



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



2011:
UNIDAD
POR EL BIEN COMÚN

COMISIÓN NICARAGÜENSE DEL SIDA



Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015

Noviembre del 2011

Acrónimos

ANICP+Vida	:	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas por la Vida
ASONVIHSIDA:	:	Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con VIH y sida
CCPDH	:	Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos
CDC	:	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CIDH	:	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIEM	:	Centro de Investigaciones de Estudios de la Mujer (Costa Rica)
COMISCA	:	Comisión de Ministros de Centro América
CONISIDA	:	Comisión Nicaragüense del Sida
CORESIDA	:	Comisión Regional del sida Región Autónoma Atlántico Sur
CORLUSIDA	:	Comisión Regional de Lucha contra el sida Región Autónoma Atlántico Norte
CPN	:	Control Prenatal
ECH	:	Encuesta Continua de Hogares
ENDESA	:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
HSH	:	Hombres que tienen sexo con hombres.
GRUN	:	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
IDH	:	Índice de Desarrollo Humano
IEC	:	Información, Educación y Comunicación
INIDE	:	Instituto Nacional de Información de Desarrollo
INIM	:	Instituto Nicaragüense de la Mujer
INSS	:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPSS	:	Instituciones proveedoras de servicios de salud
ISDEMU	:	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
ITS	:	Infecciones de Transmisión Sexual
MCP	:	Mecanismo de Coordinación de País
MEF	:	Mujeres en edad fértil
MEGAS	:	Medición de Gasto en sida
MIFAMILIA	:	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez
MINED	:	Ministerio de Educación
MINSA	:	Ministerio de Salud
MITRAB	:	Ministerio del Trabajo
MOSAFC	:	Modelo de salud familiar y comunitario
MyE	:	Monitoreo y Evaluación
ODM	:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	:	Organización Internacional del Trabajo
ONUSIDA	:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
OPS/OMS	:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PASCA	:	Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
PDDH	:	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PEA	:	Población Económicamente Activa
PPE	:	Profilaxis Post Exposición
PEI	:	Población Económicamente Inactiva
PEMAR	:	Población en mayor riesgo
PEN	:	Plan Estratégico Nacional
PET	:	Población en Edad de Trabajar
PIB	:	Producto Interno Bruto
PGR	:	Procuraduría General de la República
PNUD	:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	:	Personas Privadas de Libertad
POA	:	Plan Operativo Anual

PTMI	:	Prevención de la Transmisión Maternoinfantil
PV	:	Personas con VIH
RAAN	:	Región Autónoma del Atlántico Norte
RAAS	:	Región Autónoma del Atlántico Sur
RNM	:	Modelo de Necesidades de Recursos (por su siglas en inglés)
SIDA	:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILAIS	:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SSR	:	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	:	Terapia Antirretroviral
TB	:	Tuberculosis
TGF	:	Tasa Global de Fecundidad
UNFPA	:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	:	Declaración de Compromiso Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
UNICEF	:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VS	:	Violencia Sexual
VBG	:	Violencia Basada en Género

Contenido

Acrónimos.....	i
APROBACIÓN DEL PEN POR LA CONISIDA.....	vi
PRESENTACIÓN PEN 2011 – 2015.....	vii
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	2
2.1.1 Caracterización del País.....	2
2.1.2 Demografía.....	2
2.1.3 Contexto Socioeconómico.....	4
2.1.4 Gasto en Salud y Gasto en VIH.....	6
2.1.5 El Sistema de Salud.....	6
3 CONTEXTO DEL VIH Y SIDA EN CENTROAMÉRICA.....	8
4 CONTEXTO DE LA EPIDEMIA EN NICARAGUA.....	11
4.1 Situación epidemiológica.....	11
4.2 Compromisos Internacionales.....	12
4.3 Respuesta Nacional ante el VIH y sida.....	13
4.3.1. Evolución del Plan Estratégico Nacional.....	14
4.4 Marco jurídico político.....	15
4.5 Marco institucional de la Respuesta Nacional.....	20
5. METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PEN 2011-2015.....	23
6. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2011 – 2015.....	25
6.1. Principios rectores del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida.....	25
6.2. Ejes transversales del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida.....	26
6.3. Misión, Visión y Objetivos del Plan.....	27
6.3.1. Misión.....	27
6.3.2. Visión.....	27
6.3.3. Objetivo General.....	27

6.4.	Impacto esperado	27
6.5.	Metas generales	28
6.6.	Poblaciones priorizadas	29
7.	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	30
7.1.	Líneas estratégicas	30
7.1.1.	Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial.....	30
7.1.2.	Acceso Universal a la Prevención y Promoción.....	37
7.1.3.	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.....	52
7.1.4.	Derechos Humanos	63
7.1.5.	Sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional	68
7.1.6.	Mecanismos de gestión para la implementación del PEN:	73
7.2.	Sumario del Marco de Resultados por Población	76
8.	FINANCIAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL	94
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	95
10.	ANEXOS.....	96
10.1	Lista de participantes	96

Contenido de Figuras

Figura No.1. Mapa de Nicaragua.....	2
Figura No.2. Nicaragua. Pirámides de Población por edades y sexo 1995-2010.....	3

Contenido de Tablas

Tabla No. 1 Indicadores demográficos año 2010.....	4
Tabla No. 2 Indicadores Sociales	5

Contenido de Gráficos

Gráfico No. 1 Número de nuevas personas con VIH por año 1995-2010.....	11
Gráfico No. 2 Prevalencia de VIH y sida por SILAIS.....	11
Gráfico No. 3 Número de nuevas personas con VIH por año 1995-2010.....	12
Gráfico No. 4. Número de Embarazadas con VIH, año 2010.....	12

APROBACIÓN DEL PEN POR LA CONISIDA

La Comisión Nicaragüense del sida (CONISIDA), estructura coordinadora de la Respuesta Nacional ante el VIH y sida, en uso de las facultades que le confiere la Ley 238, en el Capítulo V, Artículo 33, inciso c, que cita: “Dictaminar sobre el diseño de estrategias y políticas de prevención, apoyo, atención y control del VIH-SIDA”, habiendo revisado que a la luz de la congruencia con la Política Nacional de Salud, los compromisos UNGASS y la propuesta de Política Pública en VIH y sida y considerando que:

1. Los principios rectores y ejes transversales del PEN constituyen pilares fundamentales para mejorar los esfuerzos en la Respuesta Nacional.
2. La Misión, Visión y Objetivos del PEN tienen coherencia con los compromisos que el país ha suscrito en la temática de VIH y sida.
3. Las poblaciones priorizadas, la estrategia general y los objetivos estratégicos responden a la realidad nacional.
4. El PEN representa un esfuerzo de consenso nacional, con el objetivo de contener la epidemia del VIH y sida, en correspondencia con los Objetivos del Milenio.
5. El PEN permite concertar la respuesta oportuna y eficaz contra la epidemia y sus consecuencias, con enfoque multisectorial, generando un compromiso del Estado, las Organizaciones Sociales, las Asociaciones de personas con VIH y de las comunidades, optimizando los recursos nacionales y la cooperación internacional para aunar esfuerzos en la lucha contra la epidemia en Nicaragua.

Aprueba y se compromete a liderar el proceso de implementación, ejecución y control del presente Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015, así como facilitar e impulsar la coordinación interinstitucional, social y multisectorial, que constituye a su fundamento organizativo.

Dado en la ciudad de Managua, a los seis días del mes de noviembre del año dos mil doce.

PRESENTACIÓN PEN 2011 – 2015

La Comisión Nicaragüense del sida (CONISIDA) y el Ministerio de Salud presentan el Plan Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015, a instituciones de gobierno, organizaciones sociales, organizaciones religiosas, personas con VIH, cooperación internacional que trabajan en el tema de VIH.

Este documento es producto de un proceso de construcción colectiva y de consulta multisectorial a nivel nacional, departamental y regional, con el objetivo de brindar una herramienta técnica y científica, que permita conducir una respuesta nacional oportuna y eficaz ante la epidemia y sus consecuencias en nuestro país.

El Ministerio de Salud con y a través de la Comisión Nicaragüense del sida y diferentes actores sociales comprometidos en esta lucha contra el VIH, cumple con los compromisos internacionales de Declaración UNGASS, Objetivos de Desarrollo del Milenio entre otros, basados en la prevención, atención, tratamiento y apoyo en pro de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, población clave, población vulnerable y población general.

En este contexto el Ministerio de Salud y la Comisión Nicaragüense del sida, de acuerdo a las atribuciones concedidas por la Ley 238 y su reglamento, se compromete a liderar y velar el proceso de implementación, ejecución y control del presente Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011- 2015, así como facilitar e impulsar la coordinación interinstitucional y social, que constituye su fundamento organizativo.

El Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, el Ministerio de Salud y la CONISIDA felicita a todos y todas quienes contribuyeron en la discusión, elaboración y aprobación de este documento, convencidos de que ha sido un valioso aporte en beneficio de la salud de ésta y de futuras generaciones de la población nicaragüense.


Dr. Enrique Beteta Acevedo
Secretario General MINS
Presidente de CONISIDA



I INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Nacional de la Respuesta a las ITS y VIH 2011-2015 (PEN 2011-2015), es el instrumento que define la estrategia nacional, se constituye en la agenda de gestión para enfrentar efectivamente los desafíos que plantea las ITS, y el VIH en Nicaragua, que demandan un mayor conocimiento y comprensión de la dinámica de la epidemia; los factores socioeconómicos y culturales que impulsan su comportamiento; las poblaciones que son mayormente afectadas y las condicionantes políticas, jurídicas, económicas, sociales, organizacionales y tecnológicas que deben gestionarse para una respuesta multisectorial efectiva, de alta rentabilidad y con impacto a largo plazo en la desaceleración de la epidemia.

El PEN 2011-2015 es la herramienta política y gerencial para promover el máximo liderazgo de la Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA), la unificación de los esfuerzos de los actores claves en la implementación, la optimización de recursos disponibles y la canalización de recursos adicionales, la vigilancia de la epidemia, el monitoreo y evaluación de las acciones y el uso de la información para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Este documento de planificación ha sido actualizado tomando como base la utilización de dos metodologías: 1) Proceso de análisis y actualización de acciones y estrategias desde la perspectiva de los actores de la Respuesta Nacional: delegados de CONISIDA Nacional, departamentales y regionales, instituciones de gobierno, organizaciones sociales (incluyendo poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad), sector académico, agencias de cooperación, entre otros actores, lo que hace que el PEN 2011-2015 sea una herramienta de concertación, desde una visión multisectorial; 2) la adaptación del Ciclo de Resultados tomada de las herramientas desarrolladas por ONUSIDA que es un enfoque de pensamiento y planificación de una estrategia guiada por evidencia y orientado a resultados, que bajo el liderazgo de la autoridad nacional (CONISIDA) con participación activa de actores construyó la Base de Datos y Referencias (BdR); el análisis epidemiológico, y el Marco de Resultados con su costeo, utilizando para ello la herramienta Modelo de Recursos Necesarios. Estos resultados sirvieron como insumo y son parte importante del PEN 2011-2015.

Lo anterior permitió contar con un PEN para el periodo 2011-2015, y mejorar la respuesta ante las necesidades nacionales en materia de ITS, VIH y sida para alcanzar los compromisos internacionales asumidos por Nicaragua en la Declaración del Milenio, Declaración de Compromiso sobre VIH y sida (UNGASS), compromisos con el Fondo Mundial y derivados de la Declaración de San Salvador, entre otros.

El Plan Estratégico Nacional de ITS y VIH 2011-2015 de Nicaragua ha sido desarrollado en el marco del proyecto: 'Nicaragua unida en una Respuesta Concertada hacia la contención de la epidemia del VIH y sida' financiado con recursos de la Octava Ronda del Fondo Mundial.

El Plan Estratégico Nacional 2011-2015 está integrado por dos volúmenes:

- Volumen I. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015
- Volumen II. Plan de Monitoreo y Evaluación

El Plan Estratégico Nacional contiene 8 capítulos, que describen de manera secuencial los aspectos introductorios y transversales de la estrategia, las metas e impacto esperados, el análisis de la epidemia y de la Respuesta Nacional a las ITS, VIH y sida, el Marco de Resultados con sus ejes y Objetivos estratégicos, resultados y actividades, aspectos de financiamiento y auditoría, así como los de implementación y gestión.

2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1.1 Caracterización del País

La extensión territorial de Nicaragua es de 130,373.4 km² con una superficie de 120,339.2 km² de tierra firme. El territorio está dividido administrativamente en quince Departamentos y dos Regiones Autónomas. El país se divide en tres regiones geomorfológicas bien definidas:

Figura No.1. Mapa de Nicaragua.



a) La Región del Pacífico en la que se concentra la mayor parte de la población, donde además se ubican las principales ciudades del país y donde se concentran la actividad económica y las vías de comunicación. b) La Región Central y c) La Región del Caribe con una extensa llanura aluvial surcada por numerosos ríos con amplias extensiones de bosques húmedos, la zona litoral se caracteriza por numerosos pantanos, deltas, lagunas costeras y barreras litorales, abarca el 46% del territorio nacional, con baja densidad poblacional (10 habitantes/km²) y mayor población indígena. Las vías de comunicación entre el pacífico y la zona central con la región del Caribe, son limitadas, siendo las vías más comunes la aérea y la pluvial. El acceso

geográfico se considera una importante barrera que dificulta, con un peso de 62%, la Respuesta Nacional al VIH, sobre todo en la zona Central y Caribe¹.

Cada región está conformada por departamentos:

- Región del pacífico: Chinandega, León, Managua, Masaya, Carazo, Granada y Rivas.
- Región Central: Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Jinotega, Matagalpa, Boaco y Chontales.
- Región del Caribe: Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN), Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) y Río San Juan.

2.1.2 Demografía

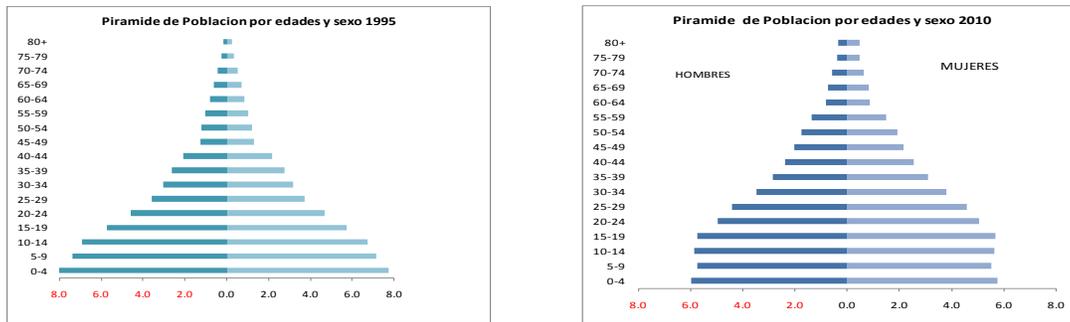
De acuerdo con los tres últimos censos, Nicaragua redujo su tasa de crecimiento poblacional anual de 3,5% (período 1971-1995) a 1,7% (1995 y 2005). Según estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), la población total para el año 2005 fue de 5,142,098; y la población estimada para el 2010 de 5,815,526 habitantes, de los cuales 49.5% son hombres y el 50.5% son mujeres, con una relación de 98.3 hombres por cada 100 mujeres. El 56% de la población del país reside en el área urbana.

La población se concentra en su mayoría en el Pacífico donde reside el 57%, el 31% reside en la Región Central y el 12% en las Regiones del Atlántico. Los departamentos de Managua (1,401,276 habitantes) y Matagalpa (518,000 habitantes) concentran el 33% de la población total del país.

¹ CONSIDA, MINSa, CIES, USAID/PASCA. (2010). Avances y Retos en la implementación del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida 2006-2010.

En los últimos 15 años (1995-2010), la estructura de la población ha experimentado cambios según grupos de edades, los datos indican que la población menor de 15 años, considerada dependiente, se redujo de 45,1 a 34.5%. Las personas en edad de trabajar, entre 15 y 64 años, que representaban el 51.4% se incrementó pasando a representar 61% de la población, y los mayores de 65 años aumentaron su peso relativo de 3.5 a 4.5%, la relación de dependencia se redujo de 95 a 71%.

Figura No.2. Nicaragua. Pirámides de Población por edades y sexo 1995-2010.



Fuente: INIDE

La fase actual de la transición demográfica de Nicaragua, se caracteriza por el aumento de la proporción de personas en edad de trabajar y generar ingresos para sus hogares y por ende para la población total, lo que implica que habrá una menor proporción de niños y niñas. Según diversos estudios, los cambios demográficos traen consigo la potenciación del crecimiento económico por los cambios graduales que se van dando en la estructura por edades y que se manifiestan en el descenso de las relaciones de dependencia y en la concentración de la población en la edad laboral activa, que permite a cualquier país incrementar su potencial productivo y sus niveles de ahorro, (Bono Demográfico).

De acuerdo a datos del Censo del 2005, el 8.6% del total de población del país se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica. Se valora la diversidad étnica como una variable del contexto que complejiza la Respuesta Nacional², con un peso de 47%.

Una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años de edad, ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos. Según ENDESA 2006/07, las tasas de fecundidad por edad, llegan a reflejar una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.7 hijos por mujer del total nacional. Esta cifra varía por departamento y de acuerdo al acceso que tienen a la educación. En el área urbana la TGF es casi un valor de reemplazo, 2.2 hijos por mujer y 3.5 en el área rural. Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 49% del total de mujeres, 14% son analfabetas y sólo un 10% alcanzó algún grado de educación superior. Los roles de género, las actitudes y conductas hacia la sexualidad se valoran como variables del contexto que dificultan la Respuesta Nacional al VIH, con peso del 47%, respectivamente³.

² CONSIDA, MINSA, CIES, USAID|PASCA. (2010). Avances y Retos en la implementación del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2006-2010.

³ Ídem

La aceleración de la transición demográfica en Nicaragua, se caracteriza por cambios en el crecimiento y la estructura por edades de la población y la reducción de la relación de dependencia, producto del rápido descenso de la fecundidad (4.9 hijos por mujer en 1995; 2.9 en 2005).

Este descenso, sumado a la intensa migración internacional, es causa principal de la drástica reducción de la tasa promedio anual de crecimiento demográfico (3.5% en el período 1971/95; 1.7% en el período 1995/2005). No obstante, en términos absolutos la población sigue aumentando a un ritmo promedio anual de 80 mil personas. La movilidad poblacional se valora como una variable del contexto que obstaculiza la Respuesta Nacional al VIH con un peso del 74%⁴. Algunos indicadores demográficos son mostrados en la tabla I.

Tabla No. I Indicadores demográficos año 2010

	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Población Total (miles)	5,816	2,879	2,937
Proporción de población urbana	55.9	54.0	57.8
Población Indígena (miles)	444	222	222
Proporción de población menor de 15 años (%)	35.6	33.5	34.5
Proporción de población de 60 años y más (%)	5.8	6.4	6.1
Tasa de crecimiento anual de la población (%)	1.3	1.2	1.4
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)			2.76
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes			24.87
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes	4.77		
Esperanza de vida al nacer (en años)	72.89	69.91	76.02
Saldo migratorio (en miles)	-200	-110	-90

Fuente: INIDE

2.1.3 Contexto Socioeconómico

El Producto Interno Bruto presenta un comportamiento oscilante en los últimos 5 años; en el 2005 se da una tasa de crecimiento del 4.3 con descensos en los siguientes años y en 2010 la actividad económica registró un crecimiento anual de 4.5 por ciento, el segundo más alto de Centroamérica y República Dominicana. Este resultado estuvo asociado, principalmente, a la recuperación de la economía mundial, evento que conllevó a un incremento de las exportaciones y a la generación de impulsos en la demanda interna, en un ambiente de estabilidad macroeconómica⁵.

Según el Índice de Desarrollo Humano el coeficiente de Gini para Nicaragua en el 2010 es de 0,565 ubicado entre los países de desarrollo medio. En el 2010, Nicaragua, presentó una tasa de desempleo del 7.8%. En el 2007 la tasa de desempleo era del 5.9% con un leve crecimiento en el 2008 y en el año 2009 llega al 8.2%.⁶

De acuerdo a datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH)⁷ indica que la Población en Edad de Trabajar (PET) experimentó un incremento interanual de 2.1% en el 2010. La PET se subdivide en la Población Económicamente Activa (PEA) con 72% de participación; el resto lo conforma la Población

⁴ CONSIDA, MINSA, CIES, USAID/PASCA. (2010). Avances y Retos en la implementación del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2006-2010.

⁵ Banco Central de Nicaragua. (2011). Informe Anual 2010.

⁶ Idem

⁷ Desde febrero 2009, el INIDE realiza la Encuesta Continua de Hogares (ECH) para la medición del empleo, la cual constituye una de las fuentes más importantes de información primaria que posee el país en materia socioeconómica. Esta encuesta tiene cobertura nacional, representatividad trimestral, y por su carácter continuo, permite obtener información sobre la estacionalidad del empleo.

Económicamente Inactiva (PEI); la tasa de desempleo abierto se ubicó en 7.4 por ciento (7.7% en 2009) mostrando una disminución de 0.3 puntos porcentuales.

Asimismo, la encuesta indica que 53.7% de la PEA se encuentra en el subempleo. De esta proporción, 45.2 % labora menos de 40 horas a la semana y el resto devenga salarios inferiores al mínimo legal. Esta modalidad de ocupación se ha venido incrementando, debido al menor crecimiento de la oferta de puestos de trabajo formal respecto a la demanda, lo que conlleva a que un alto porcentaje de la PEA no esté incorporada al seguro social, entre otros beneficios.

Por otro lado la tasa bruta de ocupación en el sector rural es del 73.5% en el 2010 y la tasa de desempleo abierta en el sector rural por trimestre es de 3.1%

Del total de ocupados, 18.8% cotizaron a la seguridad social (19.7% en 2009), lo cual evidencia un amplio margen para aumentar el nivel de afiliación.

El porcentaje de población en pobreza general ha disminuido pasando de 49.3% en el 2005 a 42.5% en el 2009 y la población en pobreza extrema se redujo notablemente de 17.2% en el 2005 a 14.6% en el 2009, debido al impacto de los programas sociales que desarrolla el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) en estas poblaciones. La pobreza se identifica como la principal variable del contexto que dificulta la implementación del PEN 2006-2010, con un peso de 91%⁸.

Los iletrados e índice de analfabetismo en la población de 15 a 65 años, han descendido aceleradamente, en el año 2005 era del 20.1%, en el 2008 se redujo al 10.5%, disminuyendo hasta el 3% en el 2010. A pesar de los recientes esfuerzos por la reducción del analfabetismo se valora que los bajos niveles educativos dificultan la Respuesta Nacional con un peso del 77%⁹.

El cuadro siguiente resume los principales indicadores sociales:

Tabla No. 2 Indicadores Sociales

Indicadores Sociales 2005-2010	2005	2009	2010
Coeficiente de Gini ¹⁰	0.545	0.562	0.565
Iletrados e índice de analfabetismo (%) ¹¹	20.1	4.1	3%
Tasa de escolarización primaria (%) ¹²	87.3	87.1	87.3
Gasto gubernamental en salud por habitante US\$ ¹³	30.9	43.9	42.2
Pobreza General (%) ¹⁴	48.3	42.5	-
Pobreza Extrema (%) ¹⁵	17.2	14.6	-

⁸ CONISIDA, MINSA, CIES, USAID/PASCA. (2010). Avances y Retos en la implementación del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2006-2010.

⁹ Ídem

¹⁰ PNUD (2010). Informe sobre Desarrollo Humano. Edición del Vigésimo Aniversario.

¹¹ BCN (2011). Nicaragua en cifras 2010.

¹² Ídem

¹³ Ídem

¹⁴ INIDE (2011) Encuesta de Hogares sobre Medición del Nivel de Vida 2009 (EMNV 2009). Principales Resultados: Pobreza, Consumo, Ingreso

¹⁵ Ídem

2.1.4 Gasto en Salud y Gasto en VIH

El gasto gubernamental en salud por habitante se ha incrementado, de US\$30.9 en el 2005, a US\$42.2 en el 2010, como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) representa el 3.7% en el año 2010. Ver Tabla No.2.

El Gasto en VIH y sida en Nicaragua de acuerdo al informe de Medición del Gasto en sida fue de C\$245,539.30 miles de córdobas, equivalente a US\$13.3 millones de dólares¹⁶ para el 2007 y de C\$317,964.60 miles de córdobas para el 2008, equivalente a US\$ 16.9 millones. Observándose una tasa de crecimiento general del 22.78% en el 2008.

2.1.5 El Sistema de Salud

De acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud (Ley 423), el sistema de salud actual en Nicaragua está conformado por dos sub sistemas: público y privado.

El sub sistema público, está conformado por el Ministerio de Salud (MINSa), Ministerio de Gobernación (MIGOB), Ministerio de Defensa y por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y el sub sistema privado con fines de lucro conformado por hospitales privados, clínicas, consultorios, laboratorios, distribuidoras y expendedoras de productos farmacéuticos y las Organizaciones Sociales.

El MINSa es la institución rectora del sistema de salud y el principal oferente de los servicios de salud. Realiza acciones esenciales de salud pública y atención individual para la gran mayoría de población no asegurada. La principal entidad aseguradora es el INSS, el cual a través de Instituciones Proveedora de Servicios de Salud (IPSS) compra prestaciones médicas para asegurados y derechohabientes.

La segmentación se presenta en la división de los sistemas de salud en sub componentes “especializados” en diversos grupos de población y se manifiesta tanto para la provisión, como para el aseguramiento en un subsistema público orientado a los pobres; en el sub sistema de Seguro Social especializado en los trabajadores formales y sus dependientes y en un sub sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos de población con mejor condición económica; también existe un sub sistema privado sin fines de lucro compuesta por las organizaciones sociales.

La provisión de servicios de salud se realiza a través de los diferentes subsistemas: El sistema público MINSa posee representación a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), en cada uno de los departamentos y Regiones Autónomas del país, encargadas de los aspectos técnicos y administrativos de la red de servicios del departamento, asumiendo las competencias y responsabilidades del MINSa en el territorio.

Para la atención, el MINSa al 2010 contaba con 1,122 unidades de salud, conformada por 31 hospitales, (de los cuales 2 se clasifican como unidades especializadas en el tercer nivel de atención), 34 hospitales primarios, 2 policlínicos, 145 centros de salud familiar y 1,008 puestos de salud familiar. De esta red, 32 Unidades de Salud administran terapia antirretroviral, (TAR). Valorándose la descentralización como una variable de contexto positiva para la Respuesta Nacional al VIH, con un peso de 74%.

¹⁶ Tipo de cambio promedio de US\$18.44 BCN Gerencia Internacional. Deslizamiento del Tipo de Cambio oficial 2007

Por otro lado, el sistema de salud cuenta con una red comunitaria, conformada por 5,795 Casas Bases y 89 Casas Maternas.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), no posee una red propia de infraestructura médica, sino que contrata los servicios a las IPSS, tanto del sector público, Clínicas Médicas Previsionales (CMP), propiedad del MINSa con 17 filiales en todo el país¹⁷; como del sector privado en total 20, a través de contratos con pago per cápita y pago de eventos.

El Ministerio de Gobernación y Ministerio de Defensa cuentan con una red de servicios a través de la cual brinda atención curativa principalmente al personal de dichos Ministerios y sus familiares y vende servicios a través de una IPSS al INSS y al público capaz de pagar por ellos. El Ministerio de Gobernación brinda atención curativa y preventiva a través 17 clínicas departamentales de la policía, 8 clínicas regionales en el Sistema Penitenciario, servicios de salud preventiva de la Dirección General Bomberos y los Servicios Médicos de Migración.

La provisión del servicio de atención primaria por parte de las Organizaciones Sociales es complementaria a la provisión pública, dando origen a un escenario mixto de provisión y financiamiento.

Aunque el diagnóstico de VIH (pruebas rápidas) se realiza en todas las entidades del Sistema de Salud público de Nicaragua, la confirmación de la prueba a través de las técnicas de Elisa, Western Blot y el suministro del Tratamiento Antirretroviral (TAR) es competencia exclusiva del Ministerio de salud.

¹⁷ GRUN, INSS Anuario estadístico 2010

3 CONTEXTO DEL VIH Y SIDA EN CENTROAMÉRICA

La Universidad de Georgetown en un estudio¹⁸ realizado en el 2010, estima que 163.000 personas vivían con el VIH en América Central en el 2008. Los siete países de la región analizados, presentan una prevalencia del VIH en adultos de casi 0.7%, frente al 0.5% para toda la región de América Latina y el 0.8% en todo el mundo.

Los datos de prevalencia de VIH en población general para el 2010 en Centroamérica muestran que Guatemala, El Salvador y Honduras presentan prevalencia de VIH entre 0.5 y 1.0%; Nicaragua y Costa Rica entre 0.1 y 0.5% y Belice entre 1.0 y 5.0%. Para Belice refieren una estimación de prevalencia de VIH de 2.3% en el grupo etario de 15 a 49 años para el año 2009¹⁹.

Según el Reporte Mundial de la situación de VIH, publicado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y sida (ONUSIDA) en el 2009, en Centroamérica se presentan tasas excepcionalmente elevadas de nuevas infecciones por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En Costa Rica, el Ministerio de Salud refiere una prevalencia de 10.9% en este grupo (2010). En El Salvador los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) tenían 21.8 veces mayor probabilidad de contraer la infección que la población general, de acuerdo con las cifras publicadas por ONUSIDA²⁰. Para el 2009, en Nicaragua se reportó que la prevalencia entre personas de 15 a 24 años en la población general era de 0.11%; en ese mismo año la prevalencia entre HSH fue de 7.5% en Managua, y entre Trabajadoras Sexuales (TS) fue de 2.4% en Chinandega, es decir que en relación a la población en general la prevalencia de VIH en la población en mayor riesgo es entre 16 y casi 70 veces mayor.

En la Hoja de Datos de la epidemia de VIH para la región de América Central del 2010, ONUSIDA destaca que la mayoría de la epidemia de VIH se encuentra en redes de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y alrededor de estas redes²¹. Recomienda que los programas de prevención deban de llegar a grupos de población HSH, población Trans y TS, así como a sus clientes.

La encuesta sobre estigma y discriminación realizada por USAID/PASCA entre población adulta en el 2009²², evidenció actitudes hostiles hacia las Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR) que se constituyen en barreras para el involucramiento de estos grupos en la Respuesta al VIH: sólo el 49% de la población piensa que las personas con VIH deben tener acceso amplio a lugares públicos; sólo un 20% considera abiertamente que un amigo homosexual podría vivir en su casa; 25% opina que el VIH y sida es un castigo para los HSH y TS por su comportamiento.

Por otro lado, la dinámica del VIH visibiliza una faceta crítica de la Violencia Sexual (VS) y Violencia Basada en Género (VBG). Esta se relaciona con tres factores de riesgo: la transmisión de ITS y VIH; el ocultamiento de la condición de seropositividad al VIH para evitar situaciones de violencia con las consecuentes prácticas sexuales desprotegidas; y el encubrimiento o disimulo de las situaciones de violencia sexual limitando las posibilidades de acceso a atención profiláctica del VIH de manera oportuna.

¹⁸ CARE working group and Dept. International Health/SNHS, Georgetown University. (2010). Central América Regional Report.

¹⁹ Reporte Global 2010, Mapa de prevalencias mundial de VIH, ONUSIDA, 2010.

²⁰ CDC

²¹ Hoja de datos América Central y América del Sur, ONUSIDA, 2010.

²² Percepción sobre el VIH sida en Centroamérica. Resultados de encuestas de opinión pública realizado en Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Belice. 2008.

Se estima que en Honduras, la comunidad Lésbica, Gay, Transgénero y Bisexual, ha sido víctima de graves violaciones a sus derechos cometidos por policías, clientes, familiares y personas desconocidas. A partir del 2005, más de 50 miembros de la comunidad han muerto en forma violenta, otra cantidad no especificada ha sido objeto de tentativas de homicidios, amenazas, lesiones, robos, violaciones, detenciones ilegales y víctimas de abusos de autoridad en las principales ciudades del país²³.

Es importante destacar que VBG y la VS no solamente a las mujeres, sino a otras poblaciones, entre ellas las más expuestas al riesgo de contraer el VIH (PEMAR), las que rutinariamente enfrentan violencia como resultado de sus manifestaciones de género y sexualidad. El uso de alcohol también se ha vinculado con la violencia sexual e interpersonal, entre hombres y mujeres heterosexuales, como también entre HSH.²⁴

En Guatemala, en el año 2010, fueron interpuestas 14 denuncias ante la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), provenientes de minorías sexuales y 46 de personas con VIH (PVV). En el mismo año se cometieron más de 13 asesinatos de odio contra personas Trans, según denunció la organización de personas Trans, Redlactrans en Guatemala. “

Otra manifestación de la VBG es el homicidio de mujeres. El I Informe Regional del Consejo de Procuradores de Derechos Humanos “Situación y análisis del feminicidio en la región centroamericana”, evidencia las características de violencia de género en los países. Según el reporte de Naciones Unidas, Guatemala cuenta con el mayor número de homicidios contra mujeres; la Comisión Interamericana de Derechos Humanos reportó entre el 2001-2004 un total de 1,188 asesinatos de mujeres. Al respecto la Procuraduría de Derechos Humanos manifestó la falta de aplicación de un enfoque coordinado y que los informes oficiales no reflejan la magnitud del problema.

En El Salvador, en el año 2005, un grupo de organizaciones mixtas y organizaciones de mujeres, presentaron una campaña de prevención de la violencia de género, en donde revelaron que el 56.4% de la población piensa que es normal que un hombre agrede a una mujer. La Encuesta Nacional de Salud Familiar (2003), reveló que el 38.5% de las mujeres en situación de pareja, reportaron haber recibido algún tipo de agresión física, o psicológica de su pareja. El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), emite informes semestrales con datos de casos tipificados como violencia de género, atendidos por el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar.

En Nicaragua, la Encuesta de Demografía y Salud 2006-07 encontró que el 50% de las mujeres de 15 a 49 años con experiencia de vida marital ha recibido violencia verbal, física o sexual de parte de su cónyuge alguna vez en la vida²⁵; y que el 22% ha sufrido algún tipo de violencia de parte de su cónyuge en el año que precedió a la entrevista²⁶.

En Costa Rica, a partir de la aprobación de la Ley Contra la Violencia Doméstica en 1996, se cuenta con un mejor registro de información que permite conocer los avances; como dato importante, a partir de esta ley la cantidad de medidas de protección ingresadas en los juzgados son mayores. La información más específica e importante la ofrece la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, que realiza el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la Universidad de

²³ CNN, México. Febrero 2011. <http://mexico.cnn.com/mundo/2011/02/05/autoridades-buscan-detener-los-crimenes-contragays-en-centroamerica>.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. “Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”. OPS. Washington, D.C.S, 2010.

²⁵ ENDESA 2006-07, pg 380.

²⁶ Ibid. Pg 383.

Costa Rica y que reveló que el 58% de las mujeres encuestadas ha sufrido algún tipo de violencia; en cuanto a violencia sexual, el 38.2% de mujeres encuestadas experimentó algún tipo de agresión después de los 16 años; el 27.9% reportó haber sido tocadas en contra de su voluntad y al 26% las han tratado de forzar a tener relación sexual o las han matado.

Panamá, a partir del año 1995, incorporó en su ordenamiento jurídico normas que sancionan la violencia intrafamiliar y a partir de esa fecha, la violencia contra las mujeres se penaliza en sus diferentes manifestaciones. La mayoría de las víctimas de delitos sexuales son adolescentes y niñas de 5 a 17 años²⁷.

En Belice existe poca información al respecto, pero la gran cantidad de solicitudes de orden de protección en la Corte de Familia indican que la VBG es un problema significativo. El informe anual de 2001 sobre violencia domestica²⁸ reportó 688 casos, de los cuales 616 eran mujeres de 25-29 años de edad. El informe de 2004 revela que mujeres en relaciones de pareja reportaron la mayoría de casos de agresión, con un incremento significativo durante 2003-2005.

²⁷ idem

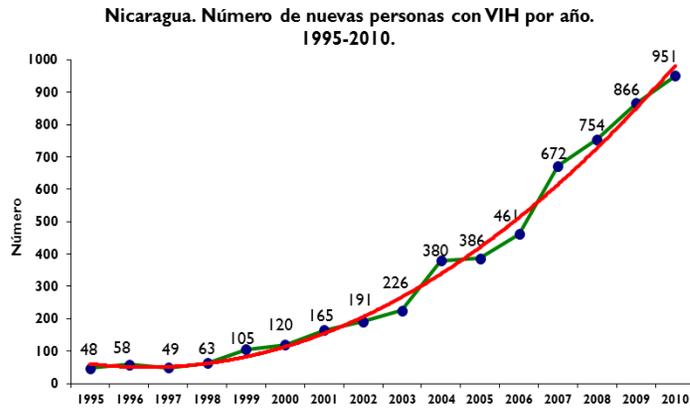
²⁸ Situación y análisis del feminicidio en la Región Centroamericana. Agosto 2006. IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos).

4 CONTEXTO DE LA EPIDEMIA EN NICARAGUA

4.1 Situación epidemiológica

En Nicaragua, se reportó el primer caso de VIH en el año 1987, hasta el 2010, el comportamiento epidemiológico de la epidemia en el país, se mantiene como una epidemia concentrada.

Gráfico No. 1 Número de nuevas personas con VIH por año 1995-2010



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica / Componente ITS-VIH/Sida

Al finalizar el año 2010, se registra un acumulado de 5,693 personas con VIH, de las cuales el 11.1 % (631) son casos de infección avanzada y el 15.6% han fallecido, (887).

Durante el año 2010, se reportaron 951 casos nuevos, de los cuales el 54% (513) son hombres y el 39% (370) mujeres, con una razón de 1.39 hombres por mujer. El 84.7% de los casos registrados en el 2010, se encuentran entre las edades de 15 a 39 años.

De las 370 mujeres el 79,2% se concentra en los grupos de edad de 15 a 39 años. De las cuales el 44%, (163), son originarias de Managua, 15.9% (59), de Chinandega y el 8.9% (33) de la RAAS.

La tasa de **prevalencia** nacional es de 82.45 por 100 mil habitantes, presentando un incremento de 14.75 en relación al 2009, (67.7). Similar comportamiento refleja la tasa de **incidencia** nacional, la que para el 2010 fue de 16.3 x 100,000 habitantes, ligeramente mayor a la del 2009 que fue de 15.1x100 mil habitantes.

El comportamiento del VIH y sida a nivel nacional es persistentemente ascendente lo que denota que la población nicaragüense es cada vez más vulnerable, debido a factores de riesgo y vulnerabilidad tales como: la no utilización de condón para disminuir la incidencia de ITS y de VIH, escasa o nula percepción de riesgo, alta tasa de incidencia de ITS, migración interna y externa, pobreza, analfabetismo, bajos niveles de educación sexual, falta de apropiación a los derechos sexuales y reproductivos, violencia basada en género, entre otras.

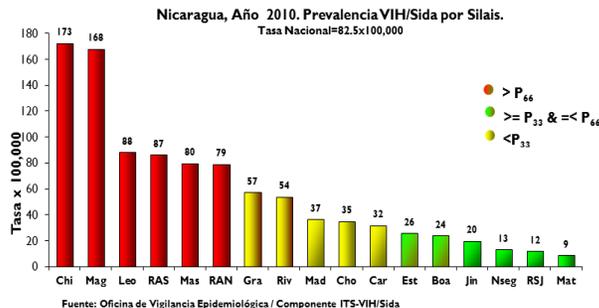
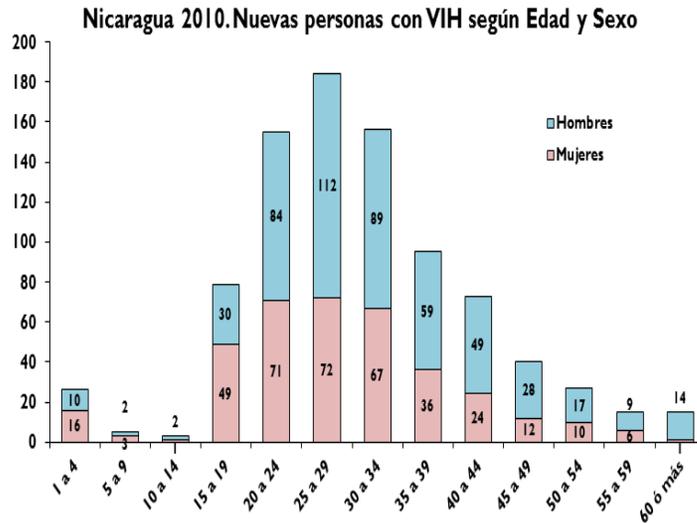


Gráfico No. 2 Prevalencia de VIH y sida por SILAIS

Los SILAIS que presentan prevalencia mayor a la media nacional, son en orden de frecuencia, Chinandega con 173 x 100,000, Managua con 168, León con 88 y RAAS con 87.

Se considera que la principal vía de transmisión es la sexual. Según la característica de preferencia sexual, el 93% refieren ser heterosexuales y 4% HSH. La transmisión vertical reportada durante este periodo fue del 3%.

Gráfico No. 3 Número de nuevas personas con VIH por año 1995-2010

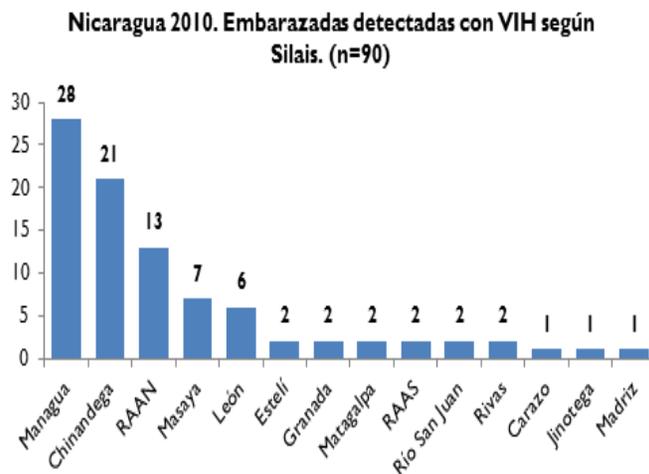


Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica / Componente ITS-VIH/Sida

En la población de 15 a 24 años la tasa de incidencia nacional es de 18.6 x 100,000 habitantes, Chinandega y Managua superan la tasa nacional con 38, RAAN con 33 y Granada con 22.

En el 2010, los más afectados, son las personas con edades comprendidas entre los 15 y 39 años, acumulándose en este grupo el 84.7% de las infecciones de VIH, a nivel nacional en ambos sexos.

Gráfico No. 4. Número de Embarazadas con VIH, año 2010



Durante el 2010, se realizaron un total de 112,234 pruebas de VIH, de las cuales el 80% se efectuaron a mujeres embarazadas.

El Ministerio de Salud inició el suministro de TAR a la población afectada, en el año 2003 con 22 personas, para el año 2006 ya se atendían 335, logrando para el 2010 el acceso de TAR a 1,286 personas.

4.2 Compromisos Internacionales

El Estado Nicaragüense ha ratificado compromisos internacionales de derechos humanos a ser aplicado en el abordaje del VIH y sida, posee además un marco regulatorio nacional vigente en el que se destacan aspectos como la provisión de servicios de educación, prevención y tratamiento, la confidencialidad, autonomía personal, derechos laborales y la prohibición de medidas discriminatorias.

Entre los tratados internacionales destacan:

- Pacto internacional de derechos civiles y políticos y su desarrollo facultativo.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales y el protocolo adicional a la convención.
- Convenio sobre la discriminación de empleo y ocupación.

Entre los compromisos políticos internacionales asumidos por Nicaragua, para la Respuesta Nacional al VIH, destacan:

- Declaración de compromiso sobre el VIH y sida (UNGASS 2001 y 2008).
- Declaración del Milenio (ODM).
- Declaración de Beijing y plataforma de acción.
- Declaración del Cairo.
- Declaración de DOHA.
- Compromisos en la reunión del sector salud de Centroamérica y República Dominicana, 2003, (RESSCAD).
- Compromisos en la reunión del consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, 2004, (COMISCA).
- Declaración de San Salvador

4.3 Respuesta Nacional ante el VIH y sida

El conjunto de actores que realizan acciones encaminadas a contener la propagación del VIH desde la detección del primer caso en 1987 han conservado los esfuerzos en la diseminación de información sobre la epidemia, fomentando el dominio de buenos conocimientos y evitando el arraigo de mitos y tabúes sobre la misma, todo ello con la intención de evitar la violación de los derechos de las personas con VIH por dicha condición.

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

La aprobación de la ley 238 y su reglamento es una síntesis del tesoero esfuerzo de estas organizaciones y de las instituciones del Estado en pro de garantizar la protección de los derechos humanos ante el sida, brindando un marco para la ejecución de acciones de prevención hacia toda la población, que dio lugar a la aprobación de la Política y contribuyó a una nueva estructuración del Programa Nacional, considerado hasta ese entonces de tipo vertical- por uno menos ejecutor, más facilitador y supervisor con clara tendencia a la 'horizontalización' para mejorar la calidad de la atención a las personas con ITS y VIH.

El Estado ha gestionado y puesto a la disposición recursos financieros para garantizar el funcionamiento de la Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA), ente cuya misión es la de asegurar la aplicación de la Ley 238 y su reglamento, que aglutina el funcionamiento articulado del conjunto de actores de la Respuesta Nacional, bajo un enfoque multisectorial. Según los estudios de Medición del Gasto en sida y de Cuentas Nacionales en sida, en Nicaragua se muestran un progreso en la gestión de fondos desde la cooperación, la muestra más fehaciente es el haber ganado la Octava Ronda del Fondo Mundial, que significa más de 55 millones de dólares para el país a ser ejecutados en el período 2010-2014.

4.3.1. Evolución del Plan Estratégico Nacional

El Plan Estratégico Nacional de ITS y VIH y sida, está constituido como el documento que guía el accionar de los actores de la Respuesta Nacional para enfrentar y contener la epidemia, la práctica de su elaboración data desde mitad de los 90's y su evolución ha transcurrido desde ser un documento institucional del Ministerio de Salud hasta ser un documento de toda la comunidad de actores de la respuesta liderado por la CONISIDA y encabezado por el MINSAL.

El PEN 2006-2010, cuenta con una estructura congruente entre los objetivos estratégicos y las acciones deja por fuera aspectos dirigidos a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad razón de ser para una epidemia concentrada y establece una serie de indicadores para medir el avance de su implementación que merecen ser adaptados para que su medición sea factible y con ello mejorar la utilidad.

En la evolución del PEN desde finales de los años 90, un aspecto que ha faltado es definir el costo de las estrategias, el conocer la magnitud de los recursos financieros necesarios para la implementación del PEN así como los recursos disponibles facilita la identificación de brechas y orientar las acciones para la movilización de recursos ante la cooperación y dentro del mismo estado.

El contar con el costeo del PEN contribuirá a valorar sistemáticamente la aplicación de los Tres Uno, al poder ser precisados los costos de los Planes locales a ser monitoreados y así fortalecer el proceso de crecimiento de las CONISIDA a nivel departamental y municipal en el país iniciado en los últimos años.

La Respuesta Nacional en Nicaragua, está estructurada en coherencia con los lineamientos internacionales, realizándose esfuerzos encaminados al cumplimiento de la estrategia de los 'tres uno', la cual propone a nivel del país un marco concertado de Respuesta al VIH; una autoridad nacional de coordinación y un sistema único nacional de vigilancia y evaluación. Así mismo, como parte de la Respuesta Nacional, el país cuenta con un Marco jurídico político y un marco institucional, como asidero legal para la implementación de estrategias de integración con otras entidades tanto gubernamentales como organizaciones sociales.

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

4.4 Marco jurídico político

La Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁹, enuncia que “todas las personas tienen derecho por igual a la protección de su salud, al respeto a la dignidad humana y a vivir sin discriminación de ningún tipo”.

El Programa de acción de la cuarta conferencia internacional sobre población y desarrollo³⁰ así como el Plan de acción de la conferencia sobre los derechos de la mujer³¹, establece entre sus objetivos prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y sida, reducir su incidencia, proceder a su tratamiento y prevenir las complicaciones, dando prioridad a los programas de educación para niños, niñas, mujeres y hombres.

Por ser mencionadas de forma específica el tema de la infección por el VIH, se destacan la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas³², entre cuyos objetivos aparece “Reducir la propagación de enfermedades, especialmente el VIH y sida y el paludismo”; y la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH y sida, UNGASS³³ aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio del 2001, que expresa el compromiso de los gobiernos participantes en el sentido de “Reducir la incidencia del VIH y comenzar a revertir los efectos de la epidemia del VIH y sida para el año 2015.”

La Constitución Política de la República de Nicaragua en el Arto.59, señala el derecho igual a la salud para todos los ciudadanos sin discriminación y la responsabilidad del estado de garantizar las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, dirigiendo y organizando programas, servicios y acciones de salud y promoviendo la participación popular.³⁴

La ley 238. Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida³⁵, garantiza a todos los ciudadanos nicaragüenses y a los extranjeros que residen en el territorio nacional (art. 2), el más absoluto respeto a sus derechos humanos en todo lo relacionado con la prevención y el control del VIH; la no discriminación, la confidencialidad y el respeto a la autonomía personal; la posibilidad de recibir educación sanitaria y sexual que promueva prácticas sexuales responsables y seguras; el acceso a servicios de salud con atención integral, humanizada y de calidad, incluyendo el tratamiento más efectivo; así como la obligación de todas las entidades públicas y privadas que cumplan funciones de información, comunicación y educación, de garantizar información científica veraz y oportuna para la prevención. Dispone la creación de CONISIDA,³⁶ como instancia de gobierno encargada de velar por la aplicación consecuente de esta ley.

La ley 423, Ley general de salud y su reglamento,³⁷ define como Sistema nacional de salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas y, en su artículo I I, reconoce la construcción de modelos de salud autónomos para las regiones del Caribe. Esta misma

²⁹ Declaración Universal de derechos humanos. Asamblea General de Naciones Unidas 10 de diciembre de 1948.

³⁰ Programa de Acción de la 4ta. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

³¹ Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. ONU. Beijing, 1995.

³² Declaración del Milenio. ONU 8 de septiembre 2000.

³³ Declaración de Compromisos de lucha contra el sida. ONU junio del 2001.

³⁴ Constitución Política de la República de Nicaragua, Artículo No. 59.

³⁵ Ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida y su reglamento. La Gaceta diario oficial No 232. Nicaragua. 1996.

³⁶ Ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida y su reglamento. Artículo 31. Gaceta Oficial No 232. Nicaragua. 1996.

³⁷ Ley 423, General de Salud, aprobada el 14 de marzo del 2002, publicada el 17 de mayo y entró en vigencia en Septiembre del mismo año. La ley ya fue reglamentada y sancionada por el Presidente de la República, el diez de enero del 2003.

Ley en su Arto.13 establece que: “La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.

La ley No. 185, el Código del Trabajo en el arto. 100, ³⁸ dispone que ‘Todo empleador tiene la obligación de adoptar medidas preventivas necesarias y adecuadas para proteger eficazmente la vida y salud de sus trabajadores.

Decreto ley 975. Ley Orgánica de la Seguridad Social ³⁹ faculta al INSS para implementar, dentro del régimen de seguridad social, todas las prestaciones con los riesgos profesionales, y establece en el Arto.74 que ejecutará programas para la prevención de enfermedades profesionales y establece claramente las obligaciones de los empleadores.

Ley No 369, Ley Sobre seguridad transfusional,⁴⁰ en el arto. 1 señala: La salud es un derecho constitucional dentro del cual toda actividad relacionada con la donación, procesamiento, conservación, suministro, transporte y transfusión de sangre humana, de sus componentes y derivados, se declara de interés público, debiendo regirse por las disposiciones establecidas en esta Ley y su Reglamento, cuyas normas se aplicarán a todo el territorio nacional.

Ley No 287. Código de la niñez y la adolescencia, define que todas las niñas niños tienen derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental, educación, el tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social y a los servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud.

Ley No. 392. Ley de promoción del desarrollo integral de la juventud, tiene por objeto promover el desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes; garantizar el ejercicio de sus derechos y obligaciones; establecer políticas institucionales y movilizar recursos del estado y de las organizaciones sociales para la juventud. Para los efectos de esta ley se entiende por joven a toda persona nacional o extranjera radicada en el territorio nacional cuya edad oscile entre los 18 y 30 años de edad; los límites de edad señalados aquí no sustituyen los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes que garantizan derechos civiles y políticos así como garantías penales.

La ley 28: Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, referente a la autonomía de las regiones de la Costa Caribe nicaragüense, en el arto. 8 numeral 2 establece que las Regiones Autónomas a través de los órganos administrativos tienen entre las atribuciones generales: Administrar los programas de salud, educación, en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.’

³⁸ Ley No 185. Código del Trabajo. Gaceta oficial No 205, 30 de Octubre de 1996.

³⁹ Decreto Ley No 975. Ley Orgánica de la Seguridad Social. La Gaceta, Diario oficial No 29. 1 de Marzo de 1982.

⁴⁰ Ley Sobre seguridad transfusional. Aprobada el 28 de Noviembre del año 2000.

En el marco del convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) No.169 en los siguientes artículos establece:

Artículo 7. Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente,

Artículo 25. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Artículo 30. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

Artículo 23. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24.

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

Asimismo, el marco político que delimita el Plan estratégico nacional de las ITS, VIH y sida está conformado por un conjunto de políticas públicas de la República de Nicaragua, las que se materializan en los siguientes instrumentos:

El Plan Nacional de Desarrollo Humano⁴¹ expresa el compromiso de las políticas de gratuidad impulsadas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, centradas en restituir el derecho de los nicaragüenses a un medio sano con énfasis en salud preventiva.

⁴¹ GRUN (2009). Plan Nacional de Desarrollo Humano Actualizado 2009-2010

La Política Nacional de Salud⁴² tiene como objetivo desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad en el que se desarrollen enfoques de género y generacional para contribuir a reducir las inequidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

La Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida⁴³, de Nicaragua, orienta la normativa de acciones, disposiciones, principios, procedimientos, orientaciones y directrices de carácter público, dictadas por los órganos estatales competentes, a fin de conducir la Respuesta Nacional al VIH y sida, y garantizar el acceso universal a la prevención, atención, tratamiento y apoyo relativos al VIH y sida, considerando el respeto, la promoción, defensa y protección de los derechos humanos

La Política nacional de población⁴⁴ y su plan de acción orientan el desarrollo de un programa nacional para atender lo relacionado con la salud sexual y reproductiva e incluye la prevención del VIH y sida y responsabiliza al Ministerio de Educación (MINED) para garantizar una educación sexual científica y veraz a educandos y educadores y al Ministerio de Salud a implementar un paquete básico de atención que incluye el VIH, aplicando un modelo de atención diferenciado para adolescentes y jóvenes, encaminado al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y a la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH.

La Política nacional de educación⁴⁵ reconoce al VIH y sida como un problema de salud relacionado con la poca educación sexual, estableciendo la incorporación de estos temas en los programas docentes en los diferentes niveles de enseñanza, así como en la formación de los educadores.

Por otra parte, las Políticas de la juventud⁴⁶ y la Política nacional de atención y prevención integral a la niñez y la adolescencia,⁴⁷ y su Plan Nacional de Acción para la atención integral a la niñez y la adolescencia, definen entre sus objetivos que se deberá garantizar el acceso a la información y educación sexual y a servicios integrales de salud a los jóvenes para poder prevenir las ITS y el VIH.

El Plan nacional de lucha contra la violencia, define como una prioridad trabajar en el empoderamiento de la mujer, promoviendo prácticas de respeto y equidad que permita eliminar todo tipo de violencia y explotación contra la mujer, la niñez y la adolescencia y poder elevar la calidad de vida de la población nicaragüense.

El marco normativo está conformado por un conjunto de resoluciones ministeriales que regulan principalmente los aspectos técnicos y éticos que deben ser cumplidos en la ejecución de diferentes acciones relacionadas con la prevención y atención al VIH y sida, constituyendo el referente directo para el actuar de los trabajadores de la salud, los maestros y el personal de los bancos de sangre y otros.

A continuación se detalla normas y acuerdos ministeriales, sobre el VIH y sida⁴⁸ Reformas y Adiciones al Decreto N° 71-98, Reglamento de la Ley N° 290, Ley de Organización, Competencia y

⁴² MINSA (2008). Política Nacional de Salud.

⁴³ Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida NICARAGUA Managua, Nicaragua, Agosto de 2006

⁴⁴ Política Nacional de Población. Diciembre de 1997. Plan de Acción. Secretaría de la Presidencia. Nicaragua 2001.

⁴⁵ Política Nacional de Educación. Gobierno de Nicaragua. 2001.

⁴⁶ Política Nacional de Juventud. Secretaría de la Presidencia. Nicaragua. 2001

⁴⁷ Política Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la adolescencia. Gobierno de Nicaragua. 2001

⁴⁸ CNLCSSC, CEPs, CISAS, SI MUJER Y FUNDACION XOCHIQUETZAL (2008). Línea de Base Proyecto Movilización Activa por los Derechos Humanos ante el sida,

Procedimientos del Poder Ejecutivo (Decreto N° 25-2006, 2006). Establece las siguientes competencias:

- En el Ministerio de Gobernación: La Dirección de Prevención y Asistencia Social es la encargada de implementar programas de capacitación para la prevención del VIH y sida en el Ministerio de Gobernación y coordinar con instituciones gubernamentales y organizaciones sociales las intervenciones en prevención del VIH y sida.
- En el Ministerio de Salud la Dirección de Regulación para la Salud es la encargada de regular la aplicación de medidas, normas universales y medios de bioseguridad para prevenir el VIH y sida, la Dirección General Extensión y Calidad de la Atención dictar las medidas necesarias para la prevención del VIH y sida, la Dirección General Extensión y Calidad de la Atención para ejercer control para garantizar los derechos humanos, la no discriminación, la confidencialidad y la autonomía personal en la prevención y control del VIH y sida y la Dirección de Promoción y Comunicación para la Salud para promover acciones de educación preventiva y servicios relacionados con el VIH y sida a la población de centros tutelares, penitenciarios y de salud mental, difundir información veraz y científica que contribuya a la prevención del VIH y sida, coordinar con las entidades públicas y privadas que por su naturaleza cumplan funciones de información, comunicación o educación formal o no formal, para que incorporen en sus planes la prevención del VIH y sida.

El Programa Nacional de Equidad de Género (Decreto N° 36-2006, 2006), menciona el VIH y sida en los siguientes puntos:

- En las Líneas de Acción del Eje Social, donde se establece que se ha de promover la información y mejorar la atención sobre VIH y sida.
- En la Violencia basada en Género, se refiere a las mujeres que viven con el VIH y sida, y las ubica en la misma categoría que a las mujeres con capacidades diferentes.

Código de Conducta del Programa de Actividades Centrales del Ministerio de Gobernación. (Acuerdo Ministerial N° 002-2006). Establece las siguientes responsabilidades y obligaciones en relación al VIH y sida:

- La División de Prevención y Asistencia Social deberá elaborar los mecanismos, formatos, controles y procedimientos necesarios para la implementación y ejecución del “Programa de Servicio Social Voluntario del Ministerio de Gobernación, Juntos Contra el sida”.
- Las y los trabajadores del Ministerio de Gobernación tienen el deber de participar en el “Servicio Social Voluntario del Ministerio de Gobernación, Juntos Contra el sida”.

Ley 641 Código Penal. El Nuevo Código Penal, ha incorporado tipos penales relacionados el tema del VIH y sida:

- Arto. 146 y siguientes del Título I, Capítulo II sobre la manipulación Genética y lesiones al no nacido, arto.155 que sanciona la Violencia Doméstica o Intrafamiliar.
- Arto. 156. Contagio Provocado, establece que: Quien a sabiendas de que padece una enfermedad de transmisión sexual o cualquier otra enfermedad infecciosa grave, ejecutare sobre otra persona actos que importen peligro de transmisión o contagio de tal enfermedad, poniendo con ello en peligro su salud, integridad física o su vida, será sancionado con pena de prisión de seis meses a tres años. Si el contagio ocurre, la pena

será de uno a cuatro años de prisión. Si el contagio produce la muerte, se aplicará el tipo penal que corresponde.

- Arto. 288. Contempla sanciones en casos de falsedad, orientado a la emisión de certificado material o ideológicamente falso concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada de alguna enfermedad o lesión.
- Arto. 315. Incluye sanciones por discriminación y otras novedades como servidumbre y explotación relacionada al empleo, en una de las condiciones establece condición física entre otras.
- Arto. 232. Capítulo específico que se ubica dentro de los delitos contra la salud pública. Relacionado con la comercialización de fármacos adulterados, vencidos o deteriorados.
- Arto. 342. Fortalece lo establecido en la ley 369 (Ley de seguridad transfusional): A la persona que con conocimiento de causa y en ocasión de transfusión sanguínea o alguno de sus derivados inclusive hasta en el proceso preparatorio contamine a la otra persona receptora con alguna enfermedad o padecimiento transmisible por esta vía, será sancionado con prisión.
- Arto 427. Incluye penas por discriminación cuando una persona impida o dificulte a otro el ejercicio de un derecho o una facultad prevista en la Constitución, leyes, reglamentos y demás disposiciones por cualquier motivo.
- Arto. 428, incluye la promoción de la No discriminación penando a quienes promuevan públicamente la realización de actos de discriminación.

4.5 Marco institucional de la Respuesta Nacional

La Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA, creada según mandato de la Ley 238, tiene como objetivos: establecer acciones que tiendan a la prevención del VIH y sida, velar por la aplicación de la Ley 238, su reglamento y su normativa interna, dictaminar sobre el diseño de estrategias y políticas de prevención, apoyo, atención y control del VIH y sida e impulsar y facilitar la coordinación interinstitucional, no gubernamental e internacional.⁴⁹

Además es la responsable de liderar el proceso de difusión, capacitación, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Estratégico Nacional, la ley 238 y su reglamento establecen las principales responsabilidades de las instituciones estatales, así como las obligaciones de las personas naturales y jurídicas en relación con la prevención del VIH y la atención de las personas con VIH.

La CONISIDA cuenta con un cuerpo técnico ético que controla el cumplimiento de la Ley, su reglamento y demás normativas sobre el VIH y sida, podrán ingresar a cualquier dependencia pública o privada previa identificación y levantar las actas respectivas y dictar recomendaciones para subsanar el incumplimiento de las normas jurídicas de la ley y el reglamento, así mismo remitirán las actas a la comisión para que se abra el respectivo expediente.⁵⁰

El presupuesto General de la República deberá contener una partida financiera especial, que se creara para tal efecto, con el fin de impulsar las tareas de la Comisión. La Comisión podrá gestionar fondos con la iniciativa privada y la comunidad internacional para financiar sus actividades.⁵¹

⁴⁹ Ley 238. de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el sida. Arto. 33.

⁵⁰ Ley 238. Reglamento de la Ley, Arto.34.

⁵¹ Ley 238. De Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el sida., Arto.34.

Por su parte, la ley 290, de organización, competencia y procedimientos del poder ejecutivo⁵² establece los ámbitos de competencia de cada una de las instituciones que lo conforman, constituyendo un referente para la organización y distribución de funciones en la Respuesta Nacional a las ITS, VIH y sida.

A continuación se señalan las competencias de las instituciones involucradas en la Respuesta al VIH.

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

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

EL **INSS** debe garantizar la aplicación de normas, técnicas y procedimientos establecidos por el MINSA a las personas con VIH y sida y a sus familiares beneficiarios, quienes deben ser atendidos de manera integral con calidad y enfoque de derechos humanos. Además debe informar de manera mensual las actividades que realiza a la CONISIDA y a vigilancia epidemiológica las actividades que corresponden.

El **MITRAB** debe de garantizar el derecho al trabajo de las personas con VIH y su desempeño laboral; trabajará en la prevención en el ámbito laboral educando a los trabajadores en el auto cuidado para evitar la infección del VIH y el riesgo laboral por esta causa.

MIFAMILIA, instancia rectora de la política social, deberá intervenir en la atención a las poblaciones en mayor riesgo y poblaciones vulnerables para adquirir el VIH, así como atender a las personas con VIH y sus familias, sobre todo a los huérfanos por causa del sida, los niños (as) y adolescentes con VIH o expuestas al riesgo de contraerlo por causas relacionadas a la explotación y abuso sexual, la adicción a drogas y/o alcohol y a la violencia basada en género.

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

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, a través de la Procuraduría de la Diversidad Sexual y con el apoyo la CONISIDA, las asociaciones de personas con VIH, la red de promotores de derechos humanos⁵³, es la encargada de la promoción de los derechos humanos y el abordaje del estigma y discriminación.

⁵² Ley 290. de Organización, Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo. Gaceta Oficial No. Nicaragua.

⁵³ Intervención de S.E. María Rubiales de Chamorra Vice Ministra de Relaciones Exteriores y Representante Permanente de Nicaragua ante las Naciones Unidas. Nueva York, 8-10 de Junio, 2011. http://www.un.org/en/ga/aidsmeeting2011/pdf/nicaragua_s.pdf.

La ley establece que los Ministerios de Salud, Educación, Gobernación y de la Familia, el INIM, la Comisión Nacional de Protección de los Derechos del Niño y la Niña; y otras entidades públicas, así como la CONISIDA, las Organizaciones Sociales, las universidades públicas y privadas, los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria y los medios de comunicación hablados, escritos y televisivos, tomaran en cuenta en sus contenidos y mensajes para la prevención del VIH y sida, las diferencias culturales, de género, de etnia y generación o de comportamiento de la población, según se establezca en el Plan Estratégico Nacional para la prevención del VIH y sida, como una acción conjunta entre el Estado y las organizaciones sociales.⁵⁴

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

La participación de personas con VIH, representadas en CONISIDA por la Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con VIH y sida ASONVIHSIDA y la Asociación Nicaragüense de Personas Positivas luchando por la Vida ANICP+Vida en todas las actividades estratégicas que se vinculan con la prevención de las ITS, el VIH y sida.

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

⁵⁴ Ley 238. Reglamento de ley. Arto. I I.

5. METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PEN 2011-2015

En este apartado se describen las actividades desarrolladas para la actualización del PEN 2011-2015 de la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA, se diseñaron talleres de consulta para la revisión y actualización, en los que participaron los actores involucrados en la Respuesta Nacional y que formarían parte activa para la implementación del PEN.

La metodología para la actualización se estableció a través de un proceso de consulta participativa dirigido a un amplio número de actores involucrados en la Respuesta Nacional; con ese fin se realizaron dos talleres a los que asistieron representantes de la CONISIDA nacional, regional y departamentales, instituciones del Estado, actores de las organizaciones sociales, organizaciones de las personas con VIH, organizaciones comunitarias, responsables de componentes de las ITS, VIH y sida así como representantes de agencias de cooperación y del Sistema de Naciones Unidas.

En abril del 2010, la CONISIDA y el Ministerio de Salud de Nicaragua a través del Componente VIH y sida con fondos de donación para el Proyecto “Nicaragua Unida, en una Respuesta Concertada hacia la Contención de la Epidemia de VIH y sida” de parte del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria inició la actualización del PEN 2011-2015.

Actividades previas relevantes se describen a continuación:

Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2006-2010. Esta evaluación se realizó el primer semestre de 2011. La CONISIDA como conductor del proceso de evaluación y actualización, con el apoyo técnico de USAID/IPASCA, para la evaluación del PEN 2006-2010, promoviendo un ejercicio con amplia participación multisectorial, con el objetivo de utilizar los resultados como insumo para la actualización del PEN 2011-2015. En dicha evaluación se analizó el contexto en el que se desarrolló el PEN 2006-2010 en sus distintas dimensiones: La evaluación del PEN como documento estratégico: la pertinencia de la visión, misión, objetivos, las poblaciones priorizadas, estrategias e intervenciones. La otra dimensión que se evaluó fue el cumplimiento de sus indicadores; además se incluyó el análisis de la viabilidad para retomar algunas de sus líneas estratégicas e incluirlas en la actualización del PEN 2011-2015.

Conformación del Comité Coordinador para la actualización del PEN 2011-2015. Este comité fue creado en julio de 2011, con el objetivo de garantizar que la actualización de este plan se desarrollara con amplia participación de los delegados nacionales, departamentales y regionales de la CONISIDA.

Análisis de información y formulación de estrategias y acciones. Para este proceso de planificación se utilizó la modalidad de talleres y sesiones de “análisis y formulación”, que permitieron la construcción del marco de resultados, desde la perspectiva multisectorial, que garantizara la implementación del PEN de la Respuesta Nacional a las ITS y VIH y sida, con la participación de delegados nacionales, regionales y departamentales de la CONISIDA y la Cooperación Externa con una intervención de 88 personas.

Actualización de la Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. La BdR es un esfuerzo nacional que con el apoyo de ASAP/ONUSIDA compila la información que el país ha generado en materia de las ITS, VIH y sida, a fin de lograr un documento nacional que acumula la evidencia encontrada en los reportes e informes de estudios e investigaciones producidas por diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales vinculadas a la Respuesta Nacional a la epidemia.

El Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN. Apoya el diseño de un modelo de sistema integrado de Monitoreo y Evaluación para la Respuesta Nacional en Nicaragua, con base a la priorización de indicadores y su correspondiente flujos de recolección de información.

Rediseño de la Estrategia Nacional de Comunicación VIH y sida 2011-2015 para el abordaje del VIH 2011-2015. Este documento tiene como objetivo promover en los y las nicaragüenses, cambio de comportamientos que contengan la propagación del VIH y sida, a través de procesos comunicativos sistemáticos y planificados, en los que de manera armónica las instituciones del Estado, las organizaciones sociales y las comunidades, desarrollen una Respuesta Nacional, integral, equitativa, efectiva y con respeto de la cosmovisión de los pueblos indígenas.

6. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2011 – 2015

6.1. Principios rectores del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida

Para el logro de la Respuesta Nacional, efectiva y sostenible, orientada a la prevención de nuevas infecciones de transmisión sexual y a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, el PEN 2011-2015 retoma los siguientes principios rectores bajo los que se registrará:

Solidaridad. El aseguramiento de mecanismos redistributivos de asignación de recursos financieros, provenientes tanto de las cotizaciones de la seguridad social como los de origen fiscal, mediante los cuales las personas con mayores recursos contribuyen al acceso a las prestaciones de aquellos con menores posibilidades.

Accesibilidad a los servicios El ordenamiento de los servicios, se basará en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica que favorezca el contacto entre los usuarios y los servicios, con especial atención a integrantes de comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los mismos. El PEN-2011-2015 debe concretizar los principios de gratuidad, universalidad y equidad⁵⁵.

Universalidad. La articulación de todas las acciones y servicios que se brinden en el marco de la Respuesta Nacional a las ITS, VIH y sida deben tomar en cuenta a toda la población, a la vez deben ejecutarse acciones encaminadas a reducir el estigma y la discriminación, en que todos y todas sin distinción de género, raza, religión, credo político, pertenencia a grupos de diversidad sexual, tengan igual acceso a la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación.

Equidad se deriva del principio de universalidad de los derechos humanos y sostiene que éstos deben ser cumplidos para todas las personas sin discriminación alguna. Oportunidad que tienen los distintos segmentos de la población de acceder y utilizar los servicios esenciales de educación, salud y asistencia social, de acuerdo a sus necesidades particulares y con privilegio de los sectores más vulnerables, para el desarrollo de sus posibilidades y alcanzar una vida digna.

Integral e interdisciplinario Deriva de los principios de interdependencia e indivisibilidad que postulan que ningún derecho es más importante que otro y todos están interrelacionados. Se incentiva el abordaje del VIH y sida en todas las dimensiones y por diferentes disciplinas en comunicación constante.

Multisectorialidad La promoción de una participación que aglutine a todos los actores clave en la respuesta y su vinculación a los esfuerzos nacionales frente a las ITS, VIH y sida, para contribuir a alcanzar el desarrollo integral del país. Implica reconocer que las acciones dirigidas a la solución de problemas de salud, educación, empleo y vivienda de parte de todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional son a la vez específicas, complementarias y no excluyentes, con un enfoque de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con el objeto de lograr una atención integral. Asegura que distintas acciones lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten. Esto implica responsabilidad territorial y poblacional por parte de los diferentes actores claves del sector social⁵⁶, ya que el VIH y sida al tener diferentes

⁵⁵ Ley 423. Reglamento de la Ley General de Salud. Arto. 40.

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Septiembre de 1998. Párrafo VI.

dimensiones, requiere de un esfuerzo integrado de todas las entidades públicas y privadas, que deben articularse para lograr mayor impacto de las estrategias, particularmente en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.

Respeto a la Diversidad Sexual El reconocimiento y respeto a la diversidad sexual e identidad de género como elemento para lograr la pertinencia y abordaje diferenciado en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.

Cero estigma y discriminación Contribuir a la reducción de todas las formas de estigma y discriminación (étnicas, raciales, culturales, económicas, por orientación sexual, por género y por enfermedad entre otros) que garanticen y promuevan prácticas no discriminatorias en todos los aspectos del contexto organizacional del país (e.g. provisión de servicios, centros de trabajo, el marco legal, etc.).

No Violencia El PEN 2011-2015 considera la construcción de una sociedad libre de todas formas de violencia (social, económica o patrimonial, sexual, de género, intrafamiliar, psicológica, física, entre otras).

Interculturalidad⁵⁷ Nicaragua es un país multiétnico y la convivencia de grupos de población con diferentes concepciones de la vida, el bienestar y la salud, algunos con idiomas diferentes al español, operando en forma simultánea y sistemática en un territorio, hace necesario el diseño de modelos de intervención que consideren esas particularidades de la población del área urbana y rural, así como de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe y los originarios del Pacífico, Centro, Norte y Sur del país y busquen la armonización entre los diferentes sistemas.

6.2. Ejes transversales del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida

Los componentes estratégicos del PEN, las intervenciones contenidas y los mecanismos de gestión que se requieren para su implementación, seguimiento y evaluación, tienen implícito, en cada caso y momento, el apego a un conjunto de elementos conceptuales que se han denominado Ejes Transversales.

- **Respeto a los Derechos Humano** Una Respuesta Nacional efectiva ante el VIH, requiere que paulatinamente los diferentes integrantes de la sociedad, iniciando por el Estado, implementen acciones de educación y sensibilización entre los funcionarios para el estricto respeto de los derechos de las personas pertenecientes a grupos de población en mayor riesgo, como elemento clave para garantizar el respeto de los derechos de las personas independientemente de su condición respecto al VIH. Así, se debe ser más proactivo por detectar indicios de violaciones e implementar acciones que aseguren la no reincidencia.
- **Protección social.** Se requiere del establecimiento de líneas de acción orientadas a las personas VIH y a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a las ITS, VIH y sida enfatizando el abordaje con pertinencia cultural y promoviendo la restitución de sus Derechos Humanos en general. En especial, asegurando el acceso a salud, educación, empleo y vivienda.
- **Enfoque de género.** Enfrentar las ITS y el VIH y sida desde esta perspectiva, implica reconocer que existen diferencias entre hombres y mujeres, condicionadas por la construcción social de género y la discriminación social, que se expresan en inequidades para la mujer, especialmente en

⁵⁷ La interculturalidad se entiende como la convivencia de diferentes concepciones de la salud tradicional, occidental y familiar entre otras, operando de forma simultánea y sistemática en un territorio, hace necesario el diseño de modelos que busquen la armonización entre los diferentes sistemas.

la incapacidad para tomar decisiones con autonomía y libertad en el plano sexual y las relaciones de pareja, lo cual aumenta su vulnerabilidad ante las ITS, el VIH y sida por lo que es necesario promover el empoderamiento de la mujer para conseguir prácticas de respeto entre hombres y mujeres y el reconocimiento efectivo de la igualdad de derechos de la mujer para protegerse y prevenir la infección por ITS y el VIH y los embarazos. Por otro lado, las construcciones de roles e identidad de género de los hombres, las cuales promueven prácticas sexuales de riesgo para adquirir el VIH y transmitirlo a su pareja.

6.3. Misión, Visión y Objetivos del Plan

6.3.1. Misión

La CONSIDA lidera la Respuesta Nacional ante el VIH, involucrando actores claves de la sociedad nicaragüense, los mantiene comprometidos y movilizados, planificando, ejecutando y evaluando las acciones de respuesta a la epidemia en consenso entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones sociales, sector privado, representantes de los trabajadores y de asociaciones de personas con VIH que aplican políticas públicas, con el fin de disminuir la prevalencia de VIH y mitigar su impacto, asegurando los servicios de atención integral, promoción de la salud, prevención, apoyo social a las personas para el bienestar en la población; con particular énfasis en aquellos grupos en mayor condición de vulnerabilidad.

6.3.2. Visión

En el 2015, se ha reducido la incidencia de las ITS y el VIH en la población en mayor riesgo y condición de vulnerabilidad y en la población general, principalmente en integrantes de poblaciones, producto del esfuerzo concertado de los actores de la Respuesta Nacional a la epidemia bajo la conducción de CONSIDA, incorporando un enfoque renovado en derechos humanos, sexuales y reproductivos, equidad de género, la ausencia de estigma y discriminación, con una amplia participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones sociales, sector privado, representantes de trabajadores y asociaciones de personas con VIH.

6.3.3. Objetivo General

Intensificar durante el período 2011-2015 los esfuerzos nacionales y multisectoriales hacia la promoción del ejercicio responsable de la sexualidad, la prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

6.4. Impacto esperado

Nicaragua, para el año 2015, habrá:

1. Contenido la aceleración en el incremento de nuevas infecciones de VIH en HSH, gays, personas Trans, hombres y mujeres en trabajo sexual y población general de 15 a 24 años.
2. Reducido el porcentaje de niños y niñas que nacen con VIH de mujeres con VIH.
3. Reducido el porcentaje de personas con VIH que padecen de infecciones oportunistas.
4. Incrementado la sobrevivencia de adultos y niños en TARV.
5. Reducida la tasa de mortalidad por sida.
6. Reducido el estigma y discriminación hacia las personas con VIH.

La CONSIDA proporcionará el máximo apoyo político para la sostenibilidad y la coordinación efectiva de los esfuerzos nacionales en Respuesta al VIH. El estigma y discriminación asociados al VIH, identidad de género, orientación sexual y trabajo sexual habrá experimentado una reducción significativa.

6.5. Metas generales

Para el 2015, los actores de la Respuesta Nacional de todos los sectores habrán alcanzado las siguientes metas:

1. El 100% de personas con VIH recibiendo atención integral en salud, garantizándoles a través de los Equipos de Salud Familiar la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.
2. Mantener la prevalencia de VIH en HSH inferior al 9.0%.⁵⁸
3. Mantener la prevalencia de VIH en personas Trans inferior al 15%.⁵⁹
4. Una tasa de incidencia de VIH inferior a 20 personas infectadas por cada 100,000 habitantes.⁶⁰
5. 98% de trabajadoras y trabajadores sexuales utilizando condón de manera correcta y consistente con sus clientes.
6. Al 90% de embarazadas teniendo acceso a servicios de calidad, de prevención y tratamiento del VIH y/o sífilis, tanto para ellas como para sus hijos/as.⁶¹
7. El 99% de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años conocen las formas principales de evitar la transmisión del VIH.⁶²
8. El 80% de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años tienen percepción personal del riesgo de adquirir el VIH.
9. El 90% de niños y niñas de cuarto a sexto grado que concluyen el año escolar en escuelas públicas y privadas conocen las principales formas de prevención de las ITS y el VIH.

⁵⁸ Metas de Desempeño Proyecto 'Nicaragua Unida en una Respuesta Concertada ante la epidemia del VIH.

⁵⁹ La prevalencia de VIH entre personas Trans en el ECVC-2009 fue de 18% en Managua y 14% en Chinandega.

⁶⁰ Según la presentación del Componente, la tasa de Incidencia en el 2010 fue de 16.3 nuevas personas infectadas por el VIH por cada 100,000h, aunque esa tasa es más del doble de lo que fue en el 2005, tampoco hubo en el tramo 2000-2005 una gran magnitud de personas que se hicieran la prueba como el que se lo hizo en el tramo del 2007 al 2010, por ello no es conveniente una proyección lineal. También considerando que en Nicaragua la epidemia no alcanza la cima epidemiológica, es decir que es razonable esperar que en los años próximos el número de caso se incremente, siempre y cuando se conserve la oportunidad de realizarse la prueba como en los últimos años.

⁶¹ Plan Global para la eliminación de nuevas infecciones en niños, en:

<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/june/20110609prglobalplanchildren/#d.es.60564>

⁶² Esta cifra basada en el ECVC de los HSH –que es el más bajo- en Managua se encontró que era de 93%.

6.6. Poblaciones priorizadas

Las acciones derivadas del PEN, están dirigidas a toda la población nicaragüense, pero los mayores esfuerzos de la Respuesta Nacional se centran en la promoción y prevención dirigidas a personas en mayor riesgo y vulnerabilidad de adquirir el VIH, desarrollando acciones integrales para las personas con VIH, la niñez y adolescencia afectadas por la epidemia.

Según lo establecido por ONUSIDA, debe priorizarse el desarrollo de las acciones de la Respuesta Nacional, a las poblaciones en mayor riesgo y las poblaciones vulnerables, lo cual se refuerza con los resultados de estudios de comportamiento, en que la prevalencia de VIH está concentrada en estas poblaciones.

Se considera poblaciones en mayor riesgo -PEMAR

- Hombres que tiene sexo con hombres
- Gays
- Personas Trans
- Trabajadores del sexo femenino y masculino
- Poblaciones móviles y
- Personas Privadas de Libertad

Se considera poblaciones vulnerables

- Mujeres embarazadas
- Personas con discapacidad
- Huérfanos a causa del sida
- Niños y niñas en condición de riesgo
 - Niños y Niñas en condición de callegización
 - Niños y niñas víctimas de violencia sexual
 - Niños y niñas víctimas de violencia física
 - Niños y niñas víctimas de violencia psicológica
 - Niños y niñas en explotación sexual
- Personal uniformado
- Lesbianas

Por las características del país se incluye entre las poblaciones vulnerables:

- Adolescentes y jóvenes
- Mujeres víctimas de violencia
- Poblaciones indígenas
- Poblaciones afro-descendientes
- Poblaciones de zonas rurales
- Poblaciones víctimas de desastres naturales

Desde la perspectiva de distribución territorial, debe priorizarse la atención a los departamentos de Chinandega, Managua, Región Autónoma del Atlántico Norte, León, Región Autónoma del Atlántico Sur, Masaya y Rivas, ya que son los que presentan mayor incidencia de VIH, concentran población indígena o afrodescendientes y/o porque se relacionan con el tránsito frecuente, ya sea por el tránsito colectivo de personas o porque transportan carga comercial. Las acciones derivadas del PEN incluyen las que en forma coordinadas puedan ejecutarse con la autoridad sanitaria nacional de países de la región, dentro del marco de la integración centroamericana, especialmente, favoreciéndose proyectos y programas binacionales.

7. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

7.1. Líneas estratégicas

El PEN 2011-2015 en sus estrategias, identifica la transversalización de género y la interculturalidad en el marco de los Derechos Humanos, y en él los actores de la Respuesta Nacional establecen las siguientes Líneas Estratégicas:

1. Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial
2. Acceso Universal a la Prevención y la Promoción
3. Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad
4. Derechos Humanos
5. Sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional
6. Mecanismo de gestión para la implementación del PEN

A continuación se presentan intervenciones claves que cumplen con hacer operativos estos enfoques dentro de la Respuesta Nacional a la epidemia de ITS y VIH sida:

7.1.1. Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial

Implementación de la autoridad única a nivel nacional que organiza y coordina a los sectores y miembros participantes en la CONISIDA para dar respuesta a la epidemia del VIH, basando sus acciones en las estrategias mundiales de ONUSIDA y las características particulares del país.

Resultado 1.1. CONISIDA consolida su liderazgo en la conducción de la respuesta multisectorial frente a la epidemia del VIH y en las regiones autónomas CORESIDA Y CORLUSIDA, con apoyo de agencias de cooperación

- I.1.1. Elaborada y gestionada la 'Agenda Nacional única de la Respuesta al VIH'.
- I.1.2. Divulgadas sistemáticamente las actividades realizadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales participantes en la respuesta.
- I.1.3. Seguimiento a compromisos nacionales e internacionales, tanto en el plano nacional como departamental y municipal, de forma permanente.
- I.1.4. Capacitados los miembros de la CONISIDA en la temática de VIH, sida e ITS y otros temas relacionados.
- I.1.5. Elaborado los planes estratégicos de las regiones autónomas bajo la conducción CORESIDA Y CORLUSIDA.

Resultado 1.2. Líderes sectoriales y miembros de CONISIDA comprometidos en la adopción de Planes Operativos ajustados al Plan Estratégico Nacional

- I.2.1. Adoptado el marco de compromisos y metas de realización de actividades de promoción y prevención con énfasis en PEMAR y poblaciones vulnerables.
- I.2.2. Promocionados lineamientos políticos positivos relacionados con el VIH en el ambiente laboral de empleadores públicos y privados de parte del MITRAB.

Resultado 1.3. CONISIDA a través de la secretaria técnica, conduce y gerencia estratégicamente la implementación, ejecución y evaluación del PEN

- I.3.1. Implementadas las reformas a la Ley 238, a partir de la publicación y entrada en vigencia.
- I.3.2. Actualización del manual de funciones y procedimientos de la CONISIDA y Secretaría Técnica, basados en reformas a la Ley 238, a partir de la publicación.
- I.3.3. Elaborado el presupuesto de cada plan operativo anual.
- I.3.4. Elaborado el plan operativo anual de cada una de las instituciones u organismos miembros de la CONISIDA, CORLUSIDA Y CORESIDA, en cada uno de los años de vigencia del PEN-2011/2015.
- I.3.5. Seguimiento a ejecución física y financiera de planes operativos anuales.

Resultado 1.4. Diseñado e implementado un marco de monitoreo de la situación de la epidemia y de la Respuesta Nacional del VIH

- I.4.1. Evaluados los sistemas de vigilancia epidemiológica de segunda y tercera generación, de información y de monitoreo y evaluación.
- I.4.2. Elaborados los mecanismos de suministro de información de parte de los actores de la respuesta: instituciones, agencias de cooperación y organismos no gubernamentales.
- I.4.3. Preparada una base de indicadores multisectoriales y poblaciones indígenas y afrodescendientes armonizados, que respondan a compromisos nacionales e internacionales.
- I.4.4. Realizadas sesiones de análisis de la situación de la epidemia y de la situación de la respuesta.
- I.4.5. Monitoreado el cumplimiento de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.
- I.4.6. Realizados foros de intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas para mejorar la Respuesta Nacional.
- I.4.7. Analizados los indicadores de compromisos nacionales e internacionales, a través de una sesión nacional cada año.

Resultado 1.5. Elaborada y consensuada agenda de investigación única en temas de VIH y sida

- I.5.1. Definida la agenda nacional de investigación a partir de un análisis de brechas de conocimiento, en la que se considere aspectos culturales de la población del área rural, indígena y afrodescendiente, sistematizando los estudios de comportamiento e incluyendo temas de hombres heterosexuales y HSH.
- I.5.2. Gestionada la implementación de la agenda de investigación. Permanente valoración, incluida como punto de agenda en las sesiones ordinarias de CONISIDA.
- I.5.3. Dinamizado el sitio web de CONISIDA, con la publicación a texto completo de las investigaciones realizadas en los últimos 10 años.

Resultado 1.6. Armonizada y alineada las prioridades estratégicas de Cooperación

La asignación de recursos gubernamentales para la ejecución del plan estratégico debe complementarse con el apoyo de la cooperación, la que debe dirigirse a la disminución de brechas técnicas y financieras identificadas en los procesos de monitoreo y evaluación del PEN.

- I.6.1. Acordado y negociado el plan de Cooperación técnica y financiera para la Respuesta Nacional del VIH y sida.
- I.6.2. Elaborado y actualizado anualmente el análisis de brechas técnicas y financieras para la atención de la epidemia.
- I.6.3. Diseñado y ejecutado un plan de prioridades de cooperación técnica y financiera que permita la negociación con las agencias para la inclusión de estas en sus estrategias.
- I.6.4. Promovida la firma de convenios entre el MINSA y empresas privadas, para realizar acciones coordinadas en Respuesta al VIH, sida e ITS dentro de las empresas.

Resultado 1.7 Organismos e instituciones comprometidos en suministrar información, relacionada a los gastos generados en la ejecución de acciones realizadas como parte de la Respuesta Nacional

1.7.1 Suministrada anualmente información completa correspondiente a la ejecución de gastos realizados en actividades como parte de la Respuesta Nacional, detallado por rubros, por sector u organismo y poblaciones.

En la siguiente Matriz se presenta más detallada la estrategia no.1

LE-I. Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial. Con lo que se pretende la implementación de la autoridad única a nivel nacional que organiza y coordina a los sectores y miembros participantes en la CONISIDA para dar respuesta a la epidemia del VIH, basando sus acciones en las estrategias mundiales de ONUSIDA y las características particulares del país.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal y Participantes
<p>Poblaciones en condiciones de mayor riesgo, poblaciones vulnerables, personas con VIH, y población general.</p>	<p>R.1.1. CONISIDA consolida su liderazgo en la conducción de la respuesta multisectorial frente a la epidemia del VIH, con apoyo de agencias de cooperación.</p>	<p>1.1.1. Elaborada y gestionada la 'Agenda Nacional única de la Respuesta al VIH'. 1.1.2. Divulgadas sistemáticamente las actividades realizadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales participantes en la respuesta. 1.1.3. Seguimiento a compromisos nacionales e internacionales, tanto en el plano nacional como departamental y municipal. 1.1.4. Capacitados los miembros de la CONISIDA en la temática de VIH, sida e ITS y otros temas relacionados. 1.1.5. Elaborado los planes estratégicos de las regiones autónomas bajo la conducción de CORESIDA Y CORLUSIDA.</p>	<p>1. Porcentajes departamentales CONISIDA funcionando activamente bajo la conducción nacional. (FM 7).</p>	<p>Responsable: CONISIDA.</p> <p>Participantes: INSS, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación.</p>
	<p>R.1.2. Líderes sectoriales y miembros de CONISIDA comprometidos en la adopción de Planes Operativos ajustados al Plan Estratégico Nacional.</p>	<p>1.2.1. Adoptado el marco de compromisos y metas de realización de actividades de promoción y prevención con énfasis en PEMAR y poblaciones vulnerables. 1.2.2. Promocionados lineamientos políticos positivos relacionados con el VIH en el ambiente laboral de empleadores públicos y privados de parte del MITRAB.</p>	<p>2. Porcentaje de Organizaciones Sociales y de Instituciones que integran la Respuesta Nacional, ejecutan Plan Operativo ajustado al PEN</p>	

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal y Participantes
Poblaciones en condiciones de mayor riesgo, poblaciones vulnerables, personas con VIH, y población general. (cont.)	R.1.3. CONISIDA a través de la Secretaria Técnica, conduce y gerencia estratégicamente la implementación, ejecución y evaluación del PEN del VIH.	<p>1.3.1. Implementadas las reformas a la Ley 238, a partir de la publicación y entrada en vigencia</p> <p>1.3.2. Actualización del manual de funciones y procedimientos de la CONISIDA y secretaria técnica, basados en reformas a la Ley 238, a partir de la publicación.</p> <p>1.3.3. Elaborado el presupuesto de cada plan operativo anual.</p> <p>1.3.4. Elaborado el plan operativo anual de cada una de las instituciones u organismos miembros de la CONISIDA, CORLUSIDA Y CORESIDA, en cada uno de los años de vigencia del PEN-2011/2015.</p> <p>1.3.5. Seguimiento a ejecución física y financiera de planes operativos anuales.</p>	3. Porcentaje de organizaciones sociales apoyadas por CONISIDA en la formulación y gestión de propuestas de intervención para fortalecimiento de la Respuesta Nacional.	<p>Responsable: CONISIDA.</p> <p>Participantes: MINSA, Componente de VIH y sida, INSS, instituciones y, Organizaciones Sociales que participan en la Respuesta Nacional.</p>
Población general.	R.1.4. Diseñado e implementado un marco de monitoreo de la situación de la epidemia y de la Respuesta Nacional del VIH.	<p>1.4.1. Evaluados los sistemas de vigilancia epidemiológica de segunda y tercera generación, de información y de monitoreo y evaluación.</p> <p>1.4.2. Elaborados los mecanismos de suministro de información de parte de los actores de la respuesta: instituciones, agencias de cooperación y Organizaciones Sociales.</p> <p>1.4.3. Preparada una base de indicadores multisectoriales y poblaciones indígenas y afrodescendientes armonizados, que respondan a compromisos nacionales e internacionales.</p>		<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: MINSA, Componente de VIH y sida, INSS, instituciones y organizaciones sociales con participación en la Respuesta Nacional, Agencias de Cooperación.</p>

LE-I. Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial. . (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general. (cont.)	R.1.4. Diseñado e implementado un marco de monitoreo de la situación de la epidemia y de la Respuesta Nacional del VIH. (cont)	1.4.4. Realizadas sesiones de análisis de la situación de la epidemia y de la respuesta.		Responsable: CONISIDA, Participantes: MINSA, Componente de VIH y sida, INSS, instituciones y Organizaciones Sociales con participación en la Respuesta Nacional, Agencias de Cooperación.
		1.4.5. Monitoreado el cumplimiento de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.		
		1.4.6. Realizados foros de intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas para mejorar la Respuesta Nacional.		
		1.4.7. Analizados anualmente los compromisos nacionales e internacionales.		
	R.1.5. Elaborada y consensuada agenda de investigación única en temas de VIH y sida.	1.5.1. Definida la agenda nacional de investigación a partir de un análisis de brechas de conocimiento, en la que se considere aspectos culturales de la población del área rural, indígena y afrodescendiente, sistematizando los estudios de comportamiento e incluyendo temas de hombres heterosexuales y HSH.		
		1.5.2. Gestionada la implementación de la agenda de investigación. Permanente valoración, incluida como punto de agenda en las sesiones ordinarias de CONISIDA.		
1.5.3. Dinamizado el sitio web de CONISIDA, con la publicación a texto completo de las investigaciones realizadas en los últimos 10 años.				

LE-I. Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general. (cont.)	R.1.6. Armonizada y alineada las prioridades estratégicas de Cooperación.	1.6.1. Acordado y negociado el plan de Cooperación técnica y financiera para la Respuesta Nacional del VIH y sida,		Responsable: CONISIDA, Participantes: MINSA, Componente de VIH y sida, INSS, instituciones y Organizaciones Sociales con participación en la Respuesta Nacional Agencias de Cooperación.
		1.6.2. Elaborado y actualizado anualmente el análisis de brechas técnicas y financieras para la atención de la epidemia.		
		1.6.3. Diseñado y ejecutado un plan de prioridades de cooperación técnica y financiera que permita la negociación con las agencias para la inclusión de estas en sus estrategias.		
		1.6.4. Promovida la firma de convenios entre el MINSA y empresas privadas, para realizar acciones coordinadas en Respuesta al VIH, sida e ITS dentro de las empresas.		
	R.1.7. Organismos e instituciones comprometidos en suministrar información, relacionada a los gastos generados en la ejecución de acciones realizadas como parte de la Respuesta Nacional.	1.7.1. Suministrada anualmente información completa correspondiente a la ejecución de gastos realizados en actividades como parte de la Respuesta Nacional, detallado por rubros, por sector u organismo.	4. Cantidad de Organizaciones Sociales que reportan al sistema de información	
	5. Gasto nacional e internacional en aspectos relacionados con el sida por categoría y fuentes de financiación. (UNGASS 6.1)			

7.1.2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción

Esta línea estratégica está dirigida a reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH; niños, niñas y adolescentes instruidos en SSR y en prevención del VIH e ITS; padres y madres sensibilizados para apoyar el proyecto de vida de sus hijos e hijas contra el VIH en escuelas primarias y secundarias; integración del VIH y otras enfermedades prevalentes en la provisión de servicios, concordancia entre el Plan Estratégico 2011-2015 y la Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva, reducción de nuevas infecciones de VIH y/o Sífilis congénita en recién nacidos; captación oportuna de las parejas sexuales de mujeres embarazadas con VIH y/o Sífilis para brindarles atención integral; continuar con el aseguramiento de sangre segura, reducción de casos de VIH por accidentes laborales y abuso sexual. La reducción de la incidencia y la mitigación del impacto de la epidemia están incluidas en el marco de acción suscrito en la Declaración de Compromiso para la Respuesta Integral a la Epidemia del VIH en Niñas, Niños y Adolescentes de Nicaragua (Mayo, 2010). Esta línea estratégica tiene una perspectiva a largo plazo y considera a los niños y a sus familias como participantes activos en la Respuesta ante el VIH y en la mejora de sus propias vidas.

Para lograr los efectos directos mencionados anteriormente, se propusieron actividades estratégicas que incluyen, pero no se limitan a:

Resultado 2.1. Líneas de base e investigación con pertinencia cultural y enfoque de género

- 2.1.1 Investigadas las barreras de acceso y uso de condón para el diseño de políticas sobre la base de resultados de investigación.
- 2.1.2 Realizado un diagnóstico de situación en relación al abordaje de la educación sexual en el sistema de educación.
- 2.1.3 Investigada y evaluada la eficacia de la educación sexual y la respuesta educativa en la prevención del VIH, en cuanto a auto cuidado, conocimientos, actitudes y prácticas.
- 2.1.4 Identificados los factores favorecedores y obstaculizadores para la respuesta al VIH, específicos para cada uno de los grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Resultado 2.2. Trabajo de pares y apoyo

- 2.2.1. Apoyadas las iniciativas que fomenten una mayor organización de las personas con VIH en espacios que promuevan el uso de condón, así como adoptar un Plan Personal para prevenir el VIH.
- 2.2.2. Formuladas e implementadas metodologías reflexivas y demostrativas basadas en experiencias exitosas que promuevan, el auto cuidado, autocontrol y la corresponsabilidad desarrollado por pares de los grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad.
- 2.2.3. Optimizado el trabajo de pares en coordinación con los grupos de ayuda para la promoción del uso del condón y de la adopción de un Plan Personal para prevenir el VIH.
- 2.2.4. Conformadas brigadas de abordaje a HSH, personas Trans y otras poblaciones para asegurar el acceso al condón y lubricantes a base de agua en centros de encuentro (hoteles, bares, discotecas, plazas y otros).

Resultado 2.3. Abogacía e incidencia política

- 2.3.1. Realizada abogacía y cabildeo para posicionar la inclusión de acciones estratégicas que garanticen el acceso universal a la prevención, promoción, atención y apoyo atendiendo a la especificidad de la población de mayor riesgo y vulnerabilidad, con pertinencia cultural y enfoque de género; en el marco normativo, jurídico y programático nacional.
- 2.3.2. Realizada abogacía y cabildeo para posicionar la promoción del uso y provisión de condones en la agenda política de salud.
- 2.3.3. Realizadas acciones de incidencia política con autoridades universitarias para incluir la temática de la prevención del VIH, sida e ITS, como eje transversal, en las diferentes carreras universitarias y tecnológicas.
- 2.3.4. Realizadas actividades de incidencia política para la aprobación y posterior aplicación del decreto ejecutivo sobre el reglamento de bancos de sangre.
- 2.3.5. Movilización y abogacía hacia dirigentes influyentes (políticos, religiosos, etc.) con el fin de reducir el estigma, el silencio y la discriminación.

Resultado 2.4. Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH

- 2.4.1. Establecidos acuerdos entre organizaciones de HSH, TS, personas Trans y el MINSA para realizar de manera conjunta actividades de prevención.
- 2.4.2. Asegurado que la oferta de servicios de consejería y prueba del VIH a HSH y personas Trans de poblaciones indígenas, afrodescendientes y de zonas rurales, sean aceptables y de buena calidad.
- 2.4.3. Realizados acuerdos con centros de encuentros (moteles, bares y otros) para promocionar el uso correcto y consistente de condón (afiches y trípticos y otros).
- 2.4.4. Asegurada la provisión de condones en todos los servicios para personas con VIH, y en los lugares frecuentados por HSH, Trans y TS.
- 2.4.5. Elaborada e implementada una estrategia para el aprovisionamiento, acceso y distribución del condón por todos los actores claves.
- 2.4.6. Mejorado el acceso a servicios de SSR cercanos a lugares de encuentro de HSH.
- 2.4.7. Integrado en los servicios de salud donde acuden HSH, Trans y TS el manejo sindrómico y etiológico de la Sífilis y otras ITS.
- 2.4.8. Establecidos acuerdos con autoridades militares y policiales que permitan al personal uniformado tener acceso a servicios de prevención y atención del VIH.
- 2.4.9. Proporcionados servicios de prevención para el VIH y otras ITS en los centros penitenciarios.
- 2.4.10. Elaborado e implementado un plan de descentralización de la atención en profilaxis post exposición a servicios de salud seleccionados, que entre otras cosas garantice el suministro de kits de PPE y una atención de calidad.
- 2.4.11. Reforzado el sistema de referencia y contra referencia entre los servicios de salud de los distintos niveles incluida la seguridad social que asegure la atención inmediata con PPE y una atención psicológica de calidad a personas que sufrieron abuso sexual.
- 2.4.12. Asegurado el acceso a servicios de salud adaptados especialmente a los jóvenes.
- 2.4.13. Formulada e implementada una estrategia de prevención que permita el abordaje efectivo de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y su vínculo con el VIH y sida.

Resultado 2.5. Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita

- 2.5.1. Implementado el Plan Nacional de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita.
- 2.5.2. Mejorado el acceso a servicios de salud maternoinfantil de calidad, mediante el aseguramiento del diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las embarazadas y a los niños de las que sean diagnosticadas con VIH y/o Sífilis.
- 2.5.3. Mejorada la integración de los actores de la Respuesta Nacional incluyendo las comunidades, según el MOSAFC.
- 2.5.4. Garantizada la provisión de servicios para la toma de prueba de VIH y Sífilis así como el seguimiento de la pareja sexual de la mujer embarazada con VIH y/o Sífilis.

Resultado 2.6. Información, educación y comunicación: con pertinencia cultural –tanto en el ambiente urbano como rural- y enfoque de género:

- 2.6.1. Formulada, implementada, evaluada y actualizada cada dos años la Estrategia Nacional de Comunicación sobre el VIH, con pertinencia cultural y enfoque de género.
- 2.6.2. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción del uso del condón dirigidas a HSH, población Trans, TS, PPL, poblaciones móviles y uniformados.
- 2.6.3. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la Promoción del uso del condón dirigidas a jóvenes de 18 a 24 años.
- 2.6.4. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH dirigidas a menores de 18 años.
- 2.6.5. Promovido el entretenimiento educativo en espacios de participación de jóvenes para hacer prevención tanto en el área urbana como rural: concursos de teatro, canto, grafitis, videos y otros.
- 2.6.6. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH dirigidas al sector laboral.
- 2.6.7. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la profilaxis post exposición.
- 2.6.8. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la prevención de la violencia sexual
- 2.6.9. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción de la prueba de VIH y Sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas.
- 2.6.10. Incorporado un link en el sitio web de CONISIDA, para suministro de información actualizada para jóvenes y adolescentes principalmente miembros de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad- a través de facebook, twitter y otros medios de alta frecuencia de uso.
- 2.6.11. Organizados y ejecutados foros virtuales para garantizar el intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas entre miembros de CONISIDA nacional y municipal, así como CORLUSIDA Y CORESIDA.
- 2.6.12. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción de los derechos de la niñez y de la adolescencia en el contexto de la epidemia del VIH.

- 2.6.13. Realizadas campañas para toma de pruebas del VIH, basadas en las creencias y normas culturales en reconocimiento del importante papel que pueden desempeñar en los esfuerzos de prevención.
- 2.6.14. Promovida la consejería y toma de la prueba de VIH en las parejas de las personas con VIH, especialmente en las parejas masculinas.
- 2.6.15. Fomentada la participación de personas con VIH y sida en la formulación, ejecución y evaluación de estrategias de prevención.

Resultado 2.7. Capacitación

- 2.7.1. Formados líderes estudiantiles y miembros de la comunidad como multiplicadores de mensajes de prevención.
- 2.7.2. Agendada la prevención de la Sífilis y otras ITS en las sesiones de capacitación de los grupos de apoyo.
- 2.7.3. Formados especialistas en educación sexual, con modalidades presenciales y virtuales.
- 2.7.4. Docentes capacitados sobre contenidos y formas de abordaje de la formación integral en sexualidad.
- 2.7.5. Capacitado constantemente el personal especializado.

Resultado 2.8. Políticas y normas operacionales

- 2.8.1. Actualizada y aplicada la currícula de educación sexual en programas de estudios gradual, científica, inclusiva, desde la perspectiva multicultural, de género y derechos humanos.
- 2.8.2. Asegurada la aplicación del marco regulatorio establecido para el control prenatal.
- 2.8.3. Desarrollada una política nacional de Bancos de Sangre y creación de un Programa Nacional de Bancos de Sangre e instauración de los procesos de regionalización y del marco jurídico pertinente.

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. (HSH, TS, población LGBT; PPL, uniformados, poblaciones indígenas, poblaciones móviles, afrodescendientes y de zonas rurales, embarazadas, personas con discapacidad, población general.</p>	<p>R.2.1. Líneas de base e investigación. con pertinencia cultural y enfoque de género</p>	<p>2.1.1 Investigadas las barreras de acceso y uso de condón para el diseño de políticas sobre la base de resultados de investigación.</p>	<p>6. Establecida y actualizada anualmente la Agenda de Investigaciones en VIH y sida.</p>	<p>Responsable: CONISIDA.</p> <p>Participantes: MINSA, Organizaciones Sociales, asociaciones de personas con VIH.</p>
		<p>2.1.2 Realizado un diagnóstico de situación en relación al abordaje de la educación sexual en el sistema de educación.</p>		
		<p>2.1.3 Investigada y evaluada la eficacia de la educación sexual y la respuesta educativa en la prevención del VIH, en cuanto a auto cuidado, conocimientos, actitudes y prácticas.</p>		
		<p>2.1.4. Identificados los factores favorecedores y obstaculizadores para la respuesta al VIH, específicos para cada uno de los grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad.</p>		
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.2.2 Trabajo de pares y apoyo.</p>	<p>2.2.1. Apoyadas las iniciativas que fomenten una mayor organización de las personas con VIH en espacios que promuevan el uso de condón.</p>	<p>7. Porcentaje de personas con VIH que declaran haber utilizado condón durante la última relación sexual.</p>	
		<p>2.2.2. Formuladas e implementadas metodologías reflexivas y demostrativas basadas en experiencias exitosas que promuevan, el auto cuidado, autocontrol y la corresponsabilidad desarrollado por pares de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.</p>		
		<p>2.2.3. Optimizado el trabajo de pares en coordinación con los grupos de ayuda para la promoción del uso del condón.</p>		
		<p>2.2.4. Conformadas brigadas de abordaje a HSH, Personas Trans y otras poblaciones para asegurar el acceso al condón y lubricantes.</p>		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	Resultado 2.3. Abogacía e incidencia política.	2.3.1. Realizada abogacía y cabildeo para posicionar la inclusión de acciones estratégicas que garanticen el acceso universal a la prevención, promoción, atención y apoyo atendiendo a la especificidad de la población de mayor riesgo y vulnerabilidad, con pertinencia cultural y enfoque de género; en el marco normativo, jurídico y programático nacional.		Responsable: CONISIDA Participantes: MINSA, CNU, MIGOB, Organizaciones Sociales.
		2.3.2. Realizada abogacía y cabildeo para posicionar la promoción del uso y provisión de condones en la agenda política de salud.		
		2.3.3. Realizadas acciones de incidencia política con autoridades universitarias para incluir la temática de la prevención del VIH, sida e ITS, como eje transversal, en las diferentes carreras universitarias y tecnológicas.		
		2.3.4. Realizadas actividades de incidencia política para la aprobación y posterior aplicación del decreto ejecutivo sobre el reglamento de bancos de sangre.		
		2.3.5. Movilización y abogacía hacia dirigentes influyentes (políticos, religiosos, etc.) con el fin de reducir el estigma, el silencio y la discriminación.		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. (HSH, TS, población LGBT; PPL, uniformados, poblaciones indígenas, poblaciones móviles, afrodescendientes y de zonas rurales, embarazadas, personas con discapacidad, población general.</p>	<p>R.2.4. Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH.</p>	<p>2.4.1. Establecidos y/o renovados acuerdos entre organizaciones de HSH, TS y todas las otras poblaciones y el MINSA para realizar de manera conjunta actividades de prevención.</p> <p>2.4.2. Asegurado que la oferta de servicios de poblaciones indígenas, afrodescendientes y de zonas rurales, consejería y prueba del VIH a HSH y personas Trans sean aceptables y de buena calidad.</p>	<p>8. Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH. (UNGASS 1.7).</p> <p>9. Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su último cliente(UNGASS 1.8)</p> <p>10. Porcentaje de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados(UNGASS 1.9)</p> <p>11. Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH. (UNGASS 1.10)</p> <p>12. Porcentaje de HSH que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH(UNGASS 1.11)</p> <p>13. Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre(UNGASS 1.12)</p> <p>14. Porcentaje de HSH que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados(UNGASS 1.13)</p> <p>15. Porcentaje de HSH que viven con el VIH (UNGASS 1.14)</p> <p>16. Porcentaje de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con el VIH (UNGASS 1.6).</p> <p>17. Porcentaje de jóvenes (mujeres y hombres) con edades comprendidas</p>	<p>Responsable: CONSIDA</p> <p>Participantes: MINSA, INSS, MINGOB, Organizaciones Sociales, Agencias de cooperación.</p>

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
			entre los 15 y los 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15 años. (UNGASS1.2)	
		2.4.3. Realizados acuerdos con centros de encuentros (moteles, bares y otros) para promocionar el uso correcto y consistente de condón.	18. Número de condones distribuidos en áreas de intervención clave (FM20)	
		2.4.4. Asegurada la provisión de condones en todos los servicios para personas con VIH, y en los lugares frecuentados por HSH, Trans y TS.		
		2.4.5. Elaborada e implementada una estrategia para el aprovisionamiento, acceso y distribución del condón por todos los actores claves.		
		2.4.6. Mejorado el acceso a servicios de SSR cercanos a lugares de encuentro de HSH.		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.2.4. Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH. (cont.)</p>	<p>2.4.7. Integrado en los servicios de salud donde acuden HSH, Trans y TS el manejo sindrómico y etiológico de la Sífilis y otras ITS</p>	<p>19. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH. (UNGASS I.11).</p>	<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: MINSA, INSS, MINGOB, Organizaciones Sociales, Agencias de cooperación.</p>
		<p>2.4.8. Establecidos acuerdos con autoridades militares y policiales que permitan al personal uniformado tener acceso a servicios de prevención y atención del VIH.</p>		
		<p>2.4.9. Proporcionados servicios de prevención para el VIH y otras ITS en los centros penitenciarios.</p>		
		<p>2.4.10. Elaborado e implementado un plan de descentralización de la atención en profilaxis post exposición a servicios de salud seleccionados, que entre otras cosas garantice el suministro de kits de PPE y una atención de calidad.</p>	<p>20. Porcentaje de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE.</p> <p>21. Porcentaje de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de PPE</p>	
		<p>2.4.11. Reforzado el sistema de referencia y contra referencia entre los servicios de salud de los distintos niveles incluida la seguridad social que asegure la atención inmediata con PPE y una atención psicológica de calidad a personas que sufrieron abuso sexual.</p>		
		<p>2.4.12. Asegurado el acceso a servicios de salud adaptados especialmente a los jóvenes.</p>	<p>22. Porcentaje de adultos con una edad comprendida entre los 19 y los 49 años que han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses (UNGASS I.3).</p>	
		<p>2.4.14. Formulada e implementada una estrategia de prevención que permita el abordaje efectivo de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y su vínculo con el VIH sida.</p>	<p>23. Porcentaje de adultos con edades comprendidas entre 15 a 49 años que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber utilizado un condón durante la última relación sexual. (UNGASS I.4).</p>	

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.2.5. Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita.</p>	<p>2.5.1 Implementado el Plan Nacional de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita.</p>	<p>24. Tasa de incidencia de sífilis congénita. 25. Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.(UNGASS 3.1) 26. Porcentajes de bebés con madres seropositivas que han sometido a una prueba viral del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento.(UNGASS 3.2) 27. Transmisión maternoinfantil del VIH. (UNGASS 3.3)</p>	<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: MINSA, INSS, MINGOB, Organizaciones Sociales, Agencias de cooperación.</p>
		<p>2.5.2 Mejorado el acceso a servicios de salud maternoinfantil de calidad, mediante el aseguramiento del diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las embarazadas y a los niños de las que sean diagnosticadas con VIH y/o Sífilis.</p> <p>2.5.3 Mejorada la integración de los actores de la Respuesta Nacional incluyendo las comunidades, según el MOSAFC.</p>	<p>28. Porcentaje de mujeres captadas en CPN que se realizaron la prueba de VIH y Sífilis y conoce los resultados. (FM9). Ver indicador 25. UNGASS(3.1)</p> <p>29. Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil.</p>	
		<p>2.5.4 Garantizada la provisión de servicios para la toma de prueba de VIH y Sífilis así como el seguimiento de la pareja sexual de la mujer embarazada con VIH y/o Sífilis.</p>		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.2.6. Información, educación y comunicación	2.6.1. Formulada, implementada, evaluada y actualizada cada dos años la Estrategia Nacional de Comunicación sobre el VIH, con pertinencia cultural y enfoque de género	30. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	Responsable: CONISIDA Participantes: Organizaciones y/o asociaciones de personas con VIH, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación y medios de comunicación.
		2.6.2. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción del uso del condón dirigidas a HSH, población Trans, TS, PPL, poblaciones móviles y uniformados.	Ver indicador 8-15. (UNGASS 1.7-1.14).	

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.2.6. Información, educación y comunicación. (cont.)</p>	<p>2.6.3. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la Promoción del uso del condón dirigidas a jóvenes de 18 a 24 años.</p>		<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: Organizaciones y/o asociaciones de personas con VIH, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación y medios de comunicación.</p>
		<p>2.6.4. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH dirigidas a menores de 18 años.</p>		
		<p>2.6.5. Promovido el entretenimiento educativo en espacios de participación de jóvenes para hacer prevención tanto en el área urbana como rural: concursos de teatro, canto, grafitis, videos y otros.</p>		
		<p>2.6.6. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH dirigidas al sector laboral.</p>		
		<p>2.6.7. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la profilaxis post exposición.</p>		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.2.6. Información, educación y comunicación. (cont.)	2.6.8. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la prevención de la violencia sexual.		Responsable: CONISIDA Participantes: Organizaciones y/o asociaciones de personas con VIH, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación y medios de comunicación.
		2.6.9. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción de la prueba de VIH y Sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas.	31. Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN. 32. Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud y se han realizado la prueba para detección de Sífilis en los últimos 12 meses.	
		2.6.10. Incorporado un link en el sitio web de CONISIDA, para suministro de información actualizada para jóvenes y adolescentes principalmente miembros de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad- a través de facebook, twitter y otros medios de alta frecuencia de uso.		
		2.6.11. Organizados y ejecutados foros virtuales para garantizar el intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas entre miembros de CONISIDA nacional y municipal, así como CORLUSIDA Y CORESIDA.		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.2.6. Información, educación y comunicación. (cont.)	2.6.12. Desarrolladas las actividades de la Estrategia de Comunicación del VIH concernientes a la promoción de los derechos de la niñez y de la adolescencia en el contexto de la epidemia del VIH.		Responsable: CONISIDA Participantes: Organizaciones y/o asociaciones de personas con VIH, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación y medios de comunicación.
		2.6.13. Realizadas campañas para toma de pruebas del VIH, basadas en las creencias y normas culturales en reconocimiento del importante papel que pueden desempeñar en los esfuerzos de prevención.		
		2.6.14. Promovida la consejería y toma de la prueba de VIH en las parejas de las personas con VIH, especialmente en las parejas masculinas.		
		2.6.15. Fomentada la participación de personas con VIH y sida en la formulación, ejecución y evaluación de estrategias de prevención.		

LE-2. Acceso Universal a la Prevención y Promoción: Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS; detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna, población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Estudiantes primaria, secundaria, carreras técnicas y universitarias.	R.2.7. Capacitación.	<p>2.7.1. Formados líderes estudiantiles y miembros de la comunidad, como multiplicadores de mensajes de prevención.</p> <p>2.7.2. Agendada la prevención de la Sífilis y otras ITS en las sesiones de capacitación de los grupos de apoyo.</p> <p>2.7.3. Formados especialistas en educación sexual, con modalidades presenciales y virtuales.</p> <p>2.7.4. Docentes capacitados sobre contenidos y formas de abordaje de la formación integral en sexualidad.</p> <p>2.7.5. Capacitado constantemente el personal especializado.</p>	<p>33. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico. (</p> <p>34. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15 a 24 años), que identifica correctamente las formas de transmisión sexual del VIH y rechaza principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. (UNGASS I.1)</p>	<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: MINSA, MINED, CNU, Organizaciones Sociales y Agencias de Cooperación.</p>
Población en general	R.2.8. Políticas y normas operacionales.	<p>2.8.1. Actualizada y aplicada la currícula de educación sexual en programas de estudios gradual, científica, inclusiva, desde la perspectiva multicultural de género y DDHH.</p> <p>2.8.2. Asegurada la aplicación del marco regulatorio establecido para el control prenatal.</p> <p>2.8.3. Desarrollada una política nacional de Bancos de Sangre y creación de un Programa Nacional de Bancos de Sangre e instauración de los procesos de regionalización y del marco jurídico pertinente.</p>		<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: MINSA, Ministerio de Educación, INSS, Asociaciones de personas con VIH, Organizaciones Sociales, Agencias de Cooperación.</p>

7.1.3. Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad

El eje estratégico de atención integral se orienta a garantizar: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, garantizar una respuesta coordinada al VIH y otras ITS de los componentes ministeriales que tienen relación con el VIH, sida e ITS, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia integrando la perspectiva multicultural. Todas estas acciones serán implementadas dentro del marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Resultado 3.1. Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral del VIH, sida e ITS según poblaciones priorizadas

- 3.1.1. Monitoreado el cumplimiento de las normas y guías.
- 3.1.2. Elaborado un plan de aseguramiento de medios diagnósticos, insumos y terapéuticos necesarios para el manejo de los efectos adversos y resistencia.
- 3.1.3. Garantizada la atención integral de personas con VIH, ITS y otras enfermedades prevalentes según población priorizada.
- 3.1.4. Asegurado el suministro de ARV a personas que lo requieren.

Resultado 3.2. Definidos acuerdos entre el MINSA, organizaciones de redes, organización de personas con VIH y Organizaciones Sociales para estandarizar el funcionamiento de los grupos de apoyo e integrar la perspectiva multicultural.

- 3.2.1. Elaborado diagnóstico de situación de los servicios de salud que brindan atención a personas con VIH, sida e ITS.
- 3.2.2. Realizado estudio para determinar los principales factores que favorecen y obstaculizan la adherencia a la TAR.
- 3.2.3. Realizado estudio en relación a los principales efectos adversos causados por TAR.
- 3.2.4. Incluido en el sistema de farmacovigilancia las reacciones adversas a ARV y medicamentos para infecciones oportunistas.

Resultado 3.3. Capacitado los Recursos Humanos en atención integral de personas con VIH y otras infecciones prevalentes del primer nivel de atención

- 3.3.1. Publicadas y capacitado el personal de salud en las normas y guías de atención.
- 3.3.2. Desarrollado un plan de educación continua para los equipos multidisciplinarios en la integración del VIH y otras infecciones prevalentes en el marco de la atención hospitalaria.
- 3.3.3. Desarrollado un plan de educación continua para los Equipos de Atención Familiar y Comunitaria en la integración del VIH y otras infecciones prevalentes con el enfoque de atención Primaria en Salud.
- 3.3.4. Fortalecidas las capacidades del personal de salud en el manejo de efectos adversos de la TAR.

Resultado 3.4. Definido acuerdos de trabajo e identificadas necesidades de pares y apoyo

- 3.4.1. Definidos acuerdos entre CONISIDA, CORESIDA, CORLUSIDA, Organizaciones Sociales para estandarizar y fortalecer el funcionamiento de los grupos de apoyo.
- 3.4.2. Realizado diagnóstico de las necesidades de los grupos de apoyo.
- 3.4.3. Diseñado e implementado un plan de fortalecimiento de las capacidades de los grupos de apoyo.

Resultado 3.5. Coordinación y fortalecimiento

- 3.5.1. Elaborado e implementado un plan de fortalecimiento de los servicios de salud en aspectos de infraestructura, equipamiento, mobiliario, sistemas logístico de medicamentos, suministros y otros.
- 3.5.2. Caracterizada la red de establecimientos públicos y privados que ofertan pruebas rápidas y confirmatorias de VIH, Tuberculosis, Hepatitis B y Sífilis, a fin de integrarlas en los diferentes niveles geográficos, fortaleciendo y ampliando la cobertura poblacional y de pruebas, principalmente dirigidas a poblaciones en mayor riesgo y vulnerables con énfasis en poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes.
- 3.5.3. Asegurado de manera permanente el abastecimiento de condones a poblaciones en mayor riesgo y poblaciones vulnerables.
- 3.5.4. Fortalecidas las capacidades del personal de salud en el manejo clínico de personas con VIH (ARV, cáncer e infecciones oportunistas y otras complicaciones).
- 3.5.5. Fortalecida la capacidad y sostenibilidad de la red de laboratorios para diagnóstico, seguimiento y pronóstico de personas con VIH, así como diagnóstico y seguimiento de co-infecciones e infecciones oportunistas.
- 3.5.6. Fortalecida la ejecución de planes y programas de educación formal que promueven el ejercicio de sexualidad responsable y segura desarrollados por sector educativo formal. Valoración anual del contenido, y semestral de la ejecución.
- 3.5.7. Garantizada la consejería oportuna y de calidad para prevenir las ITS y el VIH a la población mayor de 15 años, con énfasis en poblaciones en mayor riesgo y vulnerables. Monitoreo mensual.
- 3.5.8. Diseñados y fortalecidos los planes de educación continua en centros de trabajo públicos y privados incorporando la realización de charlas sobre la prevención de las ITS y el VIH, la percepción de riesgo y sexualidad responsable y segura.
- 3.5.9. Implementar el programa de comunicación social de prevención de las ITS y el VIH dirigido a la población general y con énfasis a poblaciones en mayor riesgo y vulnerables.
- 3.5.10. Incorporar en los planes de salud comunitarios el seguimiento a las personas con VIH, que incluye además de la valoración del estado de salud, la situación de los derechos humanos, la educación y de trabajo de sus hijos, hijas y otros familiares.
- 3.5.11. Fortalecer la incorporación de la temática en el pre y posgrado de las carreras de salud y afines en universidades.
- 3.5.12. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los niveles de atención.

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.3.1. Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH, sida e ITS según poblaciones priorizadas.	3.1.1. Monitoreado el cumplimiento de las normas y guías.	35. Porcentaje de unidades de salud que cuentan con los protocolos de atención actualizados y los aplican.	Responsable: MINSA Participantes: Organizaciones Sociales y Agencias de Cooperación.
			36. Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico. (AU G1)	
			37. Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales y que reportan desabastecimiento, en los 12 últimos meses. (AU 27).	
		3.1.2. Elaborado un plan de aseguramiento de medios diagnósticos, insumos y terapéuticos necesarios para el manejo de los efectos adversos y resistencia.		
		3.1.3. Garantizada la atención integral de personas con VIH, ITS y otras enfermedades prevalentes según población priorizada.	38. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años, que se realizó la prueba de VIH63 en los últimos 12 meses y conoce el resultado. (UNGASS 1.5).	

⁶³ Para el cálculo de este indicador, se recomienda que los cálculos de pruebas llevadas a cabo en los sitios de Asesoramiento y Pruebas Voluntarias NO sean utilizadas debido al riesgo de un doble conteo y un sobre-muestreo de las poblaciones de alto riesgo.

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.3.1. Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH, sida e ITS según poblaciones priorizadas. (cont.)	3.1.3. Garantizada la atención integral de personas con VIH, ITS y otras enfermedades prevalentes según población priorizada. (cont.)	Ver indicador 10, 14 (UNGASS 1.9 Y 1.13)	Responsable: MINSA Participantes: CONISIDA, INSS, Organizaciones Sociales.
			39. Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados	
			40. Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y pruebas de VIH en el mismo lugar.	

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general. (cont.)</p>	<p>R.3.1. Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH, sida e ITS según poblaciones priorizadas. (cont.)</p>	<p>3.1.4. Asegurado el suministro de ARV a personas que lo requieren</p>	<p>41. Porcentaje de personas con VIH que reciben consejería pre – TARV.</p>	<p>Responsable: MINSA</p> <p>Participantes: CONISIDA, INSS,</p>
			<p>42. Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV (UNGASS 4.1).</p>	
			<p>43. Número total de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV.</p>	
			<p>44. Porcentaje de adultos y niños seropositivos que continúan con el tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral (cohorte).(UNGASS 4.2)</p>	
			<p>45. Porcentaje de pacientes en TARV que asistieron puntualmente a consultas clínicas (transversal)</p>	
			<p>46. Porcentaje de pacientes que ha retirado puntualmente los medicamentos Antirretrovíricos.</p>	
			<p>47. Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral. (FMI5).</p>	
			<p>48. Porcentaje de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado reactor para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y recibieron tratamiento.</p>	

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
			49. Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas.	Responsable: MINSA Participantes: CONISIDA, INSS,
			50. Número de mujeres captadas con VIH durante el parto.	
			51. Número de mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto.	
			52. Porcentaje de niños de madres con VIH que reciben profilaxis.	
			53. Número de niñez nacida de madre con VIH. (FM4)	
			Ver indicador 26. (UNGASS 3.2)	
			54. Porcentaje de niños/as menores de un año de edad y nacidos de mujeres que viven con VIH que reciben una prueba de ADN proviral en los primeros 12 meses de vida. (FM 16).	

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.3.1. Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral (cont.).	3.1.4. Asegurado el suministro de ARV a personas que lo requieren. (cont.)		Responsable: MINSA Participantes: CONISIDA, INSS,
	R.3.2. Definidos acuerdos entre el MINSA, organizaciones sociales, organización de personas con VIH para estandarizar el funcionamiento de los grupos de apoyo e integrar la perspectiva multicultural	3.2.1. Elaborado diagnóstico de situación de los servicios de salud que brindan atención a personas con VIH sida e ITS.	55. Porcentaje de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico de VIH.	Responsable: MINSA Participantes: Organizaciones Sociales.
		3.2.2. Realizado estudio para determinar los principales factores que favorecen y obstaculizan la adherencia a la TAR.	56. Porcentaje de personas con VIH a las que se les aplica Profilaxis para infecciones oportunistas según protocolo del MINSA.	
		3.2.3. Realizado estudio en relación a los principales efectos adversos causados por TAR.	57. Número de personas con VIH que son diagnosticadas con infecciones oportunistas y reciben el tratamiento correspondiente	
		3.2.4. Incluido en el sistema de farmacovigilancia las reacciones adversas a ARV y medicamentos para infecciones oportunistas.		
	R. 3.3. Capacitado los Recursos Humanos en atención integral de personas con VIH y otras infecciones prevalentes del primer nivel de atención.	3.3.1. Publicadas y capacitado el personal de salud en las normas y guías de atención.	58. Numero de prestadores de servicios del primer nivel de atención, capacitados en diferentes temáticas para abordaje del VIH.	Responsable: MINSA
3.3.3. Desarrollado un plan de educación continua para los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria en la integración del VIH y otras infecciones prevalentes con el enfoque de atención Primaria en Salud.				

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R. 3.3. Capacitado los Recursos Humanos en atención integral de personas con VIH y otras infecciones prevalentes del primer nivel de atención. (cont.)	3.3.2. Desarrollado un plan de educación continua para los equipos multidisciplinarios en la integración del VIH y otras infecciones prevalentes en el marco de la atención hospitalaria.	59. Número de equipos multidisciplinarios capacitados en los protocolos de atención actualizados	Responsable: MINSA
		3.3.3 Desarrollado un plan de educación continúa para los Equipos de Atención Familiar y Comunitarios.		
		3.3.4. Fortalecidas las capacidades del personal de salud en el manejo de efectos adversos de la TAR.		
	R.3.4. Definido acuerdos de trabajo e identificadas necesidades de pares y apoyo.	3.4.1. Definidos acuerdos entre CONISIDA, CORESIDA, CORLUSIDA, Organizaciones Sociales para estandarizar y fortalecer el funcionamiento de los grupos de apoyo.	60. Porcentaje de pacientes que inician el TAR que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio del TAR (cohorte)	
		3.4.2. Realizado diagnóstico de las necesidades de los grupos de apoyo.		
		3.4.3. Diseñado e implementado un plan de fortalecimiento de las capacidades de los grupos de apoyo.		
R.3.5. Coordinación y fortalecimiento.	3.5.1 Elaborado e implementado un plan de fortalecimiento de los servicios de salud en aspectos de infraestructura, equipamiento, mobiliario, sistemas logístico de medicamentos, suministros y otros.		Responsable: MINSA Participantes: CONISIDA	

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.3.5. Coordinación y fortalecimiento. (cont.)</p>	<p>3.5.2. Caracterizada la red de establecimientos públicos y privados que ofertan pruebas rápidas y confirmatorias de VIH, Tuberculosis, Hepatitis B y Sífilis, a fin de integrarlas en los diferentes niveles geográficos, fortaleciendo y ampliando la cobertura poblacional y de pruebas, principalmente dirigidas a poblaciones en mayor riesgo y vulnerables, con énfasis en poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes.</p>	<p>61. Porcentaje aproximado del número de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que han recibido tratamiento para la tuberculosis y para el VIH (UNGASS 5.1)</p>	<p>Responsable: MINSA</p> <p>Participantes: CONSIDA</p>
		<p>62. Porcentaje de personas con VIH a las que se realizó tamizaje para Tuberculosis.</p>	<p>63. Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con Trimetroprim.</p>	
		<p>3.5.3. Asegurado de manera permanente el abastecimiento de condones a poblaciones en mayor riesgo y poblaciones vulnerables.</p>	<p>Ver indicador 18. (FM20)</p>	
		<p>3.5.4. Fortalecidas las capacidades del personal de salud en el manejo clínico de personas con VIH (ARV, cáncer e infecciones oportunistas y otras complicaciones).</p>		
		<p>3.5.5. Fortalecida la capacidad y sostenibilidad del laboratorio para diagnóstico, seguimiento y pronóstico de personas con VIH, así como diagnóstico y seguimiento de co-infecciones e infecciones oportunistas.</p>		
		<p>3.5.6. Fortalecida la ejecución de planes y programas de educación formal que promueven el ejercicio de sexualidad responsable y segura desarrollados por sector educativo formal. Valoración anual del contenido, y semestral de la ejecución.</p>		

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.</p>	<p>R.3.5. Coordinación y fortalecimiento. (cont.)</p>	<p>3.5.7. Garantizada la consejería oportuna y de calidad para prevenir las ITS y el VIH a la población mayor de 15 años, con énfasis en poblaciones en mayor riesgo y vulnerables.</p>	<p>64. Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados.</p>	<p>Responsable: MINSA</p> <p>Participantes: CONSIDA</p>
		<p>65. Porcentaje de personas con mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados.</p>		
		<p>3.5.8. Diseñados y fortalecidos los planes de educación continua en centros de trabajo públicos y privados incorporando la realización de charlas sobre la prevención de las ITS y el VIH, la percepción de riesgo y sexualidad responsable y segura.</p>		
		<p>3.5.9. Implementar el programa de comunicación social de prevención de las ITS y el VIH dirigido a la población general y con énfasis a poblaciones en mayor riesgo y vulnerables.</p>		

LE-3. Acceso Universal a la Atención Integral: Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales, garantizar la adherencia al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH, mejorar de la calidad de vida de las personas con VIH, dar respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia. (cont.).

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH, niños y niñas nacidos de madres con VIH, mujeres embarazadas, privados de libertad, transportistas y poblaciones móviles, población general.	R.3.5. Coordinación y fortalecimiento. (cont.)	3.5.10. Incorporar en los planes de salud comunitarios el seguimiento a las personas con VIH, que incluye además de la valoración del estado de salud, la situación de los derechos humanos, la educación y de trabajo de sus hijos, hijas y otros familiares.		Responsable: MINSA Participantes: CONISIDA
		3.5.11. Fortalecer la incorporación de la temática en el pre y posgrado de las carreras de salud y afines en universidades.		
		3.5.12. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los niveles de atención.		

7.1.4. Derechos Humanos

Para una Respuesta Nacional efectiva, es de suma importancia, la promoción y sensibilización sobre el respeto a los Derechos Humanos y la no discriminación para las personas, familias y comunidades afectadas directa o indirectamente por la epidemia.

Esta línea estratégica contribuirá a reducir la incidencia y a mitigar el impacto de la epidemia según fue establecido en el marco de acción de la Declaración de Compromiso para la Respuesta Integral a la Epidemia del VIH en Niñas, Niños y Adolescentes de Nicaragua (Mayo, 2010). Dado que la epidemia agrava la situación de pobreza a todos los niveles, se requiere de una acción colectiva adecuada, armónica, complementaria, de manera sostenible y con perspectiva de desarrollo y derechos humanos. Esta línea estratégica considera a los niños y a sus familias como participantes activos en la lucha contra el VIH y en la mejora de sus propias vidas; y está orientada a fortalecer capacidades y a promover una respuesta adecuada y con suficiente celeridad. Por lo tanto, las acciones orientadas para el logro de esta estrategia, se orienta en los siguientes aspectos:

Resultado 4.1. Garantizado el respeto de los DDHH de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad

- 4.1.1. Elaborado un plan de difusión para la implementación de la Ley 238 y su reglamento, donde se establece la confidencialidad, autonomía personal y la no discriminación.
- 4.1.2. Elaborado un mapeo sobre las instituciones que prestan servicios jurídicos en la temática de VIH.
- 4.1.3. Elaborado un plan de educación para sensibilizar a la población y crear una cultura de la denuncia ante situaciones violatorias a los Derechos Humanos, relacionados directamente al VIH.
- 4.1.4. Elaborado e implementado un plan de sensibilización dirigido a funcionarios de todos los niveles de todas las instituciones del Estado que conlleve a reducir el estigma y discriminación hacia personas de la diversidad sexual.
- 4.1.5. Fortalecidas las instituciones del Estado que prestan servicios jurídicos en la temática del VIH.
- 4.1.6. Facilitada la entrega de servicios para la asistencia jurídica gratuita de calidad para apoyar y/o canalizar las denuncias relacionadas con el goce y ejercicio de los Derechos Humanos.

Resultado 4.2. Disminución paulatina del estigma y discriminación

- 4.2.1. Elaborados e implementados planes de educación para sensibilizar al personal de las instituciones del Estado y de las Organizaciones Sociales para disminuir el estigma y la discriminación, con mayor énfasis en las instituciones prestadoras de servicios.
- 4.2.2. Elaborado un plan para el desarrollo de políticas de VIH en los espacios laborales del ámbito público y las empresas privadas.

Resultado 4.3. Protección social a las personas con VIH y personas afectadas, incluyendo niñas, niños, adolescentes-huérfanos y vulnerados y a sus familias.

- 4.3.1. Realizada incidencia política con los tomadores de decisiones en relación con la protección social de las personas con VIH y personas afectadas.
- 4.3.2. Realizados estudios sobre la situación socioeconómica de las personas con VIH, que generen recomendaciones sobre programas formación de empleo y otras formas de asistencia económica para personas con VIH y sus familias.
- 4.3.3. Elaborado un diagnóstico sobre la situación de los niños huérfanos por causa del sida y niños con VIH que generen recomendaciones para la implementación de intervenciones eficaces adecuadas a los resultados del diagnóstico.

- 4.3.4. Facilitados los programas para la gestión de empleo y/o proyectos de micro créditos y de acceso a empleo formal para beneficiar a personas con VIH y sus familias.
- 4.3.5. Garantizado el alcance de programas de atención psicosocial a niños afectados y a las personas que los tienen a su cargo.
- 4.3.6. Garantizado el apoyo al fortalecimiento de las capacidades de cuidado de niños afectados, incluyendo la planificación de la sucesión, a través de los equipos de salud familiar.
- 4.3.7. Garantizado el acceso a la educación formal de niños huérfanos por causa del sida y niños vulnerados.
- 4.3.8. Diseñado e implementado Plan de Sensibilización dirigido a los operadores de justicia para la protección de niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida de los derechos familiares.

LE-4. Derechos Humanos: Promoción y sensibilización sobre el respeto a los Derechos Humanos y la no discriminación para las personas, familias y comunidades afectadas directa o indirectamente por la epidemia.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, Poblaciones en Mayor Riesgo y vulnerabilidad en Privados de Libertad y población general</p>	<p>4.1. Garantizado el respeto a los DDHH de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad</p>	<p>4.1.1. Elaborado un plan de difusión para la implementación de la Ley 238 y su reglamento, donde se establece la confidencialidad, autonomía personal y la no discriminación.</p>	<p>66. Porcentaje de instituciones del estado que integran la CONISIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH relacionados al VIH.</p> <p>67. Cantidad de servicios jurídicos prestados en apoyo a denuncias sobre violación de los DDHH relacionados al VIH.</p> <p>68. Porcentaje de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, que han tenido parejas o han estado casadas alguna vez, que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja(un hombre) en los últimos 12 meses.</p>	<p>Responsable: CONISIDA</p> <p>Participantes: PDDH, MITRAB, Organizaciones Sociales, Asociaciones de personas con VIH.</p>
		<p>4.1.2. Elaborado mapeo sobre las instituciones que prestan servicios jurídicos en la temática de VIH.</p>		
		<p>4.1.3. Elaborado un plan de educación para sensibilizar a la población y crear una cultura de la denuncia ante situaciones violatorias a los Derechos Humanos, relacionados directamente al VIH.</p>		
		<p>4.1.4. Elaborado e implementado un Plan de sensibilización dirigido a funcionarios de todas las instituciones del estado que conlleve a reducir el estigma y la discriminación hacia personas de la diversidad sexual.</p>		
		<p>4.1.5. Fortalecidas las instituciones del estado que prestan servicios jurídicos.</p>		
		<p>4.1.6. Facilitada la entrega de servicios para la asistencia jurídica gratuita de calidad para apoyar y/o canalizar las denuncias relacionadas con el goce y ejercicio de los Derechos Humanos.</p>		

LE-4. Derechos Humanos: Promoción y sensibilización sobre el respeto a los Derechos Humanos y la no discriminación para las personas, familias y comunidades afectadas directa o indirectamente por la epidemia. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
<p>Personas con VIH, Poblaciones en Mayor Riesgo, Privados de Libertad y población general</p>	<p>R.4.2. Disminución paulatina del estigma y discriminación.</p>	<p>4.2.1. Elaborados e implementados planes de educación para sensibilizar al personal de las instituciones del Estado y de las organizaciones sociales para disminuir el estigma y la discriminación, con mayor énfasis en las instituciones prestadoras de servicios.</p>		<p>Responsable: CONSIDA</p>
		<p>4.2.2. Elaborado un plan para el desarrollo de políticas de VIH en los espacios laborales del ámbito público en las empresas privadas.</p>	<p>69. Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación</p>	
<p>Personas con VIH y personas afectadas, familias de personas con VIH y afectadas, niños huérfanos por causa del sida y Vulnerados</p>	<p>R. 4.3. Protección social a las personas con VIH y personas afectadas.</p>	<p>4.3.1. Realizada incidencia política con los tomadores de decisiones en relación con la protección social de las personas con VIH y personas afectadas.</p>	<p>70. Proporción de hogares que han recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses.</p>	<p>Participantes: PDDH, MITRAB, Organizaciones Sociales, Asociaciones de personas con VIH.</p>
		<p>4.3.2. Realizados estudios sobre la situación socioeconómica de las personas con VIH, que generen recomendaciones sobre programas formación de empleo y otras formas de asistencia económica para personas con VIH y sus familias.</p>		
		<p>4.3.3. Elaborado un diagnóstico sobre la situación de los niños huérfanos por causa del sida y niños con VIH que generen recomendaciones para la implementación de intervenciones eficaces adecuadas a los resultados del diagnóstico.</p>		

LE-4. Derechos Humanos: Promoción y sensibilización sobre el respeto a los Derechos Humanos y la no discriminación para las personas, familias y comunidades afectadas directa o indirectamente por la epidemia. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Personas con VIH y personas afectadas, familias de personas con VIH y afectadas, niños huérfanos por causa del sida y Vulnerados	R. 4.3. Protección social a las personas con VIH y personas afectadas. (cont.)	4.3.4. Facilitados los programas para la gestión de empleo y/o proyectos de micro créditos para beneficiar a personas con VIH y sus familias.	71. Cantidad de personas con VIH beneficiados laboralmente.	Responsable: CONISIDA Participantes: PDDH, MIFAMILIA, INSS, Organizaciones Sociales Asociaciones de personas con VIH.
		4.3.5 Garantizado el alcance de programas de atención psicosocial a niños afectados y a las personas que los tienen a su cargo.	72. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado 73. Asistencia a la escuela de huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años en la actualidad.	
		4.3.6. Garantizado el apoyo al fortalecimiento de las capacidades de cuidado de niños afectados, incluyendo la planificación de la sucesión, a través de los equipos de salud familiar.		
		4.3.7. Garantizado el acceso a la educación formal de niños huérfanos por causa del sida y niños vulnerados.	74. Porcentaje de asistencia escolar de los huérfanos a causa del sida.	
		4.3.8. Diseñado e implementado Plan de Sensibilización dirigido a los operadores de justicia para la protección de niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida de los derechos familiares		

7.1.5. Sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional

El sistema de información, monitoreo y evaluación, se orienta a la producción de los siguientes efectos

- a) Conocer de manera real el comportamiento epidemiológico de la epidemia y de la Respuesta Nacional.
- b) Contar con un sistema de información y utilizado por todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional que incluya los sistemas de registros continuos, investigaciones operacionales, investigaciones científicas y artículos científicos.
- c) Integrar información de instituciones y organizaciones sociales al sistema de información.
- d) Facilitar el intercambio y análisis de información entre los actores sociales involucrados.
- e) Contar con un plan de MyE consensuado y aplicado a la realidad a nivel nacional.
- f) Recursos humanos capacitados para realizar el MyE de manera eficiente y oportuna.
- g) Contar con información actualizada y oportuna y con su respectivo análisis para la toma de decisiones.
- h) Organización de la unidad técnica de monitoreo y evaluación de la Secretaría Técnica de la CONISIDA.
- i) Biblioteca virtual acerca de la Respuesta Nacional.

Para lograr tales efectos directos se han propuesto las siguientes intervenciones:

Resultado 5.1 Sistema de información organizado con funciones y responsabilidades entre los actores

- 5.1.1 Definida la estructura organizacional del sistema de información que involucra a las instituciones públicas, organizaciones sociales, privadas involucradas en la Respuesta Nacional.
- 5.1.2 Fortalecido y funcionando el Equipo Técnico de MyE de la Secretaría Técnica de la CONISIDA, conforme lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Secretaría Técnica.
- 5.1.3 Normadas las responsabilidades, roles, canales de comunicación y procesos estandarizados entre el Equipo Técnico de MyE del de la Secretaría Técnica, la Comisión de MyE de la CONISIDA, el MCP y puntos focales de otras estructuras del Sistema de información.
- 5.1.4 Implementado el plan de sostenibilidad del Equipo Técnico de MyE de la Secretaría Técnica de CONISIDA.
- 5.1.5 Consensuados entre la CONISIDA, el Equipo Técnico de MyE y en consulta con actores claves, los indicadores nacionales e internacionales que serán medidos en el Plan de MyE.
- 5.1.6 Revisada y consensuada la definición operacional de los indicadores, fuente de datos y la periodicidad de reporte.
- 5.1.7 Revisado y adecuado el Plan de MyE del PEN.
- 5.1.8 Revisado periódicamente el flujo de información, procedimientos y métodos que garanticen la recolección de la información en los distintos niveles, involucrando a todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional (Ministerio de Educación, MINSA, INSS, MITRAB, MIFAMILIA, Organizaciones Sociales, etc.).

Resultado 5.2. Vigilancia epidemiológica

- 5.2.1 Revisadas, actualizadas y difundidas las guías de vigilancia epidemiológica.
- 5.2.2 Elaborados e implementados planes de capacitación en vigilancia epidemiológica de manera continua.
- 5.2.3 Elaborados e implementados planes de visitas de supervisión rutinarias, evaluación de la información y retroalimentación (o devolución de resultados) a los niveles locales.
- 5.2.4 Programadas auditorias periódicas para vigilar la calidad de los datos.
- 5.2.5 Identificadas las brechas de información en relación a la vigilancia epidemiológica, el desarrollo de investigaciones y evaluaciones y diseñado el plan de mejora.
- 5.2.6 Actualizada sistemáticamente la BdR.

Resultado 5.3: Difusión y uso de la información:

- 5.3.1 Implementado un plan de difusión y uso de la información generada por el sistema de información, monitoreo y evaluación, que tome en cuenta las necesidades de información de los usuarios, los canales oficiales de diseminación de datos, el uso ágil de medios tecnológicos y el aseguramiento de la calidad de la información.
- 5.3.2 Recopiladas evidencia sobre el uso de la información.

LE-5. Sistema de información, monitoreo y evaluación y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional

Se orienta a al cumplimiento de uno de los tres unos, conocer de manera real el comportamiento epidemiológico de la epidemia, contar con un sistema de información conocido por todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional, integrar información de instituciones y organizaciones sociales al sistema de información, facilitar el intercambio y análisis de información entre los actores sociales involucrados, contar con un plan de MyE consensuado y aplicado a la realidad, recursos humanos capacitados para realizar el MyE de manera eficiente y oportuna y a contar con información actualizada y oportuna y con su respectivo análisis para la toma de decisiones.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	R.5.1. Sistema de información organizado con funciones y responsabilidades entre los actores.	5.1.1 Definida la estructura organizacional del sistema de información que involucra a las instituciones públicas, organizaciones sociales, privadas involucradas en la Respuesta Nacional.	75. Porcentaje de instituciones involucradas en la Respuesta Nacional que reporta al Sistema de Información del VIH.	Responsable: CONISIDA Participantes: MINSA, Organismos e instituciones con participación en la Respuesta Nacional.
		5.1.2. Fortalecido y funcionando el Equipo Técnico de MyE de la Secretaría Técnica de la CONISIDA, conforme lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Secretaría Técnica.		
		5.1.3. Normadas las responsabilidades, roles, canales de comunicación y procesos estandarizados entre el Equipo Técnico de MyE del de la Secretaría Técnica, la Comisión de MyE de la CONISIDA, el MCP y puntos focales de otras estructuras del Sistema de información.		
		5.1.4. Implementado el plan de sostenibilidad del Equipo Técnico de MyE de la Secretaría Técnica de CONISIDA		

LE-5. Sistema de información, monitoreo y evaluación y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	R.5.1. Sistema de información organizado con funciones y responsabilidades entre los actores. (cont.)	5.1.5. Consensados entre la CONISIDA, el Equipo Técnico de MyE y en consulta con actores claves, los indicadores nacionales e internacionales que serán medidos en el Plan de MyE.		Responsable: CONISIDA Participantes: MINSAs, Organismos e instituciones con participación en la Respuesta Nacional.
		5.1.6. Revisada y consensada la definición operacional de los indicadores, fuente de datos y la periodicidad de reporte.		
		5.1.7. Revisado y adecuado el Plan de MyE del PEN.		
		5.1.8. Revisado periódicamente el flujo de información, procedimientos y métodos que garanticen la recolección de la información en los distintos niveles, involucrando a todos los actores involucrados en la Respuesta Nacional (Ministerio de Educación, MINSAs, INSS, MITRAB, MIFAMILIA, Organizaciones Sociales), etc.		
	R.5.2. Vigilancia epidemiológica.	5.2.1. Revisadas, actualizadas y difundidas las guías de vigilancia epidemiológica.		
		5.2.2. Elaborados e implementados planes de capacitación en vigilancia epidemiológica de manera continua.		
5.2.3. Elaborados e implementados planes de visitas de supervisión rutinarias, evaluación de la información y retroalimentación (o devolución de resultados) a los niveles locales.				

LE-5. Sistema de información, monitoreo y evaluación y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Nacional (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	R.5.2. Vigilancia epidemiológica. (cont.)	5.2.4. Programadas auditorias periódicas para vigilar la calidad de los datos.		Responsable: CONISIDA Participantes: MINSA, Organismos e instituciones con participación en la Respuesta Nacional.
		5.2.5. Identificadas las brechas de información en relación a la vigilancia epidemiológica, el desarrollo de investigaciones y evaluaciones y diseñado un plan de mejora.		
		5.2.6. Actualiza sistemáticamente la BdR.		
	R.5.3: Difusión y uso de la información.	5.3.1. Implementado un plan de difusión y uso de la información, monitoreo y evaluación, generada por el Sistema de información, que tome en cuenta las necesidades de información de los usuarios, los canales oficiales de disseminación de datos, el uso ágil de medios tecnológicos y el aseguramiento de la calidad de la información.		
		5.3.2. Recopiladas evidencia sobre el uso de la información.		

7.1.6. Mecanismos de gestión para la implementación del PEN:

La ejecución del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida, es responsabilidad del Gobierno de Nicaragua, a través de la CONISIDA, para garantizar la sostenibilidad se desarrollaran los siguientes mecanismos de gestión: Implementación y ejecución, financiamiento y monitoreo y evaluación.

Resultado 6.1: Implementación y ejecución

- 6.1.1 Ejecutada de manera eficiente y efectiva el Plan Estratégico Nacional, liderado y conducido por la CONISIDA, CORLUSIDA y CORESIDA.
- 6.1.2 Fortalecida la capacidad técnica y gerencial de los miembros que conforman las CONISIDA, CORLUSIDA y CORESIDA, con el propósito de mejorar el desempeño en la Respuesta Nacional.

Resultado 6.2. Financiamiento

- 6.2.1 Elaborado y presentado a las entidades correspondientes el presupuesto para la ejecución del Plan Estratégico Nacional, a las entidades correspondientes.
- 6.2.2 Realizada por la CONISIDA, labor de abogacía para asegurar el compromiso político del Presidente de la República en la asignación de recursos anuales del Presupuesto General de la República, para la ejecución del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida.
- 6.2.3 Gestionada la asignación presupuestaria para la ejecución del plan estratégico nacional.
- 6.2.4 Gestionada la asistencia técnica en el desarrollo de estrategias para la elaboración de proyectos viables a ser presentados a potenciales financiadores.
- 6.2.5 Fortalecidas las capacidades de gestión de los tomadores de decisiones para asegurar una inversión equitativa de los recursos.

Resultado 6.3. Evaluación

- 6.3.1 Elaborado, presentado y discutido documento de evaluación anual del Plan Operativo correspondiente.
- 6.3.2 Incorporados los ajustes de los resultados de la evaluación anual al Plan Operativo del año subsiguiente.
- 6.3.3 Elaborado, presentado y discutido documento de la Evaluación de Medio Término del PEN 2011-2015.
- 6.3.4 Incorporados los ajustes al PEN 2011-2015 según resultados encontrados en la Evaluación de Medio Término.
- 6.3.5 Elaborado, presentado y discutido documento de la Evaluación Final del PEN 2011-2015.

LE-6. Mecanismos de gestión: Para garantizar la sostenibilidad se desarrollaran los siguientes mecanismos de gestión: Implementación y ejecución, financiamiento y monitoreo y evaluación.

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	R.6.1. Implementación y ejecución.	6.1.1. Ejecutada de manera eficiente y efectiva el Plan Estratégico Nacional, liderado y conducido por la CONISIDA, CORLUSIDA y CORESIDA.	76. Plan Estratégico Monitoreado y Evaluado	Responsable: CONISIDA
		6.1.2. Fortalecida la capacidad técnica y gerencial de los miembros que conforman las CONISIDA, CORLUSIDA y CORESIDA, con el propósito de mejorar el desempeño en la Respuesta Nacional.		
	R.6.2. Financiamiento.	6.2.1. Elaborado y presentado a las entidades correspondientes el presupuesto para la ejecución del Plan Estratégico Nacional, a las entidades correspondientes.		
		6.2.2. Realizada por la CONISIDA, labor de abogacía para asegurar el compromiso político del Presidente de la República en la asignación de recursos anuales del Presupuesto General de la República, para la ejecución del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida		
6.2.3. Gestionada la asignación presupuestaria para la ejecución del Plan Estratégico Nacional.				

LE-6. Mecanismos de gestión: Para garantizar la sostenibilidad se desarrollaran los siguientes mecanismos de gestión: Implementación y ejecución, financiamiento y monitoreo y evaluación. (cont.)

Población	Resultado esperado	Actividades Estratégicas	Indicador	Responsable principal
Población general.	R.6.2. Financiamiento (cont.).	6.2.4. Gestionada la asistencia técnica en el desarrollo de estrategias para la elaboración de proyectos viables y atractivos a ser presentados a potenciales financiadores		Responsable: CONISIDA
		6.2.5. Fortalecidas las capacidades de gestión de los tomadores de decisiones para asegurar una inversión equitativa de los recursos.		
	R.6.3. Evaluación.	6.3.1. Elaborado, presentado y discutido documento de evaluación anual del Plan Operativo correspondiente.		
		6.3.2. Incorporados los ajustes de los resultados de la evaluación anual al Plan Operativo del año subsiguiente.		
		6.3.3. Elaborado, presentado y discutido documento de la Evaluación de Medio Término del PEN 2011 – 2015.		
		6.3.4. Incorporados los ajustes al PEN 2011-2015 según resultados encontrados en la Evaluación de Medio Término.		
		6.3.5. Elaborado, presentado y discutido documento de la Evaluación Final del PEN 2011-2015.		

7.2. Sumario del Marco de Resultados por Población

Una de las características esenciales del PEN 2011-2015 es que está centrado a toda la población y con énfasis en las PEMAR, a continuación se presenta, para cada grupo poblacional, un resumen de objetivos, resultados y efectos directos. De esta manera se ofrece perspectiva adicional de los diversos elementos considerados, así como de las carencias de información encontradas.

A continuación se detallan los indicadores por grupos de población, en coherencia con los grupos de población definidos en el acápite 6.6 del presente plan, considerando también los compromisos internacionales definidos en los indicadores UNGASS.

I. Poblaciones en Mayor Riesgo

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH (4).	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención de VIH. (UNGASS 9). (8) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de ITS, VIH y sida.	S/D		
	Porcentaje de población de mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, transportistas, personas Trans, PPL y uniformados), que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión de virus. (UNGASS 14). (9) Periodicidad: Bienal. Fuente: Encuestas especiales de comportamiento y otras realizadas que cuenten con aval o reconocimiento nacional.			
	Porcentaje de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, transportistas, personas Trans, PPL y uniformados) que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y utilizó condón durante la última relación sexual. (10) Periodicidad: Bienal Fuente: Encuestas especiales de comportamiento y otras realizadas que cuenten con aval o reconocimiento nacional.	2010 para TS: Managua 93% Chinandega 97.5%		

I. Poblaciones en Mayor Riesgo (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Información, educación y comunicación (6).	<p>Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. (20)</p> <p>Periodicidad: Bienal.</p> <p>Fuente: Encuestas especiales incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres la de <i>Family Health International</i>.</p>			
	<p>Porcentaje de HSH que declara haber utilizado condón durante su último coito anal con una pareja masculina. (UNGASS 19). (21)</p> <p>Periodicidad: Bienal.</p> <p>Fuente: Encuestas especiales incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres la de <i>Family Health International</i>.</p>	<p>2010: Managua: 38%</p> <p>Chinandega: 32.5%</p>		
	<p>Porcentaje de población de mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, transportistas, personas Trans, PPL y uniformados), que refiere haberse realizado la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. (UNGASS 8). (22)</p> <p>Bienal.</p> <p>Fuente: Encuestas especiales incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres la de <i>Family Health International</i>.</p>			

I. Poblaciones en Mayor Riesgo (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Información, educación y comunicación (6).	<p>Porcentaje de población de mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, transportistas, personas Trans, PPL y uniformados), que refiere haberse realizado la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce los resultados. (23)</p> <p>Periodicidad: Bienal.</p> <p>Fuente: Sistema de información del componente nacional de ITS, VIH y sida, registros de laboratorio.</p>			
	<p>Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un condón con su último cliente. (UNGASS I8), (AU C5c). (24)</p> <p>Periodicidad: Bienal.</p> <p>Fuente: Encuestas especiales de comportamiento.</p>	S/D		
Línea estratégica	Acceso universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas. (1)	<p>Porcentaje de personas en mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. (34)</p> <p>Periodicidad: Bienal</p> <p>Fuente: Encuestas especiales de comportamiento.</p>			
	<p>Porcentaje de personas en mayor riesgo y vulnerabilidad (HSH, TS hombres y mujeres, PPL, personas Trans, uniformados y transportistas), que se realizó la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce sus resultados. (35)</p> <p>Periodicidad: Bienal.</p> <p>Fuente: Encuestas especiales de comportamiento.</p>			

1. Poblaciones en Mayor Riesgo (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas. (1)	Porcentaje de población más expuesta infectada por el VIH, (UNGASS 23). (38) Periodicidad: Bienal. Fuente: Encuestas de comportamiento y prevalencia			
	Porcentaje de Mujeres trabajadoras sexuales con resultado reactor para la prueba de Sífilis en los últimos 12 meses, y recibieron tratamiento. (46) Periodicidad: Bienal. Fuente: Encuestas de comportamiento y prevalencia.			

2. Poblaciones vulnerables

a. Embarazadas

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita. (5)	Porcentaje de mujeres captadas en CPN que se realizaron la prueba de VIH y Sífilis y conoce los resultados. (FM9). (17) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	2010: 60.58%		
	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con VIH que reciben tratamiento ARV para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil. (UNGASS 5) (18) Periodicidad: Anual Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente nacional de ITS, VIH sida.	2010: 56%		

2. Poblaciones vulnerables

a. Embarazadas (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita. (5)	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas con Sífilis que reciben tratamiento para reducir la transmisión maternoinfantil. (19) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.			
Información, educación y comunicación (6)	Prevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas captadas en CPN. (25) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	S/D		
Línea Estratégica	Acceso universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas. (1)	Número de unidades de salud que ofertan atención prenatal y pruebas de VIH en el mismo lugar. (36) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	S/D		
	Porcentaje de niñez nacido de madre con VIH que recibió profilaxis con Trimetroprin Sulfametoxazol en el lapso de 2 meses después del nacimiento. (AU 58). (49) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	2010: 90%		
	Número de mujeres captadas con VIH durante el parto. (AU 46). (51) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	S/D		

2. Poblaciones vulnerables

a. Embarazadas (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral diferenciadas del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas. (1)	<p>Número de mujeres captadas con VIH durante las primeras 72 horas después del parto. (AU 47). (52)</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.</p>	S/D		
	<p>Porcentaje de niños de madres con VIH que reciben profilaxis. (AU 57). (53)</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.</p>	2010: 97%		
	<p>Número de niñez nacida de madre con VIH. (FM4). (54)</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.</p>	S/D		
	<p>Número de niñez nacida de madre con VIH que se realizó la primera prueba de VIH. (AU 56). (55)</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.</p>	2010: 64%		
	<p>Porcentaje de niños/as menores de un año de edad y nacidos de mujeres que viven con VIH que reciben una prueba de ADN proviral en los primeros 12 meses de vida. (FM 16). (56)</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.</p>	S/D		

2. Poblaciones vulnerables

a. Embarazadas (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Definidos acuerdos entre el MINSA, organizaciones de redes, organización de personas con VIH y Organizaciones Sociales para estandarizar el funcionamiento de los grupos de apoyo. (2)	Número de niñez menores de 12 meses nacido de madre con VIH según tipo de alimentación que ha recibido: (LME - Sucedáneos - Alimentación mixta). (AU 63, 64, 65). (57) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.	2010: 85%		

b. Niñez

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y Sífilis Congénita. (5)	Tasa de incidencia de sífilis congénita. (15) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.			
	Porcentaje de lactantes con VIH que nació de madres con VIH. (UNGASS 25). (16) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la mujer y componente de VIH.			

2. Poblaciones vulnerables

b. Niñez (cont.)

Línea estratégica	Derechos Humanos.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Protección social a las personas con VIH y personas afectadas, incluyendo niñas, niños, adolescentes-huérfanos y vulnerados- y a sus familias (3)	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables que reciben apoyo psicosocial adecuado. (72) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros de los programas de Atención integral a la niñez, componente de VIH y CONISIDA.			
	Porcentaje de asistencia escolar de los huérfanos a causa del sida. (73) Periodicidad: Anual. Fuente: Registros del MINED, CONISIDA.			

c. Personas con VIH

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Trabajo de pares y apoyo. (2)	Porcentaje de personas con VIH que declaran haber utilizado condón durante la última relación sexual. (7) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	S/D		100%
Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas. (1)	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales y que reportan desabastecimiento, en los 12 últimos meses. (AU 27). (32) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	LdeB 2009: 34% (10/29)		0%

2. Poblaciones vulnerables

c. Personas con VIH (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral del VIH sida e ITS según poblaciones prioritizadas. (1)	Porcentaje de personas con VIH que reciben consejería pre – TARV. (39) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	S/D		100%
	Número y porcentaje de adultos y niños con VIH que reciben TARV. (40) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	LB 2010: 1,286 / 1,890 68%.		98%
	Número total de personas con esquema de AZT, 3TC y NVP o EFV. (41) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	S/D		S/D
	Porcentaje de pacientes adultos que inician el TARV en el centro, que están recibiendo un esquema TARV de primera línea apropiado 12 meses después (cohorte). (42) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	SD		70%
	Porcentaje de pacientes en TARV que asistieron puntualmente a consultas clínicas (transversal). (43) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	SD		90%
	Porcentaje de pacientes que ha retirado puntualmente los medicamentos Antirretrovíricos. (44) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.	SD		90%

2. Poblaciones vulnerables

c. Personas con VIH (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas.	<p>Número de personas con VIH a las que se les realizan exámenes de CD4 y carga viral. (FM15). ⁽⁴⁵⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Sistema de información del componente nacional de ITS, VIH y sida. Registros de laboratorio.</p>	S/D		Todas las personas en seguimiento.
	<p>Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH conocida y que siguen en tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia ARV. (UNGASS 24), (AU G3a). ⁽⁴⁷⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.</p>	2008: 70%		90%
	<p>Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que reciben terapia ARV (UNGASS 4), (AU G3a). ⁽⁴⁸⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.</p>			
	<p>Número de personas con VIH que reciben diagnóstico, tratamiento y curación de infecciones oportunistas. ⁽⁵⁰⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.</p>			

2. Poblaciones vulnerables

c. Personas con VIH (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
	Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013
Definidos acuerdos entre el MINSA, organizaciones de redes, organización de personas con VIH y Organizaciones Sociales para estandarizar el funcionamiento de los grupos de apoyo.	Porcentaje de personas con VIH a las que se les aplica Profilaxis para infecciones oportunistas según protocolo del MINSA. ⁽⁵⁹⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Sistema de información de MINSA y otros organismos que forman parte de este sistema.	2010: 249		100%
	Número de personas con VIH que son diagnosticadas con infecciones oportunistas y reciben el tratamiento correspondiente. ⁽⁶⁰⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Sistema de información de MINSA y otros organismos que forman parte de este sistema.	S/D		100%
Definido acuerdos de trabajo e identificadas necesidades de pares y apoyo.	Porcentaje de pacientes que inician el TAR que se pierden de vista durante el seguimiento 12 meses después del inicio del TAR (cohorte) ⁶⁴ . ⁽⁶³⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Sistema de información de MINSA y otros organismos que forman parte de este sistema.	SD		≤ 20%

⁶⁴ Nota: por 'perdido de vista' se entiende como 'abandono', cuya definición recomendada es "no volver al centro, o a la farmacia, por 90 días después de la última consulta programada y perdida, o retiro de medicamentos esperado y perdido). Se excluyen los pacientes transferidos en TAR y los reinicios. Se excluyen los pacientes transferidos a otro centro y fallecidos durante los 12 meses. (G. Ravasi. Encuentro CA sobre IAT. San Salvador 6-8 julio 2010).

2. Poblaciones vulnerables

c. Personas con VIH (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento.	Porcentaje de casos estimados de co infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH. (UNGASS 6). ⁽⁶⁴⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Registros del Componente nacional de VIH e ITS y programa nacional de TB.	2009: n= 40/52 77%		100%
	Porcentaje de personas con VIH a las que se realizó tamizaje para Tuberculosis. ⁽⁶⁵⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Registros del Componente nacional de VIH e ITS y programa nacional de TB.	L de B 2010: 80%		100%
	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y aptos para la profilaxis con Trimetroprim. ⁽⁶⁶⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de VIH e ITS.			
Línea estratégica	Derechos Humanos. ⁽⁴⁾			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Garantizado el respeto a los DDHH de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.	Porcentaje de instituciones del estado que integran la CONISIDA que prestan servicios jurídicos gratuitos para apoyar denuncias relacionadas a la violación de los DDHH. ⁽⁶⁸⁾ Periodicidad: Anual. Fuente: CONISIDA.	S/D		
	Cantidad de servicios jurídicos prestados en apoyo a denuncias sobre violación de los DDHH relacionados al VIH. ⁽⁶⁹⁾ Periodicidad: Anual. Fuente: CONISIDA.	S/D		
	Número de empresas que han establecido políticas de VIH contra el estigma y la discriminación. ⁽⁷⁰⁾ Periodicidad: Anual. Fuente: CONISIDA.			

2. Poblaciones vulnerables

c. Personas con VIH (cont.)

Línea estratégica	Derechos Humanos. (4)			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Protección social a las personas con VIH y personas afectadas, incluyendo niñas, niños, adolescentes-huérfanos y vulnerados- y a sus familias	Cantidad de personas con VIH beneficiados con laboralmente. (71) Periodicidad: Anual. Fuente: CONISIDA.	S/D		

d. Personas de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH (4).	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes al que llegaron los programas de prevención de VIH. Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de ITS, VIH y sida.	S/D		
	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes, que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión de virus. Periodicidad: Bienal. Fuente: Encuestas especiales de comportamiento y otras realizadas que cuenten con aval o reconocimiento nacional.	S/D		
	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes, que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y utilizó condón durante la última relación sexual. Periodicidad: Bienal	S/D		

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
	Fuente: Encuestas especiales de comportamiento y otras realizadas que cuenten con aval o reconocimiento nacional.			
	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes que refiere haberse realizado la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Periodicidad: Fuente:	S/D		
	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes que refiere haberse realizado la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Periodicidad: Fuente:	S/D		
	Porcentaje de población de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes infectada por el VIH Periodicidad: Bienal. Fuente: Encuestas de comportamiento y prevalencia	S/D		

3. Población General

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH	Número de condones distribuidos en áreas de intervención clave (FM20). Periodicidad: Anual Fuente: MINSA (Programa de atención integral a la Mujer, planificación familiar, Componente nacional ITS y VIH y sida). Organizaciones Sociales.	S/D		
	Porcentaje de unidades de salud que cuentan con abastecimiento para PPE. Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional ITS, VIH y sida.			
	Porcentaje de personal de salud que conoce el protocolo y la aplicación de PPE. Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional ITS, VIH y sida.			

3. Población General (cont.)

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Coordinación y fortalecimiento de la prevención de la transmisión sexual del VIH.	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual. (UNGASS 17). Periodicidad: Anual Fuente: Encuestas demográficas, (Encuesta demográfica y de salud y otras encuestas representativas).	S/D		
Información, educación y comunicación.	Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud y se han realizado la prueba para detección de Sífilis en los últimos 12 meses. Periodicidad: Anual MINSA-Componente Nacional. Programa de Atención integral a la	2010: 60%		

Línea estratégica	Acceso universal a la Prevención y la Promoción.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
	mujer. Registros de laboratorio.			
Capacitación.	<p>Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH, basada en aptitudes para la vida, durante el último año académico. (UNGAS 11).⁽²⁷⁾ Periodicidad: Bial. Fuente: Encuestas sobre las escuelas o revisión de los programas educativos.</p>	2010: 17%		
	<p>Porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15 a 24 años), que identifica correctamente las formas de transmisión sexual del VIH y rechaza principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. (UNGASS 13).⁽²⁸⁾ Periodicidad: Bial Fuente: Encuestas demográficas (Encuesta demográfica y de salud y otras encuestas representativas)</p>	S/D		
Políticas y normas operacionales.	<p>Porcentaje de unidades de sangre donada, a la que se realiza tamizaje para la detección del VIH y Sífilis, con los criterios de calidad asegurada. (UNGASS 3).⁽²⁹⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Bancos de Sangre</p>	S/D		

3. Población General (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Elaborado un plan para revisar, actualizar e implementar las normas y guías de atención integral del VIH sida e ITS según poblaciones priorizadas.	<p>Porcentaje de unidades de salud que cuentan con los protocolos de atención actualizados y los aplican. ⁽³⁰⁾ Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional de ITS, VIH y sida.</p>			
	<p>Número de unidades de salud que brindan TARV y seguimiento clínico. (AU GI) Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional ITS, VIH y sida.</p>	32		
	<p>Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años, que se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado. (UNGASS 7). Periodicidad: Anual Fuente: MINSA-Componente Nacional, encuestas de población y otras encuestas representativas.</p>	S/D		
	<p>Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH, (UNGASS 22). Periodicidad: Anual Fuente: MINSA-Componente Nacional ITS y VIH y sida.</p>	2010: 24.6%		
Definidos acuerdos entre el MINSA, organizaciones de redes, organización de personas con VIH y Organizaciones Sociales para estandarizar el funcionamiento de los grupos de apoyo.	<p>Porcentaje de laboratorios del país con capacidad para el diagnóstico de VIH. (AU 1,2,3). Periodicidad: Anual Fuente: Componente nacional ITS, VIH y sida.</p>			

3. Población General (cont.)

Línea estratégica	Acceso Universal a la Atención Integral y de calidad.			
Resultado esperado	Indicadores	Línea de base	2013	2015
Capacitado los Recursos Humanos en atención integral de personas con VIH y otras infecciones prevalentes del primer nivel de atención.	Número de prestadores de servicios del primer nivel de atención, capacitados en diferentes temáticas para abordaje del VIH. (61) Periodicidad: Anual Fuente: MINSA (Docencia y Componente nacional de ITS, VIH y sida)	S/D		
	Número de equipos multidisciplinarios capacitados en los protocolos de atención actualizados Periodicidad: Anual Fuente: MINSA (Docencia y Componente nacional de ITS, VIH y sida)	S/D		
Coordinación y fortalecimiento.	Número de condones distribuidos en áreas de intervención clave. Periodicidad: Anual Fuente: MINSA (Docencia y Componente nacional de ITS, VIH y sida)			

8. FINANCIAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL

La estimación de los recursos necesarios para la respuesta estratégica actualizada al VIH y el sida de Nicaragua serán desarrollada por el Modelo de necesidades de recursos (RNM, por sus siglas en inglés).

Este modelo calcula el total de recursos financieros que se necesitan en el ámbito nacional para brindar prevención y atención de VIH y sida. Fue utilizado en 2001 para estimar cuánto costaría alcanzar las metas fijadas por UNGASS respecto al VIH y sida a nivel global.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. (2009). Acción conjunta para obtener resultados. Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011. Ginebra, Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida.
2. ONUSIDA. (2007). Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH hacia el Acceso Universal. Ginebra, Suiza.
3. ONUSIDA. (2008). Guidance and Specifications for Additional Recommended Indicators. Addendum to: UNGASS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. 2008 Reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
4. ONUSIDA. (2009). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. 2010 Reporting. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS.
5. ONUSIDA y GTCH. (2006). Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH. Rio de Janeiro.
6. ONUSIDA y MERG. (2007). Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System. Geneva, Switzerland.
7. ONUSIDA y PNUD. (2009). UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
8. ONUSIDA, OPS y UNICEF. (2009). Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009. Lima: Biblioteca Sede OPS.
9. OPS, UNICEF y CLAP/SMR. (2010). Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.
10. Rodríguez-García, R. (2007). Planificación y Gestión orientada a Resultados en VIH y sida, Manual. Washington D.C.: Programa Mundial de Lucha contra el VIH y sida, Banco Mundial.
11. Rodríguez-García, R. Z.-G. (2007). Planificación y Gestión Orientada a Resultados en VIH y sida: Manual.
12. The Global Fund. (2010). Community Systems Strengthening. Information note.
13. The Global Fund to fight AIDS, T. a. (2010). Rolling out National Strategy Applications: The First Learning Wave and Lessons for the Future. Geneva, Switzerland: The Global Fund.
14. UNDP. Checklist for Integrating Gender in Programs/Projects.
15. UNDP. What is Gender Mainstreaming?
16. World Health Organization. (2010). PMTCT Strategic Vision 2010–2015. Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Moving towards the elimination of paediatric HIV. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
17. XVII Conferencia Internacional de sida. (2008). Ia Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Prevenir con educación. Ciudad de México.

10. ANEXOS

10.1 Lista de participantes

No.	Nombre Completo	Cargo	Institución
1	José A. Medrano	Secretario Técnico	CONISIDA
2	Francisco Maldonado B.	Coordinador Componente Tuberculosis	MINSA Central.
3	Luis A. Chacón	Resp. Departamento de Micobacterias. CNDR.	MINSA
4	María Teresa López M.	Coordinadora Componente de VIH y sida. Masaya	MINSA SILAIS Masaya.
5	Greysi Yolanda Espinoza Sequeira	Componente de VIH y sida.	MINSA. SILAIS Chontales
6	Juana Francisca Rueda Jiménez	Coordinadora Componente de VIH y sida. Estelí.	MINSA. SILAIS Estelí.
7	Dilenia María Romero Munguía	Coordinadora técnica VIH / Tuberculosis	MINSA. SILAIS Chinandega.
8	Jeannette Téllez Flores	Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica	MINSA. SILAIS Chinandega
9	Yanet López G.	Médica	MINSA Central.
10	Marilyn González	Coordinadora componente ITS, VIH y sida	MINSA. SILAIS Carazo
11	Luis Alberto	Coordinador Componente de VIH y sida.	MINSA. SILAIS Nueva Segovia
12	Floricelda González	Coordinadora Componente de VIH y sida, Matagalpa.	MINSA. SILAIS Matagalpa.
13	Lydia Ruiz O.	Responsable Epidemiología	RAAS. Hospital Regional.
14	Carlos F. López Carrillo	Internista	HEODRA-León
15	Norma Angélica Casco Mayorga	Médico	Chinandega
16	Jenny López Chavarría	Técnica	CONISIDA
17	Carlos A. Martínez	Técnico	CONISIDA
18	Leticia Romero	Técnica	CONISIDA
19	Zayda Mena Dávila	Monitoreo	Managua
20	Marianela Cerpas	Técnica	Managua
21	Kathya Martínez	Técnica	Managua
22	María de Lourdes Ayerdis Hernández	Técnica	Managua
23	Ramona Urtecho Lezama	Técnica	Managua
24	Armando Velásquez r.	Técnico	Managua
25	Marina Medina	Técnica	Managua
26	Miriam Valle Sánchez	Técnica	Managua
27	Elizabeth Quiróz	Técnica	Managua
28	Aleyda Pérez	Técnica	Managua
29	Marjorie Urbina	Técnica	Managua

No.	Nombre Completo	Cargo	Institución
30	Bertilda Talavera	Técnica	Managua
31	Mayra González Hernández	Técnica	Managua
32	Josefa González	Técnica	Managua
33	Xiomara Rizo	Técnica	Managua
34	Ausberto Casanova Fuerte	Técnico	Managua
35	Leyla Martínez	Técnica	Managua
36	Tommy Acosta Chamorro	Asistente Componente de VIH y sida.	Managua
37	María Antonia Morales Cruz	Secretaria Componente de VIH y sida.	Managua
38	Néstor Solís	Técnico	Managua
39	Lot Aaron Cajina	Técnico	Managua
40	Lucien Nahima Guevara A.		Managua
41	Ricardo Membreño Vidaure		Managua
42	Tomasa Mendoza Jiménez		Managua
43	Birmania Noguera	Componente de VIH y sida.	Administradora
44	Jorge Alberto Mejía	Administrador	
45	Belkis Martínez A.	Analista presupuesto	Managua
46	Rosa Argentina Madriz	Analista	MINSA
47	Magaly Echegoyen	Analista	MINSA
48	Inti López Salvatierra	Analista	MINSA
49	Ariel Salinas R.	Analista	MINSA
50	Cándida Mora		MINSA
51	Maribel González	Secretaria	MINSA
52	Marcia Ramírez	Técnica	MINSA
53	Silvio González Ramírez	Técnico	MINSA
54	Sergio Araica	Técnico	Estelí
55	María A. Palacios	Técnica	Jinotega
56	Nelson Pérez	Técnico	Jinotega
57	Hortencia Sandoval	Técnica	Madriz
58	Escarleth Briceño	Técnica	Rivas
59	Marilú Rodríguez Aburto	CORLUSIDA- RAAN	Médico
60	Engel Pineda Herrera	Higiene y Seguridad-MITRAB-	CONISIDA Jinotega
61	Rafel González Guardado	Técnico MINED	CONISIDA Jinotega
62	Elena Emelina Tórrez Valenzuela	Asesora UCE	MINED - Estelí
63	Gladys Corea Calero	Responsable de Educación.	Centro de Mujeres. Masaya
64	María de los Angeles Vallejo	----	PDDH Rivas
65	Margarita Cortéz	Técnico	MIFAMILIA
66	Janeth Loaisiga Narváez	Directora Adulto Mayo	MIFAMILIA
67	Aura Romero Gutiérrez	ALVA S.A.	Médico
68	Rosario Duarte	ALVA S.A.	Consultora
70	María Delia Espinoza	Oficial VIH	UNICEF

No.	Nombre Completo	Cargo	Institución
71	Mariano Salazar	Consultor	UNICEF
72	Reynaldo Aguilar	Oficial VIH	OPS
73	Anne C. Largaespada	Representante de país	PASCA
74	Oscar Núñez	USAID-Prevensida	Coordinador
75	Danilo Núñez		USAID/HCI
76	Ivonne Gómez		USAID/HCI
77	Donald Moncada		USAID/Prevención combinada
78	Marianela Corriols		USAID
79	Johanna Ostrader	Directora	Fundación Nimehuatzin
80	Pascual Ortells		Fundación Nimehuatzin
81	Valeria Bravo		PNUD
82	Ramón Eugenio Rodríguez	ONUSIDA	Oficial de programa
83	Anna Planck		Horizont 3000
84	Santos Jiménez		UP-INSS
85	Xiomara Luna	Directora	CNLCSSC
86	Betty Soto		CIES
87	Dina Soza	-----	Consultora
88	Luis Carballo Palma	-----	Facilitador