



Reporte de avance de indicadores para el monitoreo de la epidemia de VIH y sida en Costa Rica

Septiembre de 2011

Con el apoyo de:



Equipo Técnico Nacional de Monitoreo y Evaluación, ETNMyE

Participante	Institución
Alejandra Acuña Navarro	Coordinadora de VIH del Ministerio de Salud / Coordinadora del ETNMyE
Cinthia Chacón	Asociación Demográfica Costarricense, ADC / Red de ONGs
Yadira Martínez	Asociación Costarricense de Personas con VIH y sida, ASOVIHSIDA
Carlos Alfaro	BITRANSG
Gloria Terwes	Caja Costarricense de Seguro Social
Alberto Pinto	Consejo de Salud Ocupacional, CSO / Ministerio de Trabajo
Carlos Valerio	Defensoría de los Habitantes
Rosibel Zúñiga	Asociación de Mujeres Esperanza Viva / Red de ONGs
Sergio Ruiz	Humanitas
Armando Silva	Ministerio de Justicia y Paz
Yadira Fernández	Ministerio de Salud
Teresita Solano	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas	Ministerio de Salud
Ivonne Zelaya	ONUSIDA
Horacio Chamizo	Universidad de Costa Rica
Mariela Garron	USAID PASCA

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

Indice

Siglas	4
I. Resumen Ejecutivo	5
II. Introducción	7
III. Indicadores que se reportan	8
IV. Evolución reciente de la epidemia	9
VIH	9
Sida	11
Mortalidad por sida.....	13
Poblaciones en mayor riesgo:	16
V. Aspectos de Comportamiento	16
VI. Situación de la respuesta nacional	18
VII. Balance de situación	19
Bibliografía	21
Anexos	22
Anexo I: Paquete Básico de Indicadores, PBI	22
Anexo II: Fichas técnicas de los indicadores reportados en 2011	24

Siglas

ADC	Asociación Demográfica Costarricense
ARV	Antirretroviral
ASOVIHSIDA	Asociación Costarricense de Personas con VIH y sida
AVPP	Años de Vida Potencial Perdida
AZT	Zidovudina (un tipo de tratamiento antirretroviral)
CAP	Conocimiento, Actitudes y Prácticas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida
CSD	Cartografía de los Servicios Disponibles de la CCSS
CSO	Consejo de Salud Ocupacional
ENSSR-10	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010
EPS	Evaluación de la Prestación de Servicios
ETI	Equipo Técnico Institucional del Ministerio de Salud
ETN MyE	Equipo Técnico Nacional de Monitoreo y Evaluación
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
HTS	Hombres Trabajadores del Sexo
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MS	Ministerio de Salud
MTS	Mujeres Trabajadoras del Sexo
MyE	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre sida
PASCA	Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
PBI	Paquete Básico de Indicadores
PEMAR	Poblaciones en Más Alto Riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional de VIH y sida 2011-2015
PPL	Población Privada de Libertad
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGL	Sistema de Información de Gestión Logística de la CCSS
SINVIH	Sistema de Información en VIH
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno Infantil
UNGASS	Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USAID PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Reporte de avance de indicadores para el monitoreo de la epidemia de VIH y sida en Costa Rica

I. Resumen Ejecutivo

Dada la importancia de fortalecer las estrategias nacionales e intervenciones locales basadas en el análisis de contexto, se hace necesario socializar la información disponible del VIH del periodo 2002-2010, esperando por lo tanto que el uso de la misma potencie la articulación interinstitucional y la sinergia con otros sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH.

Este documento es producto del sistema de monitoreo nacional de la epidemia del VIH y sida. Ofrece datos actualizados de 14 de los 28 indicadores del Paquete Básico de Indicadores (PBI) los cuales fueron establecidos por medio de un trabajo multisectorial y participativo en enero de 2011.

La evolución de la epidemia en los últimos diez años mostró una tendencia ascendente con importante aceleración entre el año 2009 y 2010. Es importante considerar que la capacidad de detección ha ido mejorando.

Entre los actores de la respuesta en el país, la Caja Costarricense de Seguro Social sigue jugando un rol vital por los servicios de atención médica que presta a lo largo del territorio nacional; esta institución cuenta con seis clínicas especializadas en la atención de las personas VIH positivas y brinda el Tratamiento Antirretroviral de manera gratuita a las personas aseguradas.

Asimismo, se hacen esfuerzos multisectoriales coordinados por el Ministerio de Salud que han conseguido grandes avances. En el marco de la eliminación de la transmisión del VIH y la sífilis congénita, planteada en los objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015, el país está desarrollando un plan multisectorial para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita y, definitivamente un gran logro nacional, es que en los últimos tres años la transmisión materno-infantil de VIH registrada ha sido cero casos. Por otra parte, se está trabajando en la introducción de pruebas rápidas y en el establecimiento de un sitio de vigilancia centinela para poblaciones de más alto riesgo.

El sector de sociedad civil se encuentra en un momento de grandes dificultades financieras. Costa Rica no es un país prioritario para las fuentes de cooperación externa, especialmente en una época de crisis financiera a nivel mundial. Desde la finalización de la implementación de la Propuesta de Costa Rica de Ronda 2 del Fondo Mundial, se ha dado una escasez de recursos cada vez mayor, con la consecuente merma en las actividades y procesos desarrollados por las ONG.

En materia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH y sida, este informe muestra que el país ha tenido un avance importante. Actualmente se cuenta con un Equipo Técnico Nacional de Monitoreo y Evaluación multisectorial, participativo y con un involucramiento sostenido, y por primera vez el país estableció un paquete básico de indicadores para el reporte. Asimismo, el Ministerio de Salud estableció un Equipo Técnico Institucional (ETI) para el monitoreo del VIH, con representación de las direcciones involucradas directamente en el tema.

Finalmente, un reto importante como parte del monitoreo de la epidemia es la puesta en marcha del Sistema de Información en VIH, (SINVIH), plataforma que se estableció en el 2009 para la vigilancia del VIH y que proporcionaría datos confiables y oportunos.

II. Introducción

Este documento tiene por objetivo ofrecer a la población general un reporte con los datos más actualizados de los indicadores priorizados por el país para medir el avance de la respuesta nacional al VIH y sida. La información que se presenta corresponde, en su mayoría, a datos del año 2010.

El reporte ofrece, inicialmente, un listado de los indicadores que se reportan, con sus respectivos datos actualizados y datos de referencia más recientes. Posteriormente, se ofrece un resumen de los indicadores que muestran la evolución de la epidemia, aspectos de comportamiento y de la situación de la respuesta nacional. En el último apartado, se hace un balance de situación con los principales avances y retos del país de cara a la epidemia.

La elaboración de este informe es producto de un proceso de país. El 1 de diciembre de 2010, el Ministerio de Salud oficializó el Plan Estratégico Nacional de la Respuesta al VIH y sida (PEN) 2011-2015, documento desarrollado de manera participativa y multisectorial que responde a las necesidades actuales de la epidemia en Costa Rica.

Para dar seguimiento y monitoreo a la implementación de dicho PEN 2011-2015, el Equipo Técnico Nacional de Monitoreo y Evaluación, (ETN MyE)¹, se dispuso a actualizar el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación. El primer paso para ello, fue la definición de un Paquete Básico de Indicadores (PBI), conformado por 28 indicadores, que se construyó a partir de las áreas estratégicas, objetivos e indicadores establecidos en el PEN 2011-2015 y se constituyó en la primera fase de la actualización del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015.

De los 28 indicadores que conforman el PBI, el documento que aquí se presenta ofrece el reporte de 14 indicadores (el 50%). La información se ofrece de manera puntual y resumida y se espera que sea utilizada para fines de monitoreo de avances, formulación de políticas, planificación de acciones y abogacía y comunicación.

¹ El **ETN MyE** es un equipo de trabajo multisectorial que apoya las actividades de monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH en Costa Rica. Establecido en el 2010, está conformado por representantes de las siguientes entidades de gobierno, organizaciones de sociedad civil y agencias de cooperación: Consejo Nacional de VIH y sida, CONASIDA; Asociación Demográfica Costarricense, ADC; Asociación de Mujeres Esperanza Viva; Asociación Costarricense de Personas con VIH y sida, ASOVIHSIDA; Bitransg; Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, Consejo de Salud Ocupacional, CSO - Ministerio de Trabajo; Defensoría de los Habitantes; Humanitas; Ministerio de Justicia y Paz; Ministerio de Salud; ONUSIDA; PASMO/PSI; Red de ONG; Universidad de Costa Rica; USAID/PASCA. La coordinación del ETN MyE está a cargo de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud del Ministerio de Salud.

III. Indicadores que se reportan

Indicador	Dato de Referencia		2010
	Año	Valor	
Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	-	N/D	H 15-19 años= 17.1% H 20-24 años= 28.0% M 15-19 años= 17.3% M 20-24 años= 27.1%
% de hombres y mujeres de 15-49 años que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y reportan uso de condón durante su última relación sexual.	-	N/D	H 15-19 años= 68.8% H 20-24 años= 74.0% H 25-49 años= 55.3% M 15-19 años= 48.8% M 20-24 años= 43.6% M 25-49 años= 29.7%
% de hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	-	N/D	H 15-19 años= 16.8% H 20-24 años= 17.5% M 15-19 años= 8.4% M 20-24 años= 10.0%
% de poblaciones más expuestas a las que llegan los programas de prevención en VIH	2009	HSH=66.7%	HSH=66.7%*
% de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	2009	59%	59%*
% de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados.	-	N/D	H 15-19 años= 1.9% H 20-24 años= 7.1% H 25-49 años= 7.9% M 15-19 años= 5.0% M 20-24 años= 12.8% M 25-49 años= 9.2%
% de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	2008	80%	71%
% de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH : HSH	2009	HSH=10.9%	HSH=10.9%*
% de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH	2008	0.005%	0.06%
% de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	2009	0%	0%
% de adultos y niños con infección avanzada recibiendo TAR	2008	94%	68%**
% de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH	2009	100%	100%
% de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	2008	94%	97%**
% de establecimientos de salud que dispensan TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.	2009	100%	100%

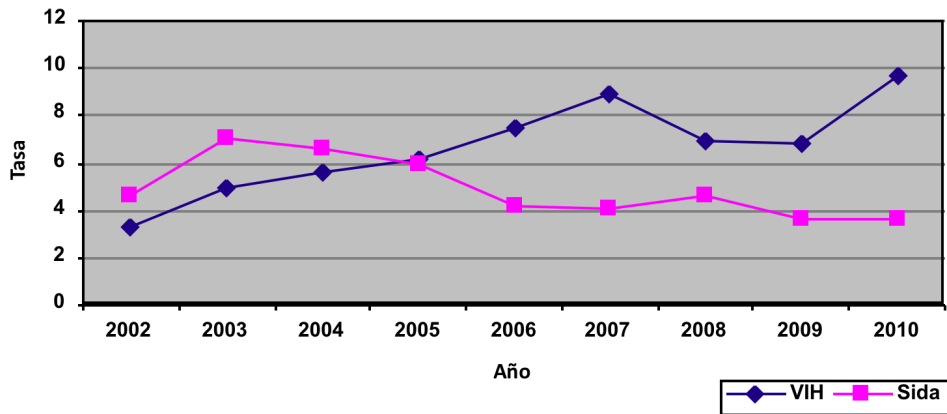
* Indicadores que se miden con base en resultados del Estudio de Seroprevalencia en HSH, 2009-2010. Se espera volver a medir estos indicadores en un nuevo Estudio en el año 2014.

** Datos de 2009 (no de 2010), que se reportan por primera vez en 2011.

IV. Evolución reciente de la epidemia

Durante el período 2002-2010 se registraron 2.640 casos de VIH (incidencia 61,0/100.000 habitantes). Como se muestra en el gráfico No.1, analizando los casos de VIH y sida para dicho período, se observa un incremento en la tasa de VIH, mientras que el sida muestra una tendencia a la disminución, que se explica por la sobrevida de las personas con VIH expuestas a tratamiento antiretroviral.

Gráfico No.1.
Casos nuevos de VIH y sida por año. Costa Rica 2002 – 2010
(Tasas por 100.000 habitantes)

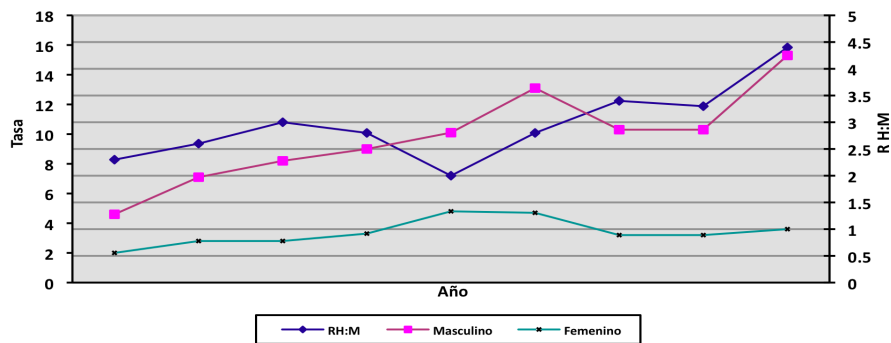


VIH

Debido al mandato de la notificación por decreto ejecutivo², a partir del año 2002 la tendencia del VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009, posiblemente debido al efecto de sub-notificación.

El VIH afecta en mayor proporción al sexo masculino (74.9%), tal como se puede observar en el gráfico No.2, que muestra la evolución de la razón masculino : femenino desde el 2002 hasta el 2010.

Gráfico No.2.
Casos nuevos de VIH por sexo y razón Hombre: Mujer
Costa Rica 2002 – 2010

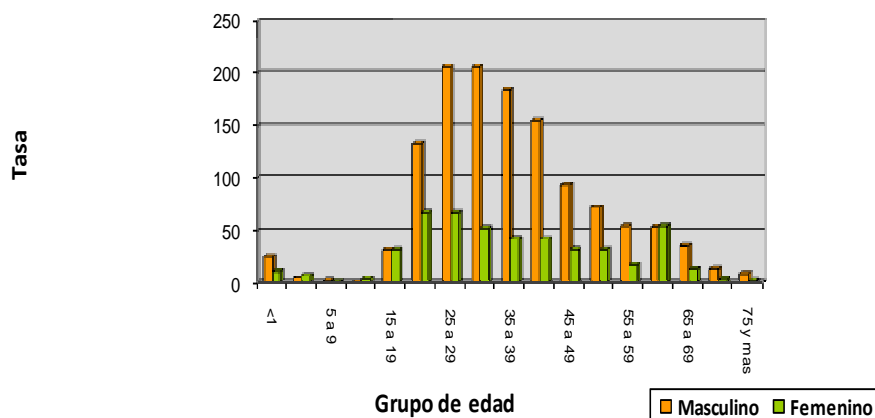


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

² La notificación de VIH es obligatoria a partir de 2002.

El número de casos nuevos de VIH muestra variaciones entre los diferentes grupos de edad. Los niños menores de un año representan el 0.5% del total de casos; a partir del grupo de 20 a 24 años la incidencia de casos aumenta hasta el grupo de 40 a 45 años. El grupo de 25 a 34 años es el que presenta la mayor cantidad de casos (35.1%). A partir del grupo de 45 a 49 años, los casos tienden a descender (Gráfico No. 3).

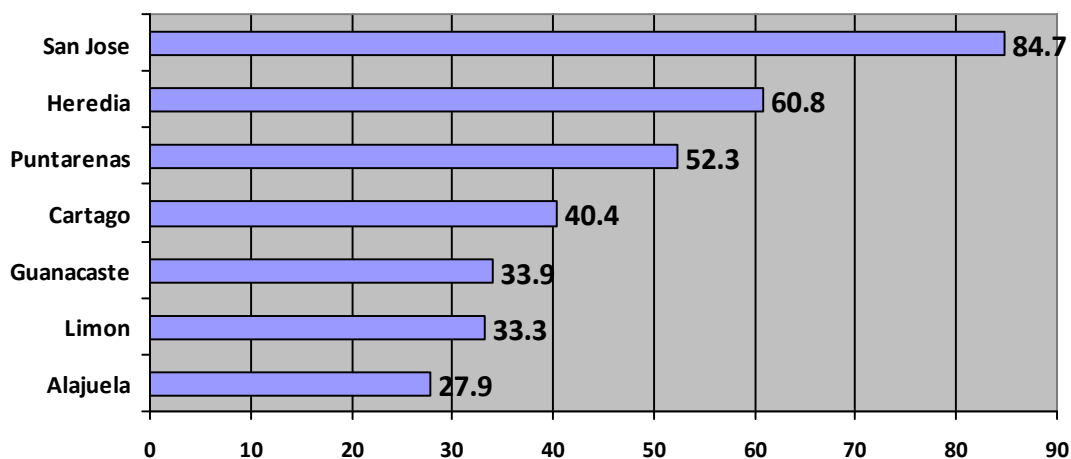
Gráfico No.3.
Casos nuevos de VIH por edad y sexo. Costa Rica 2002-2010
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

La distribución de los casos de VIH mostró que las provincias con mayor número de casos nuevos para el período 2002-2010 fueron: San José, Heredia y Puntarenas; juntas, estas tres provincias aportan el 66.1% de los casos (Gráfico No. 4).

Gráfico No.4.
Casos nuevos de VIH por provincia. Costa Rica 2002 – 2010
(tasa x100.000 habitantes)

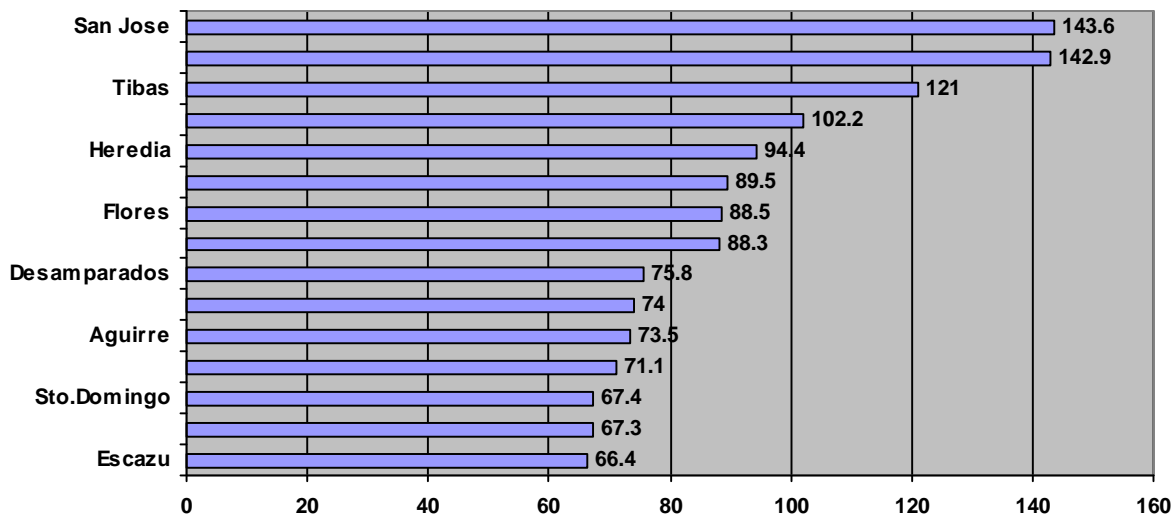


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El número de casos de VIH y sida notificados en la provincia de San José fue superior al resto de las provincias, posiblemente porque las personas con VIH buscan atención integral en los servicios

de salud especializados y, por otra parte, porque se ven obligadas a desplazarse a la capital para evitar el estigma y la discriminación en sus provincias de residencia. El gráfico No.5 presenta los quince cantones con las tasas más altas de VIH, los que aportan el 52.9 % de los casos del país.

Gráfico No. 5.
Casos nuevos de VIH por cantón. Costa Rica 2002-2010
(tasa por 100.000 habitantes)

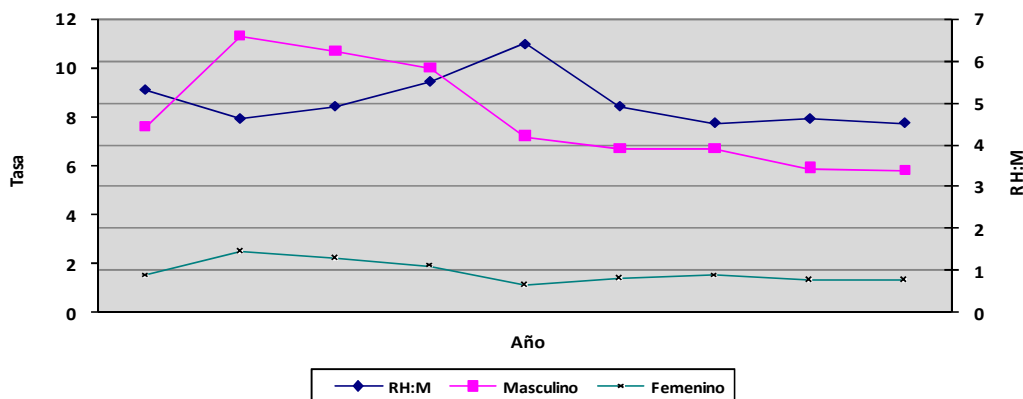


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Sida

En el período 2002-2010 se registraron 1.925 casos de sida (incidencia 44.5 /100.000 habitantes), La tendencia es ascendente hasta el 2003; a partir del año 2004 se observa un descenso en el número de casos nuevos de sida registrados (Gráfico No.1) El número de casos nuevos de sida se concentra básicamente en el sexo masculino (83.4%) y la razón hombre : mujer para ese periodo fue de 4.5:1 (Gráfico No.6).

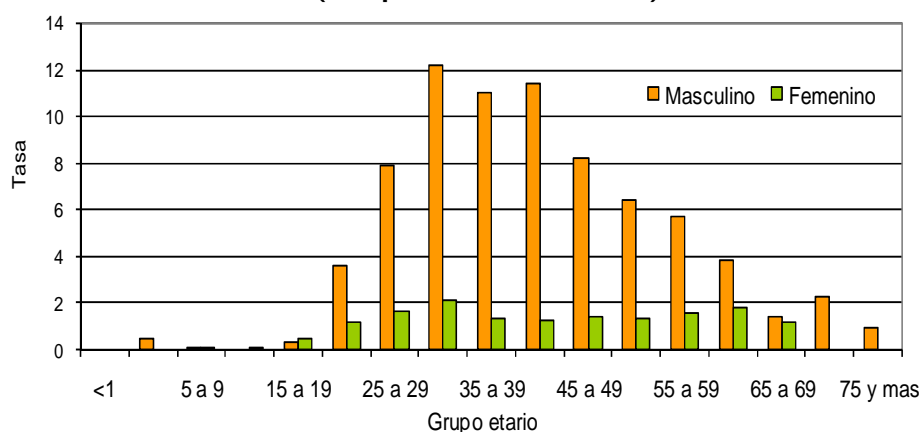
Gráfico No. 6.
Casos nuevos de sida por sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2010



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El comportamiento por edad muestra variaciones entre los grupos. El grupo de los niños de de 0 a 14 años es el de menor riesgo; a partir de los 15 años la incidencia de casos aumenta hasta el grupo de 40 a 45 años. En el grupo de 30 a 34 años es donde se presenta la mayor cantidad de casos (18.6%). A partir del grupo de 45 a 49 años los casos tienden a descender (Gráfico No.7).

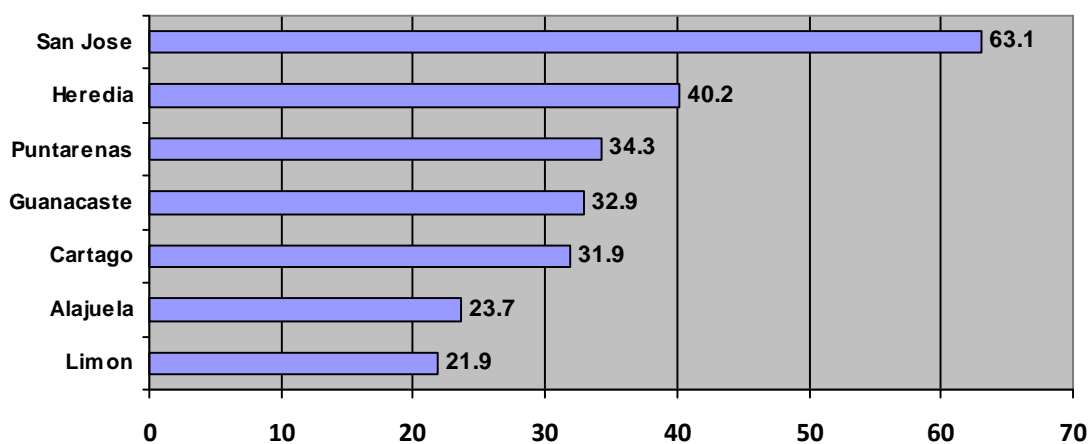
Gráfico No.7.
Casos nuevos de sida por edad y sexo. Costa Rica 2002 – 2010.
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Las provincias que presentaron el mayor número de casos fueron San José y Heredia, aportando el 58.9% de los casos del país (Gráfico No.8).

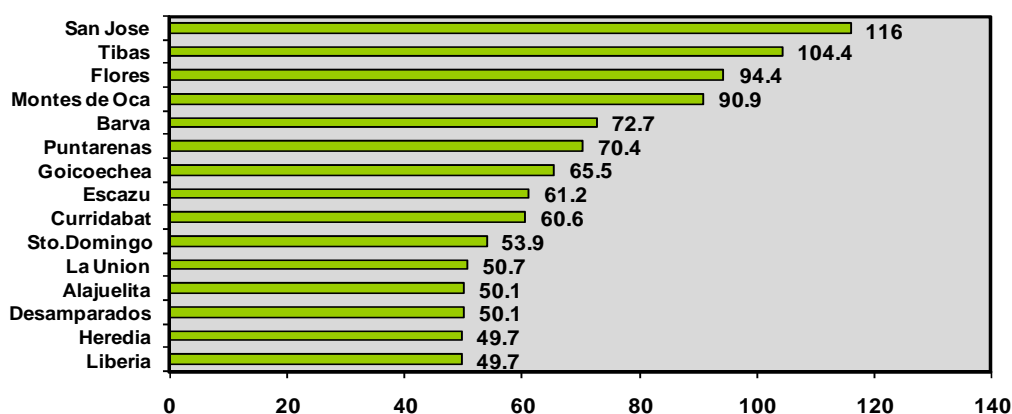
Gráfico No.8
Casos nuevos de sida por provincia. Costa Rica 2002 – 2010
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

El gráfico No.9 muestra los cantones que registraron las mayores tasas de sida por 100.000 habitantes, aportando el 58.2% de los casos del país.

Gráfico No.9
Incidencia de sida por cantón. Costa Rica 2002 – 2010
 (tasa por 100.000 habitantes)

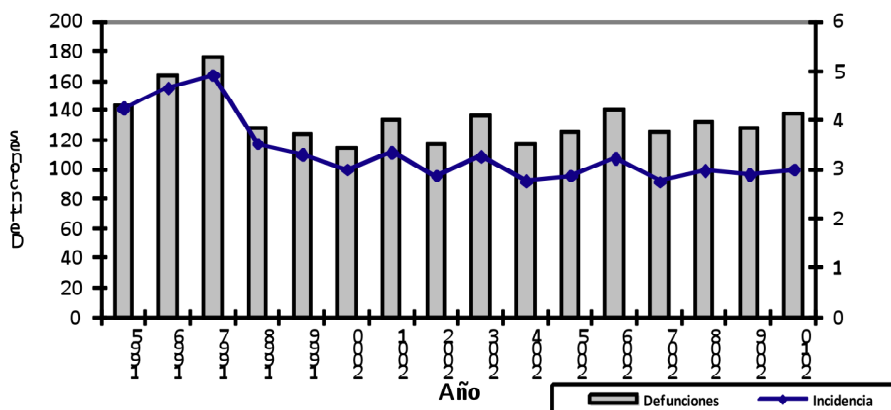


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Mortalidad por sida

La tendencia de la mortalidad por sida presentó un descenso a partir del año 1998, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura (Gráfico No.10).

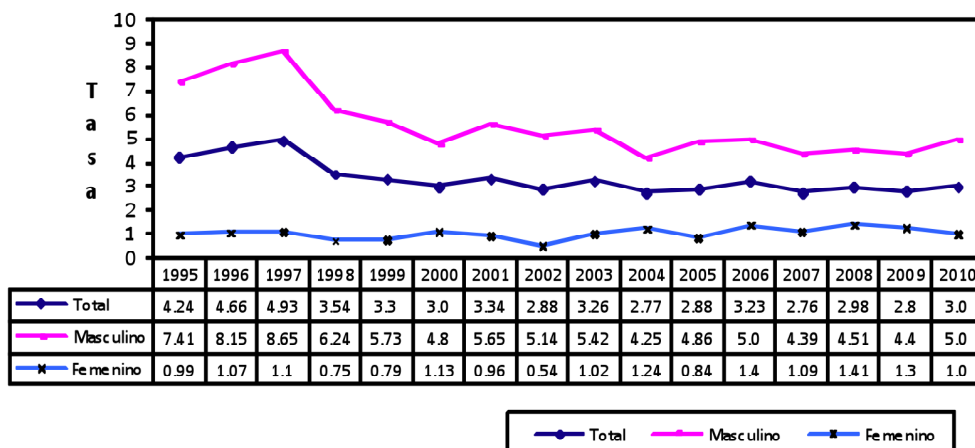
Gráfico No.10
Mortalidad por sida. Costa Rica 1995 – 2010
 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC – Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

En el Gráfico No.11 se presenta la tendencia de la mortalidad por sida según año y sexo. Si bien a partir del año 1998 se observa un descenso en la mortalidad, las tasas de mortalidad masculina se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis. En el grupo de las mujeres, a partir del año 2002, se observa una tendencia al aumento.

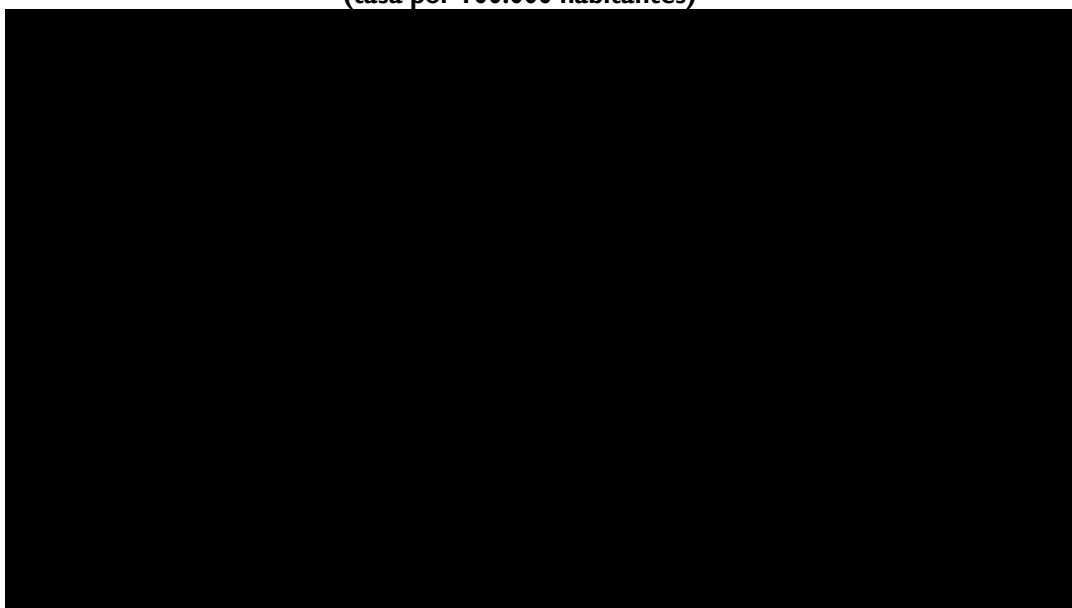
Gráfico No.11
Mortalidad por sida según año y sexo. Costa Rica 1995-2010
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC – Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Para el período 1995-2010 se registraron 2148 defunciones por sida. El 84.5% de las defunciones se presentaron en el sexo masculino. El grupo de edad en donde se registraron más defunciones fue el de 35 a 39 años (Gráfico No.12).

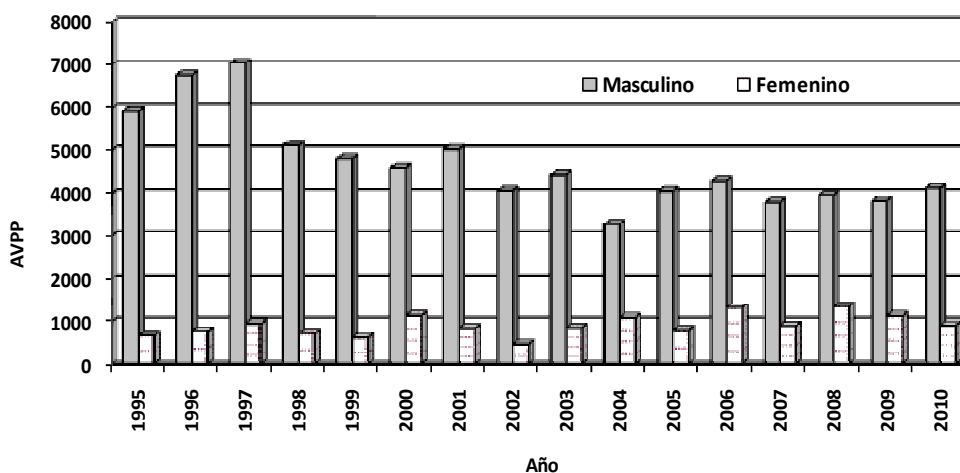
Gráfico No.12
Tasa de mortalidad por sida por edad y sexo. Costa Rica 1995 – 2010
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC – Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Con relación a la estimación de años de vida potencial perdida (AVPP) por sexo, ésta mostró que el mayor número de personas que mueren en forma prematura por causa del sida son del sexo masculino. No obstante, a partir del año 2003 se observa un aumento de los AVPP en el sexo femenino (Gráfico No.13).

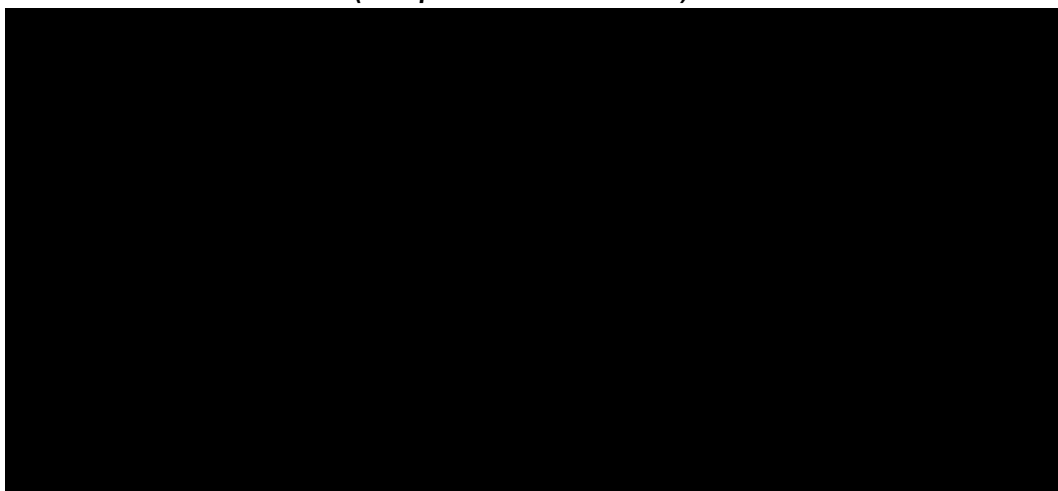
Gráfico No.13
Años de vida potencial perdidos por sida según sexo. Costa Rica 1995-2010.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

La provincia que registró la mortalidad más alta fue la provincia de San José, probablemente por la mayor facilidad de acudir a los servicios de salud más especializados que se encuentran en la capital (Gráfico No.14).

Gráfico No.14.
Distribución de la mortalidad por sida según provincia. Costa Rica 1995 – 2010.
(tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Poblaciones en mayor riesgo:

En el año 2010 se publicó el Estudio de Prevalencia de VIH y sífilis en HSH en el Gran Área Metropolitana, cuyo trabajo de campo fue realizado en el año anterior. Este estudio representa la única investigación de seroprevalencia en una población específica en el país. Los resultados mostraron una prevalencia de VIH de 10.9% y una prevalencia de sífilis de 13.7% en HSH.

Con relación a la población joven, el dato del porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años con VIH (indicador UNGASS #22), es construido por el país a partir de la prevalencia general de los casos reportados en este grupo etario. En la siguiente tabla se observa la evolución de este indicador durante los últimos cinco años:

Tabla No. 1
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años con VIH por año

Indicador	Año		
	2006	2008	2010
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años con VIH	0.05%	0.005%	0.06%

Fuentes: Datos de 2006 y 2008: Informes UNGASS 2006 y 2008; Dato de 2010: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Con relación al porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas, Costa Rica ha tenido, en los últimos tres años, un 0%, lo que se considera un logro nacional a la luz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

V. Aspectos de Comportamiento

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010, ENSSR-10, brinda información reciente sobre aspectos de comportamiento, actitudes y prácticas de la población general. Por su parte, el Estudio de Prevalencia de Sífilis y VIH en HSH 2009-2010 ofrece bastantes datos sobre la población HSH. También se cuenta en el país con estudios CAP con poblaciones específicas, desarrollados en su mayoría por organizaciones de la sociedad civil.

De los indicadores de comportamiento que se presentan en este informe, cuatro se reportan con datos de la ENSSR-10 y constituyen la línea de base para esos indicadores. Estos son:

Tabla No.2
Indicadores UNGASS de comportamiento que se reportan con datos de la ENSSR-10

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del	H 15-19 años= 58	H 15-19 años= 340	H 15-19 años= 17.1%
	H 20-24 años= 57	H 20-24 años= 207	H 20-24 años= 28.0%
	M 15-19 años= 50	M 15-19 años= 303	M 15-19 años= 17.3%
	M 20-24 años= 65	M 20-24 años= 242	M 20-24 años= 27.1%

virus.			
<p>Observación: Este indicador se construyó a partir de la respuesta correcta (falso / cierto) a las siguientes frases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El VIH puede transmitirse al usar el mismo servicio sanitario que una persona infectada. • El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito. • El VIH puede transmitirse por medio del sudor o la saliva de una persona infectada. • El VIH puede transmitirse por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada. • El riesgo de transmisión del VIH se reduce si se tienen relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada. • Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales. • Las personas con VIH tienen aspecto enfermizo 			
% de hombres y mujeres de 15-49 años que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y reportan uso de condón durante su última relación sexual.	H 15-19 años= 49 H 20-24 años= 48 H 25-49 años= 56 M 15-19 años= 12 M 20-24 años= 11 M 25-49 años= 10	H 15-19 años= 71 H 20-24 años= 65 H 25-49 años =101 M 15-19 años= 25 M 20-24 años= 25 M 25-49 años= 33	H 15-19 años= 68.8% H 20-24 años= 74.0% H 25-49 años= 55.3% M 15-19 años= 48.8% M 20-24 años= 43.6% M 25-49 años= 29.7%
<p>Observación: El nominador de este indicador se calcula con el número de entrevistados (sexo y edad que corresponda : combinación entre los dos grupos etarios de interés y sexo) que ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal o anal con más de una pareja en los últimos 12 meses y que utilizó el condón en la última relación sexual con penetración vaginal o anal. No obstante, es importante mencionar que los datos de mujeres (de los tres grupos etarios) se estimaron con pocos casos, por lo que el margen de error podría ser amplio.</p>			
% de hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	H 15-19 años= 54 H 20-24 años= 36 M 15-19 años= 28 M 20-24 años= 24	H 15-19 años= 340 H 20-24 años= 207 M 15-19 años= 304 M 20-24 años= 243	H 15-19 años= 16.8% H 20-24 años= 17.5% M 15-19 años= 8.4% M 20-24 años= 10.0%
<p>Observación: El nominador de este indicador se calcula con el número de entrevistados (sexo y edad que corresponda : combinación entre los dos grupos etarios de interés y sexo) que tuvo su primera relación con penetración vaginal con más de una pareja en los últimos 12 meses y que utilizó el condón en la última relación sexual con penetración. El instrumento de la ENSSR-10 formula tres preguntas separadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales antes de los 15 años con sexo oral • Relaciones sexuales antes de los 15 años con penetración vaginal • Relaciones sexuales antes de los 15 años con penetración anal <p>Se toma solo la información de las relaciones con penetración vaginal porque los datos de sexo oral y sexo con penetración anal se estimaron con pocos casos, por lo que el margen de error podría ser amplio.</p>			
% de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados.	H 15-19 años = 6 H 20-24 años =15 H 25-49 años =52 M 15-19 años= 14 M 20-24 años= 31 M 25-49 años= 60	H 15-19 años= 341 H 20-24 años= 206 H 25-49 años =657 M 15-19 años= 303 M 20-24 años= 241 M 25-49 años= 656	H 15-19 años= 1.9% H 20-24 años= 7.1% H 25-49 años= 7.9% M 15-19 años= 5.0% M 20-24 años= 12.8% M 25-49 años= 9.2%
<p>Observación: Los datos de los grupos etarios de 15-19 años y de 20-24 años, tanto para hombres como para mujeres, se estimaron con pocos casos, por lo que el margen de error podría ser amplio.</p>			

Fuente: Base de Datos de la ENSSR-10 (procesamiento de información por el Centro Centroamericano de Población)

El reporte del Estudio de Prevalencia de Sífilis y VIH en HSH en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica³ establece que el 90.6% de los entrevistados tiene conocimientos adecuados de la prevención del VIH y que el 92.7% tiene conocimientos adecuados de las formas de transmisión del virus. Asimismo, el 66.7% de las personas entrevistadas sabe dónde hacerse la prueba de VIH y dónde le suministran preservativos, es decir que éste es el porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención en VIH (numerador=200; denominador=300).

Dicho documento reporta, a su vez, que el 30.7% de los entrevistados tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, casi el doble que la población general reportada en la ENSSR-10.

Con relación a la utilización del condón, el Estudio indica que el 58.7% de los entrevistados declaró haberlo usado en la última relación sexual, anal o vaginal (numerador=176; denominador=300). Esta información se incorpora en el Informe de Acceso Universal 2011.

VI. Situación de la respuesta nacional

La respuesta al VIH en Costa Rica es producto de la participación multisectorial, donde están involucrados diferentes sectores sociales y económicos del país. De acuerdo con el Informe de Medición del Gasto en Sida en Costa Rica, MEGAS, 2006, el monto total de las transacciones financieras en Costa Rica para el 2006, alrededor del tema VIH y Sida, fue de $\text{¢}18.437.346.283$ (su equivalencia en dólares es de $\$36.063.269,01$.)

En el año 2009 se trabajó en el país para desarrollar un nuevo informe de medición del gasto en sida con información del año 2008, pero no fue posible concluirlo de manera satisfactoria. Actualmente se espera contar, a finales del año 2011, con la información de las transacciones financieras del 2010.

Costa Rica cuenta, desde 2010, con un nuevo Plan Estratégico Nacional 2011-2015, que define las acciones y estrategias prioritarias que el país busca promover para el abordaje integral de la epidemia.

Con relación al seguimiento a la respuesta nacional, se reportan los siguientes indicadores del PEN 2011-2015 (priorizados en el PBI):

Tabla No.3
Indicadores del PEN que se reportan sobre la situación de la respuesta nacional

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
% de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	25	35	71%
Fuente: Hospital Nacional de Niños de la Caja Costarricense de Seguro Social. Observaciones: El denominador no es estimado, es un dato real obtenido de la Clínica de VIH del Hospital Nacional de Niños.			
% de adultos y niños con infección avanzada recibiendo TAR	3063	4500	68%
Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social			

³ Ministerio de Salud (2010).

Observaciones: Este dato es del año 2009.			
% de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH	36	36	100%
Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis, Caja Costarricense de Seguro Social			
Observaciones: El denominador no es estimado, es un dato real obtenido del número de casos diagnosticados con coinfección.			
% de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antiretroviral	195	201	97%
Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social			
% de establecimientos de salud que dispensan TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.	6	6	100%
Fuente: Clínicas de VIH de la Caja Costarricense de Seguro Social			

Fuente: Especificada en la tabla para cada indicador.

VII. Balance de situación

Costa Rica sigue sin conocer el tamaño de sus poblaciones, lo que implica un obstáculo en su planificación nacional. Tampoco se conoce la prevalencia en poblaciones específicas, solamente en la población HSH que, como se mencionó anteriormente, es de 10.9%. Esta cifra implica, definitivamente, que el país debe enfocar esfuerzos en la atención integral de dicha población, y que debe ir desarrollando, simultáneamente, estudios que le permitan conocer las características de otras poblaciones en mayor riesgo.

Dentro de los actores de la respuesta en el país, los servicios de atención médica prestados por la Caja Costarricense de Seguro Social, siguen jugando un rol vital en la respuesta al VIH en el país; esta institución cuenta con seis clínicas de VIH especializadas en la atención de las personas positivas y brinda el Tratamiento Antirretroviral de manera gratuita para las personas aseguradas.

Asimismo, esfuerzos multisectoriales coordinados con el Ministerio de Salud han conseguido grandes avances. Por primera vez, se está desarrollando un plan multisectorial para el abordaje de la sífilis congénita, se está trabajando en la introducción de pruebas rápidas y -definitivamente un gran logro nacional- la transmisión materno-infantil registrada ha sido de cero casos en los últimos tres años consecutivos.

El sector de sociedad civil se encuentra en un momento de grandes dificultades financieras. Costa Rica no es un país prioritario para las fuentes de cooperación externa, especialmente en una época de crisis financiera a nivel mundial. Desde la finalización de la implementación de la Propuesta de Costa Rica de Ronda 2 del Fondo Mundial, se ha dado una escasez de recursos cada vez mayor, con la consecuente merma en las actividades y procesos desarrollados por las ONG, que se han centrado sobre todo en acciones de prevención. Esto indica, por un lado, que es necesario que el país fortalezca los mecanismos de financiamiento del sector de sociedad civil y, por otro, que se debe prestar atención al impacto del cese de actividades que se desarrollaban desde dicho sector.

En materia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH y sida, este informe es una muestra de que el país ha tenido un avance importante. No solo se cuenta actualmente con un Equipo Técnico Nacional de MyE multisectorial, participativo y con un involucramiento sostenido, sino que por primera vez el país estableció un paquete básico de indicadores y, en coordinación el

ETNMyE y el Ministerio de Salud, se adoptó el compromiso de reportar 18 indicadores del PBI en el año 2011. Asimismo, el Ministerio de Salud estableció un Equipo Técnico Institucional, ETI, para el monitoreo del VIH, con representación de las siguientes direcciones: Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, Vigilancia de la Salud, Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, Garantía de Acceso a Servicios de Salud, Mercadotecnia de la Salud y la División Técnica de Rectoría de la Salud.

Otro avance significativo ha sido el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ENSSR-10. Esta encuesta supera el alcance de encuestas anteriores, que se enfocaban esencialmente en el tema de fecundidad y se realizaban solamente a mujeres y en edad reproductiva. La ENSSR-10 incluyó, además, un apartado de VIH y sida, otro apartado de Actitudes hacia la Diversidad Sexual y numerosas variables de importancia para el análisis de la epidemia en el país.

Por otra parte, es importante prestar atención a algunos indicadores que presentan diferencias grandes de un año a otro, y determinar si estas diferencias están basadas en los métodos y/o la calidad de la medición. Un ejemplo de ello es el la medición del porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo TAR, como se puede ver en la tabla No.4.

Tabla No.4
Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo TAR, por año.

Indicador	Año		
	2008	2009	2010
Porcentaje de Adultos y Niños con infección avanzada recibiendo TAR	94%	68%	-
<p>Fuentes: 2008: Informe UNGASS Costa Rica, 2009 2009: Informe de Acceso Universal, 2011.</p> <p>Observaciones: Informe UNGASS Costa Rica, 2009: “El país ha logrado mantener el acceso al tratamiento de manera auto sostenible asegurando la calidad de vida de la persona que sufre VIH /sida. Es importante recalcar que en Costa Rica el TARV lo provee la seguridad social; para el 2008 de un total de 3065 personas con VIH-sida, 2886 recibieron tratamiento antirretroviral, lo que equivale a un 94%. Dentro del 6% restante hay un porcentaje que corresponde a pacientes que no están en tratamiento o están en el estudio para iniciar TARV, por tal razón, aún no se registran como personas en tratamiento.”</p> <p>Informe de Acceso Universal, 2011: “El país no ha realizado el ejercicio de proyecciones y estimaciones del denominador, se utilizó el dato del año 2009”.</p>			

Fuente: Especificada en la tabla para cada año.

Por otra parte, es necesario poner en marcha el Sistema de Información en VIH, SINVIH. En el año 2009 se inició con la plataforma SINVIH, con gran inversión de capital humano y financiero. Actualmente, la plataforma consta de dos módulos, uno de laboratorio y otro de investigación de casos de VIH; para el año 2012 se espera adicionar dos módulos más de seguimiento clínico de casos y de alerta temprana a la no adherencia. Este sistema está en proceso de actualización de la información, lo que no ha permitido la generación de reportes.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud (sin publicar). *Hacia el Acceso Universal: Informe de Costa Rica 2011*. San José, Costa Rica.
2. Ministerio de Salud. (2011). *Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010*. San José, Costa Rica.
3. Ministerio de Salud (borrador final). *Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta al VIH y sida 2011-2015*.
4. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida (CONASIDA). (2010). *Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015*. San José, Costa Rica.
5. Ministerio de Salud (2010). *Prevalencia de VIH, sífilis y comportamiento de riesgo en Hombres que tienen sexo con Hombres en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica*. San José, Costa Rica.
6. Ministerio de Salud (sin publicar). *Ejercicio de Estimaciones 2010*. San José, Costa Rica.
7. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida (CONASIDA). (2010). *Informe Nacional sobre los Progresos de la Respuesta Nacional al VIH en Seguimiento a UNGASS, 2008-2009*. San José, Costa Rica.
8. ONUSIDA. (2010). *Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2010*. Ginebra, Suiza.
9. Muñoz, Sergio (2009). *Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH y sida en Costa Rica: Avances y Desafíos*. San José, Costa Rica.
10. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida (CONASIDA). (2008). *Informe Nacional sobre los Progresos de la Respuesta Nacional al VIH en Seguimiento a UNGASS, 2006-2007*. San José, Costa Rica.
11. Ministerio de Salud. (2006). *Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2006*. San José, Costa Rica.

Anexos

Anexo I: Paquete Básico de Indicadores, PBI

#	INDICADOR
1	Cantidad total de fondos nacionales e internacionales desembolsados por sector (público, privado, internacional) como fuente de financiamiento para la respuesta al VIH (UNGASS #1).
2	Índice Compuesto de Política Nacional (UNGASS #2).
3	% de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS #13).
4	% de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (UNGASS #14).
5	% de hombres y mujeres de 15-49 años que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y reportan uso de condón durante su última relación sexual (UNGASS #17).
6	% de hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (UNGASS #15).
7	% de poblaciones más expuesta a las que llegan los programas de prevención de VIH. (UNGASS#9).
8	% de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente (UNGASS #18).
9	% de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina (UNGASS #19).
10	% de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (UNGASS#7).
11	Número de preservativos distribuidos.
12	% de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS #8).
13	% de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada (UNGASS #3).
14	% de embarazadas VIH positivas que recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil (UNGASS #5).
15	% de población indígena de 15 a 49 años que se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
16	% de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (UNGASS #23).
17	% de servicios públicos y privados de salud reportando al Sistema de Información de Vigilancia de la Salud los casos de VIH y sida.
18	Número de sitios centinela para la vigilancia del VIH y atención integral a las poblaciones específicas.
19	% de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH (UNGASS #22).
20	% de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas (UNGASS #25).
21	% de adultos y niños con infección avanzada recibiendo TAR (UNGASS #4).
22	% de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH (UNGASS #6).
23	% de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica. (UNGASS #24).
24	% de pacientes adultos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país.

#	INDICADOR
25	% de pacientes pediátricos que inician TAR con un esquema de primera línea, de acuerdo al protocolo del país.
26	% de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.
27	% de escuelas que impartió educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico (UNGASS #1 I)
28	Número de Estudios CAP en población de alto riesgo (HSH, MTS y HTS, Trans, PPL).

Anexo II: Fichas técnicas de los indicadores reportados en 2011

Indicador No.3	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-24 años que identifican correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS #13	Indicadores de Conocimiento y Comportamiento
Justificación	Las epidemias de VIH se perpetúan primordialmente a través de la transmisión sexual de la infección a generaciones sucesivas de jóvenes. Un conocimiento sólido acerca del VIH y el sida es un prerrequisito esencial —aunque a menudo es condición insuficiente— para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH. El indicador evalúa el conocimiento sobre las formas de prevención más comunes y sobre los conceptos errados de las formas de transmisión.	
Objetivo	Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH	
Frecuencia de la recopilación de datos	Cada 5 años (próximo reporte sería en el año 2015)	
Instrumento de Medición	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-15)	
Método de Medición	<p>Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede tener el VIH una persona de aspecto saludable? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que contestó correctamente a las cinco preguntas.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que respondieron (incluido “no lo sé”) a todas las preguntas.</p> <p>Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y el sida deben excluirse del Numerador pero incluirse en el denominador.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todos los entrevistados de 15 a 24 años de edad, así como de varones y mujeres, por separado, y desagregados por rangos de edad 15-19 y 20-24. Deben proporcionarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo Denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p>	
Interpretación	<p>La creencia de que una persona de aspecto sano no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas con VIH.</p> <p>Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se transmite por medio de las picaduras de mosquito puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el VIH puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma al que se enfrentan las personas con VIH.</p> <p>Este indicador es particularmente útil en países en que los conocimientos sobre el VIH y el sida son escasos, porque facilita la medición de las mejoras constantes a través del tiempo. Sin embargo, es importante también en otros países, porque puede ayudar a lograr que se conserven los niveles altos de conocimiento donde ya existen.</p>	

Indicador No.5	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 años que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y reportan uso de condón durante su última relación sexual	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS #17	Indicadores de Conocimiento y Comportamiento
		Compromiso Regional
Justificación	El uso del preservativo es una medida importante de protección contra el VIH, especialmente entre personas con múltiples parejas sexuales. Este indicador mide dicho aspecto en la población general.	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Cada 5 años	
Instrumento de Medición	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-15)	
Método de Medición	<p>Se les pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta:</p> <p>1. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>Si la respuesta es más de una, se pregunta:</p> <p>2. ¿Usted o su pareja usaron un preservativo durante la última relación sexual?</p> <p>Numerador: Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.</p> <p>Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.</p>	
Interpretación	<p>Este indicador muestra el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo (p. ej., que cambian de pareja habitualmente). Sin embargo, una mayor importancia del valor de cualquier indicador en concreto dependerá del grado en que las personas practican tales relaciones. Por lo tanto, los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año.</p> <p>Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su uso es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual no informa sobre el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo, de preguntar si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un periodo determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático.</p>	

Indicador No.6	Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS#15	Indicadores de Conocimiento y Comportamiento
		Compromiso Regional
Justificación	Un objetivo importante de muchos países es aplazar la edad en la que los jóvenes tienen su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial a fin de reducir el posible riesgo de exposición al VIH. Hay pruebas de que el posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por acto sexual.	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Cada 5 años	
Instrumento de Medición	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-15)	
Método de Medición	<p>Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?</p> <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.</p> <p>Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.</p> <p>El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por varones y mujeres, y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.</p>	
Interpretación	<p>La ventaja de utilizar la edad referida de la primera relación sexual (en comparación con la edad mediana de la primera relación sexual) es que requiere un cálculo sencillo y facilita la comparación a través del tiempo.</p> <p>El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.</p> <p>Es difícil vigilar los cambios ocurridos en este indicador en un periodo breve, porque solamente los individuos que ingresan en el grupo —es decir, los que tienen menos de 15 años de edad al comienzo del periodo cuyas tendencias se evalúan— pueden influir en el numerador. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, probablemente convenga concentrarse más bien en los cambios en los niveles correspondientes al grupo de edad de 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.</p> <p>En los países en que los programas de prevención del VIH promueven el aplazamiento de la primera relación sexual, o la virginidad, las respuestas de los jóvenes a las preguntas de la encuesta respectiva pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberada de una edad falsa al momento de la primera relación sexual.</p>	

Indicador No.7	Porcentaje de poblaciones más expuestas a las que llegan los programas de prevención de VIH.	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN UNGASS#9	Promoción y Prevención Indicadores del Programa Nacional Compromiso Regional
Justificación	A menudo es difícil llegar a las poblaciones más expuestas con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH en estas poblaciones y en la población general es importante que dispongan de acceso a estos servicios. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta, aplicando en el caso de Costa Rica, las siguientes: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas privadas de libertad, población trans, profesionales del sexo (Mujeres Trabajadoras Sexuales –MTS- y Hombres Trabajadores Sexuales –HTS-) y población indígena.	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas	
Frecuencia de la recopilación de datos	Bienal: <ul style="list-style-type: none"> - HSH en los años 2012 y 2014 - PPL en los años 2012 y 2015 - Población Trans en los años 2012 y 2014 - MTS y HTS en los años 2013 y 2015 	
Instrumento de Medición	Estudio CAP en grupos PEMAR	
Método de Medición	<p>Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual)? <p>Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a ambas preguntas.</p> <p>Denominador: Número total de encuestados.</p> <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>Los datos obtenidos para este indicador deben presentarse para cada población más expuesta y desglosarse por sexo, edad (<25/25+) y lugar de residencia (rural y urbano). Siempre que sea posible, los datos de la población más expuesta deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>	
Interpretación	<p>El acceso a las poblaciones más expuestas o la realización de encuestas entre ellas pueden ser difíciles. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta) entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.</p> <p>Los distintos tipos de servicios cuentan por igual en la estimación de la cobertura global de los servicios.</p>	

Indicador No.9	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS#19	Indicadores de Conocimiento y Comportamiento
	AU #C5d	Compromiso Regional
Justificación	Los preservativos pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por consiguiente, el uso sistemático y correcto del preservativo es importante para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Además, es posible que los hombres que tienen relaciones sexuales anales con otros hombres también tengan parejas del sexo femenino, que igualmente podrían infectarse. El uso del preservativo con la pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.	
Objetivo	Evaluar el avance en la prevención de la exposición al VIH en varones que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Bienal: en los años 2012 y 2014	
Instrumento de Medición	Estudio CAP en grupos PEMAR	
Método de Medición	<p>En una encuesta de comportamiento de una muestra de varones que tienen relaciones sexuales con varones, se pregunta a los entrevistados acerca de sus parejas sexuales en los últimos seis meses, el coito anal con ellos y el uso del preservativo en la última de esas relaciones.</p> <p>Numerador: Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo en su último coito anal.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados que declara haber realizado un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.</p> <p>Los datos para este indicador deben desglosarse por edad (< 25/25+) y de acuerdo con la residencia urbana o rural.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de varones que tienen relaciones sexuales con varones deben obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>	
Interpretación	<p>El uso del preservativo en el último coito anal con cualquier pareja da una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en las poblaciones examinadas.</p> <p>Este indicador no aporta ninguna información del comportamiento de riesgo de los varones que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos en las relaciones sexuales con mujeres. Debe investigarse el uso del preservativo tanto con mujeres como con varones en países en los que es probable que los varones de la subpoblación examinada tengan parejas de ambos sexos. En estos casos, los datos sobre el uso del preservativo deben presentarse siempre por separado respecto a las parejas masculinas y femeninas.</p>	

Indicador No.10	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS#7	Indicadores del Programa Nacional
	AU #A3	Compromiso Regional
Justificación	Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Cada 5 años	
Instrumento de Medición	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-15)	
Método de Medición	<p>Encuestas: se pide a los entrevistados responder a las preguntas siguientes. Se les pregunta a los encuestados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? 2. Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba? <p>Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.</p> <p>Denominador: Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad.</p> <p>El indicador debe presentarse en forma de porcentajes para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años.</p> <p>El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el sida.</p>	
Interpretación	<p>Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.</p> <p>La afirmación inicial de “No quiero saber los resultados, pero...” permite una mejor información y reduce el riesgo de información escasa sobre las pruebas del VIH entre personas que no desean revelar su estado serológico.</p>	

Indicador No.14	Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS#5	Indicadores de Programas Nacionales
	AU #18	Compromiso Regional
Justificación	<p>Cuando no se realizan intervenciones preventivas, los lactantes nacidos de mujeres con VIH y amamantados por ellas tienen una probabilidad aproximada de que uno de cada tres contraiga la infección. La transmisión puede ocurrir durante el embarazo, el parto y el alumbramiento, o después del parto a través de la lactancia materna.</p> <p>El riesgo de TMI puede reducirse significativamente con enfoques complementarios de tratamientos antirretrovíricos para la madre, con o sin profilaxis para el lactante, la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante.</p>	
Objetivo	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de la recopilación: registro mensual Frecuencia del reporte: anual	
Instrumento de Medición	<p>Para el numerador: instrumentos de vigilancia, como registros de pacientes y formularios de información sumaria.</p> <p>Para el denominador: encuestas de vigilancia en dispensarios prenatales en combinación con datos demográficos, o modelos de estimación, como Spectrum.</p>	
Método de Medición	<p>Vigilancia del VIH</p> <p>Numerador: Número de embarazadas con VIH que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.</p> <p>Siempre que sea posible, el numerador para este indicador debe desglosarse por el tipo de tratamiento antirretrovírico.</p> <p>Denominador: Número estimado de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses. Hay dos métodos posibles para calcular la estimación del denominador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimaciones calculadas según un modelo de proyección como el Spectrum, ó 2. Multiplicar: <p>(a) el número total de mujeres que dio a luz durante los últimos 12 meses, que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística o estimaciones proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas, por</p> <p>(b) la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas, que puede derivar de las estimaciones de la vigilancia centinela de los dispensarios prenatales.</p> 	
Interpretación	Se insta a los países a que efectúen el seguimiento e informen sobre la distribución porcentual real o estimada de los diversos tratamientos suministrados a fin de vigilar las tendencias en la utilización de los tratamientos y, de ese modo, poder modelizar el impacto de los fármacos antirretrovíricos en la transmisión materno infantil en función de la eficacia de las correspondientes pautas farmacológicas. En 2006, las directrices internacionales se actualizaron para recomendar tratamientos más eficaces para la	

Indicador No.14	Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.
	<p>transmisión materno infantil; y es posible que los países estén en diferentes fases con respecto a la adopción de las recomendaciones más recientes. Algunos de ellos tal vez aún no dispongan de un sistema en funcionamiento para reunir datos e informar sobre la cobertura de la prestación de terapia antirretrovírica para la prevención de la transmisión materno infantil según las diversas posibilidades de tratamiento; sin embargo, el objetivo debe ser la creación de dicho sistema.</p> <p>Este indicador permite efectuar el seguimiento de las tendencias en el suministro de terapia antirretrovírica que aborde la prevención de la transmisión materno infantil. Sin embargo, como los países ofrecen diferentes tratamientos para la prevención de la transmisión materno infantil, las comparaciones entre ellos de estimaciones agrupadas deben interpretarse con cautela y haciendo referencia a los tratamientos suministrados. Además de la terapia antirretrovírica para la madre, los tratamientos antirretrovíricos para reducir la transmisión materno infantil deben acompañarse de otros adecuados para el lactante y, siempre que sea posible, se debe efectuar el seguimiento e informar si se han administrado dosis para lactantes.</p> <p>En algunos países, un gran número de embarazadas no tiene acceso a los servicios de los dispensarios prenatales o decide no hacer uso de ellos. Las embarazadas con VIH pueden ser más o menos proclives a utilizar dichos servicios que las no infectadas; en especial, allí donde puede accederse a los fármacos antirretrovíricos a través de esos servicios o cuando los niveles de estigma son particularmente elevados. Las estimaciones nacionales de las embarazadas con VIH deben obtenerse sin olvidar características tales como las tendencias de prevalencia urbana/rural que puedan afectar la representatividad de los centros.</p> <p>Probablemente estarán disponibles el asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y la profilaxis antirretrovírica para reducir la TMI, pero, en última instancia, depende de cada mujer la decisión de hacer o no uso de ellos. Por ello, la puntuación de un país en este indicador reflejará el grado de interés por esos servicios (lo cual depende en parte de la manera en que se promocionan), además de su grado de accesibilidad.</p>

Indicador No.16	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Promoción y Prevención
	UNGASS#23	Indicadores de Impacto
	AU #C6b	Compromiso Regional
	AU #C6c	
Justificación	Las poblaciones más expuestas son las que suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países tanto con epidemias generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia en estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia en las poblaciones más expuestas es un parámetro esencial de la respuesta al VIH a nivel nacional. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta, aplicando en el caso de Costa Rica, las siguientes: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas privadas de libertad, población trans y profesionales del sexo (Mujeres Trabajadoras Sexuales – MTS- y Hombres Trabajadores Sexuales –HTS-).	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Quinquenal: <ul style="list-style-type: none"> - HSH en el año 2014 - PPL en el año 2015 - Población Trans en el año 2014 - MTS y HTS en el año 2015 	
Instrumento de Medición	Estudio de prevalencia en poblaciones más expuestas	
Método de Medición	Estudio de prevalencia en poblaciones en riesgo Numerador: Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH Denominador: Número de miembros de poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH. Las estimaciones de la prevalencia deben desglosarse por sexo, edad (<25/25+) y residencia (rural ó urbana)	
Interpretación	La representatividad de los resultados requiere especial atención y se torna compleja por el tipo de población abordada. Se debe detallar la metodología con particular énfasis en el muestreo y considerar estos aspectos en el análisis. Si bien, ONUSIDA sugiere que la información para este indicador se brinde a través de los datos de las pruebas realizadas en grupos de poblaciones más expuestas en el ó los principales centros centinela, en Costa Rica esto no es posible aún, pues no han existido los sitios centinela y es hasta la actualidad en que dichos centros se están diseñando, pero sin encontrarse aún en funcionamiento. Por tanto, la información para este indicador se brindará en nuestro país, a través de un estudio de prevalencia.	

Indicador No.19	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años con VIH.	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS#22	Indicadores de Impacto
	ODM	Compromiso Regional
Justificación	El objetivo de la respuesta al VIH es reducir la infección por el VIH. Habida cuenta de que las tasas más elevadas de nuevas infecciones se observan generalmente en jóvenes, más de 180 países se han comprometido a alcanzar reducciones considerables en la prevalencia del VIH entre los jóvenes, una reducción del 25% en los países más afectados para 2005 y una reducción mundial del 25% para 2010.	
Objetivo	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual	
Instrumento de Medición	Directrices de la OMS para la vigilancia del VIH	
Método de Medición	<p>Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y rurales.</p> <p>Numerador: Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.</p> <p>Denominador: Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p> <p>Siempre que sea posible, debe facilitarse la proporción del total de mujeres de 15 a 24 años que reside en la capital, en otras zonas urbanas y en zonas rurales, de modo que puedan calcularse las estimaciones nacionales.</p>	
Interpretación	<p>La prevalencia del VIH a cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresadas como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración promedio de la infección es prolongada. Además, los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos en mayor riesgo y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento.</p> <p>En los jóvenes, las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años. Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH. Por ello, en el caso de Costa Rica se tomarán como referencia otras fuentes de información para la interpretación de los datos, específicamente: ESSR, datos de los compromisos de gestión, Encuesta de Hogares.</p>	

Indicador No.20	Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS#25	Indicadores de Impacto
		Compromiso Regional
Justificación	<p>En países de ingresos altos, las estrategias como la terapia antirretrovírica durante el embarazo y después del parto, así como la utilización de sucedáneos de la leche materna, han reducido en gran medida la tasa de transmisión materno infantil del VIH. En los países en desarrollo se observan importantes dificultades en la aplicación de dichas estrategias, debido a las limitaciones en el acceso, asequibilidad y uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, así como en servicios de salud reproductiva y materno infantil, que tienen integradas intervenciones de prevención de la transmisión materno infantil, incluidos los sucedáneos de la leche materna (cuando son parte de las políticas nacionales de prevención de la transmisión materno infantil). No obstante, es posible lograr reducciones importantes en la transmisión materno infantil mediante métodos como la profilaxis antirretrovírica breve.</p>	
Objetivo	Evaluar los progresos en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH	
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual	
Instrumento de Medición	Datos de país	
Método de Medición	<p>Numerador: Número de lactantes que nacieron positivos</p> <p>Denominador: Número de mujeres embarazadas con VIH, hayan ó no recibido tratamiento</p> <p>En el caso de Costa Rica, no se utilizan proyecciones para brindar el porcentaje del presente indicador pues el país facilita una cobertura nacional para la atención de madres con VIH.</p>	
Interpretación	Este indicador se refiere a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, gracias a la mayor disponibilidad de profilaxis antirretrovírica.	

Indicador No.21	Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo antirretrovirales	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS #4	Indicadores de Programas Nacionales
	AU #G2a	Compromiso Regional
Justificación	A medida que avanza la pandemia de VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretrovírica ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad entre las personas con VIH, y se están haciendo esfuerzos para que sea asequible incluso en los países menos desarrollados. La terapia antirretrovírica de combinación debe ofrecerse conjuntamente con servicios de atención y apoyo más amplios, incluido el asesoramiento a los cuidadores familiares.	
Objetivo	Evaluar el avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica de combinación a todas las personas con infección por el VIH avanzada	
Frecuencia de la recopilación de datos	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada establecimiento y desglosarse de forma periódica (bimensualmente). Los datos bimensuales más recientes se utilizarán para el informe anual.	
Instrumento de Medición	Para el numerador: registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos o sistemas de gestión del suministro de fármacos. Para el denominador: modelos de estimación de la prevalencia del VIH, como Spectrum.	
Método de Medición	Vigilancia del VIH. Numerador: Número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que actualmente reciben terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o con los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo que cubre el informe. Denominador: Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada (es decir, las que necesitan terapia antirretrovírica de combinación). Este indicador se desglosará por sexo y edad (<15, 15+). Explicación del numerador: El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto. El numerador debe ser igual al número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretrovírico menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto. En otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido. Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Es preciso hacer esfuerzos para dar cuenta de dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador. En este indicador no se incluyen la terapia antirretrovírica administrada sólo con el objeto de prevenir la transmisión materno infantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazadas con VIH que reúnen los requisitos para el tratamiento antirretrovírico, o las que ya lo reciben por sí mismas, sí se incluyen en el indicador. El número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica de combinación puede obtenerse a través de los datos recogidos en los	

Indicador No.21	Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada recibiendo antirretrovirales
	<p>sistemas de gestión de provisión de fármacos o los registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos, que se hacen coincidir y se transfieren a los informes mensuales o trimestrales de una muestra significativa que luego puede desglosarse para obtener los totales nacionales.</p> <p>Los pacientes de los sectores privado y público que reciben terapia antirretrovírica deben incluirse en este numerador siempre que haya datos disponibles.</p> <p>Explicación del denominador: El denominador se obtiene estimando el número de personas con infección por el VIH avanzada que necesita o reúne los criterios para recibir terapia antirretrovírica. Esta estimación debe tener en cuenta una variedad de factores, que incluyen, aunque no exclusivamente, el número actual de personas con VIH, el número actual de pacientes que reciben terapia antirretrovírica y los antecedentes naturales del VIH desde la infección hasta la inscripción para recibir terapia antirretrovírica.</p> <p>Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de modelización del VIH, como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de la necesidad relacionada con el VIH y el uso de Spectrum, consúltese la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones.</p> <p>La necesidad o los criterios requeridos para recibir terapia antirretrovírica deben coincidir con las definiciones de la OMS sobre el diagnóstico del VIH avanzado (incluido el sida) en adultos y niños.</p>
Interpretación	<p>El indicador permite vigilar las tendencias en la cobertura, pero no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretrovírica, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Dichas formas variarán dentro de los países y entre ellos, y es probable que cambien en el curso del tiempo.</p> <p>La proporción de personas con fases avanzadas de la infección por el VIH variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretrovírica entre adultos y niños.</p> <p>La dinámica de la prevalencia altera la precisión de la estimación de la población elegible. Las estimaciones cambiantes de la prevalencia no se reflejan en la prevalencia actual, lo cual influye específicamente en el denominador.</p> <p>El grado de utilización de la terapia antirretrovírica dependerá del costo con respecto a los ingresos locales, la infraestructura y calidad de los servicios suministrados, la disponibilidad y utilización de los servicios de APV, las percepciones de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento, etc.</p> <p>En este indicador no se incluyen la terapia antirretrovírica preventiva orientada a la prevención de la TMI, ni la profilaxis posterior a la exposición.</p>

Indicador No.22	Porcentaje de casos estimados de coinfección VIH-TB que recibió tratamiento para TB y para VIH	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS #6	Indicadores del Programa Nacional
	AU #E2	
Justificación	La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas con VIH, incluidas aquellas que están en tratamiento antirretrovírico. La detección de casos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas con VIH. Es importante disponer de una medida del porcentaje de casos de coinfección por el VIH y tuberculosis que pueden acceder a un tratamiento adecuado para la TB y el VIH.	
Objetivo	Evaluar los progresos en la detección y tratamiento de la TB en las personas que con VIH	
Frecuencia de la recopilación de datos	Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de establecimiento y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.	
Instrumento de Medición	Registros e informes del establecimiento acerca de la terapia antirretrovírica; instrumentos de vigilancia de los programas.	
Método de Medición	<p>Datos y estimaciones de los programas de los casos de tuberculosis en personas con VIH.</p> <p>Numerador: Número de adultos con VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.</p> <p>Denominador: Número estimado de casos de tuberculosis en personas con VIH.</p> <p>Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y por adultos (>15 años) y niños (<15 años).</p>	
Interpretación	<p>Una adecuada detección y tratamiento de la TB prolongará la vida de las personas con VIH y reducirá la coinfección por TB. La OMS provee estimaciones anuales de casos de TB en personas viviendo con VIH, basados en las mejores estimaciones disponibles en los países sobre la prevalencia de VIH e incidencia de TB. Todos los casos de TB en personas con VIH deberían iniciar tratamiento por TB en función de los criterios específicos del país. Los casos de de tuberculosis se definen como los nuevos casos que han ocurrido en ese año, y específicamente excluye los casos latentes.</p> <p>Todas o la mayoría de las personas con VIH y que tienen TB deberían recibir terapia antirretroviral, en función de los criterios locales para ello. El tratamiento debe administrarse de acuerdo con las guías y protocolos nacionales de TB.</p> <p>Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas con VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, también se verá afectado por una baja utilización de las pruebas del VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y a la terapia antirretrovírica, y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores y es conveniente hacer referencia a ellos cuando se interpretan los resultados de este indicador.</p>	

Indicador No.23	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica.	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS #24	Indicadores de Programa Nacional
	AU #G3a	
Justificación	Uno de los objetivos de todo programa de tratamiento antirretrovírico es aumentar la supervivencia de los individuos con VIH. A medida que la provisión de la terapia antirretrovírica se amplía en países de todo el mundo, también es importante saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen. Estos datos pueden ayudar a demostrar la eficacia de tales programas y a poner de manifiesto los obstáculos a su ampliación y mejoramiento.	
Objetivo	Evaluar los progresos en el incremento de la supervivencia en adultos y niños con VIH al mantenerlos en terapia antirretrovírica	
Frecuencia de la recopilación de datos	A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.	
Instrumento de Medición	Registros médicos y expedientes de las 6 Clínicas de VIH	
Método de Medición	<p>Registros médicos y expedientes de las 6 Clínicas de VIH</p> <p>Numerador: Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.</p> <p>Denominador: Total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.</p> <p>Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (<15, 15+).</p> <p>Definiciones: El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Por ejemplo, si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2008.</p> <p>Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento).</p> <p>Explicación del numerador: El numerador requiere que los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después del inicio del tratamiento. Para una interpretación global de la supervivencia, deben recopilarse los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.unaids.org/es/HIV_data/Methodology/default.asp. <p>Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciar el tratamiento. 	

	<p>El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en terapia antirretrovírica de forma constante durante los 12 meses del periodo. Los pacientes pueden no haber acudido a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, o haber suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes e <i>incluidos</i> en el numerador.</p> <p>Por el contrario, los pacientes que han fallecido, dejado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del comienzo del tratamiento <i>no se incluyen</i> en el numerador.</p> <p>Explicación del denominador: El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretrovírica inicial en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretrovírica como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.</p> <p>A nivel del establecimiento de salud, el número de adultos y niños en terapia antirretrovírica a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 12 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, a nivel del establecimiento, estos últimos no se incluirán en el numerador ni en el denominador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el numerador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos.</p> <p>Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados el establecimiento es actualmente responsable de registrar: el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los excluidos) a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.</p>
<p>Interpretación</p>	<p>El uso de este denominador puede subestimar la “supervivencia” real, puesto que una proporción de los pacientes perdidos para el seguimiento están vivos. El número de personas con vida y en terapia antirretrovírica (es decir, mantenimiento de la terapia antirretrovírica) en una cohorte de tratamiento queda reflejado aquí.</p> <p>La información prioritaria es la supervivencia global. Si hay disponibles registros exhaustivos de pacientes por cohorte, se insta a los países a que efectúen el seguimiento del mantenimiento de la terapia antirretrovírica a los 24, 36 y 48 meses y anualmente en lo sucesivo para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia antirretrovírica. De esta forma, es posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta ó disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no es posible atribuir la causa de estos cambios. El mantenimiento de la terapia antirretrovírica a los 12 meses debe interpretarse en función de las características iniciales de la cohorte de pacientes al comienzo de la terapia antirretrovírica. La mortalidad será más elevada en centros donde los pacientes accedieron a la terapia antirretrovírica en una etapa más tardía de la infección. Por lo tanto, la recopilación de datos y la información sobre la supervivencia en relación con los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor de la eficacia a largo plazo de la terapia antirretrovírica.</p>

Indicador No.26	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.	
Clasificación	Línea Estratégica del PEN	Atención Integral
	UNGASS	Adicional Recomendado #3
	AU #H1	
Justificación	A medida que los países amplían los servicios de TARV, es importante garantizar que haya ARV disponibles para quienes los necesitan. La TARV es una estrategia terapéutica de largo plazo para las personas con VIH en etapa avanzada, y las interrupciones al tratamiento pueden provocar farmacoresistencia del VIH. La gestión eficiente de suministros es fundamental para garantizar que no se agoten las existencias de ARV necesarios.	
Objetivo	Este indicador mide un aspecto clave de la gestión del suministro de fármacos antirretrovíricos (ARV): si los establecimientos de salud que dispensan fármacos ARV se han quedado sin existencias de al menos un ARV necesario en los últimos 12 meses.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual para los registros de los programas; cada 2 o 3 años para censo/encuesta de establecimientos.	
Instrumento de Medición	Se pueden utilizar encuestas de establecimientos de salud, como la Evaluación de la Prestación de Servicios (EPS) o la Cartografía de los Servicios Disponibles (CSD), siempre y cuando incluyan preguntas acerca de los agotamientos de las existencias de ARV.	
Método de Medición	<p>Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa ARV y que se quedó sin existencias, una o más veces, de al menos un fármaco ARV necesario en los últimos 12 meses. Un agotamiento de existencias se define como la ausencia completa de un fármaco ARV necesario en un punto de prestación durante al menos un día.</p> <p>Numerador: Total de establecimientos que dispensa ARV y que ha sufrido uno ó más desabastecimientos en los últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: Número total de establecimientos de salud que dispensa ARV.</p> <p>Cálculo:</p> $\frac{\text{Número de establecimientos de salud que dispensa ARV y que se quedó sin existencias, una o más veces, de al menos un fármaco ARV necesario en los últimos 12 meses}}{\text{Número total de establecimientos de salud que dispensa ARV}} \times 100$ <p>Si se cuenta con un sistema de información de gestión logística (SIGL) nacional con detalles sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, la información debe extraerse de este sistema para el desarrollo de este indicador. En caso contrario, es posible que la información deba recopilarse a través de una encuesta especial o de visitas a los establecimientos. Si en el país hay un número limitado de establecimientos de salud que dispensa ARV, todos ellos deben ser incluidos en la encuesta o las visitas. Si el número de establecimientos de salud que dispensan ARV es grande, quizás sea necesario seleccionar una muestra representativa del número total de establecimientos de salud que dispensa ARV (la lista completa debe estar disponible en el ámbito nacional). Al momento de realizar la muestra, es importante asegurarse de incluir establecimientos de los distintos niveles (por ejemplo, nivel centralizado, distrital y periférico).</p>	
Interpretación	Este indicador refleja un componente crucial del programa de TARV: si hay o no un suministro constante e ininterrumpido de fármacos ARV a nivel de los establecimientos de salud. Sin embargo, este indicador no brinda información sobre qué causa los problemas de agotamiento de existencias, cuáles son los fármacos ARV que están/estuvieron agotados o cuánto tiempo duró el agotamiento de existencias de un fármaco ARV determinado. Tampoco proporciona información acerca de la calidad del	

Indicador No.26	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.
	<p>almacenamiento, la administración y la distribución de los fármacos ARV. La mera vigilancia de los agotamientos de existencias podría ser engañosa, porque es posible que un establecimiento tenga existencias de reserva pero que también tenga una política de no liberar las reservas. Utilizando la definición de este indicador, estos establecimientos no se incluirían entre los que se quedaron sin existencias, aunque desde la perspectiva del paciente, un fármaco ARV necesario no estaría disponible para el tratamiento. En lugares donde las existencias de reserva no se liberan durante los agotamientos de ARV, es preferible reunir información sobre un agotamiento funcional de existencias (esto es, la imposibilidad de acceder o utilizar un fármaco ARV necesario).</p>