

Compendio de **Indicadores** de **igualdad** de **género y VIH**

por
Shelah S. Bloom
y
Svetlana Negroustoueva



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



— *Compendio de* —

Indicadores de igualdad de género y VIH

por

Shelah S. Bloom

y

Svetlana Negroustoueva



Este documento de investigación ha recibido el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) de conformidad con los términos del acuerdo de cooperación GHA-A-00-08-00003-00 de MEASURE Evaluation cuya implementación lleva a cabo el Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, junto con Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, y la Universidad Tulane. Las opiniones expresadas no son necesariamente las de PEPFAR, USAID o el Gobierno de los Estados Unidos. ms-13-82-es (febrero de 2014). Fotografía de la portada por cortesía de Arne Hoel, Banco Mundial.

MEASURE Evaluation quiere expresar su más profundo agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este Compendio de indicadores de igualdad de género y VIH. Esto incluye representantes de instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, la familia de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales, ONG internacionales y otros socios que han contribuido en un proceso de consulta participativo. Consulte el anexo A para ver la lista completa de participantes.

Nuestro especial agradecimiento a los miembros del Grupo central de planificación por sus opiniones y orientación a lo largo del proceso:

Kyeremeh Atuahene, Comisión sobre el sida de Ghana
 Seng Sut Wantha, Autoridad nacional sobre el sida en Camboya
 Alessandra Nilo, GESTOS
 Luisa Orza y Ebony Johnson, Red ATHENA
 Avni Amin, Organización Mundial de la Salud
 Personal de ONUSIDA
 Sara Hou y Leyla Sharafi, UNFPA
 Joanna Barczyk, Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
 Daniela Ligiero, Oficina del Coordinador Mundial del Sida
 Diana Prieto, USAID
 Nazneen Damji, ONU Mujeres

Asimismo, nos gustaría dar las gracias a Nazneen Damji, ONU Mujeres; Diana Prieto, USAID; y Daniela Ligiero, Oficina del Coordinador Mundial del Sida de los Estados Unidos (OGAC), por dirigir este esfuerzo.

Nuestro agradecimiento a Jill Gay, Melanie Croce-Galis, Katherine Bourne y Saba Moussavi por su inestimable apoyo en la investigación; y a ONU Mujeres y el UNFPA por el apoyo económico a la hora de realizar las reuniones y consultas técnicas.

También nos gustaría reconocer que ONU Mujeres apoyo con el financiamiento para traducir el Compendio de indicadores de igualdad de género y VIH en ruso, español, francés y portugués.

Mención recomendada:

Bloom SS, Negroustoeva S. Compendio de indicadores de igualdad de género y VIH. MEASURE Evaluation. Noviembre de 2013.

En el sitio web de MEASURE Evaluation puede descargarse el documento completo en la sección de publicaciones. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>

<i>Acrónimos</i>	v
<i>Definiciones</i>	vi
<i>Prefacio</i>	1
Igualdad de género y VIH	1
Elaboración y propósito del Compendio	1
Organización del Compendio	2
Vigilancia y evaluación de programas	5
Características de un buen indicador	9
Dónde encontrar más información sobre V+E	11
<i>Lista de indicadores</i>	12
Indicadores de la Categoría 1	12
Indicadores de la Categoría 2	13
Indicadores de la Categoría 3	15
<i>Indicador 1: Contexto social</i>	17
1.1—Marco jurídico y de políticas	17
1.2—Estigma y discriminación	20
1.3—Violencia de género	26
1.4—Normas de género	33
1.5—Independencia económica y alfabetización	38
1.6—Emergencias humanitarias	40
<i>Indicador 2: Programas de intervención</i>	44
2.1—Tratamiento	44
2.2—Asesoramiento y pruebas	47
2.3—Integración y enlaces entre servicios	50
2.4—Participación de los hombres	55
<i>Indicador 3: Poblaciones que merecen atención especial</i>	58
3.1—Personas que viven con el VIH	58
3.2—Poblaciones clave	61
3.3—Otras poblaciones vulnerables	67
<i>Indicador 4: Comportamiento y conocimientos</i>	71
4.1—Comportamiento sexual	71
4.2—Conocimientos sobre el VIH y el sida	73
<i>Indicador 5: Prevalencia de la enfermedad y salud reproductiva</i>	75
5.1—Prevalencia de la enfermedad	75
5.2—Salud reproductiva	76

<i>Esferas para la elaboración de indicadores en el futuro</i>	<u>79</u>
Entorno propicio	<u>79</u>
Normas de género, empoderamiento y derechos de las mujeres	<u>81</u>
Salud reproductiva	<u>82</u>
Comportamiento	<u>84</u>
Poblaciones clave y poblaciones con mayor riesgo de infección	<u>84</u>
Entornos humanitarios y de emergencia	<u>86</u>
Indicadores de servicios de salud/de efectos	<u>87</u>
Indicadores de trata	<u>88</u>
<i>Anexo A: lista de participantes</i>	<u>90</u>

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ANA	Artículos no alimentarios
APN	Atención prenatal
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
ARV	Antirretroviral, antirretrovirales
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
FIPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
FMSTM	Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
FSC	Fortalecimiento de los sistemas comunitarios
FSS	Fortalecimiento de los sistemas de salud
GARPR	Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida
GEM	Escala Gender-Equitable Men (GEM)
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infeción de transmisión sexual
MERG	(ONUSIDA) Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación
MICS	Encuesta a base de indicadores múltiples
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OGAC	Oficina del Coordinador Mundial de los Estados Unidos para el sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
ONUSIDA	El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PVV	Personas que viven con el VIH
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
V+E	Vigilancia y evaluación

Género

es un concepto social y cultural que distingue diferencias en los atributos de mujeres y hombres, niñas y niños, y, según estos parámetros, hace referencia a las funciones y responsabilidades de mujeres y hombres.¹ La definición y las expectativas de lo que significa ser una mujer o un hombre, y las sanciones por no adherirse a estas expectativas, varían según las culturas y a lo largo del tiempo, y, a menudo, se combinan con otros factores como la raza, la clase y la edad. Las personas transgénero, independientemente de si se identifican como mujeres o como hombres, están sujetas al mismo conjunto de expectativas y sanciones.

Sexo

se refiere a las diferencias determinadas biológicamente que definen a los humanos como mujeres u hombres. Estas series de características biológicas no son mutuamente excluyentes puesto que hay personas que poseen ambas, pero sí es cierto que estas características suelen diferenciar a los humanos como mujeres y hombres.²

Igualdad de género

es el concepto por el cual todos los seres humanos, tanto mujeres como hombres, son libres para desarrollar sus capacidades personales y poder elegir sin las limitaciones impuestas por estereotipos, funciones de género rígidas o prejuicios. La igualdad de género implica que se tienen en cuenta los distintos comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, que se valoran y se favorecen equitativamente. Por contra, no significa que las mujeres y los hombres tengan que llegar a ser lo mismo, sino, más bien, que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependerán de si han nacido mujeres u hombres.³

Equidad de género

implica el trato justo para mujeres y hombres, según sus respectivas necesidades. Esto puede incluir el trato igualitario o un trato que es diferente pero se considera equivalente en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades. En el contexto del desarrollo, un objetivo de la equidad de género suele requerir medidas integradas para compensar las desventajas sociales e históricas de las mujeres.³

Identidad de género

hace referencia a la experiencia de género que una persona siente profundamente en su interior de manera individual, que puede o no corresponder al sexo con el que ha nacido. Por una parte incluye la sensación personal del cuerpo, que puede incluir, si se ha elegido libremente, la modificación de la apariencia o la función corporal mediante métodos médicos, quirúrgicos o de otro tipo, y, por otra, las expresiones de género, incluida la manera de vestir y de hablar y los amaneramientos.

Análisis de género

es un medio sistemático de considerar los distintos impactos del desarrollo, las políticas, los programas y la legislación sobre mujeres y hombres que incluye, en primer lugar y como aspecto más importante, la recopilación de datos desagregados por sexo e información sensible al género sobre la población en cuestión. El análisis de género también puede incorporar el examen de diversas maneras en las que las mujeres y los hombres, como actores sociales, participan

¹ <http://www.unicef.org/gender/training/content/scolIndex.html>

² http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

³ Estrategia de igualdad de género del Fondo Mundial

en estrategias que transforman las funciones, las relaciones y los procesos existentes en interés propio y en el interés de terceros.³

Una respuesta ante el sida transformadora desde el punto de vista del género

intenta no únicamente abordar los aspectos específicos del género respecto del VIH y el sida sino también cambiar las estructuras, las instituciones y las relaciones de género existentes por otras basadas en la igualdad de género.³ Las políticas y los programas que quieren transformar las relaciones de género para promover la igualdad y alcanzar objetivos de programas. Este enfoque se esfuerza por promover la igualdad de género mediante: 1) la promoción de un examen crítico de las desigualdades y las funciones, las normas y las dinámicas de género, 2) el reconocimiento y el fortalecimiento de las normas positivas que respalden la igualdad y un entorno propicio, 3) el fomento de la posición relativa de las mujeres, las niñas y los grupos marginados, y la transformación de las estructuras sociales subyacentes, las políticas y las normas sociales muy extendidas que perpetúan las desigualdades de género.

Indicadores sensibles al género

hace referencia a medidas cuantitativas que se han desagregado por sexo así como a otros estratificadores (por ejemplo, la edad o el estatus socioeconómico) que muestran si existen diferencias en los efectos, los comportamientos, la aceptación de los servicios y otras deficiencias entre los subgrupos de mujeres y hombres, y en el seno de los mismos.

Indicadores de igualdad de género

se refieren a medidas que hacen un seguimiento de los cambios en las dinámicas de poder de las relaciones sexuales entre mujeres y hombres, normas personales o actitudes hacia la igualdad de género (es decir, normas de género), el acceso a los recursos económicos o el control de estos, el empleo, la toma de decisiones en el hogar entre las mujeres, la condición de las mujeres, las normas comunitarias respecto a la igualdad de género, y los marcos jurídicos y normativos para la igualdad de género a nivel nacional.⁴

Poblaciones clave

son aquellas poblaciones con unos niveles de riesgo significativamente más elevados de contraer y transmitir el VIH, y aquellas con índices de mortalidad y/o morbilidad más elevados en un contexto epidemiológico definido. Las poblaciones clave a menudo tienen un acceso o una aceptación significativamente inferior de los servicios relevantes en comparación con el resto de la población. Dependiendo del tipo de epidemia y el contexto nacional, algunos grupos de población pueden necesitar atención explícita (por ejemplo, consumidores de drogas intravenosas, trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero).⁵

⁴ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/44952761.pdf>

⁵ Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013 Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_es.pdf

Otras poblaciones vulnerables

son aquellos grupos de personas que pueden ser vulnerables al VIH en comparación con otros de la población, y, que, por otra parte, tienen menor acceso a servicios relevantes o aceptación de los mismos. Vulnerabilidad hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario y otros factores sociales, culturales, políticos y económicos que hacen que una persona sea más susceptible a contraer el VIH y a desarrollar sida. Los factores subyacentes de la vulnerabilidad pueden reducir la capacidad de las personas y las comunidades para evitar el riesgo del VIH y pueden escapar al control de las personas. Esto incluye a mujeres y niñas, personas transgénero, parejas de clientes de trabajadoras sexuales, presos, refugiados, migrantes o poblaciones desplazadas internamente; personas que viven con el VIH, adolescentes y jóvenes, huérfanos y niños vulnerables, personas con discapacidades, minorías étnicas, personas de grupos con bajos ingresos, personas que viven en entornos rurales o geográficamente aislados o cualquier otro grupo específico al contexto nacional.⁵

Igualdad de género y VIH

El género es la manifestación de roles y expectativas generados socialmente que se asignan a los seres humanos según su sexo. Los parámetros de la conducta aceptable socialmente para las mujeres y los hombres son muy diferentes en función de las sociedades y son dinámicos a lo largo del tiempo. Décadas de investigación en todo el mundo han demostrado que la desigualdad de género y las violaciones de los derechos humanos de las mujeres repercuten negativamente en diversos efectos de salud para adultos y niños, incluido el VIH, mediante consecuencias directas e indirectas. Las relaciones de poder desiguales y las desigualdades en el acceso a los recursos y el control sobre ellos entre mujeres y hombres, la violencia contra las mujeres y niñas, o la amenaza de violencia, y la percepción de condición inferior de las mujeres en comparación con los hombres aumentan la vulnerabilidad de mujeres y niñas ante el VIH. Del mismo modo, las normas y prácticas de género nocivas en relación con lo que se considera masculino también desempeñan un papel fundamental en el riesgo y la vulnerabilidad de los hombres y los niños ante el VIH. Asimismo, estas normas de género provocan diferenciales en la aceptación de los servicios de salud, la capacidad de respetar los regímenes médicos, y varios otros factores que contribuyen a los riesgos y los efectos relacionados con el VIH. La desigualdad de género ha sido identificada como un factor determinante en la epidemia del VIH por todas las organizaciones multilaterales y bilaterales que han centrado su atención en esta pandemia mundial.¹ Por otra parte, ha quedado patente que los programas y las políticas elaborados en respuesta al VIH deben abordar la desigualdad de género para ser efectivos.

Cada vez más, las principales partes interesadas y los actores de la respuesta al VIH han resalta-do la necesidad de contar con indicadores centrados en la desigualdad de género en el contexto del VIH, es decir, indicadores sensibles al género. Si bien ya existían indicadores, se observó la necesidad de proporcionar orientación adicional respecto a lo que constituyen indicadores estándar para cuantificar las dimensiones de género del VIH. Este compendio tiene como ob- jectivo facilitar esta orientación, como se detalla a continuación.

Elaboración y propósito del Compendio

Respondiendo a la solicitud de ONU Mujeres, ONUSIDA, OMS, UNFPA, OGAC, USAID, PNUD y el Fondo Mundial, MEASURE Evaluation ha elaborado este compendio utilizando para ello un proceso de colaboración que incluyó una importante reunión de partes interesadas en septiembre de 2011. La lista de indicadores fue recopilada por MEASURE Evaluation junto con un Grupo central de planificación que contó con representantes de ONU Mujeres, OMS, FMSTM, USAID, OGAC, socios del gobierno y la sociedad civil. Seguidamente, esta lista se presentó a las partes interesadas en la reunión de septiembre de 2011. En esta reunión parti- ciparon representantes internacionales de órganos del gobierno y organizaciones no guberna- mentales a niveles multilateral, bilateral y nacional, así como representantes de la sociedad civil. El propósito de la reunión era ofrecer orientación sobre la lista de indicadores que se incluirían en el compendio. Como paso siguiente a la reunión, se solicitó a los participantes que hicieran

¹ Estrategia de igualdad de género del Fondo Mundial: http://www.theglobalfund.org/documents/core/strategies/Core_GenderEquality_Strategy_en/
 Política de la OMS en materia de género: <http://www.who.int/gender/documents/policy/en/>
 ONUSIDA, Eliminación de las desigualdades de género: <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments/eliminatinggenderinequalities>

comentarios sobre el borrador. Los miembros del Comité central de planificación adoptaron las decisiones finales sobre la lista de indicadores y la estructura del compendio, basándose en su experiencia y en las opiniones de los participantes. A lo largo de este proceso, se acordó una serie de opciones de indicadores de vigilancia y evaluación que pueden utilizar los directores de programas, las organizaciones y los encargados de formular políticas que trabajan para abordar la desigualdad de género en el contexto de la respuesta al VIH. El anexo A incluye la lista de los participantes de la reunión; los nombres de los miembros del Grupo central de planificación están señalados con un asterisco.

El compendio de indicadores abarca esferas programáticas esenciales en la intersección de género y VIH. Cada una de estas áreas programáticas incorpora una serie de indicadores que pueden utilizarse a nivel nacional, regional o programático. Los indicadores del compendio forman parte de indicadores existentes utilizados en estudios o por países o bien se han adaptado de indicadores existentes para abordar la intersección de género y VIH. Los indicadores pueden cuantificarse mediante la recopilación de datos existentes y sistemas de información (por ejemplo, seguimiento rutinario de programas, encuestas) en la mayoría de contextos nacionales, aunque es posible que algunos requieran estudios o investigaciones especiales. El propósito de este compendio es ofrecer a los directores de programas, las organizaciones de los encargados de formular políticas una serie de indicadores para “conocer su epidemia del VIH/ conocer su respuesta” más adecuadamente desde una perspectiva de género a fin de:

- fortalecer la comprensión de las partes interesadas nacionales y subnacionales de su epidemia del VIH y su respuesta desde una perspectiva de igualdad de género,
- hacer un seguimiento del progreso hacia la eliminación de las desigualdades de género en las respuestas al VIH, y
- vigilar y evaluar programas que aborden tipos específicos de intervenciones relacionadas con la igualdad de género en el contexto del VIH.

Organización del Compendio

Los indicadores del compendio están organizados en capítulos que reflejan las cinco esferas principales que se muestran en el Marco de factores determinantes próximos adaptado que ilustra la figura 1 (contexto social, programas de intervención, poblaciones que merecen atención especial, comportamiento y conocimientos y prevalencia de la enfermedad/salud reproductiva) y en subsecciones dentro de estos capítulos. Cada una de las subsecciones empieza con una breve descripción de por qué esa esfera es relevante al género y el VIH. Los indicadores miden diversos aspectos de estas subsecciones. Se incluyen varias listas con el objetivo de ofrecer a los directores de programas, las organizaciones y los encargados de formular políticas la opción de seleccionar indicadores acordes a sus necesidades y que puedan cuantificarse en su contexto (es decir, tomando como base datos disponibles), que les permitirán medir aspectos de género en el contexto del VIH.

Marco para identificar indicadores de igualdad de género y VIH

En la siguiente página se puede consultar la figura 1 donde aparecen las esferas que pertenecen a la intersección de género y VIH utilizadas para organizar los indicadores de este compendio. En las iteraciones anteriores de factores determinantes próximos de modelos de salud, se ha incluido implícita o explícitamente el género como un factor subyacente. Por ejemplo, en Boer-

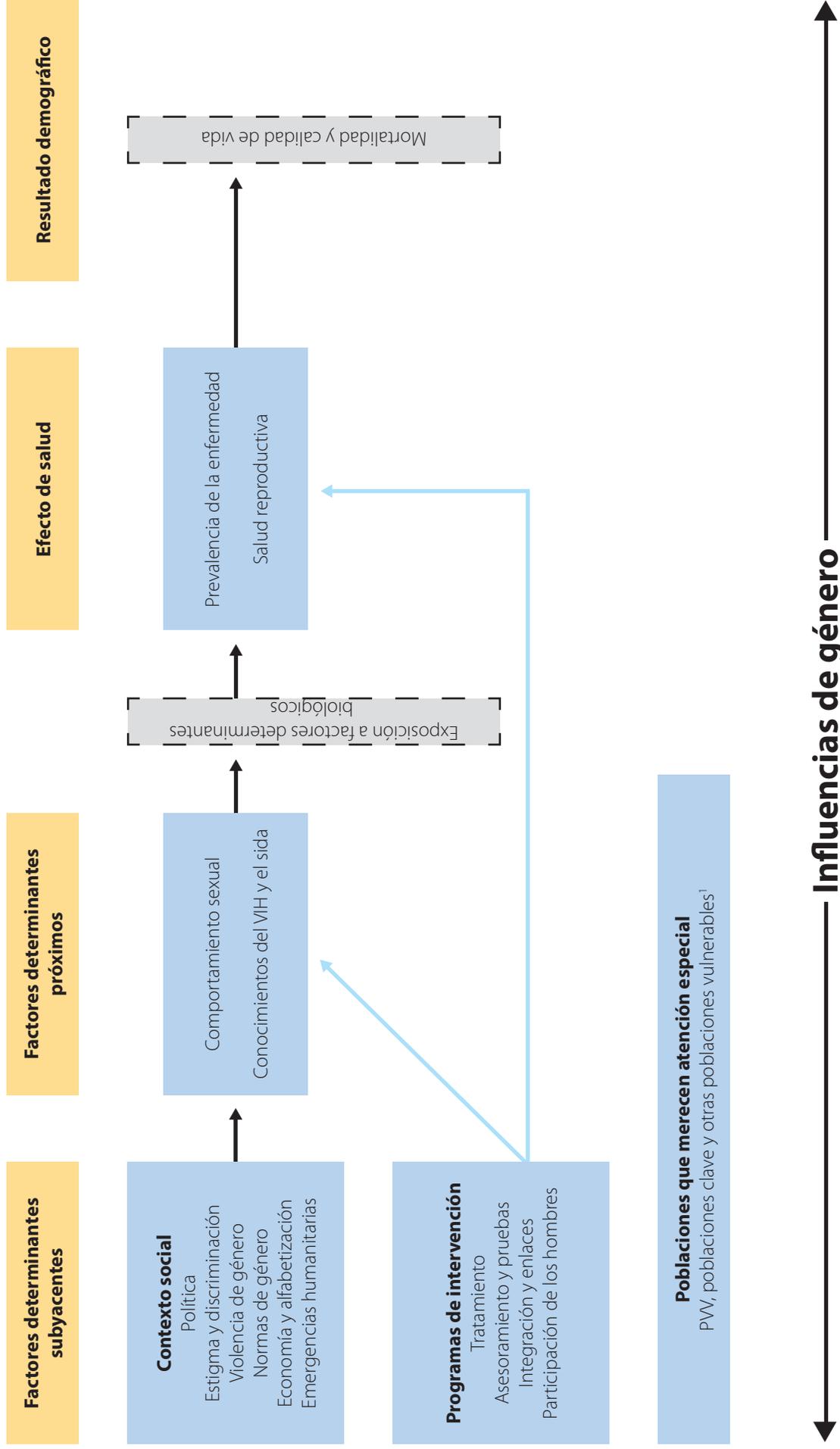


Figura 1: Marco de factores determinantes próximos para identificar indicadores de género y VIH, tomando como base Boerma y Weir, 2005²

¹ En este cuadro se destacan poblaciones clave (personas que viven con el VIH, consumidores de drogas intravenosas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales) y otras poblaciones de mayor riesgo (huérfanos y niños vulnerables, migrantes, etc.) puesto que estos grupos merecen atención especial.

² J. Ties Boerma y Sharon Weir, *Journal of Infectious Disease* 2005: 191 (supl. 1): S61 – 7.

ma y Weir,² los roles y las normas asignados a cada género son parte del contexto sociocultural para comportamientos y conocimientos que conllevan el riesgo del VIH. El modelo adaptado en esta guía describe una perspectiva distinta sobre la manera en la que el género interactúa con los factores que influyen en riesgos relacionados con el VIH. Los roles y las normas asignados a cada género son parte de un contexto subyacente de la salud, pero sus efectos en el riesgo de VIH se pueden observar en todos los niveles de la ruta de influencia. Este modelo se seleccionó y adaptó para demostrar la importancia de abordar la cuestión del género en todas las fases de la programación relacionada con el VIH, y, en consecuencia, la necesidad de medir las influencias del género en los niveles subyacente, próximo y de efectos.

Los indicadores del compendio corresponden a cinco esferas programáticas principales definidas en el marco: contexto social, programas de intervención, poblaciones que merecen atención especial, comportamiento y conocimientos, y prevalencia de la enfermedad/salud reproductiva. Los factores relacionados con el género pueden cuantificarse en todas las esferas programáticas. Algunos indicadores reflejan el aspecto más básico del género haciendo hincapié en las diferencias entre mujeres y hombres y niñas y niños utilizando datos desagregados por sexo. Otros indicadores son mediciones directas de la desigualdad de género, como, por ejemplo, los relacionados con normas y creencias sociales, o con problemas como la violencia de género, que, a su vez, afecta a los riesgos relacionados con el VIH, la aceptación de servicios y programas, y los efectos.

Los cinco grupos identificados en el marco representan esferas clave generales que deben medirse a fin de valorar si puede demostrarse que existe progreso a la hora de lograr una respuesta al VIH sensible al género. En la reunión de septiembre de 2011 las partes interesadas identificaron los subgrupos de cada esfera. Se tomó como base la disponibilidad de indicadores existentes y la importancia de estas esferas para la vigilancia y la evaluación de la intersección de género y VIH. Los indicadores relacionados con factores determinantes subyacentes, como los incluidos en “Contexto social” son importantes porque dan lugar a pautas de comportamiento y circunstancias que ponen a las personas en riesgo de contraer el VIH.³ La recopilación y el análisis de indicadores pertenecientes a factores determinantes próximos y los efectos aportan información necesaria para documentar el progreso a la hora de abordar el género en la programación de VIH y sida. El compendio ofrece una selección de medidas en todas estas esferas para ayudar a los directores de programas a niveles nacional y subnacional a comprender de qué manera sus enfoques abarcan la cuestión del género y qué deficiencias quedan por solucionar a fin de abordar su respuesta de manera más efectiva.

Formato de los indicadores

Todos los indicadores del compendio incluyen el título, la definición (que contiene un numerador, un denominador y la manera recomendada de desagregar) y llevan asignada una “Categoría”. Para los indicadores que están explicados en su totalidad en otra parte, se facilita un enlace a la fuente de la hoja completa de referencia. Estas hojas de referencia describen datos necesarios, método de cálculo y cuestiones que deben tomarse en consideración al cuantificar el indicador. Los indicadores restantes, adaptados para el compendio, incluyen hojas de referencia completas en este documento.

² J. Ties Boerma y Sharon Weir, *Journal of Infectious Disease* 2005: 191 (supl. 1): S61–7.

³ UNIFEM, Promoción de la igualdad de género en las respuestas al VIH/sida.

Definiciones de Categoría

Los miembros del Grupo central de planificación fueron los encargados de definir las Categorías, y las partes interesadas asignaron estas Categorías a los indicadores en la reunión de septiembre de 2011.

- Los indicadores de la **Categoría 1** son aquellos que ya se utilizan para hacer un seguimiento de los programas nacionales y subnacionales. Los datos recopilados de indicadores de la Categoría 1 deben considerarse rutinariamente y someterse a un análisis e interpretación adicionales en términos de lo que explican sobre desigualdades entre mujeres y hombres, o entre subgrupos de mujeres y hombres.
- Los indicadores de la **Categoría 2** constituyen una lista ampliada de indicadores que pueden ser utilizados por países, proyectos específicos, programas, estudios especiales e intervenciones útiles para vigilar y evaluar las dimensiones de igualdad de género de las respuestas al VIH y sida. Si se tienen datos disponibles de indicadores de la Categoría 2, estos deben incluirse para entender mejor y hacer un seguimiento del progreso sobre igualdad de género. Si no se dispone de este tipo de información, debe considerarse cómo pueden recopilarse y vigilarse los datos de estos indicadores.
- Los indicadores de la **Categoría 3** se clasificaron como importantes en el contexto de género y VIH, y se recomendó tenerlos en cuenta para necesidades de programas y en contextos específicos o bien precisar pruebas sobre el terreno ya que se consideraron esenciales en las nuevas esferas de medición.

Es posible que estos indicadores deban depurarse y validarse para su uso en el futuro. Para facilitar la adaptación a nivel nacional con los indicadores que ya se están utilizando, en la página 12 se presenta una tabla aparte de todos los indicadores de la Categoría 1.

Esferas para la elaboración de indicadores en el futuro

El último capítulo, “Esferas para la elaboración de indicadores en el futuro”, es una lista de esferas para las cuales no hay mediciones actualmente disponibles, pero que constituyen aspectos importantes de la igualdad de género y el VIH. Algunas de estas esferas se han descrito brevemente para demostrar por qué los indicadores de vigilancia y evaluación podrían resultar útiles cuando se trata de garantizar que los países y los programas abordan aspectos de la igualdad de género en sus respuestas al VIH.⁴

Vigilancia y evaluación de programas

La vigilancia y la evaluación (V+E) es el proceso por el cual se recopilan, analizan y presentan datos a fin de proporcionar información a los directores de programas, encargados de formular políticas y otros profesionales relacionados con el progreso de los resultados de la implementación de programas. El objetivo de la V+E es mejorar la implementación de los programas, así como demostrar la efectividad de los mismos. La manera en la que un programa recopila, analiza y presenta datos se describe sistemáticamente en un documento llamado “Plan de V+E”. Por ejemplo, un buen plan de V+E contribuirá a que los programas sobre violencia contra mujeres

⁴ Además de los indicadores destacados en el compendio, el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre las Estadísticas de Género, tras petición de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas, ha elaborado un conjunto mínimo de 52 indicadores de género. Las Naciones Unidas aprobaron la lista oficialmente en febrero de 2013. Actualmente se está desarrollando el trabajo metodológico para depurar esta lista. Los indicadores pueden encontrarse en el siguiente enlace:

<http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc13/2013-10-GenderStats-S.pdf>

y niñas (o componentes de este tipo de violencia en programas más generales) cumplan con su progreso esperado, orienten el proceso necesario para lograr sus objetivos previstos, y describan de qué manera demostrarán la efectividad de sus estrategias.

Vigilancia de programas

La vigilancia es el sistema de hacer un seguimiento rutinario de los programas utilizados para entender la eficacia de los programas que funcionan diaria, semanal, mensual o trimestralmente e identificar si existen cuellos de botella en la implementación general. La vigilancia demuestra que los insumos del programa se utilizan efectivamente y si estos sirven para alcanzar los productos previstos del programa. Por ejemplo, un programa diseñado para generar conciencia y disminuir la estigmatización sobre el nivel de violencia por parte de un compañero sentimental en una comunidad hará un seguimiento (o vigilancia) del nivel de insumos como, por ejemplo, financiación, tiempo de personal y elaboración de materiales así como de productos como, por ejemplo, cuántas veces han acudido los trabajadores a hablar en reuniones de la comunidad. Los cambios detectados en los niveles previstos de rendimiento para estos insumos y productos alertarán a los directores del programa de posibles problemas.

Evaluación de programas

La evaluación se utiliza para demostrar el nivel de efectividad de los programas a la hora de alcanzar sus metas y resultados. Los datos utilizados para la evaluación de programas se obtendrán de diversas fuentes, como, por ejemplo, la recopilación periódica de datos mediante encuestas (EDS, MICS), indicadores de programas o estudios especiales. La información obtenida de evaluaciones de programas puede utilizarse para corregir prácticas de programas, lograr resultados mejores y presentar informes a los donantes (Informe Mundial del Sida, Objetivos de Desarrollo del Milenio, etc.).

Las evaluaciones del proceso miden la calidad y la integridad del programa y se centran en la implementación del mismo además de valorar el alcance, más que en los resultados o efectos deseados. Para que resulten útiles, las evaluaciones del proceso deben planificarse de forma que abarquen períodos suficientemente frecuentes que permitan aplicar cambios, pero siempre después de que haya transcurrido el tiempo preciso para hacer patentes las necesidades. Por lo general, la evaluación del proceso es más fácil que cuantificar resultados o efectos. Por ejemplo, el programa de concienciación comunitaria para la prevención del VIH puede contar cuántas personas han asistido a las reuniones de la comunidad, y realizar ajustes cuando sea necesario.

Las evaluaciones de los efectos miden si un cambio o un resultado deseado se ha cumplido o no. Los datos utilizados para este tipo de evaluación normalmente se obtienen de un estudio especial y se recopilan periódicamente, no de manera rutinaria. El objetivo de una evaluación de los efectos es demostrar que los cambios observados en la población objetivo se han producido como resultado de la implementación del programa. Las evaluaciones de los efectos se utilizan para valorar cambios de conocimientos, comportamientos, habilidades, normas comunitarias, utilización de servicios e indicadores del estado de la salud de la población, como, por ejemplo, la prevalencia con la que se realizan pruebas del VIH o los conocimientos sobre métodos de prevención ante el VIH. A fin de cuantificar los cambios, se debe disponer de datos de referencia de la población objetivo, en otras palabras, datos recopilados *antes* de la implementación del programa, a fin de comparar con los datos recogidos *después* de que haya finalizado el programa. Este es el motivo por el que la planificación es tan importante en un buen diseño de evaluación. Cuando no se han recopilado datos antes del inicio del programa, una evaluación

puede utilizar un tipo diferente de diseño que compare una comunidad que ha sido expuesta al programa con una que no haya sido expuesta, pero este enfoque es menos recomendable, puesto que puede resultar difícil encontrar comunidades comparables que realmente no hayan sido expuestas al programa concreto como, por ejemplo, mensajes de prevención sobre el VIH en hospitales o escuelas.

Las evaluaciones del impacto indican qué parte del cambio puede atribuirse al programa, por ejemplo, mejoras en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Estas evaluaciones son más difíciles de llevar a cabo y exigen diseños de estudio muy específicos para medir el alcance del cambio observado en el efecto deseado que puede atribuirse al programa. Estas evaluaciones requieren el nivel especial de asistencia técnica y recursos económicos importantes.

La información obtenida a partir de evaluaciones de los efectos y el impacto sirve para demostrar estrategias prometedoras para la prevención y la respuesta que pueden implementarse en otros entornos. La información facilitada por los programas debe contribuir a un sistema de V+E más amplio en el país o a escala internacional, que sea coherente con el principio de los “Tres unos”.⁵ Con bastante seguridad, la información transmitida a este nivel conseguirá suficiente atención y apoyo para influir en políticas internacionales y la obtención de fondos continuados.

V+E de las respuestas al VIH y el sida desde el punto de vista del género

La importancia de contar con una vigilancia y una evaluación sensibles al género en los programas sobre VIH se pone de manifiesto con la necesidad de supervisar la diferencia en los efectos del VIH y el impacto de los programas entre diferentes subgrupos de mujeres y hombres así como con la necesidad de entender mejor de qué manera la desigualdad de género actúa como factor determinante del VIH entre mujeres y hombres, incluidos mujeres y hombres transgénero. Este tipo de información no solo es necesaria para los encargados de formular políticas y los directores de programas en cuanto a una toma de decisiones efectiva sino que también la solicitan cada vez más los donantes en relación con el progreso y los resultados de la programación sobre el VIH a la hora de reducir vulnerabilidades de mujeres y hombres.

Los indicadores sensibles al género hacen referencia a medidas cuantitativas que se han desagregado por sexo así como a otros factores (por ejemplo, la edad o el estatus socioeconómico) que muestran si existen diferencias en los efectos, los comportamientos y la aceptación de los servicios entre los subgrupos de mujeres y hombres, y en el seno de los mismos. Además de contar con indicadores sobre el VIH correctamente desagregados, también existe la necesidad de recopilar, reunir y supervisar indicadores que, ya sea directamente o a través de medidas intermedias, faciliten información sobre la desigualdad de género como factor determinante subyacente de la vulnerabilidad de mujeres y hombres ante el VIH. Las medidas relacionadas con la igualdad de género pueden hacer un seguimiento de los cambios en las dinámicas de poder de las relaciones sexuales entre mujeres y hombres, las normas o actitudes personales respecto a cuestiones como la violencia por parte de un compañero sentimental, el acceso a los recursos económicos y el control sobre los mismos, el empleo, la toma de decisiones en el hogar por parte de las mujeres, la condición de las mujeres, las normas comunitarias respecto a la igualdad de género y los marcos jurídicos y de políticas relacionados con la igualdad de género a escala nacional.⁶ En el nivel más básico, los indicadores sensibles al género:

⁵ ONUSIDA, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/new/ThreeOnes_es.pdf

⁶ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/>

- contribuyen a identificar desigualdades que deben abordarse en y entre los subgrupos de mujeres y niñas y hombres y niños;
- exigen la recopilación de datos desagregados por sexo, así como por edad y grupos socioeconómicos y étnicos;
- deben elaborarse para recopilar datos relacionados con factores que pueden medir el cambio a lo largo del tiempo, puesto que se necesita tiempo para que haya un cambio en las estructuras y los valores sociales; y
- se diseñan, se recopilan y se utilizan mediante enfoques participativos en los que se involucran las comunidades afectadas de mujeres y hombres.

La V+E sensible al género en el contexto del VIH es coherente con los principios de los “Tres unos”, que orientan las respuestas nacionales ante el VIH/sida.⁷ Un sistema de V+E que sea sensible al género debe fortalecer la capacidad de los sistemas de información para recopilar y presentar el desglose y el análisis de los datos por sexo y otros estratificadores (por ejemplo, la edad, el estatus socioeconómico, la etnicidad, etc.).⁸ A fin de abordar las causas profundas de estos diferenciales, deben medirse los indicadores de igualdad de género que capturan factores estructurales, como las dimensiones de poder relacionadas con el género entre mujeres y hombres. El uso de indicadores sensibles al género y de igualdad de género aportará información para que los programas, las políticas y los servicios se diseñen de manera óptima para atender las necesidades específicas de las personas más afectadas. Por otra parte, los indicadores sensibles al género supervisan y evalúan el progreso alcanzado por los programas a la hora de reducir las desigualdades que conllevan diferenciales en el riesgo y el impacto del VIH.⁹

Este recurso ofrece indicadores cuantitativos de igualdad de género y VIH. Cabe señalar que las medidas cuantitativas únicamente reflejan la situación parcialmente. Sin embargo, la investigación cualitativa arroja un análisis más profundo respecto a las dimensiones de igualdad de género del VIH y el sida. Las metodologías cualitativas registran las experiencias, las opiniones, las actitudes y los sentimientos de las personas que son imposibles de medir con métodos cuantitativos pero que a menudo son elementos necesarios para entender lo que se observa en una medición cuantitativa. Por ejemplo, los datos cualitativos pueden explicar por qué se observa un diferencial en la observancia de la TAR entre mujeres y hombres adultos. Así, los estudios cualitativos complementan los datos obtenidos cuantitativamente y son necesarios para propiciar una respuesta más integral y sensible desde el punto de vista cultural.¹⁰

El análisis de género examina las diferencias en las vidas de las mujeres y los hombres y aplica este enfoque a la elaboración de políticas y la prestación de servicios.¹¹ Un análisis de género aplicado a programas sobre VIH puede empezar con un examen de los datos que cuantifican las desigualdades entre mujeres/niñas y hombres/niños y de qué manera estas desigualdades interactúan con la propagación y el impacto del VIH y el sida. En algunos contextos es posible que las mujeres

⁷ http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/new/ThreeOnes_es.pdf

⁸ Hacia una Transformación de las Respuestas Nacionales al SIDA, la Transversalización de la Igualdad de Género y los Derechos Humanos de las Mujeres en los “Tres unos”: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2012/1/transforming-the-national-aids-response>

⁹ Why Sex/Gender And Age Matter For Evidence-Based Programming And Response: <https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/download/attachments/46081625/SADD.pdf?version=1&modificationDate=1313521808000>

¹⁰ UNIFEM, Promoción de la igualdad de género en las respuestas al VIH/sida.

¹¹ CIDA, Análisis de género: [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/\\$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf)

tengan menos derechos y un menor acceso a la información en comparación con los hombres. Por ejemplo, los derechos de herencia son muy pertinentes porque pueden ofrecer a las mujeres una fuente de independencia económica; si se niegan estos derechos, la mujer afectada puede verse forzada a buscar ingresos en cualquier otra parte, y, en consecuencia, ponerse en situación de riesgo ante el VIH. Por lo tanto, los indicadores sensibles al género y de igualdad de género facilitan los datos necesarios para realizar un análisis de género de la situación del VIH y de los programas. Un buen análisis de género mostraría a los encargados de adoptar decisiones la manera en que los programas y las políticas pueden tratar las desigualdades que se dan por motivo de género. Deben evitarse aquellos programas que asignan dificultades indebidas a las mujeres (por ejemplo, cuidados prestados en el hogar) o que no tienen en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección. A cambio, pueden implementarse programas transformadores desde el punto de vista del género que contrarresten las normas que fomentan la desigualdad o programas que aprovechen las contribuciones de las mujeres y los hombres en sus respectivos papeles dentro de la sociedad a la hora de abordar el VIH y el sida.

Características de un buen indicador

Un indicador es una variable que mide un aspecto específico de un programa o proyecto. Para que sea efectivo, un indicador debe reflejar las metas y los objetivos establecidos de un programa. Se utiliza para demostrar que las actividades se han implementado según lo previsto o que el programa ha aportado un cambio en el efecto que quería conseguirse. El aspecto específico perteneciente a un programa que mide un indicador puede ser un insumo, un producto o un efecto esperado. Existen diversos criterios que describen lo que es un buen indicador. Un buen indicador debe ser válido, fiable, comparable (a lo largo del tiempo o entre distintos entornos), no direccional, preciso, medible e importante desde el punto de vista programático.

- **Válido:** un indicador debe medir los aspectos del programa que está previsto que mida.
- **Específico:** un indicador debe medir únicamente los aspectos del programa que está previsto que mida.
- **Fiable:** un indicador debe minimizar los errores en la medición y debe producir los mismos resultados de manera coherente a lo largo del tiempo, independientemente de la persona que observa o responde.
- **Comparable:** un indicador debe utilizar unidades comparables y denominadores que permitan entender mejor el impacto o la efectividad en diferentes grupos de población o enfoques programáticos.
- **No direccional:** un indicador debe elaborarse para permitir el cambio en cualquier dirección y no especificar con su redacción una dirección concreta (por ejemplo: un indicador debe explicarse como “el nivel de concienciación” en lugar de “una mayor concienciación”).
- **Preciso:** un indicador debe tener definiciones claras y bien especificadas.
- **Factible:** debe ser posible medir un indicador utilizando herramientas y métodos disponibles.
- **Relevante desde el punto de vista programático:** un indicador debe estar relacionado específicamente con un insumo, un producto o un efecto programático.

Además, el Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación de ONUSIDA acordó un conjunto de estándares y elaboró una herramienta para valorar el alcance con el que se aplican estos estándares a diferentes indicadores en diversos entornos cuando se piden informes, o se quiere contar con ellos, a países que han firmado compromisos internacionales como la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.¹²

El propósito de estos estándares es facilitar la elaboración y revisión de indicadores que son relevantes, útiles y factibles. Las directrices estipulan que un indicador debe cumplir los cinco estándares siguientes:

1. El indicador es necesario y útil
2. El indicador tiene mérito técnico
3. El indicador está totalmente definido
4. Es factible recopilar y analizar datos para este indicador
5. El indicador se ha puesto a prueba sobre el terreno o se ha utilizado en la práctica

La calidad de un indicador corresponde a la de los datos utilizados para medirlo. La calidad de los datos empieza con protocolos bien diseñados que orientan la recopilación de datos. No obstante, estos datos pueden verse afectados en cualquier momento posterior, lo que incluye la manera en la que se incorporan a formularios (informatizados o no), se cuantifican a niveles más altos y se analizan para calcular indicadores específicos. Existen muchos factores que pueden provocar una mala calidad de los datos, entre ellos:

- conteo doble (o excesivo), cuando una persona, servicio u otro aspecto programático se cuenta más de una vez;
- falta de cobertura para garantizar la representación de la población o los servicios objetivo que se van a incluir en el indicador;
- la precisión con la que se crean registros y con la que estos se transmiten a un sistema superior;
- la precisión empleada para registrar los datos; si los datos reflejan o no la información actual (momento oportuno); y
- la integridad con la que se registran los datos (¿tiene la gente interés en no comunicar datos de forma precisa?).

Las personas que recopilan y procesan los datos deben tener la formación adecuada para comprender la importancia de la calidad de los datos en el éxito del programa, y estar dotadas de las habilidades necesarias para poder preservarla. La calidad de los datos debe tratarse en el plan de V+E describiendo los estándares utilizados para la recopilación, el almacenamiento, el análisis y la presentación de datos.

¹² ONUSIDA: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

Dónde encontrar más información sobre V+E

La información incluida en esta sección ofrece una presentación de la justificación subyacente de la V+E y definiciones básicas de sus conceptos esenciales. Para obtener más información sobre la V+E, puede visitar:

- El sitio web de MEASURE Evaluation (en inglés, <http://www.measureevaluation.org>) que incluye cursos en línea y enlaces a publicaciones y otros sitios web correspondientes a aspectos específicos de este ámbito.
- Herramientas y directrices de ONUSIDA y el MERG (Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación): <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluation-guidance/>.
- AIDSinfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>), una herramienta de visualización y divulgación para facilitar el uso de datos relacionados con el sida a escala nacional e internacional. Los datos de indicadores clave procedentes de muchos países se presentan en un formato fácil de consultar.
- Portal Global HIV M&E (en inglés, <http://www.globalhivmeinfo.org>), diseñado para especialistas de la vigilancia y la evaluación (V+E) que respaldan iniciativas de VIH/sida. Ofrece información para oportunidades de creación de capacidad y desarrollo profesional relacionadas con la V+E en el contexto del VIH.
- El Registro de indicadores (<http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>) es un repositorio central de información sobre indicadores utilizados para hacer un seguimiento de la epidemia del sida y la respuesta nacional, regional e internacional. En este compendio, determinados indicadores hacen referencia a este registro para obtener información completa sobre indicadores.

Los indicadores de la Categoría 1 son aquellos que ya se utilizan para hacer un seguimiento de los programas nacionales y subnacionales. Los indicadores de la Categoría 2 constituyen una lista ampliada de indicadores que pueden ser utilizados por países, proyectos específicos, programas, estudios especiales e intervenciones útiles para vigilar y evaluar las dimensiones de igualdad de género de las respuestas al VIH y sida. Los indicadores de la Categoría 3 se clasifican como importantes en el contexto del género y el VIH, y se recomienda tenerlos en cuenta para necesidades de programas y en contextos específicos o bien precisar pruebas sobre el terreno ya que se consideraron esenciales en las nuevas esferas de medición. Es posible que estos indicadores deban depurarse y validarse para su uso en el futuro.

Indicadores de la Categoría 1

1	CONTEXTO SOCIAL	PÁGINA
1.1	Marco jurídico y de políticas	
1.1.1	Existencia de una estrategia multisectorial para responder al VIH que tenga un presupuesto para el VIH específico para las mujeres	17
1.1.2	Existencia de leyes, reglamentos o políticas que presentan obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos ante el VIH para poblaciones clave y grupos vulnerables	18
1.3	Violencia de género	
1.3.1	Prevalencia de violencia reciente por parte de un compañero sentimental	26
1.3.2	Prevalencia de violencia en algún momento por parte de un compañero sentimental	27
1.4	Normas de género	
1.4.1	Proporción de mujeres y hombres que afirma que pegar a la mujer es una manera aceptable con la que los maridos controlan a sus mujeres	33
1.4.2	Proporción de encuestados de entre 15 y 49 años de edad que creen que, si su marido tiene una ITS, la mujer puede proponer el uso de preservativo	34
1.4.3	Porcentaje de mujeres casadas actualmente de entre 15 y 49 años de edad que normalmente toman decisiones sobre su propia atención sanitaria ya sea por sí mismas o conjuntamente con sus maridos	34
1.4.4	Matrimonio infantil	35
1.5	Independencia económica y alfabetización	
1.5.1	Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que poseen propiedades o recursos para la producción de bienes, servicios y/o ingresos a su propio nombre	38
1.5.2	Proporción de mujeres en el empleo remunerado del sector no agrícola	38
1.5.3	Tasa neta de matriculación total en la educación primaria	39
2	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	PÁGINA
2.1	Tratamiento	
2.1.1	Tratamiento para el VIH: terapia antirretroviral	44
2.1.2	Retención durante 12 meses con terapia antirretroviral	45
2.1.3	Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	45
2.2	Asesoramiento y pruebas	
2.2.1	Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados	47

2.3	Integración y enlaces entre servicios	
2.3.1	Porcentaje de casos incidentes de TB con estado serológico positivo respecto del VIH que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH	51
3	POBLACIONES QUE MERECE ATENCIÓN ESPECIAL	PÁGINA
3.2	Poblaciones que merecen atención especial	
3.2.1	Porcentaje de poblaciones clave a las que se ha llegado con programas de prevención del VIH	62
3.2.2	Trabajadores sexuales: programas de prevención	62
3.2.3	Prevalencia del VIH en poblaciones clave	62
3.2.4	Consumidores de drogas intravenosas: prácticas de inyección seguras	63
3.2.5	Trabajadores sexuales: uso del preservativo	63
3.2.6	Consumidores de drogas intravenosas: uso del preservativo	64
3.3	Otras poblaciones vulnerables	
3.3.1	Asistencia a la escuela de niños huérfanos	67
3.3.2	Apoyo económico externo a los hogares más pobres	68
3.3.3	Proporción de niños con menos de 15 años de edad que están trabajando	70
4	COMPORTE Y CONOCIMIENTOS	PÁGINA
4.1	Comportamiento sexual	
4.1.1	Relaciones sexuales antes de la edad de 15 años	71
4.1.2	Uso del preservativo en la última relación sexual entre personas con varias parejas	71
4.1.3	Sexo intergeneracional entre mujeres jóvenes	72
4.2	Conocimientos sobre el VIH/sida	
4.2.1	Personas jóvenes: conocimientos sobre la prevención ante el VIH	73
4.2.2	Conocimientos sobre un lugar oficial donde conseguir preservativos entre personas jóvenes	73
5	PREVALENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA	PÁGINA
5.1	Prevalencia	
5.1.1	Prevalencia del VIH entre personas jóvenes	75
5.2	Salud sexual y reproductiva	
5.2.1	Tasas de fertilidad en adolescentes	77
5.2.2	Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres	77

Indicadores de la Categoría 2

1	CONTEXTO SOCIAL	PÁGINA
1.1	Marco jurídico y de políticas	
1.1.3	Proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional para denuncias de violencia contra las mujeres o de género	18
1.2	Estigma y discriminación	
1.2.1	Proporción de personas que viven con el VIH y que recientemente han sufrido discriminación en relación con su estado serológico respecto del VIH	20

1.2.2	Porcentaje de lugares de trabajo que tienen políticas no discriminatorias que incluyen el estado serológico respecto del VIH, la igualdad de género y la orientación sexual	21
1.2.3	Proporción de clientes que se sintieron cómodos comentando en instalaciones con proveedores sus prácticas sexuales	22
1.2.4	Actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH	22
1.3	Violencia de género	
1.3.3	Porcentaje de sobrevivientes elegibles de violaciones que denuncian un caso en instalaciones sanitarias en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada	27
1.3.4	Número de proveedores de servicios para el VIH capacitados para identificar, derivar y ofrecer cuidados a las sobrevivientes de violencia contra las mujeres y de género	28
1.3.5	Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que declaran haber sufrido violencia sexual antes de los 15 años de edad	28
1.6	Emergencias humanitarias	
1.6.1	Número de mujeres/niñas que denuncian incidentes de violencia sexual por cada 10 000 personas de la zona en emergencia durante un período específico	41
1.6.2	Proporción de incidentes denunciados de abusos y explotación sexual que dan como resultado el enjuiciamiento y/o el fin de servicio del personal humanitario	41
1.6.4	Protocolos que están en consonancia con estándares internacionales que se han establecido para la atención clínica de sobrevivientes de violencia sexual en la zona de emergencia a todos los niveles del sistema sanitario	41
1.6.5	Porcentaje de sobrevivientes de violaciones en la zona de emergencia que denuncian un caso en instalaciones sanitarias o a un profesional sanitario en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada	42
2	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	PÁGINA
2.1	Tratamiento	
2.1.4	Porcentaje de pacientes que han contraído el VIH con coinfección de VIH/virus de la hepatitis B y que reciben tratamiento para la hepatitis B	46
2.2	Asesoramiento y pruebas	
2.2.2	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes sexualmente activos entre 15 y 24 años de edad que realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados	48
2.2.3	Número de personas que viven con el VIH (PVV) cuyas parejas sexuales realizaron la prueba del VIH en el centro y recibieron servicios de asesoramiento y los resultados de la prueba	48
2.3	Integración y enlaces entre servicios	
2.3.2	Proporción de clientes derivados que finalizaron la derivación	51
2.4	Participación de los hombres	
2.4.1	Número de visitas realizadas por hombres jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva especificados	56
2.4.2	Porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a servicios de centros de atención prenatal cuyo compañero sentimental ha realizado la prueba del VIH	56
3	POBLACIONES QUE MERECE ATENCIÓN ESPECIAL	PÁGINA
3.1	Personas que viven con el VIH	
3.1.1	Porcentaje de pacientes de TAR que se benefician de programas de microfinanzas o microempresas	58
3.2	Poblaciones que merecen atención especial	
3.2.7	Consumidores de drogas intravenosas: programas de prevención	64

3.2.8	Porcentaje de poblaciones clave con sífilis activa	66
3.2.9	Número de consumidores de drogas intravenosas en terapia de sustitución de opiáceos (TSO)	66

5	PREVALENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA	PÁGINA
5.1	Prevalencia	
5.1.2	Personas jóvenes que tienen una infección de transmisión sexual	75
5.2	Salud sexual y reproductiva	
5.2.3	Detección de cáncer cervical	77

Indicadores de la Categoría 3

1	CONTEXTO SOCIAL	PÁGINA
1.1	Marco jurídico y de políticas	
1.1.4	Existencia de esferas relacionadas con el VIH y la igualdad de género en uno o más planes de desarrollo generales de un país	19
1.1.5	Proporción de escaños ocupados por mujeres en parlamentos nacionales	19
1.2	Estigma y discriminación	
1.2.5	Proporción de trabajadores que declaran tener miedo a perder el trabajo u oportunidades profesionales si recurren a servicios de APV	25
1.2.6	Número de miembros del personal capacitados sobre el propósito y la aplicación de políticas de no discriminación respecto a la orientación sexual, identidad de género o el estado serológico respecto del VIH	25
1.3	Violencia de género	
1.3.6	Proporción de mujeres a las que se preguntó sobre violencia física y sexual durante una visita a una dependencia sanitaria	29
1.3.7	Proporción de servicios sociales que ofrecen servicios relacionados con la violencia de género a una distancia accesible	29
1.3.8	Porcentaje de escuelas que tienen procedimientos para tomar medidas ante casos denunciados de abusos sexuales	30
1.3.9	Porcentaje de escuelas que capacitan a su personal sobre cuestiones de violencia física y sexual contra las mujeres y de género	31
1.3.10	Proporción de dependencias sanitarias que tiene servicios para la atención clínica de la violencia contra las mujeres o de género	31
1.3.11	Proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional para denuncias de violencia contra las mujeres o de género	32
1.4	Normas de género	
1.4.5	Indicadores de la independencia de las mujeres	36
1.4.6	Proporción de personas que conocen alguno de los derechos legales de las mujeres	37
1.4.7	Número de adultos y niños atendidos por una persona, grupo pequeño o intervención o servicio comunitario que aborda explícitamente los derechos legales y las protecciones de las mujeres y las niñas afectadas por el VIH/sida	37
1.5	Independencia económica y alfabetización	
1.5.4	Porcentaje de mujeres que ganan dinero	39
1.5.5	Porcentaje de la población de entre 15 y 24 años de edad que sabe leer y escribir y comprende una descripción breve y sencilla relacionada con su vida cotidiana	36

1.6	Emergencias humanitarias	
1.6.3	Porcentaje de manuales militares, marcos de políticas sobre seguridad nacional, códigos de conducta y procedimientos/protocolos operativos estándar sobre las fuerzas de seguridad nacional que incluyen medidas para proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas, disponibles en la zona de emergencia	43
2	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	PÁGINA
2.2	Asesoramiento y pruebas	
2.2.4	Porcentaje de personas con 15 años de edad o más que recibieron asesoramiento y pruebas del VIH para parejas y conocieron los resultados de su prueba del VIH junto con sus parejas en los últimos 12 meses	50
2.3	Integración y enlaces entre servicios	
2.3.3	Número de hombres VIH-positivos con una mujer como pareja y de mujeres VIH-positivas que recibieron métodos anticonceptivos modernos en el centro	53
2.4	Participación de los hombres	
2.4.3	Disponibilidad de información accesible, relevante y precisa sobre salud sexual y reproductiva adaptada a los hombres jóvenes	57
3	POBLACIONES QUE MERECE ATENCIÓN ESPECIAL	PÁGINA
3.1	Personas que viven con el VIH	
3.1.2	Proporción de personas con 15 años de edad o más que viven con el VIH y que recibieron en el centro asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol	58
3.1.3	Porcentaje de PVV que han oído hablar de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida	60
3.1.4	Porcentaje de PVV que son conscientes de sus derechos y saben cómo protegerlos	60
4	COMPORTEAMIENTO Y CONOCIMIENTOS	PÁGINA
4.1	Comportamiento sexual	
4.1.4	Uso de preservativo en la última relación sexual premarital	72
4.2	Conocimientos sobre el VIH/sida	
4.2.3	Información de preparación para la vida impartida en escuelas para personas jóvenes	74
5	PREVALENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA	PÁGINA
5.2	Salud sexual y reproductiva	
5.2.4	Prevalencia de métodos anticonceptivos entre mujeres VIH-positivas	78

1.1 Marco jurídico y de políticas

Para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, la respuesta al VIH y el sida requiere una elaboración de políticas que aborde las cuestiones relacionadas con el género. La discriminación de género, la violencia de género, la homofobia y la desinformación influyen fuertemente a la hora de propagar la epidemia del VIH. Las personas con distintas orientaciones sexuales y aquellas que se apartan de normas de género aceptadas han tenido que enfrentarse a la discriminación en forma de ejecuciones, asesinatos extrajudiciales, tortura, violación, detención arbitraria, juicios injustos, y, en el caso de las mujeres, esterilización bajo coacción, embarazo forzado y matrimonio precoz o forzado. Estas violaciones de los derechos humanos las perpetran funcionarios y autoridades del Estado o actores no estatales, pero siempre con la complicidad real o implícita de la impunidad estatal. Además, las mujeres sufren los efectos negativos de leyes o prácticas consuetudinarias discriminatorias en relación con la herencia, que niegan a las mujeres el acceso y el derecho a la tierra y la propiedad. Muchas mujeres sin derechos a la tierra y la propiedad quedan en una situación de inseguridad económica que puede abocarlas a la pobreza, la cual, a su vez, puede hacerlas más vulnerables a la violencia y el VIH, puesto que dependen de sus cónyuges o familiares varones para su supervivencia.¹³

Los indicadores de igualdad de género a nivel nacional servirán para valorar si las políticas y los programas reflejan desigualdades estructurales (como, por ejemplo, el compromiso político, los marcos jurídicos y la legislación nacional). Asimismo, pueden cuantificar las manifestaciones de las desigualdades de género (como, por ejemplo, índices de retención en la educación inferiores para las niñas en comparación con los niños o la prevalencia de la violencia contra las mujeres), o pueden hacer referencia al impacto que tiene una falta de prestación pública de servicios básicos en las mujeres y los hombres. Si bien las políticas y las leyes pertenecientes al género no solucionarán estas cuestiones, sí son la base sobre la cual se pueden empezar a abordar. Los indicadores de esta sección abarcan varios objetivos de políticas relacionados con el género y el VIH. Hacer un seguimiento de estas cuestiones es decisivo para el desarrollo, la revisión y la actualización periódica de marcos de acción nacionales frente al sida (es decir, visiones o planes estratégicos).

CATEGORÍA 1

1.1.1 Existencia de una estrategia multisectorial para responder al VIH que tenga un presupuesto para el VIH específico para las mujeres

Definición: en un país que haya elaborado una estrategia multisectorial para responder al VIH, se ha incluido un presupuesto específico para el colectivo de las mujeres.

Sí: el país cuenta con una estrategia multisectorial para responder al VIH y tiene un presupuesto específico incluido para las actividades del colectivo de las mujeres.

No: el país cuenta con una estrategia multisectorial para responder al VIH pero no tiene un presupuesto específico incluido para las actividades del colectivo de las mujeres.

¹³ Swaminathan H, Rugadya M, Walker C. *Women's property rights, HIV and AIDS and domestic violence: Research findings from two districts in South Africa and Uganda*. Sudáfrica: HSRC Press, 2008.

Hoja de referencia completa (p.84): Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2012, parte de los compromisos nacionales y el instrumento de política: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

1.1.2 Existencia de leyes, reglamentos o políticas que presentan obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos ante el VIH para poblaciones clave y grupos vulnerables

Definición: el país tiene leyes, reglamentos o políticas que presentan obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos ante el VIH para poblaciones clave y grupos vulnerables.

Sí: el país tiene como mínimo una ley, un reglamento o una política que presenta obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos ante el VIH para al menos una población clave y/o grupo vulnerable identificado.

No: el país no tiene ninguna ley, reglamento o política que presente obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos ante el VIH para al menos una población clave y/o grupo vulnerable identificado.

Hoja de referencia completa (p.84): Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2012, parte de los compromisos nacionales y el instrumento de política: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

CATEGORÍA 2

1.1.3 Proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional para denuncias de violencia contra las mujeres o de género

Definición: proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional que corresponde a la gestión de denuncias de violencia contra las mujeres o de género.

Numerador: número de unidades del orden público de una región o país que respeta un protocolo establecido a nivel nacional sobre violencia contra las mujeres o de género a la hora de gestionar denuncias. Si no existe ningún protocolo nacional que corresponda a la gestión de casos sobre violencia contra las mujeres o de género, este indicador no se puede medir. El protocolo debe abarcar los ámbitos siguientes:

- dónde y de qué manera se va a entrevistar a las sobrevivientes de violencia contra las mujeres o de género
- cómo se garantiza la confidencialidad
- el tipo de investigación y el seguimiento que debe llevarse a cabo tras comunicar un caso
- de qué manera se protege a las mujeres y las niñas una vez han presentado una denuncia

Denominador: número total de unidades del orden público encuestadas.

Desagregar por: región, provincia.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género 5.3.1 (p. 114): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

CATEGORÍA 3

1.1.4 Existencia de esferas relacionadas con el VIH y la igualdad de género en uno o más planes de desarrollo generales de un país

Definición: el país ha integrado el VIH en un plan general de desarrollo y, más específicamente, este plan incorpora la disminución de la desigualdad de género relacionada con el VIH y el empoderamiento económico de las mujeres.

Sí: uno o más planes de desarrollo del país incorporan los siguientes ámbitos relacionados específicamente con el VIH:

- Disminución de las desigualdades de género en relación con la prevención, el tratamiento, la atención y/o el apoyo ante el VIH.
- Empoderamiento económico de las mujeres (por ejemplo, acceso al crédito, acceso a la tierra, capacitación).

No: estos elementos sobre el género específicamente relacionados con el VIH no se incluyen en el plan general de desarrollo.

Hoja de referencia completa (p.84): Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2012, parte de los compromisos nacionales y el instrumento de política: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

1.1.5 Proporción de escaños ocupados por mujeres en parlamentos nacionales

Definición: número de escaños en los parlamentos nacionales ocupados por mujeres de todos los escaños ocupados.

Numerador: número de escaños en un parlamento nacional de un determinado país ocupados por mujeres.

Denominador: número de escaños ocupados en un parlamento nacional de un determinado país.

Hoja de referencia completa: ODM n.º 12: "Women, girls, gender equality and HIV" A scorecard for the Eastern & Southern African region, versión preliminar de junio de 2011, ONUSIDA (p. 29): <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf>

1.2 Estigma y discriminación

Durante décadas, la no discriminación y la igualdad de oportunidades han formado parte de los principios básicos de la comunidad mundial. Documentados en numerosos instrumentos internacionales, incluidas convenciones de las Naciones Unidas, estos conceptos están arraigados en principios universales de derechos humanos, libertades fundamentales e igualdad. Estos principios se han resaltado con carácter de especial importancia en el contexto de la epidemia del VIH y su respuesta desde principios de la década de 1990.¹⁴ En lugares donde el estigma relacionado con el VIH y el sida es elevado debido a la manera en la que se transmite el VIH o porque existen varios grupos especialmente afectados en contextos concretos, la respuesta a la epidemia es menos efectiva que en aquellos lugares en los que se ha progresado en la lucha contra el estigma.

Es posible que las mujeres que viven con el VIH se enfrenten a un estigma y una discriminación dobles, por una parte por ser mujeres y, por otra, por su estado serológico. Se las puede acusar de la enfermedad y/o muerte de sus parejas o hijos, además de enfrentarse a obstáculos a la hora de acceder a la atención sanitaria. En algunos contextos sociales, es habitual que la familia del cónyuge culpe a la mujer de traer el VIH al hogar. Por otra parte, las mujeres son reticentes a realizar la prueba del VIH o a obtener sus resultados por miedo a la violencia doméstica, a los abusos o al abandono, o porque estos hechos ya están ocurriendo. En algunos casos, se juzga negativamente a las mujeres que viven con el VIH por sus elecciones de salud sexual y reproductiva, se les aconseja que eviten el embarazo, y, a veces, se las esteriliza contra su voluntad o se las obliga a poner fin al embarazo.

Diversas intervenciones que exigen un seguimiento en este contexto tienen como objetivo eliminar todas las formas de estigma y discriminación por motivo del estado serológico respecto del VIH, el género y la orientación y las prácticas sexuales, en comunidades, instalaciones sanitarias y el lugar de trabajo. Los indicadores de esta sección corresponden al género en el contexto del estigma relacionado con el VIH.¹⁵

CATEGORÍA 2

1.2.1 Proporción de personas que viven con el VIH que recientemente han sufrido discriminación en relación a su estado serológico respecto del VIH

Definición: la proporción de personas que viven con el VIH, las cuales, por motivo de su estado serológico respecto del VIH, han sufrido repercusiones negativas en los últimos 12 meses.

Numerador: número de personas que viven con el VIH en una zona o región que han sufrido estigma y discriminación en los últimos 12 meses por parte de otras personas por motivos relacionados con su estado serológico respecto del VIH. Las personas que contestan afirmativamente a cualquiera de las preguntas se colocan en el numerador.

¹⁴ Mann, JM. *AIDS and human rights: Where do we go from here?* *Health Hum Rights*. 1998;3(1):143–9.

¹⁵ Se sigue trabajando para elaborar mejores indicadores del estigma para la población general y para el sector de la atención sanitaria, que servirán también para mejorar la capacidad de decidir las esferas del estigma desde la perspectiva de género. Con la excepción de los indicadores del Índice de Estigma, el resto de indicadores de la sección 1.2 es posible que cambien.

Preguntar: ¿Ha sufrido usted alguna de las situaciones siguientes?:

- Amenazas o insultos verbales
- Denegación de servicios sanitarios
- Obligación de trasladarse a otra casa
- Denegación de servicios de salud sexual y reproductiva
- Amenazas de que alguien se lleve a sus hijos
- Denegación de métodos anticonceptivos y/o preservativos
- Ser objeto de mensajes negativos, acoso o acciones por parte de los organismos jurídicos o de orden público
- Obligación de someterse a un procedimiento médico o sanitario (incluida la prueba del VIH)
- Divorcio o abandono del cónyuge

Denominador: número de personas que viven con el VIH encuestadas.

Desagregar por: edad, sexo, grupo vulnerable/población clave, componentes concretos del estigma.

Qué es lo que mide: este indicador mide el estigma sufrido o percibido por las personas que viven con el VIH debido a su estado serológico respecto del VIH.

Herramienta de medición: encuesta del índice de estigma relacionado con el VIH.

Cómo medirlo: se pide tanto a hombres como a mujeres que respondan a una pregunta sobre si han sufrido alguna manifestación concreta de estigmatización y discriminación. Si responden afirmativamente a cualquiera de las preguntas, se colocan en el numerador. Seguidamente, el numerador se divide entre el denominador.

Consideraciones: algunos sondeos pueden ser más pertinentes en algunos contextos que en otros. Las personas contestan basándose en sus propias percepciones, aunque, independientemente de si estas son reales o percibidas, el estigma y el miedo al estigma son muy desalentadores y afectan de manera muy desproporcionada a las mujeres.

Fuente: Índice del estigma relacionado con el VIH: <http://www.stigmaindex.org/country-analysis>

1.2.2 **Porcentaje de lugares de trabajo que tienen políticas no discriminatorias que incluyen el estado serológico respecto del VIH, la igualdad de género y la orientación sexual**

Definición: la proporción de lugares de trabajo que tienen políticas por escrito que incluyen el estado serológico respecto del VIH, la igualdad de género y la orientación sexual, describiendo un conjunto de derechos y obligaciones prácticos en el lugar de trabajo para los empleados en relación con el VIH/sida. Este indicador mide el cumplimiento con los principios de política relacionados con el VIH/sida.

Numerador: número de lugares de trabajo con una política por escrito que incluye el VIH. Los componentes deben incorporar una declaración de no discriminación y pueden abarcar otras cuestiones también, como la igualdad de género y la orientación sexual.

Denominador: número de lugares de trabajo encuestados.

Hoja de referencia completa: "Indicadores de seguimiento sobre la implementación y el impacto de las políticas y programas de VIH/sida en el lugar de trabajo del sistema de Naciones Unidas", OIT, 2004 n.º 1.1 (p. 5): http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.3 Proporción de clientes que se sintieron cómodos comentando en instalaciones con proveedores sus prácticas sexuales

Definición: la proporción de clientes en una instalación que dicen sentirse cómodos comentando sus prácticas sexuales, incluidas sus vidas sexuales, su riesgo ante el VIH y estado serológico, con proveedores de la salud.

Numerador: número de clientes en una instalación que respondieron "sí" a algún tema relacionado con lo comentado con el profesional que han visto ese día.

Preguntar: en su visita al profesional X, ¿se sintió cómodo o cómoda hablando de su vida sexual? ¿De su estado serológico respecto del VIH y/o del riesgo de contraer el VIH?

Denominador: número total de clientes que participan en la encuesta de fin de servicio.

Desagregar por: sexo, edad.

Hoja de referencia completa: Indicador de servicios 5 (p. 11): <https://www.ipfwhr.org>

CATEGORÍA 3

Actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH

1.2.4

Qué es lo que mide: mide el progreso hacia la disminución de actitudes discriminatorias y el apoyo a políticas discriminatorias.

Justificación: la discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por el derecho internacional de los derechos humanos y la mayoría de constituciones nacionales. La discriminación en el contexto del VIH hace referencia a un trato indebido o injusto (por acción u omisión) hacia una persona tomando como base su estado serológico respecto del VIH, real o percibido. La discriminación exagera los riesgos y niega a las personas sus derechos y prestaciones, acentuando la epidemia del VIH.

Este indicador no es una medición directa de la discriminación sino más bien una medición de las actitudes discriminatorias que pueden dar como resultado acciones (u omisiones) discriminatorias. Un elemento de este indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados a favor de la discriminación que tiene lugar en una institución mientras que otros miden el distanciamiento social o expresiones de prejuicio en los comportamientos. El indicador compuesto puede supervisarse como una medida de una manifestación clave del estigma relacionado con el VIH y la posible discriminación relacionada con el VIH en la población general. Este indicador podría

facilitar datos que mejoren la comprensión y las intervenciones en el ámbito de la discriminación relacionada con el VIH, mediante: (1) demostrar cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de las personas con actitudes discriminatorias, (2) permitir comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales, estatales y más locales, y (3) señalar áreas prioritarias para la acción.

Numerador: número de encuestados (entre 15 y 49 años de edad) que responden “No” o “Depende” a cualquiera de las dos preguntas.

Denominador: número de todos los encuestados de entre 15 y 49 años de edad que han oído hablar del VIH.

Cálculo: numerador / denominador.

Método de medición: encuestas de población (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de indicadores del sida, Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas). Este indicador se genera a partir de las respuestas de personas encuestadas a una encuesta a la población general que ha oído hablar del VIH según el siguiente par de cuestiones planteadas:

- ¿Compraría verdura fresca de un tendero o vendedor si supiera que esa persona tiene el VIH? (Sí; No; Depende; No lo sé/No estoy seguro)
- ¿Cree que los niños que viven con el VIH pueden ir a la escuela con niños de estado serológico negativo? (Sí; No; Depende; No lo sé/No estoy seguro)

Frecuencia de la medición: cada 3-5 años

Desagregación: es preciso obtener respuestas para cada una de las preguntas (basándose en el mismo denominador) así como la respuesta consolidada para el indicador compuesto.

Explicación del numerador: aquellas personas que nunca han oído hablar del VIH y el sida deben excluirse del numerador y denominador. Los participantes que responden “No lo sé / No estoy seguro” y aquellos que no quieren responder también deben ser excluidos de los análisis. Es importante valorar la proporción de participantes aptos para la encuesta que responden “No lo sé / No estoy seguro” o aquellos que no quieren responder a las preguntas. Una gran proporción de respuestas de “No lo sé / No estoy seguro” y de opciones de no respuesta disminuirá la precisión de los resultados y puede indicar problemas con la pertinencia de la pregunta en el entorno donde se realiza la encuesta.

Puntos fuertes y débiles: este indicador mide directamente las actitudes discriminatorias y el apoyo a políticas discriminatorias. La pregunta sobre comprar verdura es prácticamente idéntica a la pregunta que se ha utilizado en EDS para hacer un seguimiento de las “actitudes de aceptación” hacia las personas que viven con el VIH, propiciando de esta manera el seguimiento de tendencias. Estas mediciones representan una mejora respecto a mediciones que se utilizaban previamente para el indicador de las “actitudes de aceptación” puesto que son aplicables en entornos de alta y baja prevalencia del VIH, en países de ingresos altos y bajos y son relevantes en un rango cultural amplio. Las mediciones individuales y el indicador compuesto no dependen de que la persona encuestada haya observado actos flagrantes de discriminación contra las personas que viven con el VIH, los cuales, en muchos contextos, son raros y difíciles de definir y cuantificar. En cambio, las mediciones individuales y el indicador compuesto valoran las actitudes de las personas, que

probablemente influyan más directamente en el comportamiento. Las preguntas recomendadas valoran hasta qué punto se está de acuerdo con situaciones hipotéticas en lugar de cuantificar actos de discriminación que se han presenciado y que, en consecuencia, podrían provocar un sesgo de deseabilidad social que conlleve una falta de denuncia de actitudes discriminatorias. No existe ningún mecanismo para examinar la frecuencia con la que ocurre la discriminación ni la gravedad de las formas de discriminación. Además de llevar a cabo encuestas que cuantifiquen la prevalencia de las actitudes discriminatorias en una comunidad, si es posible, sería ideal recopilar datos cualitativos que contribuyan a comprender los orígenes de la discriminación. Asimismo, sería recomendable la recopilación rutinaria de datos obtenidos de personas que viven con el VIH sobre experiencias reales de estigmatización y discriminación a través del proceso del Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH (www.stigmaindex.org) y comparar los resultados con datos obtenidos mediante el indicador de actitudes discriminatorias.

Información adicional: Para obtener más información sobre el estigma y la discriminación, y sobre los esfuerzos para medir su prevalencia, consulte:

- Segmento Temático sobre la No Discriminación, 31ª reunión de la Junta de Coordinación del Programa ONUSIDA. Nota de antecedentes. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)
- Stangl, A., Brady, L., Fritz, K. Informe técnico: Measuring HIV Stigma and Discrimination. Washington D. C. y Londres: Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer y Escuela Medicina Tropical de Londres; STRIVE, 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).
- Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L. et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? Journal of the International AIDS Society. 2013, vol. 16 suplemento (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).
- <http://www.stigmaactionnetwork.org>

Para obtener más información sobre la metodología de las EDS o encuestas de indicadores del sida, consulte: <http://www.measuredhs.com>

Nota especial para la ronda de presentación de informes de 2014:

Puesto que este indicador es nuevo, es posible que muchos países no puedan presentar información sobre el indicador durante la ronda de presentación de informes de 2014. A cambio, se pide a los países que comuniquen datos de la versión previa de la pregunta 1, "¿Compraría verdura fresca de un tendero o vendedor si supiera que esa persona tiene el VIH?". Esta pregunta se ha recogido de forma rutinaria en EDS de muchos países. Para futuras rondas de presentación de informes, los países deben informar sobre el indicador completo.

Proporción de trabajadores que declaran tener miedo a perder el trabajo u

1.2.5 oportunidades profesionales si recurren a servicios de APV

Definición: la proporción de trabajadores que declaran que tendrían miedo a perder el trabajo u oportunidades profesionales si se decidieran a obtener servicios de APV, información sobre este tipo de servicios o si se supiera que son portadores del VIH.

Numerador: número de trabajadores que declaran que tendrían miedo a perder el trabajo u oportunidades profesionales si se decidieran a obtener servicios de APV o información sobre este tipo de servicios o si se supiera que son portadores del VIH (desagregado por sexo).

Denominador: número de trabajadores en la muestra.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: Indicadores de seguimiento sobre la implementación y el impacto de las políticas y programas de VIH/sida en el lugar de trabajo del sistema de Naciones Unidas, OIT, 2004 (p. 8): http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.6 Número de miembros del personal capacitados sobre el propósito y la aplicación de políticas de no discriminación respecto a la orientación sexual, la identidad de género o el estado serológico respecto del VIH

Definición: número de miembros del personal de una organización que han sido capacitados en las políticas existentes de no discriminación relacionadas con cualquiera de los siguientes aspectos, o con todos ellos: orientación sexual, identidad de género y estado serológico respecto del VIH.

Recuento: número de miembros del personal capacitados sobre políticas de no discriminación respecto a la orientación sexual, la identidad de género o el estado serológico respecto del VIH.

Desagregar por: tipo de personal, sexo.

Hoja de referencia completa: Indicadores de diversidad sexual de la IPPF: Indicador de políticas internas 3 (p. 3): <https://www.ippfwhr.org/es/publicaciones/caja-de-herramientas-sobre-diversidad-sexual>

1.3 Violencia de género

A nivel mundial, y especialmente en el África subsahariana, los altos índices de VIH observados en mujeres han revelado con claridad el problema de la violencia contra las mujeres. La violencia por parte de un compañero sentimental está arraigada en la desigualdad de género. Durante más de una década, estudios de investigación realizados en todo el mundo han documentado las pruebas que relacionan la violencia de género con el VIH. Innumerables estudios han demostrado una asociación entre la violencia de género y el VIH tanto como un factor de riesgo de la infección como una consecuencia de la infección.¹⁶ Esta asociación se da a través de diversos mecanismos directos e indirectos.¹⁷ Las mediciones que se incluyen en esta sección sobre diversos aspectos de la violencia de género son críticas para tratar la desigualdad de género en el contexto del VIH.

CATEGORÍA 1

1.3.1 Prevalencia de violencia reciente por parte de un compañero sentimental

Definición: la proporción de mujeres con pareja o que alguna vez han estado casadas de entre 15 y 49 años de edad que han sufrido violencia física o sexual por parte de un compañero sentimental en los pasados 12 meses. Se define compañero sentimental como la pareja —un varón— con la que se vive, independientemente de si en ese momento estaban casados. La violencia podría haberse dado después de haberse separado.

Numerador: mujeres con edades de entre 15 y 49 años que actualmente tienen, o han tenido en algún momento, algún compañero sentimental y que declaran haber sufrido violencia física o sexual por parte de al menos uno de estos compañeros (según la lista de verificación siguiente) en los últimos 12 meses. La mujer se incluye en el numerador si comunica que durante los últimos 12 meses un compañero sentimental actual o anterior:

- la ha abofeteado o le ha tirado algo que podría herirla;
- la ha empujado o empujado;
- la ha golpeado con el puño o con otra cosa que podría herirla;
- le ha dado patadas, la ha arrastrado o le ha pegado;
- la ha asfixiado o la ha quemado;
- la ha amenazado con, o ha llegado a utilizar, una pistola, un cuchillo o cualquier otra arma contra ella;
- la ha obligado físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad;
- la ha obligado a hacer algo que ella consideraba degradante o humillante;
- le ha hecho tener miedo de lo que pasaría si no tenía relaciones sexuales con él.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad que actualmente tienen o han tenido anteriormente un compañero sentimental.

Desagregar por: edad (15-19, 20-24, 25-49 años), estado serológico respecto del VIH (si está disponible).

¹⁶ Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Ginebra, OMS, 2009 (en prensa), y Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, informe en su versión final.

¹⁷ Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions* *Social Science & Medicine* 50 459-478.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_es.pdf

1.3.2 Prevalencia de violencia en algún momento por parte de un compañero sentimental

Definición: la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que alguna vez ha tenido pareja y alguna vez ha sufrido violencia física o sexual por parte de un compañero sentimental varón. Se define compañero sentimental como la pareja —un varón— con la que se vive, independientemente de si en ese momento estaban casados. La violencia podría haberse dado después de haberse separado.

Numerador: mujeres con edades de entre 15 y 49 años que actualmente tienen, o han tenido en algún momento, algún compañero sentimental y que declaran haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de al menos uno de estos compañeros (según la lista de verificación siguiente). La mujer se incluye en el numerador si comunica que un compañero sentimental actual o anterior alguna vez:

- la ha abofeteado o le ha tirado algo que podría herirla;
- la ha empujado o empellado;
- la ha golpeado con el puño o con otra cosa que podría herirla;
- le ha dado patadas, la ha arrastrado o le ha pegado;
- la ha asfixiado o la ha quemado;
- la ha amenazado con, o ha llegado a utilizar, una pistola, un cuchillo o cualquier otra arma contra ella;
- la ha obligado físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad;
- la ha obligado a hacer algo que ella consideraba degradante o humillante;
- le ha hecho tener miedo de lo que pasaría si no tenía relaciones sexuales con él.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad que actualmente tienen o han tenido anteriormente un compañero sentimental.

Desagregar por: edad, estado serológico respecto del VIH (si está disponible).

Hoja de referencia completa: Compendio sobre la violencia contra las mujeres y de género, combinación de indicadores n.º 4.2.1 (p. 43) y 4.2.4 (p. 49): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

CATEGORÍA 2

1.3.3 Porcentaje de sobrevivientes elegibles de violaciones que denuncian un caso en instalaciones sanitarias en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada

Definición: la proporción de sobrevivientes elegibles de violaciones que denuncian un caso en instalaciones sanitarias en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada, en un período definido.

Numerador: número de sobrevivientes de violaciones que se presentan para recibir atención en las siguientes 72 horas del incidente y que reciben una atención adecuada en un período definido (por ejemplo, los últimos 12 meses). La atención adecuada para las sobrevivientes de violaciones que se presentan en las siguientes 72 horas del incidente incluye: profilaxis posterior a la exposición al VIH, métodos anticonceptivos de emergencia, pruebas para detectar el VIH e infecciones de transmisión sexual, servicios psicosociales, información sobre el acceso a un aborto legal. El manual de terreno interinstitucional del ACNUR describe detalladamente otros elementos, como el de una trabajadora sexual que se presenta para someterse a un examen médico.

Denominador: número de sobrevivientes de violaciones que denuncian un incidente en las siguientes 72 horas de haber ocurrido, durante el mismo período definido.

Desagregar por: edad (menos de 15, 15-20, más de 20 años), ubicación geográfica.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre la violencia contra las mujeres y de género, indicador 6.1.7 (p.162)

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>; ACNUR. 1999. *Reproductive health in refugee settings: an inter-agency field manual*. Ginebra: ACNUR, OMS, UNFPA.

1.3.4 **Número de proveedores de servicios para el VIH capacitados para identificar, derivar y ofrecer cuidados a las sobrevivientes de violencia contra las mujeres y de género**

Definición: el número de proveedores de servicios para el VIH que han participado en capacitación de un programa formativo sobre violencia contra las mujeres y de género durante un período específico (por ejemplo, durante los últimos 12 meses).

Recuento: número de proveedores para el VIH capacitados el último año o en otro período (la duración dependerá de la frecuencia con la que el programa lleva a cabo la capacitación).

Desagregar por: tipo de proveedor, región o provincia, zona en la que trabajan (urbana o rural).

Hoja de referencia completa: Compendio sobre la violencia contra las mujeres y de género, indicador 5.1.5 (modificado de profesionales de la salud general a proveedores de servicios para el VIH): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.5 **Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que declaran haber sufrido violencia sexual antes de los 15 años de edad**

Definición: la proporción de mujeres encuestadas que declaran haber sufrido violencia sexual a la edad de 14 años o menos por parte de cualquier persona que no sea un compañero sentimental, lo que puede incluir un familiar, amigo, conocido o desconocido. Este indicador capta los abusos sexuales infantiles así como la violencia sexual cometida por un desconocido.

Numerador: mujeres de entre 15 y 49 años de edad que declaran haber sufrido violencia sexual a la edad de 14 años o menos (según la lista de verificación siguiente). La mujer se incluye en el numerador si comunica que con menos de 15 años de edad, alguien:

- la obligó físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad,
- la obligó a hacer algo que ella consideraba degradante o humillante, o
- le hizo tener miedo de lo que pasaría si no tenía relaciones sexuales.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad.

Desagregar por: edad, estado serológico respecto del VIH (si está disponible).

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, indicador 4.3.5 (p. 61): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

CATEGORÍA 3

1.3.6 Proporción de mujeres a las que se preguntó sobre violencia física y sexual durante una visita a una dependencia sanitaria

Definición: en dependencias sanitarias, cuando hay la posibilidad de determinar si existe violencia contra las mujeres y de género, la proporción de mujeres que se presentaron en una clínica por cualquier motivo y a las que se preguntó sobre violencia física y sexual, durante un período específico (por ejemplo, durante los últimos 12 meses).

Numerador: número de mujeres a las que se preguntó, durante la prestación de servicios en una dependencia, sobre cualquier tipo de violencia que haya tenido lugar, tanto física como sexual, en una zona geográfica de estudio (país, provincia, estado, comunidad). Si la medición se realiza con una revisión del historial médico, se incluirán en el numerador todos los registros de mujeres en los que conste que fueron examinadas por un profesional. Si la medición forma parte de una encuesta de mujeres basada en entrevistas de fin de servicio de la dependencia sanitaria, a todas las mujeres que abandonen la clínica se les preguntaría si algún profesional les ha preguntado si han sufrido alguna vez algún tipo de violencia física o sexual. Todas las mujeres que respondan afirmativamente se incluirían en el numerador.

Denominador: si el indicador se mide mediante una revisión del historial: todos los historiales de mujeres que se revisaron en la dependencia sanitaria. Si el indicador se mide mediante una entrevista de fin de servicio, este sería la cifra total de mujeres entrevistadas.

Desagregar por: tipo de dependencia sanitaria, zona geográfica (región, provincia, comunidad urbana o de otro tipo).

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 5.1.7 (p. 97): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.7 Proporción de servicios sociales que ofrecen servicios relacionados con la violencia de género a una distancia accesible

Definición: el número y tipo de organizaciones de una comunidad que ofrecen servicios sociales o de bienestar correspondientes a la prevención y la respuesta a la violencia de género, en un momento concreto. Los servicios sociales o de bienestar incluyen, sin limitación:

- espacio seguro o refugios para mujeres y niños;
- líneas de atención telefónica ante crisis de violencia sexual y por parte de un compañero sentimental;
- servicios de gestión de incidentes, lo que incluye asesoramiento, grupos de apoyo, planificación de seguridad, asistencia jurídica, bienestar infantil y programas de ocio para niñas que han sufrido abusos;
- competencias de intervención ante crisis, lo que incluye capacitación, generación de ingresos y defensa propia; y
- programas para los agresores y reintegración.

Las necesidades de accesibilidad deben definirse localmente, dependiendo de la zona geográfica y los medios de transporte y comunicación que están disponibles para la mayoría de la población.

Recuento: número de organizaciones que ofrecen servicios sociales o de bienestar dirigidos a la prevención de y la respuesta a la violencia contra las mujeres y de género en una zona geográfica específica (comunidad, provincia, región).

Desagregar por: tipo de servicios prestados, según la lista de verificación siguiente.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 5.4.1, modificado para incluir denominador (p. 130): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.8 Porcentaje de escuelas que tienen procedimientos para tomar medidas ante casos denunciados de abusos sexuales

Definición: el porcentaje de escuelas de un país o una región que tienen procedimientos establecidos para investigar y tomar medidas ante casos denunciados de abusos sexuales.

Numerador: número de escuelas que tienen procedimientos para investigar y tomar medidas ante casos denunciados de abusos sexuales entre alumnos. A fin de poder incluir este número en el numerador, una escuela debe tener procedimientos activos tanto para investigar como para tomar medidas ante las denuncias. Además, los protocolos de una escuela deben estar actualizados (revisados en un plazo de cinco años), documentados oficialmente y ser de fácil acceso. Los procedimientos deben estar en consonancia con el código de conducta nacional para docentes y/o cualquier otra política o protocolo del Ministerio de Educación correspondiente a casos de abusos sexuales. Si el país no dispone de dichos códigos de conducta, políticas o protocolos, este indicador no puede medirse.

Denominador: número total de escuelas encuestadas.

Desagregar por: nivel de escuela (es decir, primaria, secundaria, profesional, universidad); tipo (por ejemplo, con asignaturas en inglés, de orientación religiosa, solo de niñas, mixta, etc.); zona geográfica (por ejemplo, país/región, urbana/rural); de fondos públicos/privados.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 5.2.1 (p. 106): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.9 Porcentaje de escuelas que capacitan a su personal sobre cuestiones de violencia física y sexual contra las mujeres y de género

Definición: el porcentaje de escuelas de un país o una región que lleva a cabo capacitación sobre cuestiones de violencia física y sexual contra las mujeres y de género para el personal escolar, como mínimo una vez cada dos años. El personal escolar incluye a los profesores, los administradores y otras personas que trabajen dentro de escuelas.

Numerador: número de escuelas que llevan a cabo capacitación sobre cuestiones de violencia física y sexual contra las mujeres y de género como mínimo una vez cada dos años. Las escuelas que se incluyan en el numerador deben contar con programas de capacitación para el personal escolar con planes de estudios que incluyan componentes centrados en la violencia física y sexual contra mujeres y niñas. Pueden incluirse escuelas que capaciten únicamente a un tipo de personal escolar (por ejemplo, a los profesores), pero, de ser este el caso, esto debe señalarse claramente en la interpretación.

Denominador: número total de escuelas encuestadas.

Desagregar por: tipo de personal capacitado, nivel de escuela (es decir, primaria, secundaria, profesional, universidad); tipo (por ejemplo, con asignaturas en inglés, de orientación religiosa, solo de niñas, mixta, etc.); zona geográfica (por ejemplo, país/región, urbana/rural); de fondos públicos/privados.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 5.2.3 (p. 110): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.10 Proporción de dependencias sanitarias que tiene servicios para la atención clínica de la violencia contra las mujeres o de género

Definición: la proporción de dependencias sanitarias que tiene los servicios necesarios para la atención clínica de la violencia contra las mujeres o de género, en un momento concreto y en la zona geográfica de interés.

Numerador: número de instalaciones sanitarias en la región geográfica de estudio (país, provincia, estado, comunidad) que declaran tener servicios para la atención clínica de la violencia contra las mujeres o de género. Entre los servicios necesarios se pueden incluir los siguientes recursos dentro de la propia dependencia o un sistema de derivación para garantizar el acceso de las mujeres a los siguientes recursos de la comunidad:

- Protocolo para la detección y el tratamiento
- Espacio privado para realizar exámenes o entrevistas
- Suministros para realizar las pruebas de detección del VIH e ITS
- Suministros para la profilaxis posterior a la exposición al VIH e ITS
- Equipo para la atención tras una violación y material para la recopilación de pruebas forenses
- Personal capacitado para detectar, asesorar, llevar a cabo procedimientos clínicos necesarios y derivar
- Métodos anticonceptivos de emergencia
- Aborto seguro
- Lista de recursos comunitarios para posibles derivaciones

Denominador: número total de dependencias sanitarias encuestadas en la región geográfica de estudio (país, provincia, estado, comunidad).

Desagregar por: tipo de dependencia sanitaria, región o provincia (si es un estudio nacional), zona urbana o rural.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 5.1.3 (p. 91): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.11 Proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional para denuncias de violencia contra las mujeres o de género

Definición: proporción de unidades del orden público que respeta un protocolo establecido a nivel nacional que corresponde a la gestión de denuncias de violencia contra las mujeres o de género.

Numerador: número de unidades del orden público de una región o país que respeta un protocolo establecido a nivel nacional sobre violencia contra las mujeres o de género a la hora de gestionar denuncias. Si no existe ningún protocolo nacional que corresponda a la gestión de casos sobre violencia contra las mujeres o de género, este indicador no se puede medir. El protocolo debe abarcar:

- dónde y de qué manera se va a entrevistar a las sobrevivientes de violencia contra las mujeres o de género,
- cómo se garantiza la confidencialidad,
- el tipo de investigación y el seguimiento que debe llevarse a cabo tras comunicar un caso, y
- de qué manera se protege a las mujeres y las niñas una vez han presentado una denuncia.

Denominador: número total de unidades del orden público encuestadas.

Desagregar por: región, provincia.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género 5.3.1 (p. 114): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4 Normas de género

Las normas sociales sobre lo que se considera un comportamiento aceptable para mujeres y niñas y hombres y niños son la causa fundamental de las desigualdades de género en el ámbito de la salud. Diversos estudios han reflejado que niveles más altos en la independencia de la mujer se asocian con una fertilidad menor y un mayor uso de anticonceptivos,¹⁸ mejores cuidados durante el embarazo y el parto,¹⁹ mayores conocimientos en relación con el VIH²⁰ y consecuencias indirectas sobre diversos efectos relacionados con el VIH.²¹

Las normas relacionadas con la masculinidad en muchos entornos promueven que los hombres y los niños asuman riesgos sexuales, utilicen la violencia para afirmar su autoridad y se sientan con el derecho de tener sexo con sus parejas. Por otro lado, las normas relacionadas con la femineidad fomentan que algunas mujeres y niñas sean pasivas a la hora de negociar el sexo seguro o rechazar el sexo no deseado, así como al denunciar actos de violencia. Este tipo de normas se ven reforzadas por políticas, leyes y prácticas legales que discriminan a las mujeres y las niñas. Así, por ejemplo, en muchos países, la violación conyugal o la violación dentro del matrimonio no se reconoce ni se considera como un delito penal. Los indicadores incluidos en esta sección corresponden a normas de género y relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres y en el seno de estos dos grupos en diferentes entornos. Es importante supervisarlos en el contexto del VIH.

CATEGORÍA 1

1.4.1 Proporción de mujeres y hombres que afirma que pegar a la mujer es una manera aceptable con la que los maridos controlan a sus mujeres

Definición: proporción de personas que afirma que pegar a la mujer es una manera aceptable con la que los maridos controlan a sus mujeres, por cualquier motivo y en un período específico.

Numerador: número de encuestados en una zona (región, comunidad, país) que respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas siguientes relacionadas con la justificación de que el marido pegue a la mujer, según se enumera a continuación.

Preguntar: a veces el marido se molesta o se enfada por algunas cosas que hace la mujer. En su opinión, está justificado que el marido pegue o golpee a su mujer si:

- le es infiel
- le desobedece
- discute con él
- no quiere tener relaciones sexuales con él
- no realiza las tareas de la casa adecuadamente

Denominador: número total de personas encuestadas.

Desagregar por: sexo, edad.

¹⁸ Gage, A. *Stud Fam Plann.* 1995 Sep–Oct;26(5):264–77

¹⁹ Bloom SS et al., *Demography* 2001;38:67–78

²⁰ Bloom SS et al., *Journal of Biosocial Science* 2007;39:557–73

²¹ Agarwal, A, próximamente

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 7.2.4 (p. 208): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4.2 Proporción de encuestados de entre 15 y 49 años de edad que creen que, si su marido tiene una ITS, la mujer puede proponer el uso de preservativo

Definición: la proporción de personas de entre 15 y 49 años de edad que creen que la mujer puede negarse a tener relaciones sexuales con su cónyuge o proponer el uso de preservativo si tiene una infección de transmisión sexual.

Numerador: el número de encuestados que creen que, si su marido tiene una ITS, la mujer puede negarse a tener relaciones sexuales con él o proponer el uso de preservativo.

Preguntar: si una mujer sabe que su marido tiene una enfermedad que le puede transmitir durante el acto sexual, ¿está justificada para pedir que se utilice un preservativo al tener relaciones sexuales?

Denominador: número total de personas encuestadas.

Desagregar por: sexo, edad.

Hoja de referencia completa: ONUSIDA/EDS, adaptada: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=46&prog_area_id=7

1.4.3 Porcentaje de mujeres casadas actualmente de entre 15 y 49 años de edad que normalmente toman decisiones sobre su propia atención sanitaria ya sea por sí mismas o conjuntamente con sus maridos

Definición: proporción de mujeres encuestadas actualmente casadas que tienen poder de decisión sobre su propia atención sanitaria, ya sea conjuntamente con sus maridos o por sí mismas.

Numerador: número de mujeres casadas actualmente de entre 15 y 49 años de edad que responden a la siguiente pregunta con "Usted" o "Usted y su marido/pareja conjuntamente".

Preguntar: ¿quién suele tomar decisiones sobre la atención sanitaria relacionada con usted?

- Usted
- Su marido/pareja
- Usted y su marido/pareja conjuntamente
- Otra persona

Denominador: todas las mujeres casadas actualmente encuestadas.

Desagregar por: edad.

Qué es lo que mide: este indicador mide el nivel de poder de decisión que tienen las mujeres casadas respecto a la obtención de su propia atención sanitaria en una zona (región, país, comunidad). Una proporción alta indicaría que la mayoría de mujeres de la población objetivo son capaces de tomar, o contribuir a tomar, la decisión de obtener atención sanitaria para ellas mismas.

Herramienta de medición: encuesta basada en la población como, por ejemplo, la EDS.

Cómo medirlo: este indicador utiliza la pregunta formulada anteriormente. Toda aquella persona que responda con “Usted” o “Usted y su marido/pareja conjuntamente” se cuenta en el numerador. Seguidamente, este número se divide entre el denominador, que incluye todas las mujeres casadas actualmente de la encuesta. El indicador debe desagregarse por edad.

Consideraciones: el indicador se ha medido utilizando preguntas similares desde finales de la década de 1990. La pregunta utilizada es fácil de implementar y entender. El uso de métodos de análisis y recopilación de datos estandarizados, que permite la comparación entre países, refuerza la utilidad del indicador para medir variaciones entre países y cambios a lo largo el tiempo.

Este indicador valora el progreso de normas de género cambiantes relacionadas con los roles de las mujeres y ofrece una indicación del nivel de igualdad de género en la zona encuestada. Esto significa que un aumento en la participación directa de las mujeres en decisiones sobre su propia atención sanitaria refleja una disminución de la desigualdad de género, uno de los factores estructurales que acentúan la epidemia del VIH. Debido al hecho de que este indicador hace un seguimiento del cambio en las normas, cabe esperar que solo varíe lentamente a lo largo del tiempo, y únicamente estaría directamente relacionado con la programación que aborda específicamente las normas de género, aunque está relacionado indirectamente con cualquier tipo de programación. Su análisis debe realizarse junto con otros indicadores de normas de género, como, por ejemplo, las relaciones de género a nivel de hogar y comunidad, los derechos jurídicos y consuetudinarios de las mujeres, las desigualdades de género en el acceso a la atención sanitaria, la educación y los recursos sociales y económicos y la participación de los hombres en la salud reproductiva e infantil.

Este indicador se basa en una pregunta planteada a las participantes en una encuesta, lo que significa que la información es de primera mano y puede estar influenciada por la deseabilidad social u otros sesgos. Puesto que la pregunta se plantea únicamente a mujeres casadas actualmente, directamente apunta a las normas dentro del matrimonio. Sin embargo, probablemente estas normas reflejen la desigualdad de género de la sociedad en su conjunto.

Recursos: Registro de indicadores de ONUSIDA: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>. Para obtener más información sobre la metodología de las EDS o encuestas de indicadores del sida, visite: <http://www.measuredhs.com>.

1.4.4 Matrimonio infantil

Definición: la proporción de mujeres encuestadas que estaban casadas cuando tenían menos de 18 años de edad.

Numerador: número de mujeres con edades de entre 18 y 24 años que declaran haber estado casadas cuando tenían menos de 18 años de edad.

Denominador: número total de mujeres encuestadas con edades de entre 18 y 24 años.

Desagregar por: grupo etario, región/zona, etnicidad, religión.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 4.5.1 (p. 75):<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

CATEGORÍA 3

1.4.5 Indicadores de la independencia de las mujeres

Definición: niveles de independencia de las mujeres en los ámbitos siguientes:

- ser capaces de comprar un preservativo ellas mismas
- decisiones sobre cómo utilizar sus ingresos
- toma de decisiones en el hogar
- posibilidad de visitar a sus familiares (como oposición a su familia política)
- conocimiento y uso de programas de microcréditos
- libertad de movimientos
- Cada pregunta es su propio indicador.

Numerador: número de mujeres que responden afirmativamente que pueden decidir o decidir conjuntamente con su marido según cualquiera de las preguntas siguientes.

Preguntar:

- Si quisiera, ¿podría comprar un preservativo usted misma?
- ¿Quién suele decidir cómo gastar sus ingresos (usted, su marido, conjuntamente, otras opciones)?
- ¿Quién suele decidir las compras importantes de la casa (usted, su marido, conjuntamente, otras opciones)?
- ¿Quién suele decidir el hecho de ir a visitar a su familia/allegados (usted, su marido, conjuntamente, otras opciones)?
- ¿Conoce usted algún programa de microcréditos en esta zona?
- ¿Tendría la posibilidad de decidir participar en el programa de microcréditos si así lo deseara?
- ¿Puede salir de casa sin permiso?

Denominador: número total de mujeres encuestadas.

Desagregar por: edad.

Qué es lo que mide: este indicador mide la independencia de las mujeres en diversos ámbitos. El uso de una serie de preguntas u otras dependerá del contexto. Todas las formas de desigualdad de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección del VIH de tres maneras estrechamente relacionadas. La falta de oportunidades económicas para las mujeres, agravada por prácticas socioculturales y el sistema jurídico, conlleva la dependencia de los hombres cuyos intereses no siempre coinciden con las necesidades de las mujeres. En segundo lugar, negar a las mujeres el derecho de ser independientes y tener control sobre su propio cuerpo también implica negarles el derecho a no querer tener relaciones sexuales y a exigir prácticas de sexo seguro a los hombres. En tercer lugar, algunas prácticas culturales, que la ley ampara o no tiene en cuenta, son peligrosas y pueden derivar en infección por el VIH.

Herramienta de medición: EDS u otra encuesta basada en la población.

Cómo medirlo: en el numerador, para cada ámbito medido, se coloca el número de mujeres que responden afirmativamente a las preguntas de sí/no junto con las que responden que pueden decidir por ellas mismas o junto con sus maridos. Seguidamente, el numerador se divide entre el denominador.

Consideraciones: algunos de estos ámbitos son más pertinentes que otros, dependiendo del contexto. Estos indicadores dependen del comportamiento comunicado de primera mano, lo que implica diversos sesgos posibles.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud, Módulo de la condición de las mujeres: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=709

1.4.6 Proporción de personas que conocen alguno de los derechos legales de las mujeres

Definición: proporción de personas que conocen alguno de los derechos legales y constitucionales específicos de las mujeres en un país concreto y en un período específico.

Numerador: preguntar a las personas: ¿sabe usted que en (*nombre de un país*), las mujeres tienen derecho a (*lista de derechos de ese país concreto, como, por ejemplo, divorciarse, trabajar fuera de casa, casarse con quien ellas eligen*)?

- X (por ejemplo, divorciarse)
- Y (por ejemplo, trabajar fuera de casa)

Denominador: número total de personas encuestadas.

Desagregar por: zona geográfica, sexo de la persona que responde.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 7.2.1 (p. 202): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4.7 Número de adultos y niños que han recibido información de una persona, un grupo pequeño o una intervención o un servicio comunitario que aborda explícitamente los derechos legales y las protecciones de las mujeres y las niñas afectadas por el VIH/sida

Definición: el número de personas encuestadas que afirman haber recibido información sobre un programa o servicio que se centra en los derechos legales y las protecciones de las mujeres y las niñas afectadas por el VIH/sida. La acción de “ofrecer información” puede llevarla a cabo una persona, un grupo pequeño, o una intervención o servicio comunitario.

Recuento: número de personas que declaran haber recibido algún mensaje sobre los derechos legales y las protecciones de las mujeres y las niñas afectadas por el VIH/sida por parte de cualquier tipo de mecanismo de intervención que se centra en este ámbito.

Desagregar por: sexo, edad.

Hoja de referencia completa: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

1.5 Independencia económica y alfabetización

La educación y la independencia económica influyen en muchos y diversos efectos relacionados con el VIH de forma tanto directa como indirecta. El empoderamiento económico de las mujeres se considera necesario para el crecimiento y el desarrollo económico sostenible y equitativo a niveles regional, nacional, de distrito y local.²² Incluso en países con altas tasas de desempleo y condiciones laborales no seguras, por lo general los hombres tienen mayor estabilidad económica que las mujeres. La desigualdad de género obstaculiza de manera manifiesta el desarrollo humano y social, además de intensificar la propagación del VIH. Los indicadores incluidos en esta sección se centran en aspectos económicos y de alfabetización de diferenciales de género que influyen en efectos relacionados con el VIH.

CATEGORÍA 1

1.5.1 Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que poseen propiedades o recursos para la producción de bienes, servicios y/o ingresos a su propio nombre

Definición: el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que poseen propiedades y recursos productivos a su nombre. Diversas encuestas han definido este tipo de recursos como la tierra, la casa, una empresa o negocio, ganado, producción o cosechas, bienes duraderos, herramientas, dinero y cuentas bancarias.

Numerador: número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que declaran tener sus propias propiedades o recursos productivos (las definiciones de estos conceptos dependen de la encuesta concreta que se utiliza) a su propio nombre.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad.

Desagregar por: edad.

Hoja de referencia completa: Base de datos de indicadores sobre planificación familiar y salud reproductiva de MEASURE Evaluation:
http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-own-property-or-productive

1.5.2 Proporción de mujeres en el empleo remunerado del sector no agrícola

Definición: proporción de mujeres en el empleo remunerado del sector no agrícola. El sector no agrícola incluye la industria y los servicios. Según la definición de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) de Todas las Actividades Económicas, la industria incluye la minería y la extracción —incluida la producción de petróleo—, la fabricación, la construcción, la electricidad, el gas y el agua. Los servicios incluyen el comercio al por mayor y al por menor; los restaurantes y los hoteles; el transporte, el almacenamiento y las comunicaciones; las finanzas, los seguros, el sector inmobiliario y los servicios empresariales; y los servicios personales, sociales y comunitarios.

²² Naciones Unidas, Beijing +15, 2010

Numerador: el número de mujeres en el empleo remunerado del sector no agrícola.

Denominador: número de personas en el empleo remunerado del sector no agrícola incluidas en la encuesta.

Hoja de referencia completa: ODM n.º 11 (p. 27): <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf>

1.5.3 Tasa neta de matriculación total en la educación primaria

Definición: la tasa neta de matriculación es la proporción del número de niños en edad escolar oficial (según definición del sistema educativo nacional de cada país) que están matriculados en la escuela primaria respecto a la población total de niños en edad escolar oficial. La educación primaria facilita a niñas y niños competencias básicas de lectura, escritura y matemáticas junto con una comprensión elemental de temas como la historia, la geografía, las ciencias naturales, las ciencias sociales, el arte y la música.

Numerador: número de alumnos matriculados dentro del grupo etario apropiado según registros escolares comunicados a ministerios de educación.

Denominador: número de niños en edad escolar de primaria.

Desagregar por: sexo.

Hoja de referencia completa: ODM n.º 6: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf>

CATEGORÍA 3

1.5.4 Porcentaje de mujeres que ganan dinero

Definición: este indicador mide el porcentaje de mujeres entre los 15 y 49 años de edad que trabajan en casa o fuera de casa y que ganan dinero. No se especifica una cantidad mínima.

Numerador: número de mujeres entre los 15 y 49 años de edad que ganan dinero.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad.

Hoja de referencia completa: Base de datos de indicadores sobre planificación familiar y salud reproductiva de MEASURE Evaluation: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-earn-cash

1.5.5 Porcentaje de la población de entre 15 y 24 años de edad que sabe leer y escribir y comprende una descripción breve y sencilla relacionada con su vida cotidiana

Definición: la tasa de alfabetización de personas de entre 15 y 24 años de edad, o la tasa de alfabetización entre jóvenes, es el porcentaje de la población joven que sabe leer y escribir y comprende una descripción breve y sencilla relacionada con su vida cotidiana. En ocasiones, la definición de alfabetización se amplía a conocimientos aritméticos básicos y otro tipo de competencias de preparación para la vida.

Numerador: número de personas de entre 15 y 24 años de edad que están alfabetizadas.

Denominador: población total del mismo grupo etario.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: ODM n.º 8 (p. 22): <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf>

1.6 Emergencias humanitarias

Los conflictos y las crisis humanitarias hacen que el riesgo de las personas de contraer el VIH sea elevado. Los factores que influyen en la transmisión del VIH en estas situaciones extremas son complejos y varían dependiendo del contexto específico de la emergencia. Las características que definen a una emergencia compleja, como, por ejemplo, un conflicto, la inestabilidad social, la pobreza, la destrucción medioambiental y la impotencia, pueden aumentar la vulnerabilidad de las poblaciones afectadas ante el VIH y el riesgo de contraerlo, mediante:

- la reducción del acceso a servicios de prevención del VIH e información conexa,
- la destrucción de infraestructura,
- el desmantelamiento de las redes de apoyo social,
- el aumento de la exposición a la violencia sexual y los abusos sexuales, y
- el desplazamiento de población a una zona de mayor prevalencia del VIH.

Las mujeres, las niñas y los niños son especialmente vulnerables al VIH como resultado de la violencia sexual y la explotación por parte de grupos armados; además, la violación puede utilizarse como arma de guerra. Recientemente, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la resolución 1983/2011 sobre el VIH. Esta resolución insta a los Estados Miembros de las Naciones Unidas a realizar mayores esfuerzos para abordar la cuestión del VIH en las misiones de mantenimiento de paz. Asimismo, instaron a que los esfuerzos de prevención del VIH entre los servicios uniformados estén en consonancia con los esfuerzos para poner fin a la violencia sexual en situaciones de conflicto y posteriores al conflicto.²³ Por otra parte, las mujeres y los hombres que buscan oportunidades económicas se pueden encontrar con nuevas redes sexuales que aumentan las vulnerabilidades. Los indicadores incluidos en esta sección serán útiles para abordar la intersección del género y el VIH en emergencias humanitarias.

²³ El VIH en situaciones humanitarias: <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/sc10272.doc.htm>

CATEGORÍA 2

1.6.1 Número de mujeres/niñas que denuncian incidentes de violencia sexual por cada 10 000 personas de la zona en emergencia durante un período específico

Definición: denuncia de incidentes de violencia sexual en un período específico (definición según el contexto de la situación de emergencia).

Numerador: número de incidentes de violencia sexual comunicado en un período específico.

Denominador: población total de un país/zona/campamento durante el mismo período.

Cálculo: dividir el numerador entre el denominador y multiplicar el resultado por 10 000.

Desagregar por: edad (menos de 15, 15-20, más de 20 años), ubicación geográfica.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 6.1.6 (p. 159): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.2 Proporción de incidentes denunciados de abusos y explotación sexual que dan como resultado el enjuiciamiento y/o el fin de servicio de personal humanitario

Definición: entre los incidentes de explotación y abusos sexuales en los que el agresor trabaja en organizaciones humanitarias que responden a la emergencia, la proporción de denuncias que dan como resultado el enjuiciamiento del agresor y el fin de servicio en su puesto. Esto incluye a todo el personal de las Naciones Unidas como, por ejemplo, personal encargado del mantenimiento de la paz, personal de asociados bilaterales, así como aquellas personas que trabajan en organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

Numerador: el número de incidentes de explotación y abusos sexuales denunciados en los que está involucrado personal humanitario que trabaja en la zona de emergencia, que se está investigando y procesando, y que da como resultado el enjuiciamiento y/o el fin de servicio del agresor en su puesto.

Denominador: el número total de incidentes de explotación y abusos sexuales denunciados en los que están involucrados trabajadores humanitarios.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 6.1.4 (p. 155): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.4 Protocolos que están en consonancia con estándares internacionales que se han establecido para la atención clínica de sobrevivientes de violencia sexual en la zona de emergencia a todos los niveles del sistema sanitario

Definición: la atención clínica de las sobrevivientes de violencia sexual es compleja e incluye múltiples aspectos de cuidados y apoyo. A fin de garantizar que las mujeres reciben la asistencia apropiada, debe existir un protocolo en consonancia con estándares internacionales en todos los niveles del sistema sanitario de la zona de emergencia.

Sí: existe un protocolo para la atención clínica de las sobrevivientes de violencia sexual en todos los niveles del sistema sanitario definido en la zona de emergencia concreta. Asimismo, este protocolo está en consonancia con estándares internacionales como, por ejemplo, el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) y el protocolo de la OMS sobre la atención clínica de las sobrevivientes de violaciones.

No: no existe ningún protocolo, o existe en algunos niveles del sistema sanitario pero no en todos, o existe en todos los niveles pero no está en consonancia con estándares internacionales.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 6.1.1 (p. 148): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.5 Porcentaje de sobrevivientes de una violación en la zona de emergencia que denuncian un caso en instalaciones sanitarias o a un profesional sanitario en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada

Definición: la proporción de sobrevivientes elegibles de violaciones que denuncian un caso en instalaciones sanitarias en las siguientes 72 horas del incidente y reciben atención médica adecuada, en un período definido.

Numerador: número de sobrevivientes de violaciones que se presentan para recibir atención en las siguientes 72 horas del incidente y que reciben una atención adecuada en un período definido (por ejemplo, los últimos tres meses). La atención adecuada para las sobrevivientes de violaciones que se presentan en las siguientes 72 horas del incidente incluye: profilaxis posterior a la exposición al VIH, métodos anticonceptivos de emergencia, pruebas para detectar el VIH e infecciones de transmisión sexual, servicios psicosociales, información sobre el acceso a un aborto legal. El manual de terreno interinstitucional del ACNUR describe detalladamente otros elementos, como el de una trabajadora sexual que se presenta para someterse a un examen médico.

Denominador: número de sobrevivientes de violaciones que denuncian un incidente en las siguientes 72 horas de haber ocurrido, durante el mismo período definido.

Desagregar por: edad (menos de 15, 15-20, más de 20 años), ubicación geográfica.

Hoja de referencia completa: Compendio sobre violencia contra las mujeres o de género, n.º 6.1.7 (p. 162); relacionado con Indicadores esenciales de PEPFAR, P6.1.D; Grupo de Trabajo Interinstitucional, n.º 33: <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

CATEGORÍA 3

1.6.3 **Porcentaje de manuales militares, marcos de políticas sobre seguridad nacional, códigos de conducta y procedimientos/protocolos operativos estándar sobre las fuerzas de seguridad nacional que incluyen medidas para proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas, disponibles en la zona de emergencia**

Definición: proporción de todos estos elementos disponibles en la zona de emergencia que incluyen medidas para proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Numerador: número de manuales militares, marcos de políticas sobre seguridad nacional, códigos de conducta y procedimientos/protocolos operativos estándar de las fuerzas de seguridad nacional que se utilizan en la zona de emergencia y que incluyen medidas para proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Denominador: número de manuales militares, marcos de políticas sobre seguridad nacional, códigos de conducta y procedimientos/protocolos operativos estándar de las fuerzas de seguridad nacional que se utilizan en la zona de emergencia.

Qué es lo que mide: el indicador valora en qué medida los actores de seguridad internacionales, nacionales y no estatales responden ante cualquier tipo de violación de los derechos de las mujeres y las niñas y rinden cuentas en este sentido, en consonancia con estándares internacionales.

Herramienta de medición: encuesta especial.

Cómo medirlo: hay información disponible de documentos existentes y fácilmente accesibles (mediante examen documental), pero estos deben recopilarse y analizarse sistemáticamente. El número de materiales que contiene referencias a los derechos de las mujeres, las niñas y los niños se cuentan en el numerador. Seguidamente, el numerador se divide entre el denominador.

Consideraciones: el indicador aborda la capacidad de respuesta de las fuerzas de seguridad ante necesidades de seguridad específicas de las mujeres en contextos concretos identificando medidas especiales incluidas en directivas, manuales, códigos de conducta, procedimientos operativos estándar y otros recursos destinados a prevenir las violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Este indicador captura la idoneidad de la información facilitada a personal encargado del mantenimiento de la paz civil y uniformado, así como a personal policial civil y militar. Los datos deben indicar los tipos de mediciones incluidos.

Fuente: Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Indicador de producto 5b (p. 5, p. 16): http://www.peacewomen.org/assets/file/Indicators/sg_report_on_1889-op17.pdf

2.1 Tratamiento

Las necesidades específicas en cuanto a diagnóstico, tratamiento y atención de las mujeres afectadas por el VIH o que viven con el VIH indican que es preciso contar con programas transformadores desde el punto de vista del género. El miedo al estigma, la discriminación y la violencia a menudo incluyen el acceso de las mujeres a la realización de pruebas, el tratamiento y la atención. Asimismo, estos factores pueden repercutir negativamente en la observancia de las mujeres de un tratamiento antirretroviral.²⁴ El género puede ser un factor importante que influye en la aceptación de la terapia antirretroviral, un aspecto que requiere estudios adicionales.²⁵ Las normas en torno a la masculinidad pueden representar un obstáculo a la hora de que los hombres accedan al tratamiento; por otra parte, las mujeres que no han hecho público su estado serológico respecto del VIH pueden tener miedo a participar en programas de tratamiento por las posibles repercusiones, que incluyen la violencia y el abandono. En cualquier caso, el alcance del tratamiento debe reflejar los patrones de infección observados tanto entre adultos como entre niños. Si existen diferencias en el tratamiento, estos deben reflejar los mismos diferenciales observados en patrones de infección; de lo contrario, algunos grupos sufrirían un acceso desigual a los servicios. Los indicadores que se incluyen en esta sección están desagregados por sexo y edad y promueven centrarse en los diferenciales a la hora de interpretarlos.

CATEGORÍA 1

2.1.1 Tratamiento para el VIH: terapia antirretroviral

Definición: porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben terapia antirretroviral. Este hecho demuestra progreso hacia la facilitación de una terapia antirretroviral combinada a todas las personas elegibles para tratamiento.

Numerador: número de adultos y niños elegibles que actualmente reciben terapia antirretroviral combinada de conformidad con el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o con estándares de la OMS o el ONUSIDA) al final del período que abarca el informe.

Denominador: número estimado de adultos y niños que viven con el VIH.

Desagregar por: edad (<15, 15 años y más), sexo; cuando sea posible, el indicador debe desagregarse adicionalmente por 1 año, 1–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49, 50 años y más.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

²⁴ ONUSIDA: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaids_action_framework.pdf

²⁵ Hirsch, JS. *Gender, sexuality, and antiretroviral therapy: using social science to enhance outcomes and inform secondary prevention strategies*. *AIDS*. 2007 Oct;21 supl. 5:S21–9

2.1.2 Retención durante 12 meses con terapia antirretroviral

Definición: el porcentaje de personas con VIH que han mantenido la terapia antirretroviral (TAR) durante al menos 12 meses tras el inicio. Se mide el progreso a la hora de aumentar la supervivencia entre adultos y niños que han contraído el VIH manteniéndolos en la terapia antirretroviral.

Numerador: número de adultos y niños que todavía están vivos y siguen con la terapia antirretroviral tras 12 meses después de haber iniciado el tratamiento.

Denominador: número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretroviral y de los cuales se esperaba lograr efectos a los 12 meses dentro del período que abarca el informe, incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia antirretroviral, aquellos que han dejado de seguirla y aquellos que se han registrado como perdidos según el seguimiento en el mes 12.

Desagregar por: edad (<15, 15 años de edad y más), sexo, embarazo al principio de la terapia, situación de lactancia materna al inicio de la terapia.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.1.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)

Definición: porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. Se mide el progreso a la hora de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante la administración de medicamentos antirretrovirales.

Numerador: número de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron medicamentos antirretrovirales durante los últimos 12 meses para reducir la transmisión maternoinfantil.

Denominador: número estimado de mujeres embarazadas VIH-positivas durante los últimos 12 meses.

Desagregar por: las seis opciones (se recomiendan las primeras tres) para las mujeres embarazadas VIH-positivas para la prevención de la transmisión maternoinfantil.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

CATEGORÍA 2

2.1.4 Porcentaje de pacientes que han contraído el VIH con coinfección de VIH/virus de la hepatitis B y que reciben tratamiento para la hepatitis B

Definición: este indicador mide el número de pacientes con coinfección de VHB/VIH que recibe tratamiento para la hepatitis B o para ambos, hepatitis B y VIH, si se están utilizando antirretrovirales efectivos para ambos virus, entre pacientes que participan en atención para el VIH evaluados sobre la progresión de la enfermedad de la hepatitis y considerados elegibles para el tratamiento.

Numerador: número de casos de hepatitis B VIH-positivos elegibles para el tratamiento para la hepatitis B que han recibido tratamiento para la hepatitis B o para ambos, hepatitis B y VIH, si se están utilizando antirretrovirales efectivos para ambos virus, durante el período que abarca el informe.

Denominador: número de casos de hepatitis B VIH-positivos que fueron elegibles para el tratamiento para la hepatitis B durante el período que abarca el informe.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: indicador n.º 7.8/EUR16 (p. 97) "A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS, Adaptation for the European Region", OMS/ONUSIDA, 01/2001: http://www.indicatorregistry.org/sites/default/files/UA2011_indicator_guide_EURO_en_3.pdf

2.2 Asesoramiento y pruebas

La realización de pruebas del VIH pone de relieve numerosas cuestiones de derechos humanos y de otro tipo relacionadas con el estigma, la discriminación y la equidad. Los obstáculos económicos y de accesibilidad y las preocupaciones sobre el estigma y la violencia, especialmente por parte de las mujeres como principal grupo afectado, pueden impedir que se recurra a servicios de asesoramiento y pruebas, así como el hecho de hacer público el estado serológico.²⁶ Diversos informes del África subsahariana reflejan que las mujeres son reticentes a hacerse la prueba del VIH o a regresar a por sus resultados por miedo a la violencia doméstica. En entornos en los que se llevan a cabo procedimientos médicos sobre las mujeres que requieren contar con el consentimiento de su marido (incluida la necesidad de permiso para acceder a los centros sanitarios), surge un posible conflicto con la confidencialidad y el consentimiento informado.²⁷ En centros de atención prenatal, a veces las mujeres deben someterse a las pruebas del VIH, pese a que estas pruebas siempre deben ser voluntarias, confidenciales e informadas. Por otro lado, las normas en torno a la masculinidad y los horarios de atención diurna pueden resultar disuasorios para que los hombres recurran al asesoramiento y las pruebas del VIH. Se sabe que las pruebas rutinarias iniciadas por un proveedor de la salud pueden reducir los obstáculos a la hora de realizar las pruebas del VIH.²⁸ Los enfoques sobre políticas, programas y prácticas sobre las pruebas de VIH que aseguren el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos son coherentes con prácticas y efectos satisfactorios de salud pública. Los indicadores que se incluyen en esta sección están desagregados por sexo y promueven centrarse en los diferenciales a la hora de interpretarlos.

CATEGORÍA 1

2.2.1 Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados

Definición: la proporción de personas que han realizado la prueba y conocen los resultados mide el progreso a la hora de implementar programas de asesoramiento y pruebas en países o regiones.

Numerador: número de encuestados de entre 15 y 49 años de edad que han realizado la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conocen los resultados.

Denominador: número de todos los encuestados de entre 15 y 49 años de edad.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 y 25–49), sexo.

²⁶ Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions*. *Social Science & Medicine* 50 459–478.

²⁷ Joseph, S. *Examining sex differentials in the uptake and process of HIV testing in three high prevalence districts of India*. *AIDS Care*. 2010 Mar;22(3):286–95

²⁸ Weiser SD, Heisler M, Leiter K, Percy-de Korte F, Tlou S, et al. (2006) *Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns*. *PLoS Med* 3(7): e261. doi:10.1371/journal.pmed.0030261

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

CATEGORÍA 2

2.2.2 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes sexualmente activos entre 15 y 24 años de edad que realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados

Definición: la proporción de personas que han realizado la prueba y conocen los resultados mide el progreso a la hora de implementar programas de asesoramiento y pruebas entre personas jóvenes sexualmente activas en países o regiones.

Numerador: el número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad que realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados.

Denominador: encuestados de entre 15 y 24 años de edad que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>

2.2.3 Número de personas que viven con el VIH (PVV) cuyas parejas sexuales realizaron la prueba del VIH en el centro y recibieron servicios de asesoramiento y los resultados de la prueba

Definición: recuento del número de PVV que han tenido parejas sexuales que realizaron la prueba del VIH en el centro y recibieron servicios de asesoramiento y los resultados.

Recuento: número de personas que viven con el VIH (PVV) cuyas parejas sexuales realizaron la prueba del VIH en el centro y recibieron servicios de asesoramiento y los resultados de la prueba.

Desagregar por: sexo, entorno (instalación/clínica, comunidad/casa).

Qué es lo que mide: la prestación de asesoramiento y pruebas del VIH a parejas es un componente clave del conjunto mínimo de intervenciones de prevención con PVV (Indicador ANA n.º P7.1.D de PEPFAR) que respaldan servicios de prevención del VIH integrales y basados en pruebas para PVV. Este indicador tiene el propósito de medir el alcance con el que los programas están integrando servicios de asesoramiento y pruebas del VIH a parejas en su prestación de servicios a PVV. Las parejas sexuales de PVV se encuentran en situación de alto riesgo de contraer el VIH. La identificación del estado serológico de la pareja respecto del VIH determina qué servicios de prevención son apropiados no solo para la pareja sexual como individuo sino también para la PVV y su pareja sexual como relación.

Para el miembro de la pareja que sabe que es VIH-negativo, el asesoramiento para relaciones serodiscordantes es una intervención crítica que ofrece a este tipo de relaciones la información necesaria y las oportunidades de desarrollar recursos que reduzcan los riesgos de que el miembro seronegativo contraiga el VIH. Asimismo, facilita a las parejas que quieran tener hijos la aceptación de atención preventiva para la transmisión del VIH materno-infantil. De igual modo, para el miembro de la pareja que vive con el VIH, los servicios de tratamiento y atención del VIH destinados al miembro seropositivo se convierten en una prioridad, junto con los servicios de prevención integrales para PVV. El asesoramiento y el apoyo a PVV para fomentar las pruebas de sus parejas sexuales deben ser constantes, en lugar de únicamente en el momento de admisión, a fin de asumir nuevas relaciones sexuales, además de la necesidad de pruebas reiteradas de las parejas VIH-negativas. Los programas comunitarios deben reforzar las intervenciones realizadas en clínicas o instalaciones. Asimismo, todos ellos deben incorporar enlaces y derivaciones pertinentes a programas realizados en clínicas o instalaciones.

Las pruebas de VIH a la pareja siempre deben ir acompañadas de:

- Servicios de atención y tratamiento del VIH para parejas VIH-positivas de PVV.
- Servicios de asesoramiento y apoyo a parejas serodiscordantes para relaciones de este tipo.
- Pruebas del VIH reiteradas al miembro de la pareja VIH-negativo, realizadas de conformidad con las directrices nacionales para las pruebas del VIH.

Herramienta de medición: pueden obtenerse datos de herramientas de vigilancia de programas existentes o modificadas, como bases de datos o registros de instalaciones o registros e historiales de pacientes/clientes.

Cómo medirlo:

Explicación del numerador: el numerador puede generarse contando el número de PVV que tiene como mínimo una pareja sexual que ha recibido un resultado de la prueba del VIH durante el período que abarca el informe ya sea en un programa realizado en una clínica o una instalación o en un programa realizado en una comunidad o casa. Para poder incluirse en este indicador, las pruebas a los miembros de la relación sexual incluyen pruebas iniciales de ambos y pruebas reiteradas del miembro VIH-negativo, de conformidad con directrices nacionales para el asesoramiento y las pruebas de VIH.

Explicación del denominador: para obtener una explicación del denominador, consulte el Indicador ANA n.º P7.11.D de PEPFAR recomendado para la prevención con PVV.

Observación sobre la manera de desagregar: puesto que la misma persona puede recibir servicios tanto en una instalación como en el entorno de una comunidad, cuando se agrega este indicador con múltiples parejas, los equipos en el país pueden elegir si admiten el conteo doble, en cuyo caso la fórmula sería "Número alcanzado en la comunidad" + "Número alcanzado en la instalación" ≥ "Número total alcanzado".

Consideraciones: este indicador facilita información sobre el número total de personas no duplicadas que han recibido asesoramiento y pruebas en el centro para parejas de PVV. Al determinar el alcance del servicio (uso exclusivo del numerador), el indicador contribuirá a demostrar en qué medida las parejas sexuales de PVV están realizando pruebas del VIH. La calidad de los registros utilizados para generar este indicador determinará su solidez.

Fuente: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

CATEGORÍA 3

2.2.4 Porcentaje de personas con 15 años de edad o más que recibieron asesoramiento y pruebas del VIH para parejas y conocieron los resultados de su prueba del VIH junto con sus parejas en los últimos 12 meses

Definición: la proporción de personas con 15 años de edad o más que recibieron asesoramiento y pruebas del VIH para parejas y conocieron los resultados de la prueba juntos, en los últimos 12 meses. Este indicador supervisa las tendencias en la aceptación de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH para parejas por parte de las personas a lo largo del tiempo en un país.

Numerador: personas con 15 años de edad o más que recibieron asesoramiento y pruebas del VIH junto con su cónyuge/pareja, y que conocieron los resultados de la prueba junto con su cónyuge/pareja, durante los últimos 12 meses.

Denominador: encuestados con 15 años de edad como mínimo.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24, 25 años o más), sexo.

Hoja de referencia completa: OMS, G1a (p. 36): http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

2.3 Integración y enlaces entre servicios

Cada vez se ha prestado más atención a la necesidad de integrar la cuestión del género en los servicios y programas sobre VIH y sida. Parte del énfasis se ha centrado en la integración de los servicios sobre VIH y sida con otros tipos de atención sanitaria relacionados con las necesidades de las personas que viven con el VIH.²⁹ Las mujeres se beneficiarán especialmente de este tipo de enfoque ya que disponen de menos tiempo, movilidad y recursos para acceder a servicios independientes; también los hombres se beneficiarán en muchos entornos puesto que tienen más probabilidades de conseguir un empleo fuera de casa, y, en consecuencia, menos oportunidades de visitar los servicios sanitarios durante las horas de trabajo. Por ejemplo, la coinfección de VIH y tuberculosis (TB) afecta tanto a la salud de las mujeres como a la de los hombres. Las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar tuberculosis activa en comparación con las mujeres embarazadas VIH-negativas.³⁰ Las tasas de detección de casos de TB son significativamente inferiores en las mujeres debido a que estas retrasan el hecho de obtener tratamiento, eluden los programas de promoción de la salud y se enfrentan al estigma y la discriminación. Al mismo tiempo, en África, se da aproximadamente un 20% más de muertes por TB asociada al VIH entre las mujeres en comparación con los hombres.³¹

Además, la integración de los servicios sobre VIH y sida con servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, planificación familiar y atención prenatal) pueden contribuir a abordar

²⁹ ONUSIDA/OMS, http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/policy%20statement_gwh.pdf

³⁰ Pillay T et al. *The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. The South African Medical Journal*, 2001, Nov;91:983–7.

³¹ OMS, *Informe mundial sobre la tuberculosis*, 2012.

las distintas necesidades de las mujeres y posiblemente a reducir el estigma. A menudo, se juzga negativamente a las mujeres que viven con el VIH por sus elecciones de salud sexual y reproductiva, se les aconseja que eviten el embarazo, y, a veces, se las esteriliza contra su voluntad o se las obliga a poner fin al embarazo. Por otra parte, los hombres suelen estar influenciados por presiones sociales que pueden dificultar que decidan adoptar comportamientos de protección para ellos mismos y sus parejas sexuales. Por ejemplo, puesto que es más probable que sean los hombres quienes utilicen los servicios para TB e ITS, la integración de servicios de VIH y sida puede promover un mayor alcance y acceso al tratamiento para los hombres y los niños. Los indicadores incluidos en esta sección tienen como objetivo examinar patrones para medir el progreso en este ámbito.³²

CATEGORÍA 1

2.3.1 Porcentaje de casos incidentes de TB con estado serológico positivo respecto del VIH que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH

Definición: la proporción de personas VIH-positivas con TB que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH. El indicador mide el progreso a la hora de detectar y tratar la TB en las personas que viven con el VIH.

Numerador: número de adultos y niños con VIH que recibieron terapia antirretroviral combinada de conformidad con el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o con estándares de la OMS o el ONUSIDA) y que iniciaron el tratamiento para la TB (de conformidad con las directrices del programa para la TB a nivel nacional), en el año que abarca el informe.

Denominador: número estimado de casos incidentes de TB en personas que viven con el VIH.

Desagregar por: edad (<15, 15 años o más), sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

CATEGORÍA 2

2.3.2 Proporción de clientes derivados que finalizaron la derivación

Definición: proporción de clientes derivados desde un servicio sobre el VIH que finalizaron la derivación. En el contexto de igualdad de género y VIH: la proporción de clientes que se presentaron a servicios sobre el VIH que fueron derivados a otro tipo de servicios diversos y que buscaron y recibieron atención en este servicio al que se les derivó. Los servicios de derivación podrían incluir los

³² Actualmente se está llevando a cabo trabajo adicional para desarrollar indicadores sobre la integración y, una vez finalizados, se harán públicos en el Registro de indicadores (<http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>)

ámbitos de violencia de género, nutrición, salud mental, actividades económicas, etc.

Numerador: número de clientes que finalizaron la derivación en el servicio de derivación que les atendió. Los ámbitos de servicio incluyen: violencia de género, nutrición, salud mental, actividades económicas, etc.

Denominador: número de clientes derivados desde servicios que realizan la derivación.

Desagregar por: sexo.

Qué es lo que mide: en la mirada de servicios actual, cada vez más compleja, la integración de servicios sobre el VIH, tanto entre ellos como con otros servicios, es importante para facilitar su accesibilidad a los clientes y que su prestación resulte eficiente en el sistema sanitario y, en última instancia, para mejorar los efectos a nivel individual y familiar. Ha habido interés en integrar varios servicios sobre el VIH de manera fluida y continua (por ejemplo, APV con terapia ARV); en integrar servicios sobre el VIH en otros servicios sanitarios (por ejemplo, planificación familiar, tuberculosis [TB] y atención prenatal [APN]); y en integrar diversos servicios sobre el VIH en servicios que no pertenecen al sistema sanitario (por ejemplo, servicios educativos, servicios sociales y de protección, etc.). Por ejemplo, la derivación para realizarse pruebas del VIH forma parte del paquete integral de servicios integrados de planificación familiar/VIH, y es un componente importante de la prevención del VIH, incluida la PTMI. Las mujeres se beneficiarán especialmente de este enfoque puesto que disponen de menos tiempo, movilidad y recursos para acceder a servicios independientes. Por lo tanto, es primordial formalizar y supervisar los enlaces entre los servicios prestando especial atención al acceso de las mujeres y las comunidades marginadas.

Herramienta de medición: registros de derivaciones o de actividades/servicios; registros en el servicio que realiza la derivación, albaranes de seguimiento de clientes, anotaciones de asistentes sociales de la comunidad.

Cómo medirlo: los registros tienen que incluir:

- el número de derivaciones y/o contradervaciones realizadas y finalizadas (si es posible recopilar esta información),
- el tipo de derivación (el servicio al que se deriva), y
- el lugar desde/hacia el que se dirige la derivación.

El numerador se genera contando el número de clientes para los cuales existen pruebas de una derivación completa, basándose en historiales o bien en el registro del servicio que realiza la derivación originalmente, cuando el cliente regresa, o bien en el servicio receptor, donde se recoge un albarán de seguimiento del cliente y se devuelve al servicio que realiza la derivación, al final del período que abarca el informe.

El denominador es un recuento de todos los clientes que fueron derivados desde el servicio o la instalación que realiza la derivación para cualquier tipo de atención de conformidad con el registro, al final del período que abarca el informe. Para que los datos resulten lo más útiles posible a la hora de tomar decisiones a nivel de gerencia, deben examinarse de forma desagregada por servicio. Por ejemplo, las derivaciones de clientes de APV con pruebas positivas para iniciar TAR específicamente deben registrarse de manera granular y no mezclarse con otras derivaciones no relacionadas como derivaciones para terapia preventiva de la tuberculosis con isoniacida (INH) y otras similares.

Consideraciones: por lo general, a fin de elaborar un mecanismo oficial para registrar derivaciones, es necesario trabajar con organizaciones asociadas para obtener todos los datos relevantes. Sin embargo, en ocasiones no es posible obtener datos sobre derivaciones y contraderivaciones realizadas y finalizadas. Contar con información adicional (por ejemplo, el porcentaje de derivaciones finalizadas) permite identificar problemas y mejorar el sistema de derivación.

Este indicador no mide la idoneidad de las derivaciones individuales realizadas por un asistente social/prestador de servicios, ni la calidad de los servicios recibidos por la persona. Por otro lado, tampoco mide si los protocolos de derivación se han implementado según lo previsto, ni tampoco si los datos de derivación son de gran calidad.

Fuente: Fondo Mundial, FSC 3.2, (Kit de herramientas para la vigilancia y la evaluación: Parte 5 Fortalecimiento de los sistemas comunitarios y de la salud, fondo mundial, 2011); adaptado de Indicadores de diversidad sexual de la FIPF: Indicador de asociaciones 4 (p. 5): <https://www.ipfwhr.org/en/search/node/indicadores%20de%20diversidad%20sexual>; Evaluación del sistema de derivaciones y Kit de herramientas para la vigilancia.

CATEGORÍA 3

2.3.3

Número de hombres VIH-positivos con una mujer como pareja y de mujeres VIH-positivas que recibieron métodos anticonceptivos modernos en el centro

Definición: el número de mujeres VIH-positivas y de hombres VIH-positivos con una mujer como pareja que recibieron métodos anticonceptivos en el centro.

Recuento: número de hombres VIH-positivos con una mujer como pareja y de mujeres VIH-positivas que recibieron métodos anticonceptivos modernos en el centro.

Desagregar por: entorno (clínica/instalación, comunidad/casa).

Qué es lo que mide: este indicador ofrece información sobre el número total de personas no duplicadas que recibieron métodos anticonceptivos modernos en el centro. A la hora de determinar el alcance del servicio, este indicador contribuirá a demostrar en qué medida las PVV reciben métodos anticonceptivos modernos. Por otra parte, no revelará el tipo específico de método ni el éxito de estos métodos a la hora de prevenir el embarazo. A la hora de determinar la cobertura, el denominador sobreestimarás aquellas personas que necesitan métodos anticonceptivos porque es posible que este concepto incluya a mujeres más allá de la edad de tener hijos, mujeres que desean quedarse embarazadas, mujeres que no desean utilizar métodos anticonceptivos y mujeres y sus parejas no evaluadas en cuanto a la intención de tener hijos. En general, este indicador se refiere al uso únicamente de servicios en una instalación sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo, los encargados de la evaluación pueden elegir incluir la prestación de servicios sobre salud sexual y reproductiva ofrecidos por proveedores homólogos o trabajadores de la salud comunitarios. Entre los servicios sanitarios de especial interés se incluyen aquellos relacionados con el asesoramiento, las pruebas y el tratamiento del VIH; el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS); y el asesoramiento, la prestación y los servicios de circuncisión masculina.

Herramienta de medición: pueden obtenerse datos de herramientas de vigilancia de programas existentes o modificadas, como bases de datos o registros de instalaciones o registros e historiales de pacientes/clientes.

Cómo medirlo: el indicador puede generarse contando el número de mujeres VIH-positivas y el de hombres VIH-positivos con una mujer como pareja que recibieron un método anticonceptivo moderno en el centro durante el período que abarca el informe como parte de un programa realizado en una clínica/instalación o en una comunidad/casa. Entre los métodos anticonceptivos modernos se incluyen: píldora anticonceptiva oral combinada, inyectables con progestina sola, dispositivos intrauterinos, píldoras con progestina sola e implantes hormonales. También se incluye la vasectomía y la esterilización en las mujeres.

En el caso de los hombres VIH-positivos, es posible que el hombre VIH-positivo sea evaluado por si existen necesidades de planificación familiar de él y su pareja, y, cuando así se recomiende, la pareja o parejas sexuales femeninas del hombre VIH-positivo recibirían un método anticonceptivo (ya sea en la clínica, en un centro comunitario o en otro punto de prestación de servicios). No obstante, únicamente el hombre VIH-positivo debe contarse en este indicador. Puesto que el hombre VIH-positivo hace las funciones de cliente del índice, no se puede contar adicionalmente la pareja femenina a no ser que ella sea una cliente del programa VIH-positiva.

Observación sobre la manera de desagregar: puesto que la misma persona puede recibir servicios tanto en una instalación como en el entorno de una comunidad, cuando se agrega este indicador con múltiples parejas, los equipos en el país pueden elegir si admiten el conteo doble, en cuyo caso la fórmula sería "Número alcanzado en la comunidad" + "Número alcanzado en la instalación" \geq "Número total alcanzado".

Consideraciones: los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos (que reciben financiación a través de programas integrales) son un componente clave del conjunto mínimo de intervenciones de prevención con PVV (Indicador n.º P7.1.D) que respaldan servicios de prevención del VIH integrales y basados en pruebas para PVV. Este indicador tiene el objetivo de medir en qué medida un programa está integrando servicios de métodos anticonceptivos modernos en su prestación de servicios para las mujeres VIH-positivas, así como para los hombres VIH positivos a través de las mujeres que son su pareja.

La evaluación para conocer la intención de si se quiere tener hijos en las PVV idealmente debe integrarse en la mayoría de servicios del programa y realizarse en todos los encuentros que tiene el cliente con un profesional de la atención sanitaria o un asesor. Para aquellas personas que desean retrasar el embarazo, prevenir un embarazo no deseado en mujeres VIH-positivas es fundamental para la PTMI del VIH. Puesto que se han documentado altas cifras de embarazos no deseados entre mujeres VIH-positivas, existe la necesidad urgente de evaluar los deseos de fertilidad de las PVV junto con el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos apropiados y servicios de apoyo.

El consejo sobre planificación familiar y la facilitación de métodos anticonceptivos deben integrarse inicialmente en programas, lo que permitiría el acceso inmediato a servicios de asesoramiento y apoyo continuados. Los programas comunitarios deben reforzar las intervenciones realizadas en clínicas o instalaciones. Asimismo, todos los que ofrezcan servicios de prevención con PVV deben incorporar enlaces y derivaciones pertinentes a programas realizados en clínicas o instalaciones.

El hecho de facilitar métodos anticonceptivos modernos en el centro siempre debe ir acompañado de:

- una valoración de las intenciones de quedarse embarazada,
- una valoración de las necesidades en cuanto a métodos anticonceptivos, y
- la detección de elegibilidad médica de mujeres para recibir un método anticonceptivo.

Fuente: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.4 Participación de los hombres

Además de contribuir al riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres, las normas de género y las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres también pueden influir en el riesgo de los hombres de contraer el VIH. Las normas culturales de masculinidad suelen representar obstáculos para una respuesta efectiva al VIH y el sida, especialmente en cuanto a modificar las relaciones de poder entre mujeres y hombres y a impedir que los hombres busquen información, tratamiento y apoyo o asumir su responsabilidad respecto a la carga de las tareas de cuidado. Las normas y las opiniones tradicionales y estereotipadas de las mujeres, los hombres y las relaciones entre ellos dificultan la respuesta efectiva ante el VIH. De acuerdo con el conjunto de pruebas cada vez más abundante, las intervenciones transformadoras desde el punto de vista del género que se diseñan minuciosamente con hombres y niños pueden aportar mejoras importantes en las actitudes y prácticas relacionadas con el género de los hombres y los niños, las cuales, a su vez, repercuten en el riesgo y los impactos de las intervenciones sobre el VIH. Los papeles rígidos que se asignan actualmente a cada género han hecho que los hombres y los niños relacionen los comportamientos arriesgados con la masculinidad y, por contra, que valoren los comportamientos que tienen en cuenta la salud como una pérdida de esta masculinidad. En consecuencia, es fundamental que los hombres y los niños participen a la hora de abordar las desigualdades de género en el contexto del VIH: como parejas y familiares de las mujeres y las niñas, como líderes comunitarios encargados de tomar decisiones, como causantes de la discriminación y la violencia, y como personas que tienen necesidades de salud sexual y reproductiva específicas a los hombres. La programación de salud reproductiva, VIH y otros servicios debe incluir el trabajo con hombres y niños para cambiar las normas relacionadas con lo que significa ser padre, la responsabilidad sexual, la toma de decisiones y la violencia. Abordar la salud sexual y reproductiva de los hombres es positivo para los efectos de salud tanto de mujeres como de hombres. Por ejemplo, la educación sobre VIH/sida apropiada según edad y sexo entre los jóvenes tiene el potencial de cambiar opiniones que influirán en su comportamiento.³³ También puede ser un importante punto de entrada para educar sobre la vulnerabilidad de mujeres y hombres ante el VIH y promover sus actitudes como agentes del cambio.

³³ EngenderHealth & Planned Parenthood Association of South Africa, 2001. *Men as Partners*. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/ppasamanual.pdf>

CATEGORÍA 2

2.4.1 Número de visitas realizadas por hombres jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva especificados

Definición: el número de visitas a servicios de salud sexual y reproductiva especificados por parte de hombres jóvenes, medido mediante registros de la instalación o centro (midiendo únicamente el uso del servicio).

Recuento: número de personas jóvenes de entre 10 y 24 años de edad que utilizan un servicio de salud sexual y reproductiva, desagregado por el tipo de servicio recibido, en un período definido. En general, este indicador se refiere al uso únicamente de servicios en una instalación sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo, los encargados de la evaluación pueden elegir incluir la prestación de servicios sobre salud sexual y reproductiva ofrecidos por proveedores homólogos o trabajadores de la salud comunitarios. Entre los servicios sanitarios de especial interés se incluyen aquellos relacionados con el asesoramiento, las pruebas y el tratamiento del VIH; el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS); y el asesoramiento, la prestación y los servicios de circuncisión masculina.

Desagregar por: tipo de servicio.

Hoja de referencia completa: adaptado de la Base de datos de indicadores sobre planificación familiar y salud reproductiva de MEASURE Evaluation: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/arh/use-of-specified-rh-health-services-by-young

2.4.2 Porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a servicios de centros de atención prenatal cuyo compañero sentimental ha realizado la prueba del VIH

Definición: porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a servicios del centro de atención prenatal cuyo compañero sentimental ha realizado la prueba durante el embarazo de su compañera en los últimos 12 meses.

Numerador: número de mujeres embarazadas que asisten a servicios de centros de atención prenatal cuyo compañero sentimental ha realizado la prueba en los últimos 12 meses.

Denominador: número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Desagregar por: edad.

Hoja de referencia completa: OMS, G1b (p. 38): Guía sobre los indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

CATEGORÍA 3

2.4.3 Disponibilidad de información accesible, relevante y precisa sobre salud sexual y reproductiva adaptada a los hombres jóvenes

Definición: número y tipos de fuentes que ofrecen información accesible, relevante y precisa sobre salud sexual y reproductiva destinada específicamente a adolescentes varones y hombres jóvenes de entre 10 y 24 años de edad. Entre las fuentes se incluyen los medios de comunicación, los programas y las instalaciones de salud, la educación entre iguales y los programas de mentoría, los programas de educación sobre sexualidad para hombres jóvenes escolarizados y no escolarizados, en el lugar de trabajo, y la educación y los servicios sobre salud reproductiva en la comunidad. Las necesidades de accesibilidad deben definirse localmente, dependiendo de la zona geográfica y los medios de transporte y comunicación que están disponibles para la mayoría de la población.

Debe determinarse una zona geográfica o programática que abordar. Los materiales y las oportunidades que fomenten la participación en el programa deben estar rápidamente disponibles y accesibles, idealmente en formatos y entornos atractivos para los hombres o que se centren en ellos. La información relevante y precisa incluye necesidades, preocupaciones y riesgos sobre la salud sexual y reproductiva para la población objetivo con directrices educativas y motivacionales apropiadas, así como materiales, mensajes en los medios de comunicación, capacitación y planes de estudio educativos que se hayan analizado, diseñado y probado rigurosamente para los grupos de edad objetivo.

Recuento: número de fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva que se destinan a hombres jóvenes.

Desagregar por: tipo.

Hoja de referencia completa: Base de datos de indicadores sobre planificación familiar y salud reproductiva de MEASURE Evaluation: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/me/availability-of-accessible-relevant-and-accurate-information-about-sexual-and-reproductive-health-tailored-to-young-men

3.1 Personas que viven con el VIH

Diversas cuestiones que afectan a las personas que viven con el VIH dan como resultado consecuencias que surgen de las desigualdades de género. La falta de dinero o de control sobre los gastos del hogar suele impedir que las mujeres tengan acceso a la TAR. Muchas mujeres, especialmente aquellas que viven con el VIH, pierden sus casas, su herencia, sus posesiones, sus medios de vida e incluso sus hijos en el momento en el que muere su pareja. Así, los sistemas de reparto de gastos a menudo son más desfavorables para las mujeres que para los hombres. Los programas que promueven las oportunidades económicas para las mujeres (por ejemplo, mediante las microfinanzas y el microcrédito, la capacitación vocacional y de habilidades y otras actividades de generación de ingresos) pueden proteger y fomentar sus derechos a la herencia, y ampliar los esfuerzos a la hora de retener a las niñas en la escuela. Los indicadores incluidos en esta sección abarcan cuestiones que deben abordarse en relación a las PVV en el contexto de género.

CATEGORÍA 2

3.1.1 Porcentaje de pacientes de TAR que se benefician de programas de microfinanzas o microempresas

Definición: proporción de pacientes que reciben TAR y que se benefician de cualquier tipo de programa de microfinanzas, en una región o país.

Numerador: número de pacientes de TAR que se benefician de programas de microfinanzas o microempresas.

Denominador: número total de pacientes de TAR encuestados.

Desagregar por: sexo.

Hoja de referencia completa: OMS, *Monitoring Equity in Access to AIDS Treatment Programs, Intersectoral Action 8b* (p.73): <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=801>

CATEGORÍA 3

3.1.2 Proporción de personas con 15 años de edad o más que viven con el VIH y que recibieron en el centro asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol

Definición: la proporción de personas que viven con el VIH que recibieron asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol en su encuentro con un profesional de la salud.

Numerador: número de personas con 15 años de edad o más que viven con el VIH y que recibieron en el centro asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol

Denominador: número de personas VIH-positivas con 15 años de edad o más que reciben como mínimo un servicio clínico.

Desagregar por: sexo, entorno (instalación/clínica, comunidad/casa).

Qué es lo que mide: este indicador facilita información sobre el número total de personas no duplicadas que recibieron asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol como parte de su prestación de servicios en el centro. Al determinar el alcance del servicio (uso exclusivo del numerador), el indicador contribuirá a demostrar en qué medida las PVV reciben asesoramiento y apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol como parte de su conjunto de cuidados. El asesoramiento y el apoyo a favor de reducir el consumo de alcohol son componentes de la prevención integral de los servicios de prevención con PVV. El consumo de alcohol se asocia tanto a un comportamiento sexual más arriesgado como a un menor seguimiento de las TAR y a la violencia de género, que acentúan el riesgo de transmisión del VIH o de exposición al VIH. La tasa de consumo de alcohol en muchas personas VIH-positivas del África subsahariana es elevada. No obstante, se han realizado muy pocos esfuerzos para evaluar el consumo de alcohol entre PVV e incorporar el apoyo a favor de su reducción (o, aún mejor, de su eliminación) como parte de la atención a las PVV.

La necesidad de estos servicios es significativa y merece atención. Los programas deben incluir una evaluación rutinaria del consumo de alcohol en cada encuentro del cliente con un profesional de la atención sanitaria o asesor. Idealmente, el asesoramiento y el apoyo a favor de la reducción del consumo de alcohol deben integrarse en programas que faciliten el acceso a este tipo de servicios. Todos los programas comunitarios deben reforzar las intervenciones realizadas en clínicas o instalaciones. Los pacientes que tienen problemas con el alcohol y las drogas deben ponerse en contacto con programas de tratamiento para el uso indebido de sustancias, de existir estos programas. Asimismo, todos los que ofrezcan servicios comunitarios deben incorporar enlaces y derivaciones pertinentes a programas realizados en clínicas o instalaciones.

Herramienta de medición: pueden obtenerse datos de herramientas de vigilancia de programas existentes o modificadas, como bases de datos o registros de instalaciones o registros e historiales de pacientes/clientes.

Cómo medirlo: el numerador puede generarse contando el número de PVV que recibieron información, asesoramiento y apoyo en el centro sobre la reducción o eliminación del consumo de alcohol durante el período que abarca el informe, ya sea en un programa realizado en una clínica o instalación o en una comunidad o casa. El asesoramiento y el apoyo a favor de la reducción del consumo de alcohol se pueden prestar mediante: mensajes ofrecidos por el profesional y/o asesor para fomentar la abstinencia del alcohol o la reducción de su consumo, sesiones de asesoramiento individuales o servicios de apoyo que incluyen, sin limitación, sesiones educativas en pequeños grupos y grupos de apoyo. El denominador es el número de personas VIH-positivas con 15 años de edad o más que reciben como mínimo un servicio clínico. El numerador se divide entre el denominador.

Observación sobre la manera de desagregar: puesto que la misma persona puede recibir servicios tanto en una instalación como en el entorno de una comunidad, cuando se agrega este indicador con múltiples parejas, los equipos en el país pueden elegir si admiten el conteo doble, en cuyo caso la fórmula sería "Número alcanzado en la comunidad" + "Número alcanzado en la instalación" \geq "Número total alcanzado".

Consideraciones: la solidez de los indicadores dependerá de la calidad de los datos relacionados con la instalación o centro y el programa.

Fuente: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.1.3 Porcentaje de PVV que han oído hablar de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida

Definición: proporción de PVV que han oído hablar de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida en una región o país.

Numerador: número de PVV encuestadas en una región o país que han oído hablar de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida en un momento determinado.

Denominador: número total de PVV encuestadas.

Desagregar por: sexo (o género autoidentificado), grupos sociales (poblaciones clave), edad.

Qué es lo que mide: muchas PVV o bien no son conscientes de sus derechos y cómo protegerlos o bien no creen que sus derechos puedan respetarse. Este indicador mide el nivel de concienciación entre la población de PVV respecto a esta importante Declaración que defiende sus derechos.

Herramienta de medición: encuesta del índice de estigma relacionado con el VIH.

Cómo medirlo: se pregunta a las personas encuestadas si han oído hablar de la Declaración. Aquellas personas que contesten afirmativamente se colocan en el numerador. El número total de encuestados se colocan en el denominador. Seguidamente, el numerador se divide entre el denominador.

Consideraciones: este indicador mide la concienciación entre las PVV pero no si se sienten suficientemente capacitadas para ejercer sus derechos. Asimismo, tampoco mide la importancia real que tiene la Declaración en un país ni su nivel de cumplimiento.

Fuente: Índice del estigma relacionado con el VIH: <http://www.stigmaindex.org/about-index>; http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf

3.1.4 Porcentaje de PVV que son conscientes de sus derechos y saben cómo protegerlos

Definición: la proporción de PVV que son conscientes de sus derechos tal y como se definen en las leyes, los reglamentos o las políticas existentes que presentan obstáculos para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo efectivos respecto del VIH para las poblaciones vulnerables, y si son conscientes de cómo protegerlos.

Numerador: preguntar a las personas: ¿sabe usted que en (*nombre de un país*), las PVV tienen derecho a (*lista de derechos de ese país concreto, como, por ejemplo, el derecho al tratamiento, al empleo, etc.*)?

- X (por ejemplo, empleo)
- Y (por ejemplo, tratamiento)

Denominador: número total de PVV encuestadas.

Desagregar por: sexo (o género autoidentificado) de la persona encuestada, grupos sociales (poblaciones en situación de mayor riesgo), edad.

Qué es lo que mide: el conocimiento de los derechos legales de las PVV sigue siendo bajo especialmente entre las mujeres de muchos países. Los compromisos nacionales y el instrumento de política del UNGASS recopilan información de los gobiernos sobre la existencia de este tipo de leyes, reglamentos y políticas, mientras que este indicador permitiría evaluar su conocimiento por parte de la población afectada. Es posible que a los directores y evaluadores de programas les interese saber en qué medida las PVV son conscientes de sus derechos según las leyes y políticas nacionales. Este indicador de efecto mide en qué medida las PVV son conscientes de este tipo de derechos.

Herramienta de medición: encuesta de población.

Cómo medirlo: este indicador se mide planteando una serie de preguntas, con arreglo a la definición anterior, que se adapta a cada país para reflejar los derechos legales y constitucionales de ese país en cuestión. Si una persona responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas, se cuenta en el numerador. Seguidamente, este número se divide entre el denominador, que incluye a todas las personas encuestadas.

Consideraciones: la medición de este indicador únicamente refleja la concienciación de las personas respecto a la ley y no ofrece una medición de en qué medida las personas encuestadas entienden los derechos legales de las PVV y a lo que tienen derecho. En lugares donde existen pocos derechos legales para las mujeres, es posible que este indicador no sea útil. Sin embargo, puede utilizarse para hacer un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo a medida que la legislación empieza a incluir más derechos para las PVV.

Fuente: Índice del estigma relacionado con el VIH: http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf; <http://www.stigmaindex.org/about-index>

3.2 Poblaciones clave

La desigualdad de género es un tema que adquiere cada vez más importancia en la programación para poblaciones clave. Para que esta resulte efectiva, las dinámicas de género sobre el trabajo sexual y los consumidores de drogas intravenosas deben integrarse en los programas a fin de responder a la epidemia teniendo en cuenta estos factores. Los consumidores de drogas intravenosas, mujeres y hombres, tienen pautas distintas de inyección y consumo de drogas, un acceso distinto a la terapia de sustitución y servicios distintos de asesoramiento y pruebas.³⁴ Por ejemplo, las mujeres que consumen drogas intravenosas a menudo se inyectan después de sus compañeros por las relaciones de poder o porque no saben cómo inyectarse y sus compañeros suelen hacerlo por ellas. Además, estas mujeres se enfrentan a violaciones concretas de los derechos humanos, entre ellas, que les quiten los hijos por la fuerza, algo que puede impedir que quieran recurrir a servicios de ayuda. Es posible que las compañeras de hombres que consumen drogas intravenosas no reconozcan la necesidad de acceder a servicios y pruebas del VIH o pueden ser reticentes a hacerlo por miedo a la violencia. Los indicadores que se incluyen en esta sección se seleccionaron para centrarse en cuestiones de género que afectan a las poblaciones clave.

³⁴ Kozul K et al. *Risk behavior of customers in centers for free voluntary HIV counselling and testing in two Croatian cities--Osijek and Zadar*. *Coll Antropol*. 2010 Jun;34(2):509–13

CATEGORÍA 1

3.2.1 Porcentaje de poblaciones clave a las que se ha llegado con programas de prevención del VIH

Definición: la proporción de poblaciones clave a las que se ha llegado con programas de prevención del VIH en una región o país.

Numerador: número de poblaciones clave a las que se ha llegado con un conjunto básico (mínimo) de servicio de prevención del VIH.

Denominador: número estimado de población clave objetivo.

Desagregar por: población clave (personas jóvenes, minorías étnicas, trabajadores sexuales, etc.) y, posteriormente, edad, sexo (en el caso de los trabajadores sexuales: mujer, hombre y transgénero).

Hoja de referencia completa: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>

3.2.2 Trabajadores sexuales: programas de prevención

Definición: porcentaje de trabajadores sexuales a los que se ha llegado con programas de prevención del VIH.

Numerador: número de trabajadores sexuales que han respondido afirmativamente a las dos preguntas:

- ¿Sabe adónde ir si desea realizarse una prueba del VIH?
- En los últimos 12 meses, ¿ha recibido preservativos (por ejemplo, a través de un servicio de asistencia social, centro de acogida y consulta o clínica de salud sexual)?

Denominador: número total de trabajadores sexuales encuestados.

Desagregar por: sexo (mujer, hombre y transgénero), edad (<25, 25 años o más).

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf; Kit de herramientas para la vigilancia y la evaluación, n.º 1.7. VIH, TB y malaria y FSS+FSC, 2011, n.º VIH-P5: <http://reliefweb.int/report/world/monitoring-and-evaluation-toolkit-hiv-tuberculosis-malaria-and-health-and-community>

3.2.3 Prevalencia del VIH en poblaciones clave

Definición: porcentaje de población clave que vive con el VIH. La proporción debe calcularse para cada grupo de población independientemente.

Numerador: número de consumidores de drogas intravenosas, HSH, personas transgénero o trabajadores sexuales que dan un resultado positivo en la prueba del VIH.

Denominador: número de personas de una población clave que ha realizado la prueba del VIH.

Desagregar por: población clave (trabajadores sexuales, consumidores de drogas intravenosas, HSH, personas transgénero) y sexo, edad.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.2.4 Consumidores de drogas intravenosas: prácticas de inyección seguras

Definición: la proporción de personas que consumen drogas intravenosas y que declaran haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que consumieron este tipo de drogas.

Numerador: número de personas que consumen drogas intravenosas y que declaran haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que consumieron este tipo de drogas.

Denominador: número de personas que consumen drogas intravenosas y que declaran haber consumido este tipo de drogas el último mes.

Desagregar por: edad (<25, 25 años o más), sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. N.º 2.3 (p. 52): http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf

3.2.5 Trabajadores sexuales: uso del preservativo

Definición: porcentaje de trabajadores sexuales que declaran haber utilizado preservativo con su último cliente.

Numerador: número de trabajadores sexuales que declaran haber utilizado preservativo con su último cliente.

Denominador: número de trabajadores sexuales que declaran haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.

Desagregar por: sexo (mujer, hombre y transgénero), edad (<25, 25 años o más).

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. N.º 1.8 (p. 32): http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf

3.2.6 Consumidores de drogas intravenosas: uso del preservativo

Definición: la proporción de personas que consumen drogas intravenosas y que declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual en el último mes.

Numerador: número de personas que consumen drogas intravenosas y que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales.

Denominador: número de personas que consumen drogas intravenosas que declaran haber consumido drogas intravenosas y haber mantenido relaciones sexuales en el último mes.

Desagregar por: sexo, edad (<25, 25 años o más).

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. N.º 2.2 (p. 50): http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf

CATEGORÍA 2

3.2.7 Consumidores de drogas intravenosas: programas de prevención

Definición: número de agujas y jeringuillas distribuidas por persona que consume drogas intravenosas por año, como parte de programas de distribución de agujas y jeringuillas.

Qué es lo que mide: el progreso en la mejora del alcance de un servicio esencial de prevención del VIH para personas que consumen drogas intravenosas.

Justificación: el consumo de drogas intravenosas es la principal vía de transmisión de aproximadamente el 10% de los casos de VIH en todo el mundo y del 30% de los casos fuera del África subsahariana. La prevención de la transmisión del VIH por el consumo de drogas intravenosas es uno de los retos primordiales para reducir la carga del VIH. Los programas de distribución de agujas y jeringuillas son una de las nueve intervenciones incluidas en el conjunto integral de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre personas que consumen drogas intravenosas. Estos programas influyen enormemente en la prevención del VIH entre las personas que consumen drogas intravenosas y existen abundantes pruebas científicas que respaldan su eficacia a la hora de evitar la propagación del VIH (véase <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Numerador: número de agujas y jeringuillas distribuidas en los últimos 12 meses por programas de distribución de agujas y jeringuillas.

Denominador: número de personas que consumen drogas intravenosas en el país.

Cálculo: numerador / denominador.

Método de medición: datos del programa utilizados para contar el número de agujas y jeringuillas distribuidas (numerador). Estimación de magnitud sobre el número de personas que consumen drogas intravenosas en el país (denominador).

Frecuencia de la medición: cada dos años.

Desagregación: ninguna.

Puntos fuertes y débiles: se indican algunas dificultades a la hora de contar las agujas y las jeringuillas. Algunas de las jeringuillas utilizadas normalmente son unidades de jeringuilla y una aguja de 1 ml o 2 ml mientras que otras son jeringuillas a las que es preciso acoplar una aguja adicional. En la mayoría de casos, solamente se dispondrá de datos sobre el número de jeringuillas distribuidas por programas de distribución de agujas y jeringuillas pero no sobre las ventas en farmacia. La estimación de la magnitud de las poblaciones de consumidores de drogas intravenosas a nivel nacional conlleva diversas dificultades. Actualmente, la bibliografía existente ofrece muchas definiciones diferentes de las personas que consumen drogas intravenosas y hay varias escalas de estimación. El grupo de referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas intravenosas examina la documentación disponible para producir estimaciones sobre el número de personas que consumen drogas intravenosas y dicha documentación puede utilizarse cuando no existen estimaciones sobre la magnitud. Los países pueden vigilar este indicador contrastándolo con los niveles de alcance siguientes:

- Bajo: <100 jeringuillas por consumidor de drogas intravenosas por año
- Medio: >100–<200 jeringuillas por consumidor de drogas intravenosas por año
- Alto: >200 jeringuillas por consumidor de drogas intravenosas por año

Estos niveles toman como base estudios en entornos de países desarrollados que investigan los niveles de distribución de jeringuillas y el impacto sobre la transmisión del VIH. Se debe tener en cuenta que los niveles exigidos para la prevención de la hepatitis C probablemente sean mucho más altos que los que aquí se presentan.

Información adicional: en las siguientes fuentes puede encontrarse una descripción completa de este indicador: OMS, UNODC y ONUSIDA. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>). Para obtener información adicional, consulte las referencias siguientes:

- *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).
- Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas de la UNODC. *Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem.* Viena, UNODC, 2003.
- Hickman M et al. *Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application.* *Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.
- *Most at risk populations sampling strategies and design tool.* Atlanta, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Equipo de vigilancia del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, 2009 (<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>).

- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (directrices de 2010 del Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS respecto a cómo estimar la magnitud de las poblaciones en situación de mayor riesgo ante el VIH).
- Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

3.2.8 Porcentaje de poblaciones clave con sífilis activa

Definición: la proporción de poblaciones clave (trabajadores sexuales, HSH, personas transgénero y consumidores de drogas intravenosas) que han contraído la sífilis. La proporción debe calcularse para cada grupo de población independientemente.

Numerador: número de consumidores de drogas intravenosas, HSH, personas transgénero o trabajadores sexuales que dan un resultado positivo en la prueba de la sífilis.

Denominador: número del mismo grupo que ha realizado la prueba de detección de la sífilis.

Desagregar por: sexo, edad.

Hoja de referencia completa sobre la infección del VIH en: Guía sobre los indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida, feb. 2012, n.º 1.17, ITS: Porcentaje de trabajadores sexuales con sífilis activa; n.º 1.17, ITS: Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres con sífilis activa: http://www.who.int/hiv/data/UA_2012_Indicator_Guia_es.pdf

3.2.9 Número de consumidores de drogas intravenosas en terapia de sustitución de opiáceos (TSO)

Definición: el número de consumidores de drogas intravenosas que siguen una terapia de sustitución de opiáceos.

Recuento: número de consumidores de drogas intravenosas que siguen una terapia de sustitución de opiáceos.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: Guía sobre los indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida, feb. 2012, n.º 2.6: http://www.who.int/hiv/data/UA_2012_Indicator_Guia_es.pdf

3.3 Otras poblaciones vulnerables

Otras poblaciones vulnerables son aquellos grupos de personas que pueden ser vulnerables al VIH en comparación con otros de la población, y, que, por otra parte, tienen menor acceso a servicios relevantes o aceptación de los mismos. Un ejemplo de este tipo de población son los huérfanos y los niños vulnerables. Desde el principio de la epidemia, los huérfanos y los niños vulnerables han sido un colectivo que ha despertado preocupación. Los datos disponibles indican que los niños tienen más probabilidades de ser activos económicamente en comparación con las niñas, y que las niñas participan más a menudo en las tareas domésticas y los cuidados, lo que incluye cuidar de sus hermanos más pequeños cuando uno o los dos padres están vivos. La asistencia escolar preocupa especialmente puesto que las niñas que abandonan los estudios de manera temprana aumentan el riesgo de contraer el VIH por diversas vías. Los indicadores incluidos en esta sección se centran en los diferenciales de género entre los huérfanos y los niños vulnerables con respecto a la escuela y el apoyo económico.

CATEGORÍA 1

3.3.1 Asistencia a la escuela de niños huérfanos

Definición: asistencia a la escuela actualmente entre niños huérfanos y no huérfanos (de 10 a 14 años de edad, en edad de escuela primaria y escuela secundaria). El indicador se divide en dos partes para que las comparaciones puedan realizarse entre niños huérfanos y no huérfanos:

- Parte A: tasa actual de asistencia a la escuela de niños huérfanos de entre 10 y 14 años de edad escolar de escuela primaria y de escuela secundaria.
- Parte B: tasa actual de asistencia a la escuela de niños de entre 10 y 14 años de edad escolar de escuela primaria y de escuela secundaria, cuyos dos padres están vivos y que viven al menos con uno de ellos.

Numerador:

- Parte A: número de niños que han perdido a sus dos padres y que asisten a la escuela con edades de entre 10 y 14 años de edad escolar de escuela primaria y de escuela secundaria.
- Parte B: número de niños cuyos dos padres están vivos y que viven al menos con uno de ellos y que asisten a la escuela con edades de entre 10 y 14 años de edad escolar de escuela primaria y de escuela secundaria.

Denominador:

- Parte A: número de niños que han perdido a sus dos padres.
- Parte B: número de niños cuyos padres están vivos y que viven al menos con uno de ellos.

Desagregar por: sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.3.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

Definición: proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses.

Qué es lo que mide: mide el progreso a la hora de facilitar apoyo económico externo a los hogares más pobres afectados por el VIH y el sida.

Justificación: el apoyo económico (prestando especial atención a la asistencia social y la asistencia a los medios de vida) a hogares pobres y afectados por el VIH sigue siendo una de las principales prioridades de muchos programas integrales de apoyo y atención. Este indicador refleja el creciente compromiso internacional de la protección social sensible al VIH. Asimismo, reconoce que el hogar debe ser la principal unidad de análisis puesto que muchos servicios de apoyo y atención están destinados a las familias. El seguimiento del alcance de los hogares con huérfanos que forman parte del quintil más pobre sigue siendo una prioridad del desarrollo.

Numerador: número de los hogares más pobres que recibieron cualquier tipo de apoyo económico externo en los últimos tres meses. El apoyo económico externo se define como ayuda económica gratuita (subvenciones en efectivo, ayuda para la matriculación escolar, apoyo material para la educación, apoyo para la generación de ingresos en efectivo o en especie, ayuda en forma de alimentos facilitados a las familias, o material o ayudas económicas para contar con un refugio) que provienen de una fuente que no sea amigos, familia o vecinos a no ser que estos trabajen en una organización o un grupo comunitario. Con gran probabilidad, esta fuente será el gobierno nacional o una organización de la sociedad civil.

Denominador: número total de hogares más pobres. Los hogares más pobres se definen como hogares que se encuentran en el quintil de riqueza más bajo. Los países deben utilizar la definición exacta del indicador y el método de medición para la vigilancia y la presentación de información estandarizadas del progreso a niveles nacional e internacional. De esta manera se podrá hacer un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo así como comparaciones entre distintos países. Sin embargo, los países pueden añadir o excluir otras categorías a escala local (por ejemplo, otros quintiles de riqueza) en función de las necesidades del país con respecto a la planificación e implementación de programas nacionales.

Cálculo: numerador / denominador.

Método de medición: encuestas de población como la Encuesta de Demografía y Salud, la Encuesta de indicadores del sida, la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas según el país.

En la etapa de análisis de datos se lleva a cabo una valoración de la riqueza del hogar (mediante una evaluación de la propiedad de bienes) utilizando el quintil de riqueza para identificar el 20% de hogares más pobres. No obstante, puesto que no es posible identificar los hogares más pobres en el momento de la recopilación de datos, deben plantearse preguntas sobre las ayudas económicas en todos los hogares. En este indicador se incluirán únicamente aquellos que se incluyan en el quintil de riqueza más bajo.

Como parte de una encuesta a hogares, debe utilizarse una lista de hogares que enumere a todos los miembros de la familia junto con sus edades, e identificar aquellos con niños menores de 18

años de edad y con huérfanos, en el último año antes de la encuesta. Seguidamente, se plantean preguntas para cada hogar de este tipo sobre las formas de apoyo económico recibidas en los últimos tres meses, y la principal fuente de ayuda. A los responsables del hogar o a las personas encuestadas se les pregunta por la siguiente información respecto al tipo de apoyo económico externo que han recibido en los últimos tres meses: ¿Ha recibido su hogar alguna de las formas de apoyo económico externo siguientes en los últimos tres meses?:

- a) Transferencia en efectivo (por ejemplo, pensiones, subsidios por discapacidad, beca infantil, etc., se deberá adaptar al contexto nacional)
- b) Ayuda para la matriculación escolar
- c) Apoyo material para la educación (por ejemplo, uniformes, libros de texto, etc.)
- d) Apoyo para la generación de ingresos en efectivo o en especie, por ejemplo, insumos agrícolas.
- e) Ayuda en forma de alimentos facilitados a las familias o en instituciones externas (por ejemplo, en la escuela)
- f) Material o ayudas económicas para contar con un refugio
- g) Otra forma de apoyo económico (especificar)

En la etapa de análisis de datos se lleva a cabo una valoración de la riqueza del hogar (mediante una evaluación de la propiedad de bienes) utilizando el quintil de riqueza. En este momento será posible evaluar en qué medida los hogares más pobres están recibiendo apoyo externo.

Frecuencia de la medición: cada 4-5 años

Desagregación: se recomienda que el indicador se desagregue por tipo de apoyo económico externo a fin de hacer un seguimiento de los distintos tipos de apoyo económico que se facilitan, especialmente para poder distinguir entre el acceso a asistencia social gratuita como, por ejemplo, transferencias en efectivo (a menudo específicamente para hogares pobres con limitaciones laborales) y el apoyo a medios de vida, que a menudo se destina a hogares pobres con menos limitaciones laborales. Asimismo, se recomienda que el indicador se desagregue en función de si los hogares tienen o no niños huérfanos dado que esta cuestión sigue siendo un factor determinante fundamental de la vulnerabilidad, especialmente en relación con el acceso a los servicios. Cuando sea posible, los datos también deben desagregarse según si la vivienda es urbana o rural. En el caso de aquellos países que opten por añadir la recopilación de datos sobre hogares en otros quintiles de riqueza además del inferior, el indicador también puede compararse con los otros quintiles de riqueza para hacer un seguimiento respecto a si el apoyo económico externo llega al quintil inferior en comparación con los otros más ricos.

Puntos fuertes y débiles: este indicador refleja nuevas pruebas de la necesidad de contar con un mayor enfoque en las dimensiones de la riqueza de la vulnerabilidad y el hecho de que abordar las causas básicas de la pobreza extrema en contextos de alta prevalencia garantiza un buen alcance de los hogares pobres afectados por el VIH.³⁵ Los indicadores indirectos del grado de afectación del sida (como, por ejemplo, “las enfermedades crónicas”) a menudo se han asociado de manera errónea con el VIH, tienen poca relación con efectos adversos sobre el desarrollo y se ha demostrado que son difíciles de definir en los cuestionarios a hogares.

³⁵ Las pruebas obtenidas de programas de asistencia social de Malawi y Zambia han demostrado la efectividad de utilizar criterios de vulnerabilidad sin referencia específica al sida para llegar a niños y familias afectados por el sida. Estos programas se destinan a las poblaciones extremadamente pobres y con limitaciones laborales y, al utilizar estos criterios, los investigadores descubrieron que se llegó al 80% de todos los hogares afectados directamente por el VIH y el sida que son extremadamente pobres y tienen limitaciones laborales.

Este indicador demuestra los niveles cambiantes del apoyo económico a los hogares más pobres. Especialmente en contextos de alta prevalencia, la mayoría de ellos tienen probabilidad de estar afectados por el VIH. Asimismo, este indicador demuestra cambios en la composición del apoyo externo (por ejemplo, dinero en efectivo, alimentos, medios de vida) recibido por los hogares pobres. El indicador no mide directamente el apoyo económico a los hogares afectados por el VIH o en el que haya algún miembro que haya contraído el VIH, un aspecto que es difícil de determinar durante una encuesta, pero sí que implícitamente sugiere que los hogares que viven en el quintil de riqueza inferior en contextos de alta prevalencia tienen más posibilidades de sufrir impactos negativos del VIH y el sida y de necesitar asistencia económica. A fin de lograr una medición lo más sencilla posible, el indicador no intenta identificar las distintas fuentes de apoyo a los hogares aunque este aspecto debería captarlo parcialmente la Valorización del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA, por sus siglas en inglés).

La recopilación de datos mediante encuestas de población, especialmente EDS y MICS, significa que el indicador no captura la condición de las personas que viven fuera de los hogares como, por ejemplo, niños de la calle, niños que están en instituciones y poblaciones desplazadas internamente. Es preciso realizar encuestas independientes para hacer un seguimiento del alcance a este tipo de poblaciones vulnerables.

Información adicional: Para obtener información adicional, consulte el sitio web siguiente: http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

3.3.3 Proporción de niños con menos de 15 años de edad que están trabajando

Definición: la proporción de niños con menos de 15 años que están trabajando hace referencia a los niños que tienen un empleo en una actividad económica a cambio de una paga, un beneficio o una ganancia familiar. La actividad económica incluye la producción de bienes y servicios a cambio de una paga, un beneficio o para uso doméstico. Estar empleado significa participar en una actividad económica durante un período de referencia especificado o estar temporalmente ausente de esta actividad.

Numerador: número de niños empleados de menos de 15 años de edad.

Denominador: número total de niños de menos de 15 años de edad incluidos en la encuesta.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookSpanish.pdf>

4.1 Comportamiento sexual

A nivel mundial, la gran mayoría de personas que contraen el VIH lo hacen a través de la transmisión por contacto sexual. Las dinámicas de género establecen las condiciones según las cuales se tienen todas las relaciones sexuales y el grado en el que las mujeres y los hombres practican un sexo más seguro. La mayoría de relaciones heterosexuales se incluyen en el contexto de la desigualdad de género, y las dinámicas de poder de género afectan del mismo modo a las relaciones entre personas del mismo sexo. Esto es cierto independientemente de si las relaciones corresponden a poblaciones generales o a poblaciones como, por ejemplo, las trabajadoras sexuales o los consumidores de drogas intravenosas. Además, es probable que el sexo entre las personas jóvenes sea más arriesgado, especialmente en el caso de las mujeres jóvenes puesto que a menudo mantienen relaciones con un compañero de mayor edad y potencialmente VIH-positivo. Los indicadores que se incluyen en esta sección se centran en factores que afectan a las relaciones sexuales de riesgo en el contexto del género.

CATEGORÍA 1

4.1.1 Relaciones sexuales antes de la edad de 15 años

Definición: proporción de mujeres y hombres jóvenes de edades entre los 15 y 24 años que han tenido relaciones sexuales antes de la edad de 15 años.

Numerador: número de encuestados (edades entre 15 y 24 años) que informan de la edad en la que tuvieron su primera relación sexual como por debajo de los 15 años.

Denominador: número de todos los encuestados de entre 15 y 24 años de edad.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.2 Uso del preservativo en la última relación sexual entre personas con varias parejas

Definición: porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años de edad que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declaran haber utilizado un preservativo en su última relación.

Numerador: número de adultos de entre 15 y 49 años de edad que declaran haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y también haber utilizado un preservativo en su última relación.

Denominador: número de encuestados de entre 15 y 49 años de edad que declaran haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24, 25–49 años), sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf;

<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.3 Sexo intergeneracional entre mujeres jóvenes

Definición: proporción de mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja que tiene 10 o más años de edad que ellas.

Numerador: el número de mujeres encuestadas de entre 15 y 24 años de edad que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja que tiene 10 o más años de edad que ellas.

Denominador: mujeres encuestadas de entre 15 y 24 años de edad que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: Herramientas en línea de EDS de MEASURE:

http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=122&prog_area_id=9

CATEGORÍA 3

4.1.4 Uso de preservativo en la última relación sexual premarital

Definición: porcentaje de personas jóvenes que no han estado casadas nunca de edades entre 15 y 24 años que han utilizado un preservativo en la última relación sexual.

Numerador: el número de personas encuestadas que no han estado casadas nunca de edades entre 15 y 24 años que declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual, en los últimos 12 meses.

Denominador: número total de personas encuestadas que no han estado casadas nunca de edades entre 15 y 24 años que declaran haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=58&prog_area_id=9; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.2 Conocimientos sobre el VIH y el sida

Los conocimientos sobre el VIH y el sida son fundamentales, aunque no son suficientes por sí mismos, para interiorizar comportamientos que reduzcan el riesgo de la transmisión del VIH. Numerosos estudios han demostrado que los hombres tienen más probabilidad de conocer mejor el VIH y el sida y ser más conscientes de ellos, pese a que los conocimientos sobre el VIH tanto en mujeres como hombres jóvenes siguen siendo escasos.³⁶ Los indicadores que se incluyen en esta sección se centran en los diferenciales en cuanto a conocimientos entre las personas jóvenes.

CATEGORÍA 1

4.2.1 Personas jóvenes: conocimientos sobre la prevención ante el VIH

Definición: porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que identifica correctamente maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales concepciones erróneas sobre la transmisión del VIH.

Numerador: número de personas encuestadas de entre 15 y 24 años de edad que respondieron correctamente a las cinco preguntas. Plantear la siguiente serie de preguntas:

1. ¿El riesgo de transmisión del VIH puede reducirse teniendo relaciones sexuales con únicamente una pareja que no lo haya contraído y que no tenga otras parejas?
2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona que tenga un aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Puede una persona contraer el VIH al compartir comida con alguna persona portadora del VIH?

Denominador: número de todos los encuestados de entre 15 y 24 años de edad.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. N.º 1.1 (p. 22): http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf

4.2.2 Conocimientos sobre un lugar oficial donde conseguir preservativos entre personas jóvenes

Definición: porcentaje de personas jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que conocen al menos una fuente oficial donde conseguir preservativos.

³⁶ Hoang D. et al. Knowledge and Perceptions of HIV-Infected Patients Regarding HIV Transmission and Treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Asia Pac J Public Health*. 2011 Dic 23; Hurtado JJ et al., *Knowledge of HIV transmission and condom use among HIV-positive heterosexual men and women in Guatemala*. *J Int AIDS Soc*. 2011 Dic 19;14:58.

Numerador: todas las personas jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que pueden nombrar al menos una fuente oficial donde conseguir preservativos.

Denominador: todas las personas encuestadas de entre 15 y 24 años de edad.

Desagregar por: edad (15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: OMS. Programas nacionales sobre el sida. *A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people*, 2004: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=119&prog_area_id=2

CATEGORÍA 3

4.2.3 Información de preparación para la vida impartida en escuelas para personas jóvenes

Definición: el número o el porcentaje (si se dispone de un denominador) de personas jóvenes de entre 10 y 24 años de edad a las que en las escuelas se imparte educación sobre el VIH como preparación para la vida.

Numerador: número de personas jóvenes incluidas en algún tipo de esfuerzo escolar, como la educación entre compañeros, en el aula, en grupos pequeños y/o información uno a uno, formación y comunicación o comunicación sobre el cambio de comportamientos para promover el cambio de comportamientos en un entorno escolar.

Denominador: número de personas jóvenes que asisten a escuelas específicas del estudio.

Desagregar por: edad (10–14, 15–19, 20–24 años), sexo.

Hoja de referencia completa: Registro de indicadores: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>

5.1 Prevalencia de la enfermedad

En edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH son lentos a la hora de reflejar cambios en la tasa de nuevos casos (incidencia del VIH) debido al largo promedio de duración de esta infección. Las disminuciones de la prevalencia del VIH pueden reflejar una saturación de la infección entre aquellas personas que son más vulnerables y una mayor mortalidad, en lugar de cambios en la incidencia. En edades jóvenes, las tendencias de la prevalencia del VIH son una mejor indicación de las tendencias recientes respecto a la incidencia del VIH y los comportamientos de riesgo. Así, las disminuciones en la incidencia del VIH asociadas con el cambio de comportamientos pueden reflejarse en la prevalencia entre personas de entre 15 y 24 años de edad (o incluso antes, en personas de entre 15 y 19 años de edad si el desglose de esta franja está disponible). En este grupo de edad temprana aparecerán los diferenciales de género, los cuales es importante supervisar. Los indicadores incluidos en esta sección se centran en las personas jóvenes.

CATEGORÍA 1

5.1.1 Prevalencia del VIH entre personas jóvenes

Definición: porcentaje de personas jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que viven con VIH.

Numerador: número de asistentes a clínicas prenatales (edades entre 15 y 24 años) que han realizado la prueba del VIH y esta ha resultado positiva.

Denominador: número de asistentes a clínicas prenatales (edades entre 15 y 24 años) que han realizado la prueba del VIH para conocer su estado serológico.

Desagregar por: ninguno.

Hoja de referencia completa: Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2013, Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. N.º 1.6 (p. 28): http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_es_0.pdf

CATEGORÍA 2

5.1.2 Personas jóvenes que tienen una infección de transmisión sexual

Definición: la proporción de personas jóvenes que tienen infecciones de transmisión sexual detectadas durante las pruebas de diagnóstico. El tipo o los tipos de ITS que se tienen en cuenta deben depender de lo que es importante a nivel local. Si se considera más un tipo de ITS, los resultados deben darse para cada uno de estos tipos independientemente, además de un total agregado.

Numerador: el número de pruebas de diagnóstico llevadas a cabo para personas de entre 15 y 24 años de edad que confirman la existencia de una ITS.

Denominador: el número total de personas de entre 15 y 24 años de edad que han llevado a cabo pruebas de diagnóstico para saber si hay alguna ITS.

Desagregar por: edad, sexo.

Hoja de referencia completa: OMS. Programas nacionales sobre el sida. *A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people*, 2004: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>

5.2 Salud reproductiva

Los servicios y las condiciones de salud sexual y reproductiva están directamente relacionados con el VIH. La importancia de relacionar la salud reproductiva con políticas, programas y servicios sobre el VIH/sida cuenta con el acuerdo de los principales organismos internacionales, puesto que estas relaciones se consideran esenciales para alcanzar metas y objetivos internacionales de desarrollo, incluidos los ODM.³⁷ Es importante fijarse en la salud reproductiva en el contexto del VIH para aumentar el acceso a los métodos anticonceptivos entre los clientes de servicios del VIH que no quieran tener hijos o para garantizar un embarazo y un parto seguros y saludables para aquellas personas que sí deseen tener hijos. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos es un indicador de salud, población, desarrollo y empoderamiento de las mujeres. Asimismo, sirve como medición intermedia sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva que son fundamentales para cumplir muchos de los ODM, especialmente aquellos relacionados con la mortalidad infantil, la salud materna, el VIH/sida y la igualdad de género. Entre las mujeres y los hombres que viven con el VIH, son sexualmente activos y no desean tener hijos, los métodos anticonceptivos han contribuido a reducir los nacimientos de bebés VIH-positivos y, por extensión, el número de niños que necesitan tratamiento, atención y apoyo para el VIH. Además, los preservativos pueden evitar la infección repetida y reducir los embarazos no deseados. La prevención de embarazos no deseados en las mujeres VIH-positivas es una de las cuatro piedras angulares de un enfoque integral de la prevención de la transmisión vertical del VIH, también conocida como prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH.

Una de las principales causas de cáncer cervical es el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) de transmisión sexual. Todas las mujeres que están activas sexualmente se encuentran en riesgo de desarrollar cáncer cervical. Las dinámicas de género en los efectos de salud reproductiva y la aceptación de servicios se han documentado ampliamente. Los indicadores incluidos en esta sección corresponden a la fertilidad, los métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.

³⁷ OMS, *Strategic considerations for strengthening the linkages between Family planning and HIV policies, programs and services*. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/fp_hiv_strategic_considerations.pdf

CATEGORÍA 1

5.2.1 Tasas de fertilidad en adolescentes

Definición: la tasa de fertilidad de personas de entre 15 y 19 años de edad.

Calcular: número de nacimientos en un período específico por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad durante el mismo período.

Fuente: División de Población (Naciones Unidas), Banco Mundial, Plan de Acción del Banco Mundial para la Salud Reproductiva: 2010–2015; *“Women, girls, gender equality and HIV” A scorecard for the Eastern & Southern African region*, versión preliminar de junio de 2011, ONUSIDA: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT/countries>

5.2.2 Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres

Definición: la proporción de mujeres en edad reproductiva que utiliza (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo, en un momento concreto.

Numerador: número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que utilizan algún tipo de método anticonceptivo moderno, en un momento concreto.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad.

Desagregar por: edad.

Hoja de referencia completa: ODM 5.3; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf
“Women, girls, gender equality and HIV” A scorecard for the Eastern & Southern African region, versión preliminar de junio de 2011, ONUSIDA; Plan de Acción del Banco Mundial para la Salud Reproductiva: 2010–2015.

CATEGORÍA 2

5.2.3 Detección de cáncer cervical

Definición: prevalencia de mujeres de entre 30 y 49 años de edad a las que se han realizado pruebas una vez como mínimo para detectar un posible cáncer cervical.

Numerador: porcentaje de mujeres de entre 30 y 49 años de edad a las que se han realizado pruebas una vez como mínimo para detectar un posible cáncer cervical.

Denominador: número total de mujeres encuestadas de edades entre 30 y 49 años.

Desagregar por: índice de riqueza, región/zona.

Hoja de referencia completa: Indicador n.º 1 de respuesta del sistema sanitario "A comprehensive global monitoring framework, including indicators and a set of voluntary global targets, for the prevention and control of noncommunicable diseases": http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf; http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/cervical-cancer/percent-of-women-30-49-who-have-been-screened-at

CATEGORÍA 3

5.2.4 Prevalencia de métodos anticonceptivos entre mujeres VIH-positivas

Definición: la proporción de mujeres en edad reproductiva que ha contraído el VIH y que utiliza (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo, en un momento concreto.

Numerador: número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que ha contraído el VIH y que utiliza algún tipo de método anticonceptivo moderno, en un momento concreto.

Denominador: número total de mujeres encuestadas que ha contraído el VIH de entre 15 y 49 años de edad.

Desagregar por: edad.

Fuente: Kit de herramientas para la vigilancia y la evaluación. VIH, TB y malaria y FSS+FSC, 2011, n.º VIH-P11 <http://www.theglobalfund.org/en/search/?q=Monitoring+and+Evalutaion+toolkit>
Prevalencia de los métodos anticonceptivos. Registro de indicadores y mediciones. OMS: Ginebra.
Disponible en: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=5

Este capítulo describe esferas que son importantes tener en cuenta en la vigilancia y la evaluación de la respuesta ante el VIH y el sida en el contexto de la igualdad de género. Puesto que no existen indicadores para estas esferas, será preciso elaborar y poner a prueba sobre el terreno indicadores que requerirán la identificación de campos y métricas específicos a fin de formular mediciones utilizables para garantizar un enfoque integral y de calidad de la igualdad de género y el VIH.

Entorno propicio

Economía del cuidado

A nivel mundial, la mayoría de los cuidados relacionados con el VIH corren a cargo de las mujeres, lo que refuerza las normas de género.³⁸ Por otra parte, también es cierto que algunos hombres han ayudado a niños que viven con el VIH al igual que parejas, madres, hermanas y esposas. Todavía no queda clara cuál es la mejor manera de prestar un cuidado a largo plazo para aquellas personas que viven con el VIH y tienen acceso al tratamiento. Lo que sí es evidente es que las mujeres que prestan este cuidado también necesitan ayuda. Además, el trabajo no remunerado de las mujeres debe tenerse en cuenta en lugar de considerarse simplemente “rentable”. Las mujeres que prestan cuidados pierden ingresos y oportunidades de empleo, y se enfrentan a la inseguridad alimentaria y otras cargas. Para evaluar cómo se ayuda a las mujeres que prestan cuidados influirá decisivamente si un país ofrece mecanismos de protección social, transferencias en efectivo, subsidios, etc. Las mujeres de edad más avanzada, como las abuelas que se encargan de huérfanos y niños vulnerables, necesitan especialmente este tipo de ayudas. La asistencia junto con la generación de ingresos sigue siendo la necesidad más acuciante, aunque el apoyo social y contar con una mayor información sobre el VIH también son aspectos necesarios. Las personas que prestan cuidados y viven con el VIH necesitan mucha más ayuda cuando deciden hacer público su estado serológico positivo respecto del VIH. Las subvenciones también pueden aliviar la carga de la prestación de cuidados pero es fundamental garantizar que los trabajos remunerados se asignan tanto a las mujeres como a los hombres. Asimismo, es necesario el acceso a atención paliativa. Una vez iniciado el tratamiento, ningún conjunto acordado constituye la prestación de cuidados. Se debe ofrecer ayuda externa para los cuidados en casa o la comunidad.

Poseción de propiedades

Las leyes que niegan a las mujeres el derecho a poseer propiedades refuerzan la condición subordinada de las mujeres³⁹ y, en países en los que la ley nacional o consuetudinaria no permite a las mujeres tener propiedades a su nombre, a las mujeres les puede resultar difícil negociar

³⁸ Nyangara, F., T. Thurman, P. Hutchinson, y W. Obiero. 2009b. *Effects of Programs Supporting Orphans and Vulnerable Children: Key Findings, Emerging Issues, and Future Directions from Evaluations of Four Projects in Kenya and Tanzania*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation y Surkan, P., J. Mukherjee, D. Williams, E. Eustache, E. Louis, T. Jean-Paul, W. Lambert, F. Scanlan, C. Oswald y M. Fawzi. 2010. *Perceived Discrimination and Stigma toward Children Affected by HIV/AIDS and their HIV-positive Caregivers in Central Haiti*. *AIDS Care* 22 (7): 803–815 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

³⁹ Ezer, T., A. Glasford, E. Hollander, L. Poole, G. Rabenn y A. Tindall. 2007. *International Women's Human Rights Clinic Report: Divorce Reform: Rights Protections in the New Swaziland*. *Georgetown Journal of Gender and the Law* 8 (883): 889 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

sexo seguro.⁴⁰ En algunos países, las mujeres que viven con el VIH tienen un acceso reducido al sistema jurídico formal. Asimismo, las mujeres también deben conocer sus derechos legales correspondientes a la posesión de propiedades y el acceso equitativo a un sistema de justicia; no obstante, en algunos países, las mujeres que viven con el VIH tienen un acceso reducido al sistema jurídico formal.⁴¹ Por ello, es fundamental implementar leyes relacionadas con los derechos a la propiedad, incluida la protección de derechos legales para las personas que viven con el VIH. Cuando se niega a las mujeres los derechos a la propiedad, ya sea por fallecimiento, divorcio o abandono, las mujeres pueden verse abocadas a la pobreza o la indigencia. En los matrimonios polígamos, únicamente una de las mujeres puede tener derecho a la propiedad. Una mujer viuda puede verse excluida de poseer propiedades, no tener acceso a sus hijos y verse obligada a prostituirse para sobrevivir.⁴²

Migración

La migración puede aumentar el riesgo de contraer el VIH, puesto que la persona migrante puede establecer nuevas relaciones sexuales y, posteriormente, volver con la pareja que se ha quedado en casa.⁴³ Las mujeres migrantes a menudo tienen un acceso reducido a la información, incluso a la más básica, sobre la transmisión del VIH.⁴⁴ Las mujeres y los hombres que viven con el VIH sufren restricciones que limitan su entrada en determinados países así como restricciones para la residencia. Se suele culpar a los migrantes de la transmisión del VIH, una situación que se suma al estigma que ya de por sí sufren las mujeres migrantes que viven con el VIH.

Educación y VIH

Los indicadores de la UNESCO se han puesto a prueba previamente (véase UNESCO, 2009, indicadores sobre la educación y el VIH: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001850/185003E.pdf>).

⁴⁰ Strickland, R. 2004. *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Informe de trabajo del Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer. Washington, D. C.: Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer; Kilonzo, N., N. Ndung'u, N. Nthamburi, C. Ajema, M. Taegtmeier, S. Theobald y R. Tolhurst. 2009b. *Sexual Violence Legislation in Sub-Saharan Africa: The Need for Strengthened Medico-Legal Linkages*. *Reproductive Health Matters* 17 (34): 10–19 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁴¹ Kalla, K. y J. Cohen. 2007. *Ensuring Justice for Vulnerable Communities in Kenya: A Review of AIDS-related Legal Services*. Nueva York, NY: Open Society Institute. <http://www.soros.org> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁴² Jürgens, R. y J. Cohen. 2007. *Human Rights and HIV/AIDS: Now More than Ever—10 Reasons Why Human Rights Should Occupy the Center of the Global AIDS Struggle*. Nueva York, NY: Open Society Institute en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁴³ Abdool Karim, Q. y H. Humphries. 2010. *Reducing HIV Infection in Young Women in Southern Africa: The Key to Altering Epidemic Trajectories in a Generalized, Hyperendemic Setting*. Washington, D. C.: USAID, AIDSTAR-One en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁴⁴ PNUD. 2008. *HIV Vulnerability Faced by Women Migrants: From Asia to the Arab States. From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*. Colombo, Sri Lanka: PNUD. <http://www.undprcc.lk> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

Normas de género, empoderamiento y derechos de las mujeres

Empoderamiento de las mujeres

Se necesita una mayor participación de las mujeres, especialmente de las mujeres que viven con el VIH y aquellas que tienen experiencia en las cuestiones de género, específicamente en los procesos nacionales de toma de decisiones. Las mujeres que viven con el VIH pueden verse marginadas incluso en redes de personas que viven con el VIH, excluidas de la mayor parte de la financiación, de la capacitación y del impacto. Para poner fin a la pandemia serán esenciales tener en cuenta dos aspectos: por una parte, que a nivel mundial la mayor carga del VIH recae sobre las mujeres y, por otra, saber si las mujeres que viven con el VIH pueden repercutir en las políticas.

Los derechos de las mujeres

Se necesitan marcos legislativos y de políticas que prohíban a cónyuges, familias u otras fuerzas despojar a las mujeres de sus derechos, prestando especial atención a las viudas, y leyes que respalden a las mujeres que han sobrevivido a la violencia.

Normas de género para los hombres

Normalmente, que alguien decida divulgar información sensible (específicamente, el estado serológico de los hombres) se considera que es beneficioso para la salud de la persona, causando menos estrés y una mejor salud psicológica. En el caso del VIH/sida, las personas que hacen público su estado serológico disfrutaban de mayores opciones reproductivas y apoyo psicosocial. Se han asociado diversos factores a la divulgación del estado serológico.⁴⁵ También el género se considera como uno de los factores asociados a la divulgación del estado serológico respecto del VIH.⁴⁶ En un estudio llevado a cabo en Sudáfrica, se observó que los hombres solían comunicar su resultado a sus parejas más a menudo que las mujeres.⁴⁷ Por contra, otro estudio también realizado en Sudáfrica⁴⁸ reveló que las relaciones sexuales masculinas se asocian a la no divulgación del estado serológico respecto del VIH.

Violencia y uso del preservativo

Se ha demostrado que las mujeres que sufren casos de violencia tienen más posibilidades de obtener un resultado positivo en la prueba del VIH⁴⁹ y que la violencia puede aumentar el riesgo de las mujeres de contraer el VIH. Asimismo, la violencia contra las mujeres se asocia con la desigualdad de género.⁵⁰ Diversos estudios reflejan una mayor capacidad de negociar el uso del preservativo entre trabajadores sexuales y clientes en comparación con parejas habituales

⁴⁵ Deribe et al., 2008. *Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia*, *BMC Public Health* 2008, 8:81 doi:10.1186/1471-2458-8-81 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/81/>

⁴⁶ OMS. 2004. *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes—A Review Paper*. Geneva. <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>

⁴⁷ Skogmar S, Shakely D, Ians M, danell J, Andersson R, Tshandu N, Ode'n A, Roberts S, Francois Venter WD: *Effect of antiretroviral treatment and counseling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa*.

⁴⁸ Olley BO, Seedat S, Stein DJ. *Self-Disclosure of HIV Serostatus in Recently Diagnosed Patients with HIV in South Africa*. *African Journal of Reproductive Health* 2004, 8:71–76.

⁴⁹ Dude, A. 2009. *Spousal Intimate Partner Violence Is Associated with HIV and other STIs among Married Rwandan Women*. *AIDS & Behavior* 15 (1): 142–152 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵⁰ Pulerwitz, J., S. Martin, M. Mehta, T. Castillo, A. Kidanu, F. Verani y S. Tewelde. 2010a. *Promoting Gender Equity for HIV and Violence Prevention: Results from the PEPFAR Male Norms Initiative Evaluation in Ethiopia*. Washington, D. C.: PATH en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

o casadas.⁵¹ También se ha observado que tanto las trabajadoras sexuales como las mujeres en todo tipo de relaciones tienen miedo de negociar el uso del preservativo puesto que la mera sugerencia puede dar como resultado un acto de violencia.⁵²

La violencia y las pruebas y el tratamiento

La violencia es tanto un factor de riesgo para el VIH como una consecuencia de haber sido identificada como persona que vive con el VIH.⁵³ Un análisis llevado a cabo para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos reflejó que la violencia o el miedo a la violencia ejercida por un compañero sentimental es un impedimento a la hora de realizarse la prueba del VIH o bien una consecuencia de haberla realizado.⁵⁴ Asimismo, la violencia puede constituir un obstáculo para la observancia del tratamiento. Según diversos estudios, las mujeres que divulgan su estado serológico pueden sufrir actos de violencia.⁵⁵ En muchos países, se necesita una colaboración más efectiva entre el sistema de la salud y el de la justicia, especialmente para las mujeres que viven con el VIH. El acceso de las mujeres que viven con el VIH a las microfinanzas, los ingresos y el empleo puede permitir que estas mujeres abandonen relaciones violentas o abusivas.

Salud reproductiva

Creación de capacidad y habilidades de negociación sobre el uso de productos

Es importante cuantificar el éxito de la promoción y distribución de productos, servicios, prevención y mitigación del VIH que permiten a las mujeres y las niñas tomar sus propias decisiones, como, por ejemplo, los preservativos femeninos, los lubricantes a base de agua y

⁵¹ Raingruber, B., E. Uwazie y S. Bowie. 2010. *Women's Voices: Attitudes and Behaviors of Female and Ghanaian Sex Workers regarding HIV Prevention and AIDS-related Stigma. Issues in Mental Health Nursing* 31 (8): 514–519 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵² Maman, S., J. Campbell, M. Sweat y A. Gielen. 2000. *The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions. Social Science and Medicine* 50 (4): 459–478; Zablotska, I., R. Gray, D. Serwadda, F. Nalugoda, G. Kigozi, N. Weankambo, T. Lutalo, F. Mangen y M. Wawer. 2006. *Alcohol Use Before Sex and HIV Acquisition: A Longitudinal Study in Rakai, Uganda. AIDS* 20: 1191–1196; Miner, S., L. Ferrer, R. Cianelli, M. Bernales y V. Cabieses. 2011. *Intimate Partner Violence and HIV Risk Behaviors among Socially Disadvantaged Chilean Women. Violence against Women* 17 (4): 517–531; Townsend, L., R. Jewkes, C. Mathews, L. Johnston, A. Fisher, Y. Zembe y M. Chopra. 2011. *HIV Risk Behaviours and their Relationship to Intimate Partner Violence (IPV) among Men Who Have Multiple Female Sexual Partners in Cape Town, South Africa. AIDS & Behavior* 15: 132–141; Andersson, N., A. Cockcroft y B. Shea. 2008. *Gender-based Violence and HIV: Relevance for HIV Prevention in Hyperendemic Countries of Southern Africa. AIDS* 22 (suplemento 4): S73–S86 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵³ Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA. 2010f. *Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What Works?* Ginebra, Suiza: OMS y ONUSIDA en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁴ Campbell, J., Baty, M., R. Ghandour, J. Stockman, L. Francisco y J. Wagman. 2008b. *The Intersection of Violence against Women and HIV/AIDS*. Informe de referencia para la OIM. 2008. *Violence Prevention in Low-and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, D. C.: National Academies Press. <http://www.nap.edu> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁵ Hale, F. y M. Vazquez. 2011. *Violence against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper*. Washington, D. C.: Development Connections, ICW Global y ONU Mujeres. <http://developmentcn.org/>; <http://www.salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>; <http://www.icwglobal.org> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

otras herramientas probadas junto con la creación de capacidad y habilidades para negociar el uso de estas herramientas.

Acceso y uso de preservativos femeninos

Los modelos matemáticos indican la efectividad del preservativo femenino (un ensayo de control aleatorizado no sería ético) y este es, hasta la fecha, el único método controlado por la mujer para prevenir la transmisión del VIH. Diversos estudios reflejan que el uso del preservativo femenino aumentó el número de relaciones sexuales con protección, pero el acceso y la disponibilidad de dichos preservativos femeninos han sido limitados. Es fundamental que las mujeres tengan un mayor acceso a este método, con formación efectiva sobre su uso, para que puedan controlar mejor su propia protección. Es posible que algunos hombres prefieran los preservativos femeninos a los preservativos masculinos.⁵⁶

El acceso a la prevención, la atención y el tratamiento del VIH fuera del contexto del parto (entre mujeres que viven con el VIH)

A nivel mundial, la mayoría de mujeres realizan la prueba del VIH en el contexto de la atención prenatal aunque los servicios de salud sexual y reproductiva también pueden servir como espacios importantes para prestar servicios relacionados con el VIH y llegar a posibles usuarias de TAR.⁵⁷ Por ello, se deben analizar estos servicios y otras opciones de prevención, atención y tratamiento fuera del contexto del parto. Si bien las pruebas durante la atención prenatal pueden aumentar la aceptación de la terapia antirretroviral si así se justifica o si forma parte de las directrices nacionales, el embarazo puede ser un momento muy estresante en el que comunicar a una mujer que es VIH-positiva. Si un recién nacido da un resultado positivo en la prueba del VIH, la confidencialidad del estado serológico positivo respecto del VIH de la madre puede resultar difícil de mantener. Las mujeres que acceden a ARV durante el embarazo y que son elegibles para ARV con arreglo a las directrices nacionales de tratamiento pueden perderse en el seguimiento a la hora de cambiar de los servicios de salud materna a los servicios de tratamiento para el VIH. Las adolescentes VIH-positivas no tienen servicios adaptados a sus necesidades puesto que la mayoría de ellos son servicios pediátricos o para adultos.⁵⁸

⁵⁶ Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003a. *Entry Points to Antiretroviral Treatment*. Ginebra, Suiza: OMS e Interact Worldwide, Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, Global AIDS Alliance, Population Action International, FIPF y Amigos del Fondo Mundial África. 2008. Directrices para integrar la salud sexual y reproductiva en propuestas coordinadas de país para el componente del VIH/sida para presentar al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria: ronda 8 y siguientes, en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁸ Birungi, H., F. Obare, A. van der Kwaak y J. Namwebya. 2011a. *Maternal Health Care Utilization among HIV-Positive Female Adolescents in Kenya*. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37 (3): 143–149 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

Comportamiento

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que también tienen sexo con mujeres

Diversos análisis de investigación demuestran que los hombres que declaran tener un comportamiento bisexual y homosexual se implican en comportamientos de mayor riesgo que los hombres que declaran tener un comportamiento heterosexual. Asimismo, se ha observado que las redes homosexuales y heterosexuales no son mutuamente excluyentes, y que están conectadas mediante los hombres que tienen un comportamiento bisexual. La programación para la prevención del VIH entre los hombres homosexuales repercutirá en la epidemia entre la población heterosexual.

Conocimientos sobre el tratamiento

Para que el tratamiento sea eficaz, es fundamental comprender que la observancia de la terapia antirretroviral puede mejorar la supervivencia. Otro concepto crítico es entender que el VIH no se puede curar y que se puede seguir transmitiendo mientras se lleva a cabo la terapia. Es importante, de cara a la pandemia del sida, la manera en la que las comunidades obtienen información sobre la terapia antirretroviral y la precisión de esta información. Teniendo en cuenta que las mujeres pueden estar menos alfabetizadas que los hombres en algunas sociedades, estas pueden enfrentarse a conocimientos desiguales a la hora de obtener información sobre el tratamiento.

Autoestigmatización

Jain y Nyblade (2012)⁵⁹ describen una serie de tipos de estigma, incluido el estigma anticipado, el estigma sufrido, el estigma secundario, el estigma interiorizado, el estigma compuesto/múltiple y el estigma observado. Según datos de investigación, el estigma afecta a los comportamientos de prevención, a la hora de querer realizarse las pruebas, al recurrir a servicios de atención, a la calidad de la atención prestada a los clientes VIH-positivos, y a las percepciones y el trato de las personas que viven con el VIH y el sida por parte de comunidades y familias.⁶⁰ Las mujeres se enfrentan a un doble estigma, por una parte, el asociado al VIH, y, por otra, al de su situación inferior en la sociedad en comparación con los hombres.⁶¹

Poblaciones clave y poblaciones con mayor riesgo de infección

Un tema fundamental es la transmisión del VIH entre los miembros de una pareja de poblaciones clave y poblaciones con mayor riesgo, como las trabajadoras sexuales, las mujeres que consumen drogas y aquellas personas que son pareja de hombres que consumen drogas, mujeres presas, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas transgénero, entre otras. Así, reviste importancia la elaboración de indicadores estandarizados que reflejen marcos jurídicos y de derechos humanos para poblaciones clave y aquellas que se encuentren en mayor situación de riesgo de contraer el VIH.

⁵⁹ Jain, A. y L. Nyblade. 2012. *Scaling Up Policies, Interventions, and Measurement for Stigma-free HIV Prevention, Care, and Treatment Services*. Documento de trabajo n.º 3. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁰ Brown, L., K. MacIntyre y L. Trujillo. 2003. *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? AIDS Education and Prevention* 15 (1): 49–69 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶¹ Para obtener más información sobre el estigma, véase <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

- Si bien las trabajadoras sexuales pueden utilizar preservativos con los clientes, muchos estudios han demostrado que tienen menos probabilidad de utilizar preservativos con sus novios o maridos. Sin embargo, las trabajadoras sexuales pueden contraer el VIH al tener relaciones sexuales sin protección con novios y/o maridos. Puesto que a nivel mundial las trabajadoras sexuales responden a algunas de las tasas más altas de contracción del VIH aunque también a las tasas más bajas de acceso a los servicios,⁶² es esencial entender cómo y cuándo contraen el VIH las trabajadoras sexuales para proteger su propia salud y abordar al mismo tiempo la pandemia del VIH en su conjunto. Asimismo, el acceso a los recursos repercutirá en el grado de empoderamiento de las trabajadoras sexuales a la hora de utilizar preservativos con sus compañeros sentimentales. Las mujeres que consumen drogas y las mujeres que son pareja de hombres que consumen drogas se encuentran en situación de mayor riesgo de contraer el VIH en comparación con los hombres, con un menor acceso a los servicios que cubren sus necesidades.
- No es habitual que las mujeres que consumen drogas negocien el uso del preservativo con sus compañeros sentimentales y sufren, además, altos índices de violencia,⁶³ al igual que las trabajadoras sexuales.⁶⁴
- Poblaciones carcelarias y dinámicas de género en las cárceles: en las cárceles de todo el mundo, la epidemia del VIH/sida es un problema acuciante. En el año 2008, había más

⁶² Baral, S., C. Beyrer, K. Muessig, T. Poteat, A. Wirtz, M. Decker, S. Sherman y D. Kerrigan. 2012a. *Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Lancet Infectious Diseases* 12 (7): 538–549 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶³ Abdala, N., T. Kershaw, T. Krasnoselskikh y A. Kozlov. 2011. *Contraception Use and Unplanned Pregnancies among Injection Drug-using Women in St. Petersburg, Russia*. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care* 37: 158–164; Shapoval, A. y S. Pinkham. 2011. *Technical Report: Women and Harm Reduction in Central Asia. Quality Health Care Project in the Central Asian Republics*. Washington, D. C.: USAID, Abt Associates; Parry, C., T. Carney, P. Peterson, S. Dewing y R. Needle. 2009. *HIV-risk Behavior among Injecting or Non-injecting Drug Users in Cape Town, Pretoria and Durban, South Africa*. *Substance Use & Misuse* 44 (6): 886–904; Nieburg, P. y L. Carty. 2011. *HIV Prevention among Injection Drug Users in Kenya and Tanzania: New Opportunities for Progress*. Washington, D. C.: Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales. <http://www.csis.org> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁴ Tucker, J., X. Ren y F. Sapio. 2010. *Incarcerated Sex Workers and HIV Prevention in China: Social Suffering and Social Justice Countermeasures*. *Social Science & Medicine* 70 (1): 121–129; Munoz, J., A. Adedimeji y O. Alawode. 2010a. *They Bring AIDS to Us and Say We Give it to Them: Socio-structural Context of Female Sex Workers' Vulnerability to HIV Infection in Ibadan Nigeria*. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance* 7 (2): 52–61; Lafort, Y., D. Geelhoed, L. Cumba, C. Lázaro, W. Delva, S. Luchters y M. Temmerman. 2010. *Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique*. *BMC Health Services Research* 10: 144; Okal, J., M. Chersich, S. Tsui, E. Sutherland, M. Temmerman y S. Luchters. 2011. *Sexual and Physical Violence against Female Sex Workers in Kenya: A Qualitative Enquiry*. *AIDS Care* 23 (5): 612–618; Go, V., A. Srikrishnan, M. Salter, S. Mehta, S. Johnson, S. Sivaram, W. Davis, S. Solomon y D. Celentano. 2010. *Factors Associated with the Perpetration of Sexual Violence among Wine-shop Patrons in Chennai, India*. *Social Science and Medicine* 71 (7): 1277–1284; Decker, M., A. Wirtz, S. Baral, A. Peryshkina, V. Mogilnyi, R. Weber, J. Stachowiak, V. Go y C. Beyrer. 2012. *Injection Drug Use, Sexual Risk, Violence and STI/HIV among Moscow Female Sex Workers*. *Sexually Transmitted Infections* 88 (4): 278–283; Gould, C. y N. Fick. 2008. *Selling Sex in Cape Town: Sex Work and Human Trafficking in a South African City*. Ciudad del Cabo, Sudáfrica: Institute for Security Studies y SWEAT. <http://www.sweat.org.za>; Arnott, J. y A.-L. Crago. 2009. *Rights Not Rescue: A Report on Female, Male and Trans Sex Workers' Human Rights in Botswana, Namibia and South Africa*. Nueva York, NY: Open Society Institute. <http://www.soros.org> en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

de 9,8 millones de personas encarceladas;⁶⁵ de estas, más de medio millón eran mujeres.⁶⁶ Un análisis llevado a cabo por la UNODC reflejó que pese a que las mujeres representan una pequeña parte de la población carcelaria total a nivel mundial, su cifra aumenta a un ritmo más rápido que la de los hombres. Principalmente, las cárceles se han diseñado para los hombres y, por tanto, las necesidades de salud de las mujeres a menudo no se tienen en cuenta, incluidas las necesidades de prevención, atención y tratamiento del VIH. Los programas de prevención que han demostrado ser eficaces a la hora de reducir la transmisión del VIH raramente están a disposición de los reclusos, y muchos de los que viven con el VIH no tienen acceso al tratamiento antirretroviral que puede salvarles la vida. Cuando se trata de las pruebas del VIH, algunas autoridades carcelarias obligan a realizarlas, un hecho que viola los derechos humanos.

- Las actividades de los HSH están muy penalizadas en muchos países. Por otro lado, este colectivo se enfrenta a enormes riesgos de contraer el VIH. La necesidad de contar con servicios para el VIH es enorme, pero la penalización implica que los HSH que acceden a los servicios pueden enfrentarse a la muerte o a la cárcel.
- Las personas transgénero se encuentran en una situación de muy alto riesgo de contraer el VIH; no obstante, muy pocos servicios de asistencia social se destinan específicamente a esta población.

Entornos humanitarios y de emergencia

Seguimiento del acceso al tratamiento ARV que reciben las PVV en entornos humanitarios y de emergencia

Los conflictos pueden exacerbar las desigualdades de género, los derechos a la propiedad y los modos de vida,⁶⁷ repercutiendo en el acceso de las personas que viven con el VIH a la terapia antirretroviral. Asimismo, los conflictos pueden evitar que las personas que viven con el VIH accedan a algún tipo de servicio sanitario. Sin embargo, la terapia antirretroviral se ha administrado con resultados satisfactorios en entornos de conflicto, y existen resultados de estudios que reflejan datos desagregados por sexo.⁶⁸

⁶⁵ Jürgens, R., M. Nowak y M. Day. 2011. *HIV and Incarceration: Prisons and Detention*. *Journal of the International AIDS Society* 14: 26 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). 2009. *Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequity in Prison Health*. Copenhague, Dinamarca: Oficina regional de la OMS en Europa en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁷ Seckinelgin, H., J. Bigirumwami y J. Morris. 2011. *Conflict and Gender: The Implications of the Burundian Conflict on HIV/AIDS Risks*. *Conflict, Security & Development* 11 (1): 55–78. En Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁸ O'Brien, D., S. Venis, J. Greig, L. Shanks, T. Ellman, K. Sabapathy, L. Frigati y C. Mills. 2010. *Provision of Antiretroviral Treatment in Conflict Settings: The Experience of Medecins sans Frontieres*. *Conflict and Health* 4: 12 en Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2ª edición. Washington, D. C.: Futures Group, Health Policy Project.

Indicadores de servicios de salud/de efectos

Calidad de vida⁶⁹

La mayor parte de la pequeña cantidad de datos sobre la calidad de vida de las mujeres que viven con el VIH demuestra que las mujeres tienen una calidad de vida relacionada con la salud inferior en comparación con los hombres que viven con el VIH. La comprensión de las diferencias de género y edad (y la manera en la que estas variables interactúan) puede facilitar información potencialmente útil para intervenciones de planificación que mejoren la calidad de vida y la salud mental entre las personas que viven con el VIH, especialmente cuando se las desagrega por sexo.

Indicadores de la calidad de vida y de la calidad de los servicios⁷⁰

El hecho de si son las mujeres o los hombres quienes acceden a los servicios sanitarios se ha correlacionado con la calidad de la atención que prestan estos servicios. En el ámbito de la planificación familiar, se han elaborado diversas guías para valorar y medir la calidad de la atención (Bruce, 1990; COPE de Engenderhealth, etc.). Si bien se han diseñado estándares en algunos países, estos no se han compartido universalmente, en parte por desigualdades mundiales en el acceso a los servicios sanitarios y los servicios de VIH. Sin embargo, la calidad de la atención prestada puede ser crítica para la aceptación y la observancia del tratamiento así como para la prevención. Todavía no se ha determinado qué constituye una calidad de la atención que pueda ser acordada y cuantificada universalmente. Las mujeres que viven con el VIH suelen describir la calidad de la atención recibida de los servicios de VIH como deficiente, en especial en relación con los servicios de salud reproductiva para las mujeres que viven con el VIH.

Detección, asesoramiento y tratamiento para las ITS

La tasa de ITS es cinco veces mayor entre las mujeres que entre los hombres. Pese a que muchos estudios han reflejado una asociación entre las ITS y el VIH, la detección, el asesoramiento y el tratamiento para las ITS no se han correlacionado necesariamente con un menor riesgo de contraer el VIH. No obstante, las ITS plantean una carga significativa en cuanto a salud reproductiva. Detectar y tratar las ITS es fundamental para cualquier programa de salud pública. Al mismo tiempo, aquellas personas que acuden a clínicas de ITS también pueden realizarse la prueba del VIH y recibir tratamiento. Las mujeres que viven con el VIH también precisan la detección, el asesoramiento y el tratamiento para las ITS, puesto que las ITS no tratadas pueden conllevar infertilidad y una progresión de la enfermedad más rápida. Para reducir la posibilidad de volver a contraer alguna de las ITS, ambos miembros de la pareja deben someterse a la detección, el asesoramiento y el tratamiento.

Asesoramiento para parejas serodiscordantes

En diversos países, una proporción significativa de la población vive en relaciones sentimentales serodiscordantes. Es fundamental que estas parejas comprendan el concepto de serodiscordancia para que el miembro VIH-negativo siga siéndolo, en lugar de asumir que, si uno de los miembros obtiene un resultado positivo, ambos son VIH-positivos. Una vez ambos miembros de la pareja saben que son serodiscordantes y comprenden este concepto, necesitan apoyo para mantener su relación y practicar relaciones sexuales seguras. Si desean tener hijos juntos, nece-

⁶⁹ http://icmr.nic.in/annual/2004-05/trc/social_research.pdf

⁷⁰ Véanse los Indicadores de calidad de atención sanitaria de la OCDE: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm> y Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/health-care-information/informacion-en-espanol/index.html>

sitan acceso a profilaxis posterior a la exposición y conocimientos sobre cuál es el momento más fértil de la mujer. No deben olvidarse las cuestiones relacionadas con el miedo a la violencia o al abandono de una mujer. Actualmente no existen indicadores probados sobre el asesoramiento que debe facilitarse y sobre cómo valorar la calidad del asesoramiento.

Supervivencia tras los 12 meses entre mujeres que viven con el VIH

La proporción de mujeres que tienen acceso a la triple terapia en la cual el recuento de células CD4 o la carga vírica será determinante para las tasas de supervivencia de las mujeres que viven con el VIH. La observancia y el apoyo a favor de la observancia repercuten en la supervivencia tras los 12 meses. También las normas de género que inhiben la divulgación por parte de las mujeres de su estado serológico VIH-positivo pueden influir en la supervivencia.

Proporción de puntos de prestación de servicios de planificación familiar que ofrecen pruebas del VIH

Las mujeres que acceden a servicios de métodos anticonceptivos también pueden estar en situación de riesgo de contraer el VIH. Por lo tanto, puede ser útil valorar qué servicios de planificación familiar también ofrecen pruebas del VIH y si a las mujeres les parece práctico realizarse la prueba del VIH cuando recurren a servicios de planificación familiar.

Indicadores de trata

Las Naciones Unidas definen la “trata de personas” como “la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”. La trata de personas destroza las vidas, la salud y el bienestar de millones de personas en todo el mundo. Las mujeres y las niñas son especialmente vulnerables a la trata y a sus terribles consecuencias (por ejemplo, violencia de género, explotación sexual) debido a su situación subordinada. Las causas profundas de la trata incluyen la pobreza, la discriminación de género, las escaseces temporales de alimentos y recursos, etc. Las mujeres, los hombres, las niñas y los niños son objeto de la trata con diversos fines que incluyen la prostitución y la explotación sexual, los servicios o el trabajo forzados; la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud; la servidumbre; o la extracción de órganos.

Las personas que sufren la trata son muy vulnerables ante los problemas médicos, que incluyen el VIH, la salud mental, la violencia de género y otras consecuencias negativas por la propia naturaleza de la actividad. Las estadísticas y los datos sobre la prevalencia del VIH entre las personas que sufren la trata son difíciles de obtener; por una parte, porque resulta complicado incluso estimar las cifras de las personas con las que se trafica, y, por otra, por el carácter clandestino de este fenómeno, que obstaculiza el acceso a esta población. Se consideró que la trata es una esfera importante de medición a tener en cuenta en el compendio: por sus implicaciones en la vulnerabilidad ante el VIH y porque la desigualdad de género es un factor fundamental a la hora de llevar a cabo la actividad, y para perfilar las experiencias, las vulnerabilidades y los riesgos del VIH de las personas víctimas de trata. Se propusieron diversos indicadores para la inclusión en el compendio. Sin embargo, finalmente se descartaron y se decidió considerar indicadores de trata en la categoría de indicadores para su elaboración en el futuro. Esta decisión se tomó tras varias consideraciones.

- En primer lugar, los indicadores disponibles sobre la trata de seres humanos combinaban la trata y el trabajo sexual, lo que puede conllevar leyes e intervenciones que posiblemente repercutan negativamente (por ejemplo, daños o más abusos y explotación) en los trabajadores sexuales, y que, al mismo tiempo, socaven los esfuerzos de poner fin a la trata. La nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual establece claramente que la trata de personas con fines de explotación sexual es una flagrante violación de los derechos humanos. Del mismo modo, esta nota afirma clara y firmemente que la trata de personas, independientemente del fin, que incluye la explotación sexual comercial, nunca debe combinarse implícita o explícitamente con el trabajo sexual.
- En segundo lugar, los indicadores sobre la trata de seres humanos deben reflejar las pruebas sobre lo que se considera “buenas prácticas” o programación efectiva para evitar la trata y responder a las necesidades relacionadas con el VIH de las personas que sufren este fenómeno al tiempo que se respetan los derechos de los trabajadores sexuales. Actualmente, estas pruebas sobre lo que se considera “buenas prácticas” deben identificarse y recopilarse a fin de posteriormente encontrar indicadores apropiados para medir el progreso.
- En tercer lugar, los debates sobre indicadores relacionados con la trata deben someterse a un proceso de creación de consenso más amplio con un intercambio más extenso sobre respuestas programáticas y de políticas para la trata que incluya a partes interesadas que colaboren a la hora de prevenir y responder a la trata. Entre estas partes interesadas debe haber socios relevantes de las Naciones Unidas, grupos de la sociedad civil, investigadores, donantes y grupos interesados a nivel nacional.

Este compendio destaca la trata de seres humanos como una esfera crítica para la cual deben elaborarse indicadores en el futuro y, en ese proceso, se recomienda prestar atención igualmente a los niños, en especial a las niñas, y realizar consultas a una amplia base de partes interesadas.

Lista de personas participantes en la Consulta técnica sobre el desarrollo de indicadores armonizados para monitorizar el progreso sobre la igualdad de género y las dimensiones de las respuestas al VIH y el sida, celebrada del 21 al 23 de septiembre de 2011 en Nueva York, Estados Unidos de América. (Orden alfabético por nombre de pila, * indica que la persona formó parte del Comité central de planificación).

Abby Cannon

Analista de género
MEASURE Evaluation
Estados Unidos
accannon@unc.edu

Adrienne Germain

Presidenta de Emerita
Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres
Estados Unidos
agermain@iwhc.org

Akudo Ikpeazu

Director, Coordinación de Programas
Agencia Nacional para el Control del Sida
Nigeria
aikpeazu@yahoo.com

Alexandra Garita

Responsable de Programas, Política Internacional
Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres
Estados Unidos
agarita@iwhc.org

Alessandra Nilo*

Directora Ejecutiva
GESTOS
Brasil
Alessandra.nilo@gestos.org

Anna Guthrie

Asesora sobre Salud y Sida
Departamento de Desarrollo Internacional (DFID)
Reino Unido
a-guthrie@dfid.gov.uk

Avni Amin*

Responsable Técnica
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Suiza
amina@who.int

Chiho Suzuki

Especialista en Estadística y Vigilancia
División de Política y Práctica
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Estados Unidos
csuzuki@unicef.org

Claudia Ahumada

Responsable Técnica
Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida
Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Suiza
ahumadac@unaids.org

Daniela Ligiero*

Asesora Experta en Género
Oficina del Coordinador Mundial de los Estados Unidos para el sida
Estados Unidos
ligierodp@state.gov

Dean Peacock

Cofundador y Director
Sonke Gender Justice Network
Sudáfrica
dean@genderjustice.org.za

Diana Prieto*

Asesora Experta en Género
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Estados Unidos
dprieto@usaid.gov

Ebony Johnson*

Delegada norteamericana
Delegada de las ONG en la JCP (ONUSIDA)
Estados Unidos
femme_poz@yahoo.com

Gang Zeng

Ayudante para la investigación
Centro Nacional para el Control y la Prevención del sida/ITS
Centro Chino para el Control de Enfermedades
China
hxydzg@163.com

Ivana Bozicevic

Directora Ejecutiva
Centro Colaborador para el Desarrollo de Capacidad en la Supervisión del VIH
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Croacia
Ivana.Bozicevic@lshtm.ac.uk

Jay Silverman

Profesor de Medicina y Salud Mundial
Universidad de California, San Diego
Estados Unidos
jgsilverman@ucsd.edu

Joan Kraft

Científica del Comportamiento
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Estados Unidos
jik4@cdc.gov

Joanna Barczyk*

Responsable Técnica, Vigilancia y Evaluación
Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMSTM)
Suiza
Joanna.Barczyk@theglobalfund.org

Karolina Kvarnare

Primera Secretaria
Asesora Regional, VIH y sida
Equipo Regional sobre VIH y sida para África
Embajada de Suecia en Lusaka
Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI)
Zambia
karolina.kvarnare@foreign.ministry.se

Katherine Bourne

Wagner School of Public Service de la Universidad de Nueva York, y Bard College
Consultora
Estados Unidos
katebourne444@yahoo.com

Kavutha Mutuvi

Asesora de Género para el Consejo Nacional de Lucha contra el Sida
Kenya
kavutha.mutuvi@nacc.or.ke
Kavutha.mutuvi@unwomen.org

Kevin Osborne

Asesor Experto en VIH
Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF)
Reino Unido
kosborne@ippf.org

Kristen Wares

Asesora en Salud Pública
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Salud Mundial,
Oficina de los Estados Unidos para el VIH/sida
kwares@usaid.gov

Kyeremeh Atuahene

Director de Investigación, Vigilancia y Evaluación
Comisión sobre el sida de Ghana
Ghana
katuahene@ghanais.gov.g

Lillian Mworeko

Coordinadora Regional
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH, este de África
Uganda
lmworeko@icwea.org

Linda Kupfer

Asesora Experta
Departamento de Estado de los Estados Unidos, Oficina del Coordinador Mundial del Sida
de los Estados Unidos (OGAC)
Estados Unidos
linda.kupfer@nih.gov

Lola Yuldasheva

Directora de Vigilancia y Evaluación
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), proyecto de aten-
ción sanitaria de calidad en Tayikistán
lola.yuldasheva@gmail.com

Luisa Orza

Coordinadora de Programas
ATHENA/HEARD
Reino Unido
luisa.orza@gmail.com

Lynn Collins

Asesora Técnica, VIH
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Estados Unidos
Collins@unfpa.org

Mabel Bianco

Presidenta
Fundación Para Estudio e Investigación De la Mujer (FEIM)
Argentina
mbianco@feim.org.ar

Maribel Derjani Bayeh

Especialista en Programas
Género y VIH/sida
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres)
Estados Unidos
maribel.derjani-bayeh@unwomen.org

Marleen van der Ree

Especialista Técnica
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Estados Unidos
vanderree@unfpa.org

Mary Ellsberg

Vicepresidenta, Investigación y Programas
Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer (ICRW)
Estados Unidos
mellsberg@icrw.org

Monica Alonso

Asesora Regional sobre la Supervisión del VIH
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
Estados Unidos
alonsomon@paho.org

Nazneen Damji*

Asesora de Políticas, Igualdad de Género y VIH/sida
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres)
Estados Unidos
nazneen.damji@unwomen.org

Nchedi Maphokga-Moripe

Directora General de Intersección y Relaciones Internacionales
Departamento de Mujeres, Niños y Personas con Discapacidades
Sudáfrica
nchedi@dwcpd.gov.za

Oldri Mukuan

Responsable de la Coordinación Regional
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/sida, sudeste asiático (ICW)
Indonesia
alldree@yahoo.com

Olga Gvoztetska

Directora de Programas
Red Ucraniana de Personas que Viven con el VIH/sida
Ucrania
sova@network.org.ua

Patrick Kaburi

Director, Vigilancia, Evaluación e Investigación
Consejo Nacional de Lucha contra el Sida
Kenya
pkaburi@yahoo.com

Per Strand

Director de V+E
Star for Life (un programa de prevención del VIH en las escuelas)
Sudáfrica
pmstrand@gmail.com

Priscilla Idele

Asesora Experta, Estadística y Vigilancia
División de Política y Práctica
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Estados Unidos
pidele@unicef.org

Rachel Albone

Asesora sobre políticas relacionadas con el VIH y el sida
HelpAge International
Reino Unido
ralbone@helpage.org

Renee Mckenzie

Analista
Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)
Canadá
renee.mckenzie@acdi-cida.gc.ca

Roberta Clarke

Directora de Programas Regional
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las
Mujeres (ONU Mujeres, Oficina del Caribe)
Barbados
Roberta.clarke@unwomen.org

Robin Gorna (facilitadora)

Directora
Estrategia para el sida, Promoción y Políticas
Reino Unido
rgorna@gmail.com

Samantha Dovey

Especialista en Vigilancia y Evaluación
ICF Macro
Estados Unidos
sdovey@icfi.com

Seng Sut Wantha

Asesora Técnica sobre Género y VIH
Autoridad nacional sobre el sida
Camboya
wanthas@yahoo.com

Shelah S. Bloom*

Asesora Técnica Experta en Género
MEASURE Evaluation, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill
Estados Unidos
ssbloom@email.unc.edu

Sidonie Uwimpuhwe

Asesora Experta
Igualdad de Género y VIH
Centro Biomédico de Rwanda
Instituto para la Prevención y el Control de Enfermedades y el VIH, Rwanda
Sidonie.uwimpuhwe@cns.gov.rw

Susana Fried

Directora del grupo temático (provisional): Integración, género y ODM
y Asesora Experta en Género
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Práctica del VIH/sida
Estados Unidos
Susana.fried@undp.org

Svetlana Negroustoueva*

Asociada Experta en V+E
ICF Macro/Measure Evaluation
Estados Unidos
snegroustoueva@icfi.com

Tobias Alfven*

Asesor Técnico en V+E

Vigilancia y Análisis de la Respuesta

Departamento de Estrategia de Pruebas y Resultados

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Suiza

alfvent@unids.org

Tonya Nyagiro

Asesora Experta en Políticas y Género

Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMSTM)

Suiza

tonya.nyagiro@theglobalfund.org

Vo Hai Son

Responsable Adj.

Departamento de Supervisión, Vigilancia y Evaluación

Autoridad de Viet Nam para el control del VIH/sida

Viet Nam

vohaison@gmail.com

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill

400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, North Carolina 27517
Phone: +1 919-445-9350 | Fax: +1 919-445-9353
Email: measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Este documento de investigación ha recibido el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) de conformidad con los términos del acuerdo de cooperación GHA-A-00-08-00003-00 de MEASURE Evaluation cuya implementación lleva a cabo el Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, junto con Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, y la Universidad Tulane. Las opiniones expresadas no son necesariamente las de PEPFAR, USAID o el Gobierno de los Estados Unidos. ms-13-82 (febrero de 2014). Fotografía de la portada por cortesía de Arne Hoel, Banco Mundial.

