplicadas de las personas que han sido tamizadas más de una vez durante el año mediante el uso de un sistema de identificadores únicos. Este indicador no recoge la información de los resultados negativos de las pruebas autoadministradas distribuidas.

2.2 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de prevención en los últimos 12 meses

Fundamento	La meta de un servicio de prevención de la infección por el VIH es mantener a las personas seronegativas, libres de infección por este virus. Para ello es necesario ofertar servicios de prevención adaptados a las necesidades y el contexto de estas personas.
¿Qué mide?	Personas pertenecientes a grupos de población clave que se vinculan a servicios de prevención tras una prueba del VIH con resultado negativo. La vinculación de una persona de población clave a servicios de prevención se puede definir de diferentes maneras y depende de los servicios disponibles en el país. Para medir este indicador sugerimos la definición de vinculación que se muestra en la página 19 de este documento.

2.2 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de prevención en los últimos 12 meses (continuación)

Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que, además de haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses con un resultado negativo, han recibido uno o más de los siguientes servicios: • Se le ha realizado una prueba de tamizaje o un tratamiento para la sífilis u otra ITS. • Se le ha abierto un historial médico (o actualizado uno anterior) relacionado con los servicios de prevención y atención para el VIH y las ITS. • Se le ha realizado una valoración de riesgo para PrEP o se le ha prescrito PrEP. Si la persona ha recibido uno de estos servicios, además de haberse realizado una prueba del VIH en los últimos 12 meses, se la considerará “vinculada a los servicios de prevención”.
Denominador	Se considerarán dos denominadores: - Número de personas con un resultado negativo en una prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el indicador 2.1) (indicador programático). - Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.a) (indicador poblacional).
Método y herramientas de medición	Este indicador se ha de medir, idealmente, a partir de los datos del programa. Sin embargo, la información también se puede obtener a partir de encuestas.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud. Riesgo sustancial de infección: Sí, no.
Otras referencias	[39, 40]

2.3 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave en seguimiento en los servicios de prevención

Fundamento	Las OMS recomienda la provisión de una serie de servicios de prevención de forma continuada y con intervalos de tiempo no mayores de un año que se deben determinar según la valoración de riesgo de la persona.
¿Qué mide?	Los individuos de grupos de población clave que, una vez vinculados a los servicios de prevención, continúan recibiendo estos servicios según sus necesidades.
Numerador	El total de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH, se realizan otra prueba entre 6 y 12 meses más tarde (para los usuarios de PrEP se monitorearán además cortes temporales cada 3 meses).
Denominador	Se considerarán dos denominadores: - Número de personas con un resultado negativo en una prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el indicador 2.1) (indicador programático). - Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.a) (indicador poblacional).
Método y herramientas de medición	Este indicador se ha de medir, idealmente, a partir de los datos del programa. Desarrollo operativo: Se debe tomar el grupo de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se han realizado la prueba en un momento 0 (por ejemplo, en el año 2017). De este grupo de personas, se contabiliza a quienes se han repetido la prueba entre 6 y 12 meses después de ese momento 0.

2.3 Número y porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave en seguimiento en los servicios de prevención (continuación)

Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Usuario de PrEP: Sí, no. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Riesgo sustancial de infección: Sí, no. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud.
Puntos fuertes y débiles	El seguimiento longitudinal en los servicios de prevención exige contar con identificadores únicos de las personas. Según el contexto se pueden considerar otros intervalos para establecer los tiempos entre la prueba del VIH inicial y la que determina que la persona está en seguimiento (por ejemplo, entre 6 y 12 meses, a los 3 meses para usuarios de PrEP, etc.). Los países pueden ajustar este punto de corte según las recomendaciones que existan en sus guías nacionales.
Consideraciones adicionales	Las personas de los grupos de población clave usuarias de PrEP tienen unos criterios de retención más estrictos, que implican acudir a los centros de salud cada 3 meses [11]. Por tanto, este indicador se debe medir de manera diferente en el caso de los usuarios de PrEP, y se reducirá el intervalo entre pruebas del VIH a 3 meses para obtener numerador y se utilizará como denominador el total de personas que han recibido PrEP al menos una vez en los últimos 12 meses (véase el indicador 5.6).
Otras referencias	[39, 40]

2.4 Número y porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave que se mantienen libres de VIH a los 12 meses

Fundamento	El éxito del paquete de servicios de prevención se definirá por el grado en el que las personas de grupos de población clave seronegativa para el VIH se mantienen libres de VIH.
¿Qué mide?	La proporción de personas de los grupos de población clave que obtuvieron un resultado negativo en la prueba inicial del VIH y se mantienen libres del VIH a los 12 meses.
Numerador	Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que continúan con resultado negativo en la prueba del VIH a los 12 meses de la prueba en el momento 0.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave en seguimiento en servicios de prevención del VIH (tamizadas a los 12 meses) (véase el numerador del indicador 2.3).
Método y herramientas de medición	Para calcular este indicador se tomarán las personas en seguimiento tamizadas con un resultado negativo en la prueba del VIH y como denominador el total de las personas en seguimiento (es decir, con prueba del VIH en el periodo de 6 a 12 meses).
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Usuario de PrEP: Sí, no. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Riesgo sustancial de infección con el VIH: Sí, no. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	A nivel programático el indicador da una buena información relativa a la calidad de los servicios de prevención que se están ofreciendo a las personas de los grupos de población clave. Aunque conceptualmente se mide el resultado de la prueba del VIH a los 12 meses, los individuos han podido hacerse la prueba en un rango de tiempo variable (por ejemplo, no inferior a 6 meses y no superior a 12 meses). Este indicador debe interpretarse considerando el porcentaje de personas en seguimiento en los servicios de prevención. Si debido a la existencia de barreras, el porcentaje de personas en seguimiento es bajo, entonces el porcentaje de casos de VIH revelados por este indicador puede ser mayor de lo esperado y no ser representativo del total de la población vinculada a servicios de prevención.

7.c Indicadores del proceso continuo de servicios de atención (“cascada de atención”)

3.1 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su estado serológico

Fundamento	El conocimiento del estado serológico es necesario para acceder a los servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS.
¿Qué mide?	El progreso en la implementación de la prueba del VIH, el asesoramiento para realizarla y la notificación de los casos de infección por el VIH en los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas e informadas sobre su estado de infección por el VIH y que siguen vivas en el periodo de referencia (por ejemplo, diciembre del 2019).
Denominador	Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.b).
Método y herramientas de medición	Numerador: Número de casos de infección por el VIH en los grupos de población clave diagnosticados y notificados al sistema de información de vigilancia del VIH que siguen vivos en el momento de la evaluación. Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como “fallecido” se excluyen del numerador. La vinculación con la base de datos nacional de mortalidad puede permitir actualizar el estado vital de los casos y mejorar la fiabilidad del indicador (reducir la sobreestimación de personas con VIH diagnosticadas y vivas). La vinculación con otros sistemas de información (por ejemplo, el laboratorio, el registro de TAR) también puede mejorar el subregistro de casos. Denominador: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.b) a través de modelos de proyección como el de Spectrum. En este caso, para la población total se usarán los datos obtenidos en la siguiente ruta de dicho software: Resultados > Población total > Población de VIH. Si las estimaciones de Spectrum no están disponibles, se calculará multiplicando el tamaño del grupo de población clave por la prevalencia nacional de la infección con el VIH en dicho grupo.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	Para el denominador, la calidad de estas estimaciones está directamente relacionada con la calidad de los datos programáticos y de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje. Muchos países no saben cuántos casos de infección por el VIH notificados siguen vivos. Otra manera de tener esta información por subpoblaciones clave es a través de encuestas serológicas (véase el indicador 1.2).
Consideraciones adicionales	El numerador (personas diagnosticadas con infección por el VIH y que siguen vivas) corresponde al segundo pilar de la cascada de atención.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador 1.2 del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 [13].

3.2 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH

Fundamento	Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes de grupos de población clave diagnosticados con infección por el VIH con los circuitos de atención.
¿Qué mide?	Este indicador mide, de forma transversal, la proporción de personas de los grupos de población clave que reciben servicios de atención relacionados con la infección por el VIH, definidos como el haber realizado al menos un recuento de linfocitos CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH en el periodo de análisis. Puede considerarse un enfoque poblacional o programático, dependiendo de si el denominador se refiere a la estimación de todas las personas seropositivas de grupos de población clave o solo a las diagnosticadas.
Numerador	Número total de personas seropositivas de los grupos de población clave que tuvieron al menos un recuento de linfocitos CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta de atención relacionada con la infección por el VIH en el año determinado.
Denominador	Este indicador se puede calcular con dos denominadores: a. Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave en el año de análisis (véase el indicador 1.1.b) (indicador poblacional). b. Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su diagnóstico y siguen vivas (indicador programático).
Método y herramientas de medición	Numerador: Registros de los establecimientos sobre pacientes de grupos de población clave en atención. Se contabiliza el número de pacientes con un recuento de CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta relacionada con la infección por el VIH dentro del periodo de notificación. Denominador poblacional: Número estimado de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH en un periodo (cálculos de Spectrum). Denominador programático: A partir de los registros de vigilancia.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas de grupos de población con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención para la salud, pero no mide la calidad de la atención prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el periodo.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador 2.1 del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 [13].

3.3 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR)

Fundamento	El TAR es efectivo para reducir la mortalidad y la morbilidad entre las personas con VIH; además, al bajar la carga viral a niveles indetectables impide la transmisión. El TAR debe ofrecerse junto con otros servicios de atención y apoyo más amplios.
¿Qué mide?	El progreso en la provisión de TAR a todas las personas de grupos de población clave con VIH.
Numerador	Número de personas de grupos de población clave que reciben TAR al final del periodo de notificación.
Denominador	Denominador programático: Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas (véase el numerador del indicador 3.1). Denominador poblacional: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave en el periodo de referencia (véase el indicador 1.1.b).
Método y herramientas de medición	Para el numerador: Registros de TAR de los centros sanitarios o de los sistemas de gestión de suministro de los fármacos. Para el denominador: Registros de programa y vigilancia y modelos de estimación del VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	El indicador permite medir la brecha en el continuo de servicios de atención relacionados con la infección por el VIH entre personas de grupos de población clave. El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de TAR, ni medir el costo, la calidad, la adherencia al tratamiento o la eficacia del tratamiento administrado.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador 3.1 del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 [13].

3.4 Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral y con carga viral suprimida

Fundamento	A medida que la provisión del TAR se amplía en países de todo el mundo, el monitoreo de la carga viral ofrece la información del éxito de estos tratamientos y orienta sobre la proporción de virus circulante en el país y el riesgo de transmisión. Este indicador, además de servir como una medida de la situación de la epidemia en términos de la carga viral y del riesgo de transmisión del VIH, también orienta sobre la adherencia al tratamiento y la prescripción de esquemas terapéuticos eficaces.
¿Qué mide?	Este indicador mide la proporción estimada de personas de los grupos de población clave con VIH que alcanzaron la supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con carga viral por debajo de 1000 copias/ml en la última determinación durante el año de estudio.
Denominador	Denominador programático: Número de personas en TAR que se hicieron una prueba de carga viral en los últimos 12 meses. Denominador poblacional: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.b).
Método y herramientas de medición	Numerador: Registros de los establecimientos sobre los pacientes de grupos de población clave en atención. Se contabiliza el número de pacientes de los grupos de población clave con carga viral inferior a 1000 copias/ml, que indica supresión virológica. Denominador: Registros programáticos y modelos de estimación de grupos de población clave, como Spectrum.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Indetectabilidad: Según la capacidad de laboratorio de cada país (por ejemplo, menos de 50 copias/ml o menos de 20 copias/ml).
Puntos fuertes y débiles	La interpretación de este indicador requiere de una serie de suposiciones. Si se utiliza el denominador poblacional, se asume que toda persona que no se ha realizado una prueba de carga viral no tiene supresión virológica. Si se utiliza el denominador programático, se asume que la distribución de personas con carga viral suprimida es igual entre quienes realizaron la prueba de carga viral y entre quienes no la realizaron. Si el porcentaje de pacientes de grupos de población clave en atención a los que se les realiza medición de la carga viral es bajo (menos del 70%), este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.
Consideraciones adicionales	Este es un indicador básico de la cascada de atención. Hay varias pruebas de carga viral del VIH tipo 1 disponibles en el mercado. Los niveles detectables de virus difieren con cada tipo de prueba. Una carga viral indetectable indica que la prueba no es capaz de detectar el VIH en el plasma, pero no indica la ausencia o el aclaramiento del virus del cuerpo. A día de hoy se desconoce si el umbral de 200 copias/ml es suficiente para garantizar la no transmisión del VIH.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador 5.1 del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014 [13].

7.d Otros indicadores relativos a la capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave

4.1 Ratio entre el número de condones masculinos distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses

Fundamento	El uso de condones en las relaciones sexuales es una herramienta de demostrada eficacia para ayudar a prevenir la infección por el VIH y otras ITS. Los esfuerzos de prevención del VIH en la población clave deben incluir la distribución de condones.
¿Qué mide?	La distribución de condones entre personas de grupos de población clave.
Numerador	Número de condones distribuidos entre personas de grupos de población clave en los últimos 12 meses.
Denominador	Estimación del tamaño de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1).
Método y herramientas de medición	La fuente de datos sugerida es un registro de distribución de condones. Los datos que deben registrarse son la cantidad de condones distribuidos.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
Puntos fuertes y débiles	La distribución de condones no equivale al número de personas que los utilizan. Esto se mide mejor mediante encuestas, ya que los condones pueden ser redistribuidos por quienes los reciben. Además, medir el número de condones distribuidos a cada individuo lleva mucho tiempo y sobrecarga los recursos humanos impidiéndoles realizar otras tareas de prevención.
Otras referencias	[41]

4.2 Ratio entre el número de lubricantes distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses

Fundamento	La distribución de lubricantes de base acuosa o silicona es una estrategia esencial de la respuesta a la infección por el VIH, ya que impiden que el preservativo se mueva o se rompa.
¿Qué mide?	La distribución de lubricantes entre personas de población clave.
Numerador	Número de lubricantes distribuidos entre personas de grupos de población clave en los últimos 12 meses.
Denominador	Tamaño estimado de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1).
Método y herramientas de medición	La fuente de datos sugerida es un registro de distribución de lubricantes. Los datos que deben registrarse son la cantidad de lubricantes distribuidos.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
Puntos fuertes y débiles	Una limitación de este indicador es que la distribución no equivale al uso.
Otras referencias	[41]

4.3 Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis previa a la exposición (PrEP)

Fundamento	Las personas en riesgo sustancial de infección por el VIH se pueden beneficiar de la PrEP. La iniciación de la PrEP incluye, al menos, la evaluación de riesgo, el asesoramiento y la provisión de un paquete de inicio de antirretrovirales.
¿Qué mide?	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PrEP en el sitio para las personas elegibles de la población clave.
Numerador	Número de centros que ofrecen servicios de PrEP.
Denominador	No aplicable
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de instalaciones que ofrecen servicios de PrEP. Para obtener esta información, los programas nacionales sobre el sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen PrEP.
Desglose	Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PrEP ni su impacto. La gama completa de servicios de PrEP incluye la valoración de riesgo, el asesoramiento, la realización de la prueba del VIH cada tres meses, el análisis de las funciones renal y hepática, y el seguimiento y apoyo a los pacientes. Monitorear la disponibilidad de PrEP a través de los registros del programa no garantiza que los servicios asociados se proporcionen adecuadamente a las personas que los necesitan. Sin embargo, medirá si los servicios de PrEP están disponibles en áreas geográficas subnacionales donde se sabe que la prevalencia y las tasas de incidencia del VIH son altas y, por lo tanto, donde es probable que haya un gran número de personas que puedan beneficiarse de PrEP.
Otras referencias	[11, 27]

4.4 Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis posterior a la exposición (PPE)

Fundamento	Las personas de grupos de población clave potencialmente expuestas al VIH deberían recibir PPE. La iniciación de la PPE incluye, al menos, la evaluación de riesgo, el asesoramiento y la provisión de un paquete de 28 días de antirretrovirales en las 72 horas posteriores a la exposición.
¿Qué mide?	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PPE a las personas de grupos de población clave potencialmente expuestas al VIH a través de actos sexuales consensuados y no consensuados (violencia sexual).
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PPE a las personas expuestas al VIH de los grupos de población clave.
Denominador	No aplicable.
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de instalaciones que ofrecen servicios de PPE. Para obtener esta información los programas nacionales de sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen PPE.
Desglose	Exposición: Ocupacional, no ocupacional (sexo consensuado o violencia sexual). Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PPE proporcionados ni su impacto. El monitoreo de la disponibilidad de PPE a través de los registros del programa no garantiza que todos los servicios relacionados con PPE se proporcionen adecuadamente a quienes los necesitan.
Otras referencias	[28]

4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico confirmatorio de infección por el VIH después de un resultado positivo en una prueba autoadministrada en los últimos 12 meses

Fundamento	La distribución de pruebas autoadministradas puede contribuir a reducir las barreras a la prueba del VIH para las personas de los grupos de población clave. Este indicador muestra la eficiencia de las pruebas autoadministradas para identificar casos positivos de infección por el VIH en la población clave.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico de infección por el VIH después de tener un resultado positivo en una prueba del VIH autoadministrada.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en una prueba del VIH autoadministrada en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas seropositivas de los grupos de población clave que tuvieron un diagnóstico confirmado de VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Estos datos deben compilarse a partir de los registros de notificación de caso de infección por el VIH. Las hojas de notificación de caso deben adaptarse para recopilar la información sobre el uso de la prueba autoadministrada del VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador ayuda a evaluar el impacto de la prueba autoadministrada del VIH en la identificación de nuevos casos positivos, lo cual es importante en el contexto de la implementación de esta estrategia. Este indicador no captura el éxito de la prueba autoadministrada del VIH a la hora de vincular a la población examinada con los servicios de prevención o atención relacionados con el VIH. La prueba autoadministrada es una prueba de tamizaje para el VIH. Tras un resultado positivo, se debe seguir el algoritmo diagnóstico completo aprobado a nivel nacional para diagnosticar la infección por VIH.
Otras referencias	[18]

4.6 Número de establecimientos de salud con notificación asistida para parejas

Fundamento	La notificación asistida para parejas de personas que viven con el VIH es una herramienta eficaz para identificar a personas seropositivas que no han sido diagnosticadas en los grupos de población clave. Esto es importante porque las parejas sexuales y los compañeros de inyección de drogas de las personas que viven con el VIH tienen una mayor probabilidad de ser también seropositivas.
¿Qué mide?	El número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de notificación asistida para parejas con el propósito de vincular a estas a los servicios de prevención o atención relacionados con el VIH a las parejas de personas seropositivas.
Numerador	Número de establecimientos que ofrecen el servicio de notificación asistida.
Denominador	No aplicable.
Método y herramientas de medición	El indicador se calcula sumando el número de centros que ofrecen servicios de notificación asistida. Para obtener esta información los programas nacionales sobre el sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen estos servicios.
Desglose	Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de notificación asistida para parejas proporcionados ni su impacto.
Consideraciones adicionales	Este indicador tiene sentido en un contexto incipiente de implementación de la notificación asistida.
Otras referencias	[18]

4.7 Porcentaje y número de establecimientos de salud con recursos humanos capacitados en estigma y discriminación

Fundamento	El estigma y la discriminación incrementan la vulnerabilidad social de las personas de los grupos de población clave y tienen importantes efectos en la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de estas personas. Por otro lado, para las personas que viven con el VIH o están afectadas directamente por la epidemia, el estigma y la discriminación dentro de las instalaciones de salud son barreras serias para el acceso a la atención médica y el compromiso de atención.
¿Qué mide?	Este indicador mide el número y el porcentaje de centros de atención con recursos humanos capacitados y sensibilizados en estigma y discriminación.
Numerador	Número de establecimientos de salud con recursos humanos que han completado la capacitación.
Denominador	Total de establecimientos de salud.
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de establecimientos que informen haber realizado capacitaciones en estigma y discriminación en los últimos dos años. Para obtener esta información se debe tener un registro de los establecimientos de salud.
Desglose	Sector: público, privado. Tipo de servicio: Primer nivel de atención, nivel especializado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de las capacitaciones en estigma y discriminación que se hayan llevado a cabo en los establecimientos de salud ni tampoco su impacto en la calidad de los servicios ofrecidos.
Consideraciones adicionales	Para complementar este indicador se pueden realizar encuestas de satisfacción entre las personas de grupos de población clave que acudan a los servicios (véase el indicador 4.8).
Otras referencias	[38, 42]

4.8 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que experimentaron discriminación en los servicios de salud

Fundamento	El estigma y la discriminación que experimentan las personas de los grupos de población clave obstaculizan su acceso a los servicios relacionados con el VIH y las ITS y su aceptabilidad.
¿Qué mide?	El avance hacia la reducción de la discriminación experimentada por los grupos de población clave y vulnerables en los servicios de salud.
Numerador	Número de participantes de los grupos de población clave y vulnerables que respondieron “sí” a al menos una de las siguientes preguntas: 1. En los últimos 12 meses, ¿le han negado los servicios de salud que necesitaba o que solicitó porque usted es _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)? 2. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado hostilidad o rechazo de parte del personal administrativo de un establecimiento de salud por ser usted _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)? 3. En los últimos 12 meses, ¿un(a) profesional de la salud o alguien del personal administrativo ha dicho a otras personas, sin su consentimiento, que usted es _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)?
Denominador	Número de encuestados.
Método y herramientas de medición	Encuestas a la salida de los establecimientos de salud, encuestas de vigilancia del comportamiento o estudios especiales.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans, trabajadoras sexuales. Sector: público, privado. Tipo de servicio: Primer nivel de atención, nivel especializado.
Otras referencias	[42]

7.e Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave

5.1 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH, se someten a una valoración del riesgo de infección por el VIH

Fundamento	Las prácticas que definen el riesgo de una persona pueden variar a lo largo del tiempo y el mero hecho de formar parte de un grupo de población clave no define el nivel de riesgo de infección por el VIH. Por ello, es importante que las personas que reciban un resultado negativo a la prueba del VIH sean valoradas respecto a su riesgo de infectarse con el VIH para poder así ofrecerles servicios de prevención adaptados a sus necesidades.
¿Qué mide?	La proporción de personas de los grupos de la población clave que han recibido una valoración de riesgo tras un resultado negativo en la prueba del VIH y a las que se les puede ofertar un abanico de servicios de prevención acorde a su riesgo.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, reciben una valoración de riesgo.
Denominador	Número total de personas de grupos de la población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el indicador 2.1).
Método y herramientas de medición	Numerador: Estos datos se deben obtener de la información recogida en las fichas de consejería disponibles en los países que permiten consignar la información relevante relacionada con el riesgo de infección por el VIH de cada persona (véase la propuesta de ficha de evaluación de riesgo del recuadro 3). Denominador: véase el indicador 2.1 .
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite monitorear la calidad del asesoramiento posterior a la prueba del VIH en los servicios de tamizaje de la infección. Es importante garantizar que las fichas de consejería recojan adecuadamente esta información y que esta se añada convenientemente a las bases de datos de los sistemas de información.
Otras referencias	[11]

5.2 Porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave con riesgo sustancial de infección por el VIH

Fundamento	Conocer el número de personas de grupos de población clave en riesgo sustancial de infección por el VIH permite identificar a aquellos subsegmentos de población que necesitan servicios con mayor frecuencia e intensidad (por ejemplo, PrEP). Son personas que por sus prácticas, y por situarse en un contexto de alta incidencia de la infección por el VIH, están consideradas como de alto riesgo de infección.
¿Qué mide?	La proporción de personas de grupos de la población clave que tras un resultado negativo del VIH son consideradas de riesgo sustancial de infección por el virus.
Numerador	Número de personas de grupos de la población clave que tras la valoración de riesgo son consideradas en riesgo sustancial en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de la población clave que reciben la valoración de riesgo tras un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el numerador del indicador 5.1).
Método y herramientas de medición	Numerador: Estos datos se deben obtener de las fichas de posconsejería (o de otros servicios relacionados) disponibles en los países y que deben recoger información relevante relacionada con el riesgo de infección por el VIH de cada persona (véase la propuesta de ficha de evaluación de riesgo en el recuadro 3). Denominador: véase el indicador 5.1 .

5.2 Porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave con riesgo sustancial de infección por el VIH (continuación)

Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	La información de riesgo se puede recoger de manera sencilla a través de herramientas similares a la mostrada en el recuadro 3 . Sin embargo, el riesgo sustancial de las personas puede variar en periodos cortos de tiempo, por lo que este indicador solo proporcionará una fotografía del nivel de riesgo de la persona en el momento en el que se realiza la prueba del VIH.
Otras referencias	[11]

5.3 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses

Fundamento	Las pruebas de tamizaje para la sífilis en los grupos de población clave son importantes para la salud de estas personas y ayudan a mejorar la vigilancia de esta enfermedad.
¿Qué mide?	Cobertura de la prueba para la detección temprana de la sífilis en personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de la sífilis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el indicador 2.1).
Método y herramientas de medición	Todas las personas de grupos de población clave deben realizarse la prueba de detección de la sífilis de forma periódica según su valoración del riesgo. Puede utilizarse para el tamizaje cualquiera de las pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) o de las pruebas treponémicas que miden el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, TPPA o las pruebas treponémicas rápidas). En un desglose del indicador se puede considerar quiénes han tenido un resultado positivo en la prueba de tamizaje solamente o quiénes, además, tienen sífilis activa (resultados positivos en ambas pruebas, treponémicas y no treponémicas).
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24
Puntos fuertes y débiles	Los datos de los programas nacionales podrían no estar disponibles, aunque se pueden reportar los datos de vigilancia centinela o de estudios.

5.4 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que son seronegativas para el VIH, presentaron un resultado positivo para la sífilis y recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses

Fundamento	Tratar la sífilis en las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que reciben servicios de prevención relacionados con el VIH y que dan positivo en las pruebas de la sífilis es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la sífilis.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas con serología negativa para el VIH y positiva para la sífilis de los grupos de población clave que acudieron a servicios de prevención de la infección por el VIH y que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de grupos de población clave seronegativas para el VIH y seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento adecuado.
Denominador	Número de personas seronegativas para el VIH de grupos de población clave que recibieron resultados positivos en las pruebas de la sífilis en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Los datos deberán recopilarse anualmente. La seropositividad a pruebas treponémicas o a pruebas no treponémicas es suficiente para que se considere la positividad a la sífilis en lo que respecta a este indicador.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24
Puntos fuertes y débiles	Recopilar datos sobre el tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración de otros programas para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 2.4 [38].

5.5 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para el tamizaje de *Neisseria gonorrhoeae* en los últimos 12 meses

Fundamento	La infección con gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y la adquisición del VIH. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera. La detección de la infección gonocócica, independientemente de los síntomas, mejora la vigilancia y el control de la enfermedad. El incremento de la resistencia a las opciones de tratamiento puede dar lugar a que la infección devenga intratable.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la gonorrea en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron una prueba de tamizaje para la gonorrea en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave que recibieron un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses (véase el numerador del indicador 2.1).
Método y herramientas de medición	Datos recopilados de manera rutinaria en el programa.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Aunque la OMS ha proporcionado una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones. Además, las capacidades de diagnóstico pueden variar entre países. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 10.5 [38].

5.6 Porcentaje de personas elegibles de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez en los últimos 12 meses

Fundamento	Este indicador es clave para evaluar la aceptación de PrEP entre aquellas personas de grupos de población clave que son elegibles. Las personas que recibieron la PrEP oral al menos una vez incluyen aquellas que iniciaron la PrEP por primera vez y las que pudieron haber suspendido la PrEP en un momento anterior y haberla reiniciado dentro del periodo de referencia.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas elegibles que iniciaron la PrEP antirretroviral oral al menos una vez en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que iniciaron la PrEP al menos una vez en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave a las que se ofreció PrEP en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	El indicador se obtiene contando el número de personas que iniciaron la PrEP oral al menos una vez durante los últimos 12 meses entre las personas a las que se les ofreció PrEP. Se incluye a las personas que recibieron la PrEP por primera vez y aquellas que lo reiniciaron tras haberlo suspendido. Los usuarios regulares de PrEP deben ser excluidos tanto del numerador como del denominador. Se debe incluir a todas las personas que recibieron PrEP oral a través de programas nacionales, proyectos de demostración, investigación o por medios privados y que lo toman de acuerdo con las normas de la OMS y ONUSIDA. El denominador se obtiene a partir del número de personas elegibles a las que se ha ofrecido PrEP recientemente. Cada individuo debe contarse una sola vez en el periodo de referencia, incluso si inició PrEP más de una vez después de un periodo de suspensión.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Posología: diario o a demanda
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PrEP proporcionados ni su impacto. La gama completa de servicios de PrEP incluye la valoración de riesgo, el asesoramiento, la prueba del VIH cada tres meses, el análisis de las funciones renal y hepática, y proporcionar seguimiento y apoyo a los pacientes.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador PrEP_new de PEPFAR [10] y está relacionado con el indicador GAM 3.5 [38] y con los indicadores KP-6a, 6b, 6c del marco de monitoreo del Fondo Mundial [43].

5.7 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la mantuvieron durante tres meses consecutivos

Fundamento	Es necesario conocer si las personas de grupos de población clave que reciben PrEP (diariamente o a demanda) se mantienen en tratamiento. Este indicador proporciona una medida indirecta del mantenimiento en PrEP evaluando si los usuarios de PrEP reciben servicios adecuados tres meses después de iniciar la PrEP. El indicador es un desglose del indicador 2.3 .
¿Qué mide?	Porcentaje de usuarios de PrEP que iniciaron PrEP (ya sea diariamente o a demanda) en los últimos 12 meses y siguen vinculados a servicios de salud relacionados con PrEP tres meses después de iniciar tratamiento.
Numerador	Número de personas que tras iniciar PrEP (ya sea diariamente o a demanda) en los últimos 12 meses continúan con PrEP tres meses después del inicio.
Denominador	Número de personas que iniciaron PrEP (ya sea diaria o a demanda) en los últimos 12 meses (véase el indicador 5.6).

5.7 Porcentaje de personas de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la mantuvieron durante tres meses consecutivos (continuación)

Método y herramientas de medición	Como medida indirecta para el mantenimiento en PrEP, el numerador se genera contando el número de personas que iniciaron PrEP (ya sea diaria o a demanda) en los últimos 12 meses y tuvieron una consulta de seguimiento y una prueba de VIH tres meses después del inicio. El denominador se genera contando el número de personas que iniciaron la PrEP (ya sea diaria o a demanda) durante los últimos 12 meses (véase el numerador para el indicador 5.6).
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Posología: diario o a demanda
Puntos fuertes y débiles	Este indicador proporciona una medida indirecta de la continuación en PrEP y del seguimiento clínico recomendado, medido a través de la realización de una prueba de VIH tres meses después del inicio. El indicador no captura la adherencia a la PrEP, la adherencia a la medicación por tipo de paciente, la calidad de los servicios de PrEP proporcionados o el impacto de la PrEP.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 10.5 [38].

5.8 Número de personas de los grupos de población clave que han recibido servicios de profilaxis posterior a la exposición (PPE) en los últimos 12 meses

Fundamento	La PPE reduce la probabilidad de infección por el VIH en personas potencialmente infectadas con el VIH. Para lograr la máxima efectividad, la PPE debe proporcionarse dentro de las 72 horas posteriores a la exposición al virus. La PPE se puede proporcionar tras una exposición ocupacional (por ejemplo, en instalaciones de salud) o no ocupacional (relativa a la exposición al VIH en relaciones sexuales consensuadas). La PPE debe ofrecerse a las víctimas de agresión sexual.
¿Qué mide?	Número de personas de grupos de población clave que, como parte del paquete de prevención del VIH, recibieron servicios de PPE tras una exposición de riesgo al VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que han recibido PPE en los últimos 12 meses.
Denominador	No aplicable
Método y herramientas de medición	Datos recopilados de manera rutinaria a través del programa y notificados a los sistemas de información sobre el VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Exposición: ocupacional, no ocupacional (sexo consensuado o violencia sexual). Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura la calidad de los servicios de PPE recibidos por las personas de grupos de población clave ni su impacto. La gama completa de servicios de PPE incluye primeros auxilios, asesoramiento, prueba del VIH antes y después de la PPE, y proporcionar seguimiento y apoyo a los pacientes. El indicador no mide si la PPE se toma siguiendo las indicaciones, algo que es necesario para que sea completamente efectiva.
Otras referencias	Las directrices para la administración de la PPE se pueden consultar en www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/index.html .

5.9 Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de grupos de población clave que se realizaron una prueba para la detección del virus de la hepatitis B en los últimos 12 meses

Fundamento	Conocer el estado serológico relativo a la hepatitis B permite que las personas reciban cuidados para la hepatitis B crónica y también que se evalúe su elegibilidad para recibir la vacuna de la hepatitis B.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la hepatitis B en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con una prueba del VIH negativa en los últimos 12 meses a las que se realizó una prueba para la detección de la hepatitis B en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de la población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH y que no están, o no recuerdan estar, vacunadas contra la hepatitis B.
Método y herramientas de medición	Registros clínicos o de laboratorio.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador supervisa los avances en las actividades de tamizaje de la hepatitis B de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el virus de la hepatitis B que reciben atención por el VIH y conocen su coinfección por el virus de la hepatitis B.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 10.6 [38].

7.f Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave

6.1 Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) a los 7 días del diagnóstico en los últimos 12 meses

Fundamento	El TAR es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva para reducir la mortalidad y la morbilidad entre las personas con VIH. La OMS recomienda el inicio rápido de este tratamiento tras el diagnóstico de infección por el VIH.
¿Qué mide?	El progreso en el inicio rápido del TAR a todas las personas con VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave, diagnosticadas en los últimos 12 meses, que iniciaron TAR dentro de los 7 días posteriores al diagnóstico de la infección por el VIH.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave diagnosticadas con infección por el VIH en los últimos 12 meses (véase el indicador 1.3).
Método y herramientas de medición	Registros de diagnóstico y TAR de los establecimientos de salud o registros de los sistemas de gestión de suministro de los fármacos.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Otras referencias	[29]

6.2 Cobertura de la prueba de carga viral entre las personas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral (TAR)

Fundamento	La carga viral en una persona es la medición recomendada para evaluar la eficacia del TAR. Indica el nivel de adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave a las que, estando en TAR, se les ha realizado una prueba de carga viral en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave en TAR que se han sometido a una prueba de carga viral en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave en TAR (véase el indicador 2.3).
Método y herramientas de medición	Registros de laboratorio de los establecimientos de salud o registros de los sistemas de gestión de autorización de estudios.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	El indicador permite medir la eficacia y la adherencia del TAR entre personas de grupos de población clave.

6.3 Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que son tamizadas para la tuberculosis en el contexto de la atención de la infección por el VIH

Fundamento	Los servicios de atención relacionados con el VIH y las ITS deben evaluar la situación de las personas con VIH respecto de la tuberculosis en cada consulta realizada durante el periodo de notificación con el objetivo de detectar posibles casos de esta enfermedad. También es importante monitorear la aplicación de la totalidad del proceso asistencial, desde la detección de síntomas hasta el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.
¿Qué mide?	Evaluar si las personas de los grupos de población clave con VIH en atención han sido sometidas a tamizaje de tuberculosis en todas las visitas realizadas a los servicios relacionados con la infección por el VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave atendidas por la infección por el VIH cuya situación con respecto a la tuberculosis se investigó y registró en la última consulta realizada en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas atendidas y examinadas por infección por el VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Debe determinarse el número total de personas con VIH sometidas a tamizaje de la tuberculosis a partir de las inscritas en los registros relacionados con el TAR o previos a este. Deben consultarse las columnas relativas al seguimiento trimestral o mensual y a la fecha de inicio del tratamiento antituberculoso. Los países que disponen de expedientes médicos electrónicos con identificador único de pacientes pueden incorporar estos datos a los expedientes. Si los expedientes son en papel, habrá que registrar y notificar sistemáticamente todas las etapas del proceso asistencial, por ejemplo, mediante la inscripción sistemática de los casos sospechosos de tuberculosis, y realizar un seguimiento de dichos casos a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador B1 de la <i>Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH</i> [44]

6.4 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que reciben simultáneamente tratamiento antirretroviral (TAR) y tratamiento para la tuberculosis

Fundamento	La tuberculosis es una causa principal de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, incluidas las que reciben TAR. El tratamiento de la tuberculosis y el TAR tempranos son claves para reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis asociada al VIH.
¿Qué mide?	Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas para el VIH que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH.
Numerador	Número de pacientes seropositivos para el VIH y con tuberculosis (tanto nuevos como los que recaen en la enfermedad) de los grupos de población clave que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis durante el periodo de referencia y que ya estaban recibiendo TAR o lo empezaron durante el tratamiento de la tuberculosis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas de los grupos de población clave que viven con el VIH.

6.4 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que reciben simultáneamente tratamiento antirretroviral (TAR) y tratamiento para la tuberculosis (continuación)

Método y herramientas de medición	Para el numerador deben emplearse los registros e informes sobre TAR en los establecimientos de salud y las herramientas de monitoreo de los programas. Debe obtenerse el recuento total de pacientes de los grupos de la población clave con tuberculosis (nuevos o que recaen en la enfermedad) que son seropositivos para el VIH y que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis (según los registros de esta enfermedad) y el TAR, o aquellos que ya reciben terapia antirretroviral (según los registros de TAR) e inician el tratamiento para la tuberculosis. La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de tuberculosis en las unidades de gestión básica pertinentes antes de consolidarla y reportarla. Para el denominador se emplearán los datos de los programas y estimaciones sobre el número estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas de los grupos de la población clave que viven con el VIH. La OMS realiza estimaciones anuales del número de casos nuevos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador cuantifica el grado en que la colaboración entre los programas nacionales sobre tuberculosis y VIH garantiza que las personas que viven con el VIH y con tuberculosis puedan tener acceso a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, este indicador se verá afectado por bajos niveles de uso de las pruebas del VIH y del escaso acceso a los servicios de diagnóstico, a los de atención relacionados con el VIH, al TAR y al tratamiento de la tuberculosis.
Consideraciones adicionales	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de municipio para este indicador.
Otras referencias	[44-46]

6.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que comenzaron terapia preventiva para la tuberculosis en los últimos 12 meses

Fundamento	Todas las personas que reciben atención para la infección por el VIH deben ser tamizadas para la tuberculosis en cada visita, utilizando para ello un algoritmo clínico recomendado por la OMS. Los adultos y adolescentes seropositivos que no presenten síntomas de tuberculosis deberán recibir terapia preventiva para la enfermedad, es decir, tratamiento para una infección latente de tuberculosis.
¿Qué mide?	Este indicador mide las personas que viven con el VIH de los grupos de población clave que se inscriben por primera vez en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH y empiezan a recibir el tratamiento para infecciones latentes de tuberculosis.
Numerador	Número total de personas que viven con el VIH de los grupos de población clave que se han registrado por primera vez en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH y han empezado el tratamiento para una infección latente de tuberculosis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de población clave que son registradas por primera vez para recibir atención relacionada con la infección por el VIH durante el periodo sobre el que se informa.

6.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que comenzaron terapia preventiva para la tuberculosis en los últimos 12 meses (continuación)

Método y herramientas de medición	Para el numerador debe obtenerse el recuento del número total de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH que se inscribieron en servicios de atención relacionados con esta infección durante los últimos 12 meses y que empezaron el tratamiento para cuadros latentes de tuberculosis, es decir, las personas que recibieron como mínimo una dosis de medicamentos antituberculosos, como la isoniacida. Para el denominador debe obtenerse el recuento del número total de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH que se inscriben en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador cuantifica la cobertura de las terapias preventivas de la tuberculosis entre las personas que se inscriben para recibir atención relacionada con la infección por el VIH. Sin embargo, carece de un punto de referencia sobre el rendimiento aceptable de estas terapias. A menos que se recopilen datos adicionales, este indicador no ofrece información sobre el número de individuos que cumplen o completan el curso del tratamiento.
Otras referencias	[44]

6.6 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses

Fundamento	Las pruebas de tamizaje para la sífilis en los grupos de población clave son importantes para la salud de estas personas y ayudan a mejorar la vigilancia de la enfermedad.
¿Qué mide?	Cobertura de la prueba para la detección temprana de la sífilis en personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de la sífilis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a servicios de atención relacionados con la infección (véase el numerador del indicador 3.2).
Método y herramientas de medición	Todas las personas de los grupos de población clave diagnosticadas con infección por el VIH han de hacerse la prueba de detección de la sífilis de manera periódica. Este indicador debe medirse anualmente. Puede utilizarse para el tamizaje cualquiera de las pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) o de las pruebas treponémicas que miden el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, TPPA o las pruebas treponémicas rápidas). Para este indicador es suficiente realizarse la prueba por cualquier tipo de test.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Resultado: Positivo y negativo en relación con la prueba de tamizaje, ya sea considerando solo positivo para la infección o también positivo para la enfermedad activa.
Puntos fuertes y débiles	Los datos de los programas nacionales podrían no estar disponibles, aunque se pueden reportar los datos de vigilancia centinela o de estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Es importante especificar la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, los datos de los programas nacionales de las diferentes provincias).

6.7 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses

Fundamento	Tratar la sífilis en las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que dan positivo en las pruebas de la sífilis es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la sífilis.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas con serología positiva tanto para el VIH como para la sífilis de los grupos de población clave que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH y la sífilis de los grupos de población clave que recibieron tratamiento adecuado.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron resultados positivos en las pruebas de la sífilis.
Método y herramientas de medición	Los datos deberán recopilarse anualmente. La seropositividad a pruebas treponémicas o a pruebas no treponémicas es suficiente para que se considere la positividad a la sífilis en lo que respecta a este indicador. Lo ideal es utilizar registros de programas nacionales. Sin embargo, si no hay datos de programas nacionales, se puede recurrir a la información de sistemas de vigilancia centinela o de encuestas especiales si se considera representativa de la situación nacional. Deberán especificarse las fuentes y la cobertura de los datos que utilice el país (si son datos de programas nacionales o provinciales, por ejemplo).
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Los datos sobre tratamiento de la sífilis entre las personas que acuden a servicios relacionados con el VIH y las ITS se suelen supervisar de forma rutinaria. Recopilar datos sobre el tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración de otros programas para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina.
Otras referencias	Este indicador corresponde al indicador GAM 2.4 [38].

6.8 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de tamizaje de *Neisseria gonorrhoeae* en los últimos 12 meses

Fundamento	La infección con gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de la población clave que fueron tamizadas para gonorrea en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se sometieron a una prueba de tamizaje para la gonorrea en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH (véase el numerador del indicador 3.2).
Método y herramientas de medición	Datos recopilados de manera rutinaria en el programa sobre VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	La capacidad de diagnóstico puede variar entre países, ya que muchos realizan tratamiento sintomático y no tienen capacidad de laboratorio para hacer el tamizaje rutinario.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 10.5 [38].

6.9 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba de tamizaje de la hepatitis B en los últimos 12 meses

Fundamento	La presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B indica una infección crónica por el virus de la hepatitis B. Conocer el estado serológico relativo a esta enfermedad de las personas seropositivas para el VIH permite prescribir medicamentos antirretrovirales que son eficaces contra ambas infecciones.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la hepatitis B entre quienes fueron diagnosticadas con infección por el VIH en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave diagnosticadas en los últimos 12 meses que recibieron una prueba de tamizaje para la hepatitis B.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que fueron diagnosticadas con la infección en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Registros clínicos o de laboratorio.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador supervisa los avances en las actividades de tamizaje de la hepatitis B de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B que reciben atención por el VIH y conocen su coinfección por el virus de la hepatitis B.
Otras referencias	Este indicador está basado en el indicador GAM 10.6 [38].

6.10 Porcentaje de las parejas de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y obtienen un resultado positivo

Fundamento	La eficacia de las estrategias de notificación asistida de parejas se mide a través del porcentaje de las parejas captadas que son identificadas como seropositivas para el VIH.
¿Qué mide?	Eficacia de la estrategia de notificación asistida de parejas para identificar a las parejas de personas seropositivas no diagnosticadas previamente.
Numerador	Número de parejas de personas seropositivas de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas con infección por el VIH a través de una estrategia de notificación asistida de parejas en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de población clave captadas a través de la notificación asistida de parejas en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Sistemas de registro del programa.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Otras referencias	Véase el documento guía de la OMS sobre notificación asistida para obtener más información sobre los indicadores de los servicios de notificación asistida [18].

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?jsessionid=B229B-6C41141EA35B4C2E8E63A4D5A28?sequence=1>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington DC: OPS; 2016 (resolución CD 55/14). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 18 de mayo del 2016; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/39). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf.
5. Organización Panamericana de la Salud. Las personas transgénero y la infección por el VIH. Sinopsis de política. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49462/OPSCDE18034-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.
6. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. 28-31 de enero 2002. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49094/9789275320075-spa.pdf?sequence=1>.
8. Organización Mundial de la Salud. HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172798/9789243504742_spa.pdf?sequence=1.
10. PEPFAR. Monitoring, evaluation, and reporting indicator reference guide. MER 2.0 (Version 2.3). Washington, DC: PEPFAR; 2018. Disponible en: https://datim.zendesk.com/hc/en-us/articles/360000084446-MER-2-0-Indicator-Reference-Guide-?mobile_site=true.
11. Organización Mundial de la Salud. WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 1: Clinical. Ginebra: OMS; 2017 (WHO/HIV/2017.17). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf?sequence=1>.
12. Grupo de trabajo mundial sobre información estratégica en materia de VIH. Directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275541/9789243513010-spa.pdf?ua=1>.
13. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuo-atencion-vih.pdf>.

14. Organización Panamericana de la Salud; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/ONUSIDA; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
16. Organización Mundial de la Salud. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44418/9789241500234_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Organización Mundial de la Salud. Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf?sequence=1>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH. Las cinco C: consentimiento, confidencialidad, consejo (asesoramiento), resultados correctos y vinculación con el cuidado. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49460/9789275320181-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.
20. Organización Mundial de la Salud. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972_eng.pdf?sequence=1.
21. Organización Mundial de la Salud. Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44619/9789241501750_eng.pdf?sequence=1.
22. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96349/9243592653_spa.pdf?sequence=1.
23. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>.
24. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. Summary of WHO Position Paper on Hepatitis B Vaccines, July 2017; julio del 2017. Disponible en: http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/who_pp_hepb_2017_summary.pdf?ua=1.
25. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on hepatitis B and C testing. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254621/9789241549981-eng.pdf;sequence=1>.
26. Organización Mundial de la Salud. WHO position paper on hepatitis A vaccines. Wkly Epidemiol Rec. 2012 Jul 13;87(28/29):261-76. Disponible en: http://www.who.int/wer/2012/wer8728_29.pdf?ua=1.

27. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2.^a ed. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1.
28. Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145719/9789241508193_eng.pdf?sequence=1.
29. Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255884/9789241550062-eng.pdf?sequence=1>.
30. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección VIH/TB. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington: OPS; 2017. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34855/9789275319857_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
31. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care. 2017 Update. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255052/1/9789241550000-eng.pdf?ua=1> 2.
32. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington: OPS; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf?sequence=1.
33. Organización Mundial de la Salud. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf?sequence=1.
34. Organización Mundial de la Salud. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf.
35. Trinh T, Kamb ML, Luu M, Ham DC, Perez F. Syphilis Testing Practices in the Region of the Americas: Results of the 2014 Survey. Washington: OPS; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34108/syphilis_testing_eng.pdf?sequence=1.
36. Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf?sequence=1>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Orientación para el diagnóstico de la sífilis en América Latina y el Caribe: cómo mejorar la adopción, interpretación y calidad del diagnóstico en diferentes entornos clínicos. Washington: OPS; 2015. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7707/9789275318607_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
38. ONUSIDA. Monitoreo global del sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la declaración política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>.
39. Organización Mundial de la Salud. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1.

40. ONUSIDA. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs/idu-guidelines-tools>.
41. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Manual del marco modular para el VIH. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/5714/fundingmodel_modularframework_handbook_es.pdf.
42. ONUSIDA. Orientación adicional para los países de América Latina y el Caribe. Indicadores regionales para medir el avance hacia la cero discriminación. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/gam-lac-progress-zero-discrimination>.
43. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Measurement Framework for Adolescent Girls and Young Women Programs. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/8076/me_adolescentgirlsandyoungwomenprograms_frameworkmeasurement_en.pdf?u=636852021200000000.
44. Organización Mundial de la Salud. Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH – revisión de 2015. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161918/9789243508276_spa.pdf;jsessionid=FC5E418E0BA75864D5A78E3937FD6F7C?sequence=1.
45. Organización Mundial de la Salud. WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en.
46. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2018. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.

En América Latina y el Caribe, entre el 50% y el 65% de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en los grupos de población clave para la epidemia de VIH y en sus parejas sexuales. La mejora de la disponibilidad y la cobertura de los servicios de VIH e ITS dirigidos a estos grupos de población requiere del apoyo de sistemas de monitoreo que sean sostenibles y se adapten a las necesidades de los países de la región.

Para responder a esta necesidad, la Organización Panamericana de la Salud, a través de un acuerdo con el Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH/ SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ha elaborado el Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. En él se introduce un sistema novedoso en el que el impacto de los servicios de VIH en los grupos de población clave se determina, no solo a partir de que las personas seropositivas mantengan una carga viral indetectable, sino también de que las personas seronegativas se mantengan libres del VIH.

En este documento se enumeran los servicios esenciales de VIH e ITS que, sobre la base de un enfoque de prevención combinada, deben ofrecerse a las personas de los grupos de población clave. Para cada uno de esos servicios esenciales se establecen uno o más indicadores y la metodología para medirlos. Asimismo, se introduce una nueva “cascada de prevención” — que se añade a la cascada de atención ya existente— y se insta a los países a desglosar por grupo de población clave —como los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras sexuales y las mujeres trans— la información relativa a cada cascada y al resto de los indicadores establecidos en el marco.

Por último, es importante mostrar la contribución de las organizaciones de la sociedad civil a la respuesta a la infección por el VIH y las ITS con vistas a garantizar su sostenibilidad una vez que la financiación externa se reduzca en la región. Con este fin, el marco fomenta el desglose de la información de las cascadas por agente proveedor de servicios al tiempo que diferencia la contribución de los ministerios de salud, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 23rd Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
www.paho.org

