

ENFOQUE CONJUNTO PARA APLICACIONES DE VIH/SIDA EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA ANTE EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

2017-2021

Validado por el MCR, Septiembre, 2017

I. INTRODUCCION

Este documento resume el nuevo enfoque que regirá las aplicaciones de solicitud de financiamiento de VIH en Centroamérica y República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM). Fue elaborado de manera conjunta por el Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), la Organización Panamericana para la Salud (OPS), el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida (PEPFAR) y el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH Sida (ONUSIDA), en consulta y bajo la coordinación del Mecanismo de Coordinación Regional del COMISCA.

Se enmarca dentro de las nuevas estrategias mundiales y estrategias regionales, y pretende apoyar su implementación a través del financiamiento estratégico por parte del Fondo Mundial, asumiendo la complementariedad con otras estrategias e intervenciones financiadas con recursos nacionales y de otros socios técnicos. El planteamiento se basa en los elementos comunes que comparten los países de la región, tanto por las características de la epidemia como por las oportunidades y beneficios de una estrategia común. Gracias a su experiencia, logros, compromiso político y avances científicos y tecnológicos, la región cuenta con las características necesarias para lograr de manera integral y sostenible el control completo de la epidemia y contenerla como amenaza de salud pública para 2030.

El enfoque conjunto, es un ejercicio de colaboración entre el Fondo Mundial y los socios técnicos y financieros a nivel regional, el cual persigue:

1. Orientar los procesos de elaboración de las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial por parte de los países, ofreciendo un marco de referencia para la inclusión de las áreas programáticas de mayor impacto a la respuesta al VIH/SIDA;
2. Describir el contexto de cooperación técnica a nivel regional y de los países para asumir los compromisos de desarrollo de la respuesta al VIH/SIDA, acompañar el diálogo nacional y la oferta de asistencia técnica para el diseño de las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial y la elaboración de las subvenciones durante los próximos 3 años;
3. Indicar áreas programáticas, estrategias e intervenciones de prioridad para las inversiones del Fondo Mundial y de los socios técnicos y financieros de la región para los próximos 3 años, con base en la información estratégica y evidencia disponible;
4. Identificar las áreas claves de fortalecimiento de los sistemas de salud y comunitarios que deben ser desarrolladas con el fin de asegurar la sostenibilidad técnica de la respuesta al VIH/SIDA a nivel de los países;
5. Orientar las prioridades programáticas cuyo financiamiento debe ser canalizado a través de las fuentes nacionales durante los próximos 3 años, según la clasificación de los países por niveles de ingreso, con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera de la respuesta al VIH/SIDA en los países de la región.

1.1 Antecedentes

El avance observado en el mundo para enfrentar la epidemia del VIH, ha tenido importante sustento en el conocimiento que se ha generado para mejorar el diagnóstico y el tratamiento. La sobrevivencia de las personas con VIH ha experimentado un notable incremento en los últimos años. La participación en el diseño de planes y en la evaluación de los mismos integrantes de poblaciones clave y de quienes han adquirido el VIH, ha sido determinante para que en la organización de los servicios de salud se inicie la adopción de modalidades de entrega de servicios que faciliten el abordaje de las determinantes y la reducción de las barreras para el acceso a la atención de la mayor calidad posible.

En Centroamérica, la Declaración de San Salvador emitida por los Presidentes en el año 2005, ratificó los compromisos adquiridos por la región en diferentes cumbres, declaraciones de compromiso y en la resolución de la Asamblea de Naciones Unidas de 2011: "Intensificación de Esfuerzos para la Eliminación del VIH y el sida". Los países han incrementado su inversión en VIH, lo que sumado al apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) y de las agencias de cooperación internacional, ha contribuido a progresos notables en la respuesta nacional y regional, la planificación

estratégica, la movilización de recursos, la negociación de precios de medicamentos, el acceso al tratamiento para personas con VIH y a medidas de prevención, principalmente entre poblaciones clave, embarazadas y otras poblaciones prioritarias.

La contención de la epidemia de VIH a nivel global, se refleja en la reducción de las nuevas infecciones y de las muertes a causa del VIH, sin embargo, esto a la vez representa una amenaza potencial ya que al ser considerada la infección por VIH como una enfermedad crónica, con niveles de prevalencia aún importantes, en términos absolutos podría estar iniciando una era de repunte de la epidemia que al año 2030, representaría un problema de salud pública de magnitudes difíciles de contener. Lo anterior ha llevado a la necesidad de continuar con el abordaje de una enfermedad epidémica transmisible, en la que llevar a su mínima expresión la presencia del agente causal será una condición necesaria para reducir la transmisibilidad y con ello, poder hablar de la eliminación del VIH y el sida como problema de salud pública al año 2030.

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud lanzó la nueva “Directriz sobre cuándo empezar el tratamiento con antirretrovirales y sobre la profilaxis Pre exposición al VIH” reenfocando los esfuerzos hacia la reducción de la transmisión del VIH. La nueva evidencia determina que para eliminar el sida, se requiere de mayor intensificación y focalización de esfuerzos para llegar a todas las personas con VIH, ofertarles el tratamiento y mantenerles adherentes con niveles de carga viral suprimida. Esto reducirá la transmisibilidad del virus en más del 90%, reduciendo el número de nuevas infecciones y la morbimortalidad de las personas que viven con el virus. Hoy día, todas las personas con VIH son elegibles para iniciar el tratamiento antirretroviral después de conocido su diagnóstico positivo independientemente del conteo de CD4.

La Declaración Política Sobre el VIH/SIDA: “En la Vía Rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para el 2030” emitida por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 2016, consolida y avala el nuevo marco estratégico mundial de respuesta al VIH/SIDA desarrollado entre 2015 y 2016. Asimismo, el Plan Estratégico Regional de VIH Sida 2016-2021 incorpora los lineamientos del nuevo paradigma para contener el VIH y eliminar el sida. En este contexto, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), la Organización Panamericana para la Salud (OPS), el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida (PEPFAR) y el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH Sida (ONUSIDA), en consulta con el Mecanismo de Coordinación Regional del COMISCA, actualizaron el Enfoque Conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en Centroamérica y República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis, lanzado inicialmente en abril de 2014, para el nuevo período 2017-2021.

2.1 Estado actual de la epidemia

2.1.1 *La carga del VIH.* A fines de 2016, se estimaba un total de 36.7 millones de personas viviendo con VIH (PVV) en el mundo, con 1.8 millones de nuevas infecciones anuales y 1.0 millones de fallecimientos.¹ En América Latina, con el 8.6% de la población mundial², vivían 5.4% de las PVV, es decir, 1.8 millones de personas.³ En Centroamérica, con el 7.3% de la población de América Latina⁴, viven 7.4% de las PVV de la región, equivalente a 133,900 personas.⁵

Poner freno a la epidemia de VIH es un imperativo regional. Centroamérica cuenta con una población de 46.4 millones de habitantes a mediados del 2015, siendo Guatemala el país que concentra el mayor porcentaje de población (35%) seguido de Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y Belice. Similar distribución sigue el número de personas con VIH, con excepción de Panamá. La relación global de PVV con respecto a la población de país reposiciona a los países en un espectro diferente como resultado de otras variables de índole epidemiológica, de comportamiento y acceso a los servicios de salud.

TABLA I. POBLACIÓN TOTAL Y ESTIMACIÓN DE PERSONAS CON VIH EN LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA EN 2015

País	Población Total (Mill.) ¹	Porcentaje respecto a población total en la región	Población > 15 años (Mill) ²	Personas con VIH ³	Porcentaje respecto a total de PVV en la región	Relación PVV respecto a la POB Total de país (%)	Relación PVV respecto a la POB > 15 años de país (%)
Guatemala	16.2	35.0	9.7	55,000	40.6	0.34	0.57
Honduras	8.3	18.0	5.6	20,000	14.7	0.24	0.35

¹ UNAIDS (2015) AIDS Info: Epidemiological Data (Factsheets) Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. Última consulta (Sept/2016) en: <http://aidsinfo.unaids.org>

² Population Reference Bureau, PRB (2016). Population, Health, and Environment Data And Estimates For The Countries And Regions Of The World. Última consulta (Sept/2016) en: <http://www.prb.org/pdf/16/prb-wpds2016-web-2016.pdf>

³ UNAIDS (2015). Op. Cit

⁴ PRB (2016). Op. Cit.

⁵ UNAIDS (2015). AIDS Info: Epidemiological Data (National). Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. Última consulta (Sept/2016) en: <http://aidsinfo.unaids.org>

País	Población Total (Mill.) ¹	Porcentaje respecto a población total en la región	Población > 15 años (Mill) ²	Personas con VIH ³	Porcentaje respecto a total de PVV en la región	Relación PVV respecto a la POB Total de país (%)	Relación PVV respecto a la POB > 15 años de país (%)
El Salvador	6.4	13.8	4.7	20,000	14.7	0.31	0.43
Nicaragua	6.3	13.4	4.4	9,900	7.3	0.16	0.22
Costa Rica	4.8	10.4	3.7	10,000	7.4	0.21	0.27
Panamá	4.0	8.0	2.9	17,000	12.5	0.43	0.58
Belice	0.4	0.8	0.3	3,600	2.6	0.90	1.41
Total REGIÓN	46.4			135,500			

¹ PRB http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2015/2015-world-population-data-sheet/world-map.aspx#table/central_america/population/2015

² PRB http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2015/2015-world-population-data-sheet/world-map.aspx#table/central_america/population/2015. Estimado

³ UNAIDS (2015). AIDS Info: Epidemiological Data (National)

2.1.2 Epidemia concentrada. Las estimaciones de VIH en población adulta y los estudios de comportamiento y vigilancia en poblaciones específicas indican que en todos los países la prevalencia de VIH es varias veces mayor en Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) en comparación con la población general. En aquellos que cuentan con datos desagregados para la población Transgénero (Trans) la prevalencia de VIH es todavía mayor, según se desprende de los datos presentados en la Tabla 2. En el caso de las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) la situación varía entre los países y se ha registrado una disminución progresiva en la prevalencia.

La evidencia anterior señala que los hombres y las mujeres transgénero constituyen la población más vulnerable y con mayores factores de riesgo frente a la epidemia en la región; y que de acuerdo con estándares internacionales⁶, la epidemia es de tipo concentrada dada la prevalencia de VIH en la población de HSH incluyendo a las Trans. Por otra parte, los estudios de Modos de Transmisión del VIH (MoT), señalan que de las nuevas infecciones que se prevén para los próximos años provienen directamente en más del 50% del grupo de los HSH, tal como se muestra en la Tabla 2. A esto hay que sumar el porcentaje de nuevas infecciones proveniente de sus parejas sexuales.

TABLA 2. VIH EN POBLACIÓN ADULTA Y POBLACIONES CLAVE EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA ALREDEDOR DE 2015

Grupo de población	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Tamaño de población de HSH ¹	4,479	33,208	54,140	104,878	41,385	58,072	15,842
Porcentaje de nuevas infecciones provenientes de HSH ²	66%	80%	37%	58%	70%	44%	67%
Prevalencia de VIH (población adulta y poblaciones clave)							
Adultos ³	1.5	0.2	0.5	0.6	0.5	0.2	0.7
HSH ⁴	13.9	10.9	10.8	8.9	11.7	7.5	18.7
Trans ⁴	nd	nd	25.8	23.8	31.9	27.8	37.6
MTS ⁴	0.9	0.6	5.7	3.7	15.6	2.4	0.7

¹ UNAIDS (2015). AIDS Info: Epidemiological Data (National). Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. Última consulta (Sept/2016) en: <http://aidsinfo.unaids.org>. Para Belize dato proviene del MoT (2014) y para Costa Rica el dato proviene de Ministerio de Salud (2016). Para El Salvador: Estudio de estimación del tamaño de la población y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de hombres que tienen sexo con hombres en El Salvador, 2016.

² Estudios de Modos de Transmisión (MoT). Últimos informes oficiales de países al 2013.

³ UNAIDS Gap Report, 2014. Último dato reportado aunque el período de recolección de datos puede variar.

⁴ UNAIDS Gap Report, 2014; *Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de las Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento (2012 Belice, 2012 El Salvador, 2013 Guatemala, 2012 Honduras, 2010 Nicaragua y República Dominicana 2012); Encuestas en HSH (2009 Costa Rica, 2012 Panamá); Estudio nacional de epidemiología en 2013 (Panamá); Mot 2013 (Costa Rica).*

2.1.3 Co-infección TB/VIH

En 2014 la Asamblea Mundial de Salud aprobó la Estrategia para Eliminar la TB⁷ que propone una visión del mundo sin Tuberculosis (TB) al 2035, reduciendo 95% de las muertes por TB y 90% de la incidencia de TB así como los gastos catastróficos asociados en los hogares afectados, metas asociadas al 2020, 2025 y 2030. La estrategia reconoce que el VIH es la razón principal por la cual no se logra el control de la TB y que la TB es una de las principales causas de mortalidad por VIH. En 2015

⁶ ONUSIDA/OMS (2013). **Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic.** En: <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/index.html>

⁷ OMS. Asamblea Mundial de la Salud No. 67, Estrategia global y metas para la prevención, atención y control de la Tuberculosis después del 2015, Ginebra, Suiza, 21 de enero, 2014.

se establecieron los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016 – 2030⁸, incluyendo la eliminación de la TB y el VIH, dada su alta carga de enfermedad.

Las intervenciones priorizadas incluyen contar con un equipo coordinador de actividades colaborativas que tengan un plan de trabajo y presupuesto, que asegure la detección prevención y atención temprana de VIH en pacientes TB así como la prevención y atención temprana de TB en pacientes con VIH, la actualización de los paquetes de servicios, el monitoreo oportuno y la mejora continua de las modalidades de atención para asegurar el progreso hacia las metas establecidas. Contar con información estratégica sobre las inter-relaciones entre ambas epidemias para focalizarse en las respuestas requeridas, es crítico. En las tablas 3.1 y 3.2 se resumen los datos disponibles al respecto para la región.

TABLA 3.1 COINFECCION VIH-TB EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA ALREDEDOR DE 2015

Grupo de población	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Casos estimados incidentes de TB en personas con VIH (2014) ¹	24	424	240	840	340	140	180
Número de muertes relacionadas a TB en personas con VIH (2014) ¹	7	7	31	540	46	22	46
Número de personas con VIH tamizadas por TB ¹	434 (2005)	41 (2009)	5,089 (2014)	24 (2010)	3,541 (2014)	80 (2014)	200 (2006)
Porcentaje de personas VIH recibiendo profilaxis para TB ²	ND	0% (2012)	39%	14%	16% (2014) ¹	6%	196 (2009)
Porcentaje de contactos <5 años de pacientes con VIH recibiendo profilaxis para TB (2015)	ND	100%	ND	50%	100%	44%	100%
Porcentaje de personas con VIH de reciente diagnóstico con TB activa	ND	ND	63%	13%	23%	13%	ND
Porcentaje de personas recibiendo co-tratamiento VIH/TB (2014) ¹	104%	76%	71%	27%	62%	56%	65%

¹ UNAIDS (2015). *AIDS Info: Epidemiological Data (National)*. Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. Última consulta (Sept/2016) en: <http://aidsinfo.unaids.org>.

² OMS Informe Global de TB 2016 – Perfiles de país 2015.

TABLA 3.2 COINFECCION TB-VIH EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA ALREDEDOR DE 2015

Indicadores	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Número de casos TB nuevos registrados ²	78	424	2,452	3,325	2,906	2,465	1,566
Porcentaje casos TB nuevos tamizado por VIH ²	90%	98%	97%	92%	88%	94%	89%
Número y porcentaje de casos TB diagnosticadas con VIH ²	14 (20%)	31 (7%)	182 (8%)	195 (6%)	267 (10%)	117 (5%)	195 (14%)
Número y porcentaje de personas con coinfección TB/VIH en TARV ²	14 (100%)	31 (100%)	152 (84%)	167 (86%)	118 (44%)	115 (98%)	184 (94%)
Porcentaje de éxito de tratamiento TB en casos TB nuevos sin VIH y con VIH ²	35% / 28%	89% / 64%	91% / 75%	85% / 71%	89% / 63%	85% / ND	79% / 68%
Gasto registrado en actividades colaborativas VIH/TB (US\$) 2014 ¹	20,000	ND	1,099,239	347,686	14,753	0 (2007)	ND

¹ UNAIDS (2015). *AIDS Info: Epidemiological Data (National)*. Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. Última consulta (Sept/2016) en: <http://aidsinfo.unaids.org>.

² OMS Informe Global de TB 2016 – Perfiles de país 2015.

2.1.4 *Cascada de la Atención de Personas con VIH*. Los estudios de la Cascada realizados en la región, proporcionan información actualizada de la situación de acceso a servicios de VIH, cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) y adherencia a la TARV. En particular, las intervenciones que la OMS (2015) ha determinado críticas para el control de la epidemia: el acceso a prueba diagnóstica del VIH, la vinculación con los servicios de salud, el acceso a tratamiento independiente del nivel de CD4 y las estrategias para la adherencia a fin de lograr la supresión de la carga viral.

⁸ Asamblea de las Naciones Unidas, Ginebra, Suiza, Septiembre, 2015.

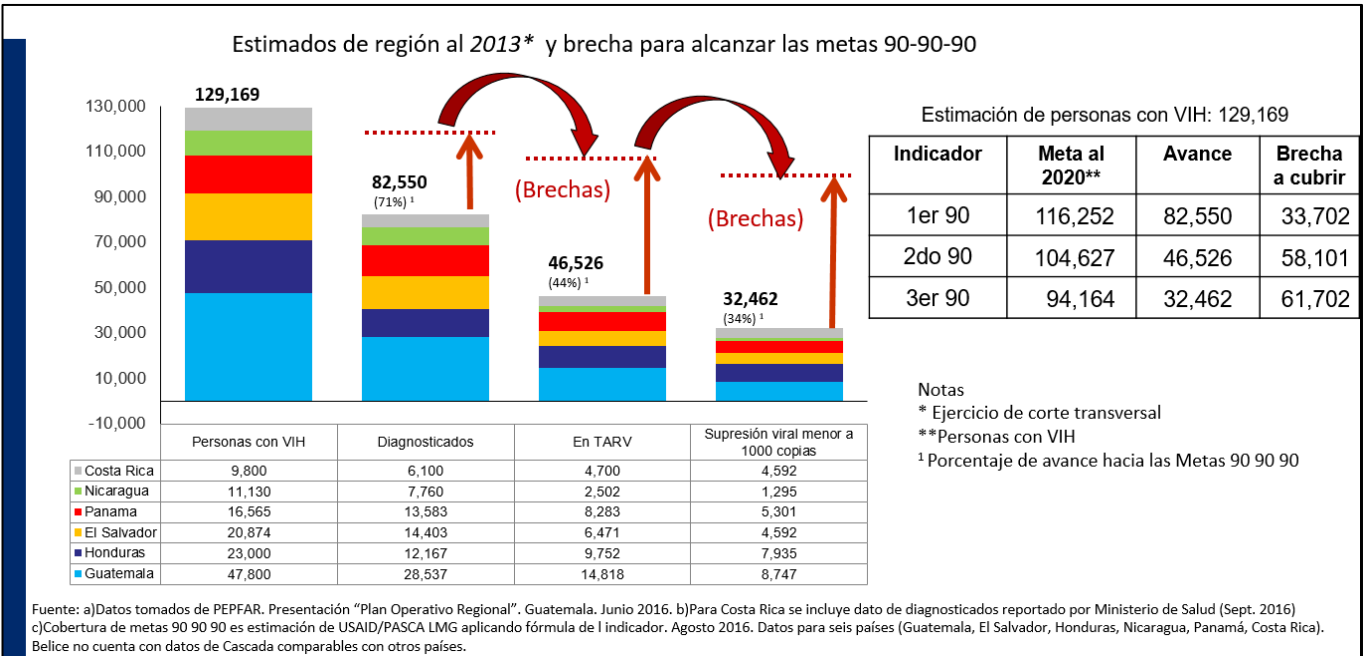
TABLA 3. MEDICIÓN DE LOS PILARES DE LA CASCADA PARA LOS PAÍSES DE LA REGIÓN. CORTE TRANSVERSAL ALREDEDOR DEL 2013

Estimación de personas con VIH y Pilares de la Cascada	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Estimación de personas con VIH Número y (%)	3,400	9,800	20,874	47,800	23,000	11,130	16,565
Diagnosticados Número y (%)	Nd	Nd	14,403	28,537	12,167	7,760	13,583
Vinculados a servicios Número y (%)	Nd	5,965	11,180	Nd	10,051	2,797	10,463
En TARV Número y (%)	Nd	4,700	6,471	14,818	9,752	2,502	8,283
Supresión viral menor a 1000 copias Número y (%)	Nd	3,270	4,592	8,747	7,935	1,295	5,301

Fuente: Estudios de Cascada de Atención en VIH realizados en la región alrededor de 2013. USAID/CAPACITY. Para Belice los datos provienen de UNAIDS.

2.1.5 Brechas para el logro de Metas 90 90 90. El estado de situación de los pilares de la Cascada de Atención en VIH ponen de manifiesto los desafíos que enfrenta la región en lo relacionado al logro de las metas 90 90 90. Un escenario de corte transversal construido con la información disponible referida alrededor del año 2013, refleja lo siguiente. Para el primer 90, la región se encuentra a 29 puntos porcentuales de alcanzar la meta (33,702 PVV); para el segundo 90, la distancia hasta la meta aumenta a 37 puntos porcentuales (58,100 PVV) y para el tercer 90, la brecha es aún mayor llegando 39 puntos porcentuales (61,702 PVV). Aunque este escenario corresponde a un corte transversal en el tiempo y no cuenta las nuevas infecciones y las defunciones que se producirán en el periodo 2015-2020, permite establecer una línea de base. En este contexto, dado el efecto de cascada que aplica a la Metas 90 90 90, se identifican claramente los tres pivotes que permitirán a la región el logro de las metas: ampliar el acceso a la prueba para identificar al menos al 90% de PVV; implementar los nuevos lineamientos de la OMS (2015) para que toda persona diagnosticada con VIH sea desde ese momento, elegible para TAR independientemente de su conteo de CD4; y el cambio en los modelos de prestación de servicios garantizando atención y monitoreo de calidad e integral, así como el seguimiento adecuado a nivel comunitario para mantener la adherencia al tratamiento y lograr la supresión viral. En un contexto de limitaciones financieras como las que caracterizan a la región, la priorización deberá iniciar por las poblaciones clave.

GRAFICA I. INDICADORES DE LA CASCADA DE ATENCIÓN EN VIH Y ESTIMACIÓN DE BRECHAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS 90 90 90 ALREDEDOR DEL 2013



2.2 Estado actual de la respuesta

2.2.1 Marco de políticas regionales

La región cuenta con una base sólida de acuerdos políticos y estrategias de diferente nivel y de carácter regional y nacional, que se relacionan de manera directa e indirecta con el VIH y la dinámica actual de la respuesta al VIH.

Desde el más alto nivel, la Agenda de Salud Centroamérica y República Dominicana 2009-2018, el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana de Salud 2016-2020 y la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, establecen la necesidad de fortalecer y extender la protección social en salud, en particular a los grupos vulnerables, así como acciones intersectoriales para la atención de los derechos humanos (DDHH), género, diversidad e interculturalidad entre hombres y mujeres, incluyendo prevención y atención a las infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH y SIDA. Asimismo reconocen que los sistemas de salud con fondos públicos constituyen el mejor mecanismo para garantizar el acceso universal en salud y que se requiere de innovación en las formas de financiación de la salud y la redefinición de prioridades para responder a las necesidades y problemáticas de cada población de la Región. Su enfoque es de Salud Pública destacando la dimensión social de los determinantes de la salud y buscan impulsar la sostenibilidad de las acciones estratégicas en salud en la región, más allá de los ciclos políticos nacionales y el posicionamiento del sector salud regional y nacionalmente.

De carácter específico, el *Plan Estratégico Regional en VIH Sida 2016-2020 (PER)*, aprobado en 2010 y reformulado en 2016 para un nuevo período de 5 años, se constituye en el segundo plan regional en VIH/sida y toma en consideración el marco estratégico regional en salud regional, la estrategia regional de sostenibilidad para el VIH, avalada por la Reunión de Presidentes de la región y el COMISCA en 2012-2013 e incorpora los nuevos enfoques mundiales para poner fin a la epidemia. La Visión planteada en el PER se dirige a la introducción de enfoques innovadores en la atención y prevención del VIH y al fortalecimiento de los derechos humanos, equidad de género y espacios libres de estigma y discriminación principalmente en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, que se refleje en la reducción de las nuevas infecciones por VIH, producto del esfuerzo concertado y participativo de los actores de la respuesta y se hayan alcanzado el conjunto de metas regionales de acceso universal, con énfasis especial en el 90-90-90 y el acceso a acciones multisectoriales preventivas, especialmente en poblaciones clave. Entre sus líneas estratégicas cuentan las siguientes: a. Liderazgo, gobernanza y multisectorialidad de la respuesta regional al VIH; b. Políticas Regionales en apoyo a la Acción Acelerada para la eliminación del sida; c. Estrategias regionales para impulsar la sostenibilidad de la respuesta al VIH; d. Involucramiento y gestión de compromisos de sectores diferentes a salud en la respuesta al VIH; e. Información estratégica para orientar programas costo-efectivos y monitoreo de resultados; f. Entornos favorables, alianzas y redes en apoyo a la acción regional en VIH; g. Marco de negociación de cooperación técnica y financiera para VIH/sida, basado prioridades en los ámbitos nacional y regional; h. Fortalecimiento de la gestión y monitoreo para la implementación del PER. El PER está en concordancia con el Plan de Acción mundial para la prevención y el control del VIH y las ITS 2016-2021 de la OMS, la Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), las metas ambiciosas de la Acción Acelerada “90-90-90” con respecto a la atención y el tratamiento por VIH y la Declaración Política Sobre el VIH/SIDA “En la Vía Rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para el 2030” emitida por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 2016.

La *Estrategia Regional de Sostenibilidad en VIH 2016-2020 (ERS)*, lanzada inicialmente en 2013 y ajustada en 2015, además de haberse introducido como una prioridad en el nuevo PER, fue ajustada al nuevo contexto mundial. Sus objetivos de reducir la dependencia de recursos externos, aumentar la cobertura de acceso a la atención y el tratamiento, fueron complementados con los de aumentar la efectividad de los servicios e intervenciones del continuo de la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de VIH; mejorar el impacto y equidad en las poblaciones clave y en los lugares donde hay mayor transmisión del VIH; fortalecer la conducción y el uso óptimo de recursos para prioridades regionales; y fortalecer la información estratégica para la promoción, las inversiones, los sistemas y las alianzas. En esta estrategia, se identifican y abordan los obstáculos para acelerar el avance en la respuesta al VIH, y se desarrolla una estrategia programática y financiera para reducir sustancialmente las nuevas infecciones, ampliar la detección y el acceso a servicios efectivos para reducir la mortalidad causada por el VIH, atender las poblaciones afectadas y promover entornos más favorables para las poblaciones vulnerables.

A nivel de los países, estos tienen planes estratégicos costeados, en proceso de implementación; además, sistemas de monitoreo establecidos, mecanismos de coordinación integrados y estudios del gasto en la respuesta al VIH Sida a nivel nacional y del monitoreo de la respuesta a través de los estudios de Cascada de atención de las personas con VIH.

2.2.2 Marco de compromisos internacionales y regionales.

Declaración Política de 2016 “En la Vía Rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para el 2030”. Marca un nuevo hito en la respuesta mundial al VIH, de la cual son parte los países de la región. Destaca entre otros aspectos lo siguiente: a) la importancia de la cooperación internacional para apoyar los esfuerzos de los Estados para lograr los objetivos de salud, incluida la meta de poner fin a la epidemia del SIDA para 2030, hacer efectivo el acceso universal a los servicios de

atención de la salud; b) que se adopten medidas urgentes en los próximos cinco años para y que se intensifiquen los esfuerzos, a fin de evitar el riesgo de un repunte de la epidemia y para hacer frente a la creciente tasa de resistencia, que redundarían en un aumento de las pérdidas económicas y humanas; c) el costo de la inacción frente a una crisis inminente en cuanto al acceso y la disponibilidad del tratamiento y la insuficiencia de progresos y recursos en materia de prevención, tratamiento, atención y apoyo; d) la importancia de las directrices de 2015 de la OMS que recomiendan el inicio de la TAR para todas las personas con VIH cualesquiera sean sus recuentos de CD4, y adoptar un enfoque más integrado y sistémico en los servicios de atención de la salud, centrados en las personas, de manera más integral; e) compromiso de los países para aprovechar este giro decisivo en la respuesta a la epidemia del VIH y a intensificar la respuesta al VIH/SIDA para lograr las metas fijadas para 2020 trabajando para reducir el número de personas que contraen el VIH y personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA, así como a eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH; f) la importancia crítica de la concentración y diversificación de los recursos en la etapa inicial para acelerar la respuesta al SIDA y se comprometen a aumentar las inversiones con objeto de alcanzar las metas de acción rápida para 2020; g) utilizar múltiples estrategias y modalidades, para llegar a las personas que no conocen su estado serológico, incluidas las que viven con el VIH y proporcionar seguimiento después de las pruebas para facilitar los vínculos con los servicios de atención, apoyo y tratamiento, incluida la vigilancia de la carga viral, y a hacer frente a las barreras socioeconómicas a las pruebas y el tratamiento, en particular las barreras jurídicas y normativas a las pruebas comunitarias, para ampliar y promover las pruebas de detección y el asesoramiento voluntario y confidencial en relación con el VIH, incluidas las pruebas de detección y el asesoramiento por iniciativa del proveedor, y a intensificar las campañas nacionales de promoción de las pruebas de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; h) las estrategias de sostenibilidad y el financiamiento como condicionantes de la transición que deben realizar los países desde diferentes perspectivas: tratamiento para todas las personas con VIH; asequibilidad de productos inocuos; nuevos modelos de atención y entrega de servicios; reducción de la dependencia de los recursos externos; entre otros.

En el marco de esta declaración los países han asumido los siguientes compromisos: 1) cumplir con las metas 90-90-90 y asegurar que 30 millones de personas que viven con VIH tienen acceso al tratamiento para el 2020; 2) eliminar las infecciones nuevas por VIH entre los niños, reducir las infecciones nuevas en 95% en cada región para el 2020 y garantizar que 1.6 millones de niños que viven con VIH tienen acceso al tratamiento del VIH para el 2018; 3) llegar por lo menos al 90% de todas las mujeres, niñas adolescentes y poblaciones clave con los servicios integrales de prevención del VIH, incluyendo la reducción de daños para el 2020; llegar a 3 millones de personas con mayor riesgo de contraer la infección del VIH con la profilaxis previa a la exposición para el 2020; llegar a 25 millones de hombres jóvenes en áreas de alta incidencia del VIH con la circuncisión masculina médica y voluntaria y tener disponibles 20 mil millones de condones en los países con ingresos bajos y medianos para el 2020; 4) eliminar las desigualdades de género, el abuso y la violencia basada en el género. Poner fin a todas las formas de violencia y de discriminación en contra de las mujeres y las niñas, tales como las que están basadas en el género, el sexo, incluyendo a violencia doméstica y por parte de la pareja sexual, así como hechos ocurridos en situaciones de conflicto, posteriores a conflictos y otras situaciones de emergencia humanitaria; 5) reducir a menos de 100,000 por año el número de las niñas adolescentes y de las mujeres jóvenes en edades de 15-24 años recién infectadas con VIH a nivel mundial para el 2020; motivar y apoyar el liderazgo de los jóvenes y ampliar la educación integral sobre la salud sexual y reproductiva y proteger sus derechos humanos; 6) fortalecer los sistemas nacionales de protección social y de los niños para garantizar que, en el 2020, el 75% de las personas que viven con, están en riesgo de y están afectadas por el VIH se benefician de la protección social sensible al VIH; 7) garantizar que al menos el 30% de la prestación de todos los servicios es dirigida por la comunidad en el 2030; 8) aumentar las inversiones de carga frontal para cerrar la brecha de los recursos mediante la inversión de al menos US\$26 mil millones al año en la respuesta al SIDA para el 2020; invertir al menos un cuarto del gasto del SIDA en la prevención del VIH e invertir al menos el 6% de todos los recursos globales del SIDA para los facilitadores sociales, incluyendo la promoción, la movilización comunitaria y política, la vigilancia en/de las comunidades y la comunicación pública, para el 2020; 9) empoderar a las personas que viven con, en riesgo de o están afectadas por el VIH a conocer sus derechos y acceder a la justicia y a los servicios legales para prevenir y combatir violaciones de derechos humanos; 10) integrar los servicios de VIH de manera horizontal en los sistemas de salud, con el propósito de centrar la atención en las personas para mejorar la cobertura universal de salud, incluyendo tratamiento para la tuberculosis, cáncer cervical y Hepatitis B y C.

La *Estrategia 2016-2021* de ONUSIDA es un llamado a la acción audaz para conseguir acelerar la acción y llegar a las personas que se están quedando atrás. Es un llamado urgente a anticipar las inversiones. Es un llamado para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90, para cerrar la brecha del acceso a la prueba y para proteger la salud de los millones de personas que viven con VIH que aún no están accediendo al tratamiento. La estrategia se centra en la agenda inconclusa para reducir de forma drástica las nuevas infecciones y cambiar la trayectoria de la epidemia utilizando un enfoque de prevención combinada que incluye uso del condón, cambios de comportamiento tratamiento como prevención, PreP, PEP y programas para poblaciones claves entre otros. Define acciones claras para proteger a las generaciones futuras de contraer el VIH mediante la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños, y garantizar que los jóvenes puedan acceder a los servicios relacionados con el VIH y de salud sexual y reproductiva que necesitan. La *Estrategia 2016-2021* se basa en fundamentos sólidos. Sus metas y objetivos audaces se asientan perfectamente en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es

universal, diseñada para guiar y apoyar las respuestas adaptadas localmente en todo el mundo, a la vez que fomenta nuevas formas de liderazgo y responsabilidad, sobre todo a nivel regional.

Para facilitar la implementación de estas estrategias y acelerar el alcance de las metas previstas ONUSIDA ha publicado el documento “*Claves para entender el enfoque de acción acelerada*” que incluye recomendaciones y sugerencias concretas sobre cómo ser innovadores para poder conseguir resultados diferentes y así alcanzar los objetivos previstos al 2030, proponiendo un enfoque de respuesta acelerada en intervenciones clave que incluyen, entre otros, las áreas referentes a diagnóstico, tratamiento, prevención combinada, programas dirigidos a reducir las barreras relacionadas con los derechos humanos y género, incluyendo acciones contra el estigma, la discriminación y las inequidades de género.

Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS para 2016–2021 y Estrategia Mundial del sector salud para VIH para 2016/2021 de la OMS/OPS. Estas estrategias están armonizadas con otras estrategias y planes mundiales y regionales en materia de salud, como los relativos al VIH, la salud sexual y reproductiva, la salud materno-infantil y las enfermedades no transmisibles. Las líneas estratégicas incluyen lo siguiente: 1. Servicios e intervenciones esenciales de calidad 2. Obtención de impacto y equidad: enfocarse en poblaciones y lugares, según las necesidades 3. Innovar para acelerar 4. Financiación para la sostenibilidad. En el marco de estas estrategias se encuentra el “Plan De Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016 - 2021” aprobado por los Estados Miembros en Septiembre de 2016. Las 4 líneas estratégicas de acción incluyen lo siguiente: a) fortalecimiento de gobernanza, planeación estratégica y producción de información b) fortalecimiento del marco normativo para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de VIH/ITS c) Expansión del acceso en condiciones equitativas a servicios integrales y de calidad para VIH/ITS 4) incremento de los recursos para financiar la respuesta al VIH/ITS con uso eficiente y equitativo de los recursos para promover la sostenibilidad de las repuestas nacionales.

Directrices de la Organización Mundial de la Salud en VIH (OMS, 2015). Reconocen entre otros avances, que el inicio más temprano del tratamiento de las personas que viven con VIH mejora la calidad de vida y constituye un mecanismo que ayuda a prevenir la transmisión del virus. Las nuevas guías de la OMS (2015) promueven un inicio más temprano de la TAR para mantener saludables a los pacientes con VIH, además de reducir la carga viral que disminuye a su vez el riesgo de transmisión a otras personas. El cambio principal en relación con el inicio del tratamiento es la modificación de los criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento, pasando del conteo de CD4 hacia la elegibilidad universal. Esta estrategia tiene un gran potencial en la reducción en la tasa de transmisión del VIH en la población mediante el aumento de las pruebas del VIH, el inicio del tratamiento antirretroviral y la vinculación de las personas a la atención en salud.

Metas 90 90 90. Se acordaron nuevas metas programáticas, llamadas “90-90-90”, las cuales pretenden guiar la respuesta regional al VIH después del 2015. Se espera que el 90% de las personas con infección por el VIH se les haya diagnosticado la infección y conozcan su diagnóstico; que el 90% de las PVV que conocen su diagnóstico reciban TAR y el 90% de las personas en TAR se mantengan adherentes y que se haya producido la supresión viral.

Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención del VIH: “Del diagnóstico al tratamiento efectivo Llamado a la Acción sobre continuo de atención México 2014” en donde se instó a que los países elaboren y actualicen sus cascadas del continuo de atención, utilizando los datos de la cascada como herramienta programática y de apoyo político y para monitorear los progresos hacia las metas 90-90-90, promoviendo al acceso oportuno y voluntario a la prueba del VIH, atención y tratamiento en un ambiente libre de coerción, estigma y discriminación en el marco de los derechos humanos.

En el Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”, en el Rio de Janeiro, agosto de 2015, se reiteró la necesidad de avanzar en las metas 90 -90 -90, y se establecieron un conjunto de metas de prevención y cero discriminación para la región, reiterando que la prevención combinada sería la estrategia central para cumplir con las metas en prevención propuestas para el 2020 y 2030. Se trataron los temas de estigma y discriminación y se instó los países a que involucren a los jóvenes en sus respuestas nacionales al VIH.

Declaración sobre el Continuo de la Atención en VIH. Durante el Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención” de 2015, se acordaron las metas de prevención regionales y la reducción del estigma y la discriminación como componentes esenciales para fortalecer los acuerdos de la región sobre el continuo de la prevención y la atención y una declaración del foro, que contiene las recomendaciones de intervenciones prioritarias para acelerar el avance hacia las metas de prevención, atención y tratamiento para el 2020. Para el logro de las metas, acordadas será necesario disminuir el número de nuevas infecciones al menos un 75% para el año 2020, y una reducción de un 90% al 2030.

Marco de Cooperación de PEPFAR. El marco de cooperación (MC) entre el Gobierno de los Estados Unidos y Gobiernos de la Región vigente desde el 2010, para apoyar la implementación de la respuesta regional de Centroamérica al VIH Sida, define

compromisos conjuntos en las áreas de prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y ambiente de políticas; siendo el enfoque de este MC las poblaciones clave.

Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022⁹: Invertir para poner fin a las epidemias. Tiene como Visión un mundo libre de la carga del sida, la tuberculosis y la malaria con una mejora de la salud para todos. Su Misión es atraer, aprovechar e invertir nuevos recursos para poner fin a las epidemias del VIH, la tuberculosis y la malaria y apoyar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se basa en cuatro objetivos estratégicos: 1) Maximizar el impacto en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, lo que conlleva, entre otros, que las intervenciones estén basadas en evidencias y en línea con las necesidades; la eficacia de las inversiones y la cobertura de los servicios para las poblaciones clave; 2) Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles incluyendo, entre otros, el fortalecimiento de los servicios comunitarios, de los sistemas de gestión de la cadena de suministros, de gestión financiera y sistemas de información para generación y análisis de datos; 3) Promover y proteger los derechos humanos considerando la igualdad de género, y por lo tanto reducir las barreras relacionadas con los derechos humanos que dificultan el acceso a los servicios de salud, y la atención de las poblaciones clave; y 4) Movilizar mayores recursos de manera de aumentar las inversiones en las tres enfermedades, así como fomentar el aumento de las inversiones con recursos domésticos para apoyar respuestas nacionales sostenibles facilitar la disponibilidad y asequibilidad de tecnologías sanitarias a través de diferentes estrategias.

Estos objetivos estratégicos están alineados con la política del Fondo Mundial en tema de Sostenibilidad, transición y cofinanciamiento.

2.2.3 La inversión en VIH Sida

El gasto en VIH Sida de los países centroamericanos pasó de US\$ 214.6 millones a US\$ 249.8 millones entre 2010 y 2014, equivalente a US\$5 y US\$5.4 por habitante respectivamente. La composición por origen de los recursos es nacional en un 72% (siendo la mayoría gasto público) y 28% externo. De los fondos externos, el 58.6% proviene del Fondo Mundial, 22.4% de PEPFAR y 19% de otras fuentes.

El análisis del gasto por áreas programáticas (Tabla 4) permite identificar que a nivel regional, el rubro de atención, cuidado y tratamiento de personas con VIH es el que representa un mayor desembolso y el principal aporte es de fondos nacionales; mientras, la cooperación internacional apoya las áreas programáticas estructurales y de fortalecimiento de los sistemas de salud incluyendo los sistemas de información que constituyen el segundo rubro de importancia del gasto reportado en VIH. El gasto en prevención destinado a poblaciones clave parece ser extremadamente bajo en comparación con los rubros de prevención, según muestra la Tabla 4; además depende en mayor medida de fondos externos.

TABLA 4. TOTAL DEL GASTO REPORTADO EN SIDA EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA POR ÁREA PROGRAMÁTICA ALREDEDOR DE 2014

Área programática	Total del gasto en US\$	Porcentaje del gasto total	% Fondos nacionales	% Fondos externos
Atención, cuidado y tratamiento	109,977,725	44.0%	89	11
Movilización de la comunidad	559,272	0.2%	68	32
Prevención de la transmisión materno infantil	15,701,956	6.3%	76	24
Prueba y Consejería de VIH	7,605,080	3.0%	90	10
Prevención en poblaciones prioritarias	19,136,754	7.7%	55	45
Prevención en poblaciones clave	10,506,936	4.2%	34	66
Huérfanos y niños vulnerables	2,741,191	1.1%	5	95
Laboratorio	1,714,044	0.7%	75	25
Información estratégica	11,320,376	4.5%	19	81
Fortalecimiento de los Servicios de Salud	70,524,901	28.2%	65	35
TOTAL	249,788,236	100%		

Fuente: Belice : NASA 2013-14 / Costa Rica: NASA 2012 / El Salvador: NASA 2014 / Guatemala: NASA 2013 / Nicaragua: NASA 2013 / Panamá: NASA 2014 / Honduras: NASA 2012

⁹ https://www.theglobalfund.org/media/2531/core_globalfundstrategy2017-2022_strategy_en.pdf

TABLA 5. GASTO TOTAL Y PORCENTAJE DEL GASTO EN PREVENCIÓN EN POBLACIONES CLAVE EN PAÍSES CENTROAMERICANOS, ALREDEDOR DE 2014.

Gasto en prevención (%)	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Gasto total US\$	2,685,789	22,570,153	63,594,725	57,371,338	38,299,979	26,867,973	38,398,279
%Gasto en prevención de poblaciones clave	2%	13%	3%	2%	5%	7%	1%

Fuente: Belice : NASA 2013-14 / Costa Rica: NASA 2012 / El Salvador: NASA 2014 / Guatemala: NASA 2013 / Nicaragua: NASA 2013 / Panamá: NASA 2014 / Honduras: NASA 2012

2.3 El balance de los esfuerzos

Por un lado se tienen resultados positivos en la atención de la enfermedad y el acceso a tratamiento. La expectativa de vida de las PVV se ha logrado prolongar, reduciendo la mortalidad y además la morbilidad asociada al VIH. Estimaciones realizadas entre 2005 y 2013 presentan un descenso del 3% en el número de nuevas infecciones en Latinoamérica muertes anuales por causas relacionadas al Sida.¹⁰ En El Salvador, Guatemala y Honduras la tendencia en el número de nuevas infecciones es al descenso entre 2000 y 2015 (1900 - <500; 3800-3700; 1600 - <500 respectivamente).¹¹

También se ha logrado reducir la prevalencia en poblaciones priorizadas como son las mujeres embarazadas para la prevención de la transmisión vertical y en mujeres trabajadoras del sexo a través del fortalecimiento de programas existentes de profilaxis para ITS dirigidos a esta población y de otras intervenciones de cambio de comportamiento.

No obstante, la prevalencia en poblaciones clave, como son HSH y Trans, se mantiene extremadamente elevada, en comparación con el mismo indicador para otros grupos de población. Esta situación es resultado del descenso en la mortalidad, pero también del aumento en el número de nuevas infecciones. El indicador de la prevalencia suma o acumula los casos activos (no fallecidos) diagnosticados en el pasado más los casos nuevos de VIH. De acuerdo con la tendencia evidenciada en los estudios de Modos de transmisión del VIH, es de esperar que un alto porcentaje de los nuevos casos ocurran en estos dos grupos de población.

II. ENFOQUE CONJUNTO

A partir de la evidencia expuesta y considerando los nuevos desafíos mundiales, los principios, aspiraciones y objetivos de las políticas de VIH Sida, así como los compromisos asumidos por los países en la región, el enfoque conjunto tiene como propósito establecer las prioridades programáticas y técnicas para contribuir a optimizar la respuesta al VIH/Sida para avanzar hacia la eliminación de la epidemia al 2030, asegurando la sostenibilidad programática y financiera de los logros obtenidos en los países elegibles para financiamiento del Fondo Mundial en la región. Planteamos un enfoque conjunto se ha formulado bajo una visión en línea con los esfuerzos de eliminación al 2030 y para contribuir con las siguientes metas al 2020:

Visión	Lograr de manera sostenible contener la epidemia del VIH, para poner fin a la epidemia del Sida para el 2030 y gozar de un mundo libre de la carga del sida, con una mejora de la salud para todos.
Objetivos y metas de Impacto	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir en un 74% el número estimado de nuevas infecciones por VIH para el 2020 respecto a la línea de base (2014) - Reducir en un 62% el número de muertes relacionadas con el SIDA para el 2020 respecto a la línea de base (2014) <p>Plan De Acción de la OPS para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016 - 2021</p>
Objetivos y metas de resultado	<p>Para contener la epidemia, se trabajará con los países para lograr alcanzar al 2020 los siguientes objetivos y metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar al 90% la proporción de personas que viven con el VIH y conocen su diagnóstico, 2. Aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico y reciben tratamiento antirretroviral,

¹⁰ UNAIDS Gap Report, 2014

¹¹ UNAIDS (2015). AIDS Info: Epidemiological Data (National).

<http://aidsinfo.unaids.org>

	<p>3. Aumentar al 90% la proporción de personas en tratamiento contra el VIH que poseen un nivel de carga vírica indetectable.</p> <p>4. Lograr que el 90% de las poblaciones clave tienen acceso a los servicios de prevención combinada del VIH.</p> <p>Las propuestas deberán formularse de manera consistente con los objetivos y metas regionales del Plan de Acción de la OPS 2016 - 2021, la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el Sida y la Declaración Política 2016 en el contexto de las Metas de Desarrollo Sostenible relacionadas al VIH para 2030. Los países deberán contar con Planes Estratégicos Nacionales alineados, asegurando períodos de vigencia donde quede incluido el nuevo o siguiente período de solicitud de financiamiento.</p>
--	--

Para ello, a continuación se describen las orientaciones para los países en base a principios rectores que incluyen el nivel de focalización necesario en las propuestas (inversión en poblaciones y áreas geográficas específicas), los componentes programáticos de la respuesta al VIH/SIDA (prevención, diagnóstico, tratamiento, TB/VIH, PTMI) y los componentes transversales para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios y el sistema de salud que incluyen los sistemas de suministro de insumos y medicamentos, monitoreo y evaluación y sistemas de información. Estas orientaciones se presentan para los países en función de la clasificación por niveles de ingreso.

Las orientaciones técnicas se plantean en la tabla esquemática debajo, en el marco de los lineamientos de la OMS de Diciembre de 2015, especialmente lo relativo a:

- a. Implementar la iniciativa “Prueba y Tratamiento”
- b. Asegurar vinculación de los nuevos positivos a los servicios de cuidado y tratamiento
- c. Asegurar adherencia
- d. Promover modelos diferenciados de prestación de servicios
- e. Implementar Tratamiento 2.0 (reducir número de esquemas, entre otros)
5. Aseguramiento de la cadena de suministros para insumos de laboratorio y medicamentos ARV.
6. Todas las actividades serán diseñadas bajo un modelo que asegure que sean sostenibles
7. Sistema de Información que registre y reporte los avances
8. Prevención combinada

Tabla esquemática. Orientaciones para la preparación de las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial por los países de Centroamérica y República Dominicana.

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
Focalización de la solicitud de financiamiento	Poblaciones clave más afectadas en la región: Transgénero femininas, HSH y Trabajadores sexuales.	100% de los recursos deben ser asignados a mantener o expandir intervenciones para las poblaciones clave, basadas en evidencia y según un enfoque de derechos humanos y género.	Al menos el 50% de los recursos deben ser asignados a poblaciones clave y/o intervenciones de alto impacto según el contexto epidemiológico, basadas en evidencia, según un enfoque de derechos humanos y género.
	Derechos Humanos y equidad de Género	Los países, en su solicitud, deberían incluir y expandir intervenciones para remover las barreras relacionadas con los derechos humanos y género que impiden el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH incluyendo actividades contra el estigma y la discriminación, en línea con la política del Fondo Mundial en materia de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento.	

¹² Este enfoque será aplicado con flexibilidad en los casos de Belice y República Dominicana, cuyo perfil epidemiológico y entorno presentan algunas características propias que puede requerir una respuesta diferenciada

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
		En las diferentes secciones se incluyen referencias específicas a las poblaciones clave, la participación comunitaria y a los derechos humanos.	
	Geográfico	Los países priorizarán en sus propuestas aquellas áreas geográficas que presenten mayor prevalencia de VIH. Para esto se propone el uso de herramientas que soporten la selección, como tablas, gráficos y mapas georreferenciados que además faciliten asegurar la complementariedad de acciones entre los diferentes implementadores y fuentes de financiamiento (por ejemplo las iniciativas apoyadas por PEPFAR) con el propósito de aumentar la cobertura.	
Programas de prevención integral combinada		<p>Cobertura poblaciones clave: El financiamiento contribuirá a aumentar las coberturas en poblaciones clave prioritarias en la región por su aporte a la carga de VIH: HSH, Trans y MTS, priorizando las áreas geográficas de más alta prevalencia (<i>hotspots</i>) y promoviendo el alcance de nuevas personas dentro de estas poblaciones clave y su vinculación a otros servicios de salud.</p> <p>Adicionalmente se recomienda que los países desarrollen e implementen estrategias específicas que aborden a las parejas y/o clientes de las poblaciones clave que pueden ser financiadas con recursos domésticos y/o externos.</p>	
		<p>Monitoreo cobertura: Se promoverá el monitoreo de coberturas nacionales de alcance de las poblaciones clave objeto de intervención con un paquete mínimo de servicios de prevención, identificando los aportes de los donantes externos y nacionales, a través del monitoreo de personas alcanzadas con el paquete mínimo (y no solo número de contactos realizados), con código único de identificación (CUI) que permita contabilizar los contactos nuevos y subsiguientes a personas. El CUI debería ser utilizado a nivel nacional y progresivamente en otros servicios de salud para monitorear el continuo de la atención para poblaciones clave.</p>	
		<p>Paquete mínimo: El paquete mínimo de prevención incluirá: diagnóstico de VIH, condones, lubricantes, actividades de cambio de comportamiento, un paquete de ITS de relevancia en prevención de VIH y la vinculación efectiva a los servicios de salud. Para el monitoreo de las coberturas, se garantizará el registro de datos relacionados a la entrega de los servicios mínimos vinculados al CUI.</p> <p>El paquete mínimo podría incluir la financiación de actividades de PrEP y la PEP (profilaxis post exposición sexual) para poblaciones clave, a condición que el país ya tenga una cobertura de tratamiento adecuada que pueda asegurar se pueda mantener y aumentar con recursos nacionales una vez se acabe la financiación externa. Para PrEP y PEP, en el caso no existan protocolos o estrategias nacionales, se recomienda se incluyan pilotos o proyectos demostrativos que podrían sustentar el desarrollo de políticas nacionales y la oferta estable de estos servicios de manera sostenible.</p> <p>Con base en la herramienta de la OMS para poblaciones clave, el paquete mínimo debería de complementarse con actividades contra el estigma, la discriminación y la violencia basada en género, tomando en cuenta un enfoque intercultural.</p> <p>Para diagnósticos positivos de VIH el paquete mínimo incluye la vinculación efectiva a las clínicas TAR o proveedores de TAR y otros servicios de salud.</p>	
		<p>Sostenibilidad: El país debe presentar su estrategia para asegurar la continuidad de las intervenciones en prevención para poblaciones claves, tomando en cuenta la reducción progresiva de las fuentes de recursos externas.</p>	

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
Tratamiento, atención y seguimiento a PVV	Toda persona con VIH debe ser tratada (acceso universal) y recibir atención periódica (asegurando seguimiento de carga viral al menos dos veces al año).	<p>Tratamiento 2.0: Los países deben mostrar el avance y el nivel de progreso en la operativización de las áreas prioritarias de la estrategia de Tratamiento 2.0.</p>	<p>Tratamiento 2.0: Los países deben mostrar el avance y el nivel de progreso en la operativización de las áreas prioritarias de la estrategia de Tratamiento 2.0.</p>
		<p>Test and treat: Estrategia “test-and-treat” (pruebas y tratamiento) en implementación. En los países en donde no se haya iniciado esta estrategia, el país deberá presentar un plan de adopción.</p> <p>En escenario de “test-and-treat”, cuando el país considera no utilizar pruebas de CD4 para el seguimiento clínico, los países cuentan con planes de expansión de carga viral en implementación¹³.</p> <p>El país deberá contar con un modelo de atención para poblaciones clave, que detalle desde la oferta de servicios de prevención, la vinculación a los servicios de atención y otros servicios de salud hasta las acciones para fomentar la adherencia en el tratamiento, tomando en cuenta las lecciones aprendidas, los desafíos y las áreas que se requieren fortalecer para asegurar el éxito y la sostenibilidad de este modelo, entre otras, las acciones contra el estigma y la discriminación a nivel de los servicios de salud.</p> <p>Con “otros servicios de salud” se entienden los otros servicios específicamente relevantes por cada población clave, que podrían incluir atención para ITS, servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, según la necesidad específica.</p>	<p>Test and treat: El país debe presentar un plan de ampliación del acceso universal al tratamiento (“test-and-treat”).</p> <p>El país deberá contar con un modelo de atención para poblaciones clave, que detalle desde la oferta de servicios de prevención, la vinculación a los servicios de atención y otros servicios de salud hasta las acciones para fomentar la adherencia en el tratamiento, tomando en cuenta las lecciones aprendidas, los desafíos y las áreas que se requieren fortalecer para asegurar el éxito y la sostenibilidad de este modelo, entre otras, las acciones contra el estigma y la discriminación a nivel de los servicios de salud.</p> <p>Con “otros servicios de salud” se entienden los otros servicios específicamente relevantes por cada población clave, que podrían incluir atención para ITS, servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, según la necesidad específica.</p>
		<p>Retención de los pacientes: se recomienda fortalecer y/o incluir acciones que fomenten la retención de los pacientes, incluyendo acciones de seguimiento para los pacientes que han abandonado el tratamiento, tomando en cuenta la participación comunitaria.</p>	<p>Retención de los pacientes: se recomienda fortalecer y/o incluir acciones que fomenten la retención de los pacientes, incluyendo acciones de seguimiento para los pacientes que han abandonado el tratamiento, tomando en cuenta la participación comunitaria.</p>
		<p>Absorción productos de salud: Se espera que los países ya asuman la mayoría de los costos referentes a ARVs, CD4 y carga viral.</p> <p>En los países donde el Fondo Mundial ha aportado financiamiento para productos de salud en subvenciones vigentes, el país debe presentar el progreso en la absorción y planes</p>	<p>Absorción productos de salud: El país debe presentar plan de absorción del 100% del tratamiento (ARVs, CD4 y CV) en un periodo de 3 a 5 años, incluyendo acciones para asegurar un acceso continuo a medicamentos y otros productos sanitarios de calidad a precios asequibles necesarios para luchar contra las tres enfermedades.</p>

¹³ WHO Technical and Operational considerations for Implementing HIV Viral Load Testing. 2014.

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
		de transición del financiamiento para estos productos en un período de 1-2 años. El plan deberá incluir acciones para asegurar un acceso continuo a medicamentos y otros productos sanitarios de calidad a precios asequibles.	
TB-VIH	Asegurar la colaboración para el abordaje de TB/HIV.	<p>Los países deberán contar con guías actualizadas que establecen las actividades colaborativas recomendadas por la OPS/OMS para la región y de manera integrada, las responsabilidades correspondientes de los programas nacionales de TB y de VIH.</p> <p>Los países deberán asegurar la recolección de datos e información sobre las coberturas de tamizaje de TB en los pacientes de VIH; tamizaje de VIH a todo paciente de TB; administración de TPI a todo PVVS sin TB; cobertura de TARV en todo paciente con coinfección TB/VIH; como parte del monitoreo y evaluación de ambos programas nacionales de TB y de VIH.</p> <p>Los países podrán incluir intervenciones para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los procesos de capacitación y supervisión de los prestadores de servicios de TB y VIH incluyendo temas de ética médica, para implementar las actividades colaborativas y servicios de atención a la TB/VIH. 2. Desarrollar/fortalecer las alianzas con las organizaciones y redes de la sociedad civil para asegurar su participación activa en apoyo a las actividades colaborativas para mejorar la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento y la adherencia; fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de las actividades y servicios relacionados a la coinfección TB/VIH. 	
Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH (PTMI).	El abordaje de la PTMI se enmarca en la estrategia regional para la Eliminación de transmisión materno-infantil (ETMI) y de sífilis congénita en todos los países.	100% de las intervenciones son financiadas por fuentes nacionales.	Se espera observar un sustancial incremento de los aportes nacionales para el componente de PTMI. De manera residual, pueden incluirse intervenciones para PTMI, si el país presenta un plan de absorción que alcanzará 100% en un período no mayor de los 3 años y que las actividades estén alineadas con el contexto epidemiológico y muestren efectivamente el avance hacia la eliminación de transmisión materno-infantil
Servicios de diagnóstico de VIH	Los países aseguran servicios de pruebas de VIH y asesoramiento diferenciados que facilitan la vinculación de las PVV y de las poblaciones clave al tratamiento y otros servicios de salud.	Se pueden incluir intervenciones para facilitar el acceso de las poblaciones clave a los servicios de diagnóstico en las diferentes modalidades de servicios, incluyendo estrategias comunitarias y actividades para reducir el estigma y la discriminación.	Se pueden incluir intervenciones para facilitar el acceso de las poblaciones clave y en condiciones de mayor vulnerabilidad a los servicios de diagnóstico en las diferentes modalidades de servicios, incluyendo estrategias comunitarias y actividades para reducir el estigma y la discriminación.
Sistemas de salud resilientes y sostenibles		Los países pueden incluir intervenciones transversales para fortalecer el sistema de salud y asegurar la sostenibilidad de la respuesta al VIH, priorizando las áreas de: Sistemas de gestión de la cadena de adquisiciones y suministros; Sistemas de información, monitoreo y evaluación; Recursos humanos para salud, incluyendo agentes comunitarios o promotores; Respuestas y sistemas comunitarios.	

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
		<p>Los países deben garantizar la disponibilidad de información estratégica para la toma de decisiones en la respuesta al VIH. Entre las áreas programáticas y técnicas de priorización se recomienda:</p> <p>a) lograr la integración de los sistemas de información para los servicios de prevención dirigidos a poblaciones clave a los sistemas de información en salud nacionales y en el plan nacional de monitoreo y evaluación para VIH;</p> <p>b) asegurar disponibilidad de fuentes de información, ya sea sistemas rutinarios o estudios, para la vigilancia del VIH y del comportamiento de riesgo en poblaciones clave objeto de intervención;</p> <p>c) fortalecer el monitoreo y seguimiento de la vinculación de las personas alcanzadas a través de servicios de prevención a los servicios de salud;</p> <p>d) monitoreo de la cobertura y calidad la atención al VIH y otros servicios de salud a las poblaciones clave o vulnerables;</p> <p>e) fortalecer y desarrollar las capacidades e integrar los respectivos subsistemas rutinarios de información como el sistema de atención al VIH, servicios de prevención, registros vitales, vigilancia epidemiológica, sistemas de laboratorio, de gestión logística de suministros (entre otros) para asegurar la disponibilidad de la información estratégica clave en VIH, promoviendo la recolección de datos para los indicadores y las desagregaciones recomendadas para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH;</p> <p>f) introducir identificadores únicos o códigos para los usuarios de los servicios de salud de manera que contribuya con la reducción de duplicaciones, la vinculación de usuarios a otros servicios y el análisis y monitoreo de la cascada de atención;</p> <p>g) promover y oficializar el uso de las estimaciones de carga de enfermedad y poblaciones clave para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, sobre la base de ejercicios conjuntos que cuentan con la colaboración técnica de los socios de la respuesta nacional;</p> <p>h) asegurar la existencia de planes de monitoreo y evaluación actualizados, que establezca la operacionalización de los indicadores y fuentes de datos necesarias, alineados a las guías de la OMS sobre la información estratégica para el VIH;</p> <p>i) diseñar e implementar planes a corto y mediano plazo para asegurar la calidad de los datos y la inclusión de las variables requeridas para la construcción de indicadores claves para el monitoreo y evaluación de la calidad y cobertura de los servicios relacionados al VIH.</p> <p>l) promover el monitoreo a nivel comunitario, la abogacía y la movilización comunitaria, el establecimiento de vínculos comunitarios, colaboración y coordinación</p> <p>m) abarcar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género a través de acciones para reducir el estigma y la discriminación y aumentar el acceso a la justicia</p> <p>n) promover el uso de tecnologías y/o estrategias innovadoras, como por ejemplo fomentar cambios normativos y regulatorios para la introducción del auto testeo para VIH.</p>	
		<p>Según la Política de sostenibilidad, transición y co-financiamiento del Fondo Mundial, los países de ingreso medio alto pueden incluir intervenciones en sistemas de salud resilientes y sostenibles que sean críticas para asegurar la preparación del país para la transición, identificadas a través de un diagnóstico de preparación para la transición; o para mejorar cobertura y acceso equitativo a servicios. Se pueden también incluir tecnologías o innovaciones que representen mejores prácticas a nivel mundial y que sean críticas para mantener los logros y alcanzar el control o la eliminación de la epidemia.</p>	
Sostenibilidad		<p>Con el fin de contribuir a la sostenibilidad programática y financiera de los programas de respuesta a la enfermedad, se recomienda que las propuestas de los países:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estén basadas en planes estratégicos nacionales, elaborados con la participación significativa de todas las partes interesadas, que incluyan intervenciones costo-efectivas, así como el presupuesto para alcanzar las metas programáticas y las fuentes de financiación. – Se implementen a través de los sistemas nacionales, incluyendo sistemas de información, sistemas de compras y suministros y sistemas de gestión pública financiera 	

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, República Dominicana ¹²)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
		<ul style="list-style-type: none"> - Incluyan intervenciones dirigidas a eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en el acceso a los servicios - Incluyan intervenciones que favorezcan la coordinación entre sociedad civil y autoridades de salud para mejorar e institucionalizar la participación comunitaria, así como de incidencia política, abogacía y monitoreo a nivel comunitario. - Incluyan, para aquellas propuestas que financian RRHH (salarios y formación) así como otros costes operacionales, planes para que los puestos/funciones formen parte de los recursos humanos del programa y los costos sean cubiertos progresivamente con recursos domésticos. 	
Preparación para la transición		Se recomienda diseñar y ejecutar las solicitudes de fondos con miras a que en el futuro las intervenciones puedan ser financiadas de manera integral con recursos domésticos, pudiendo ser integradas en las respuestas nacionales.	
		Diseñar o reforzar una estrategia de transición que forme parte del dialogo de país y de las solicitudes de financiamiento. Esta estrategia se recomienda que esté basada en un diagnóstico sobre la preparación del país para la transición o documento equivalente, con participación de todos los actores de la respuesta nacional, incluidos los representantes de las poblaciones claves y las PVV	
Co-financiamiento		Para acceder a financiamiento del Fondo Mundial, todos los países deberán demostrar: a) Aumento progresivo del gasto sanitario público para cumplir las metas de cobertura universal de la salud; y b) aumento del cofinanciamiento de los programas financiados por el Fondo Mundial en cada período de asignación, centrado en la asunción progresiva de los principales costos de los planes nacionales de enfermedades.	Para acceder a financiamiento del Fondo Mundial, todos los países deberán demostrar: a) Aumento progresivo del gasto sanitario público para cumplir las metas de cobertura universal de la salud; y b) aumento del cofinanciamiento de los programas financiados por el Fondo Mundial en cada período de asignación, centrado en la asunción progresiva de los principales costos de los planes nacionales de enfermedades.
		Adicionalmente, para acceder al incentivo de co-financiamiento, el país debe comprometerse a aportar unas contribuciones adicionales (según el monto indicado en la carta de asignación ¹⁴) dirigidas a financiar acciones o bien del programa de enfermedad o actividades en fortalecimiento de sistemas de salud, que sirvan para hacer frente a obstáculos que impidan una transición exitosa. Un mínimo del 50% debe invertirse en componentes de enfermedad específicos dirigidos a las poblaciones clave y vulnerables, en función del contexto del país.	Adicionalmente para acceder al incentivo de co-financiamiento, los países deberán realizar contribuciones adicionales (según el monto indicado en la carta de asignación ¹⁵) acorde con las áreas prioritarias del programa de VIH o en sistemas de salud resistentes y sostenibles. Esta contribución deberá además destinarse en: Países de ingreso medio bajo- rango alto (El Salvador y Guatemala)- mínimo 75 por ciento en intervenciones para el programa de VIH Ingreso medio bajo- rango bajo (Nicaragua y Honduras)- un mínimo 50 por ciento en intervenciones para el programa de VIH.

¹⁴ Por defecto, el incentivo de co-financiamiento es proporcional a la distribución de recursos entre las enfermedades

¹⁵ Por defecto, el incentivo de co-financiamiento es proporcional a la distribución de recursos entre las enfermedades

Anexo I: OPERACIONALIZACION DE FACTORES CALIFICATIVOS Y REQUERIMIENTOS ESPECIALES

I. Visión, Metas y Objetivos

Se espera que los países de América Central que presenten sus propuestas al Fondo Mundial compartan un objetivo de desarrollo común, acorde a los compromisos nacionales e internacionales asumidos por los mismos: lograr de manera sostenible contener la epidemia del VIH, para poner fin a la epidemia del Sida para el 2030 y gozar de un mundo libre de la carga del sida, con una mejora de la salud para todos.

El control de la epidemia se medirá principalmente a través de indicadores de incidencia, prevalencia, del monitoreo de los tres noventa (90-90-90) y de la Cascada de Atención a personas con VIH, como parte de sus planes de monitoreo y evaluación nacionales. Se asume que incidir en la prevalencia, especialmente entre los grupos clave, es un esfuerzo de largo plazo. Los países deberán proyectar sus metas de prevalencia e incidencia en base a los supuestos necesarios para contribuir a la meta global de reducción de nuevas infecciones, principalmente en las poblaciones clave, y reducción de las muertes relacionadas al SIDA (cero al 2030). De igual forma, los países deberán incluir en sus planes de monitoreo y evaluación y asegurar las fuentes de información necesarias para monitorear y evaluar avances hacia las metas 90-90-90 y en las cascada de prevención y atención al VIH que permitan dar seguimiento al progreso en la reducción de brechas de acceso a servicios de prevención y atención al VIH y TB/VIH de poblaciones clave y grupos vulnerables como hombres que tienen sexo con hombres, transgénero femeninas, trabajadores sexuales, embarazadas y coinfectados TB/VIH. Más información sobre las mejoras a los sistemas de monitoreo y evaluación e información se incluye en el anexo.

Sin embargo, para poder controlar la epidemia, en el corto plazo es necesario focalizar esfuerzos en reducir las nuevas infecciones, en población general, pero sobre todo entre las poblaciones clave, entre las cuales se concentran las nuevas infecciones. De allí, la importancia de superar las debilidades existentes en los países de la región para la medición de la incidencia de VIH. En colaboración con los socios técnicos, se solicita a los países intensificar los esfuerzos para lograr esta medición aplicando algunas de las metodologías disponibles, de acuerdo al contexto del país. Más información se provee en el anexo.

2. Enfoque

De acuerdo a las directrices del FM, se espera que – dependiendo del nivel de ingreso de cada país – un porcentaje pre-establecido del presupuesto se destine a actividades focalizadas y de alto impacto¹⁶. Esto es para asegurar que los recursos del FM sean dirigidos estratégicamente, para impactar en la epidemia y la respuesta de forma significativa y lograr el control del VIH.

En el contexto de los países centroamericanos, y basado en la evidencia disponible, se consideran como intervenciones focalizadas y de alto impacto la entrega de paquetes integrales de servicios de prevención combinada para poblaciones clave en áreas geográficas de más alta prevalencia (hotspots), y las acciones de diagnóstico y tratamiento que permitan incrementar la retención, adherencia, y supresión viral en las personas con VIH, incluyendo las poblaciones clave. Es importante resaltar que una parte integral de este componente son las actividades orientadas a mejorar el entorno y los factores estructurales que dificultan el acceso de las poblaciones clave a los servicios (derechos humanos y barreras para el acceso a los servicios de salud, estigma y discriminación, fortalecimiento de sistemas comunitarios). Se remite a las notas informativas temáticas disponibles en la página internet del Fondo Mundial para mayor información en estos aspectos, en el anexo 2.

En el caso de países de ingreso medio alto, el 100% de los recursos solicitado deben ser asignados a dichas intervenciones. En el caso de países de ingreso medio bajo, por lo menos el 50% de los recursos deben ser asignados a dichas intervenciones.

Es importante notar que, más allá del requerimiento de focalización de la propuesta, se espera que las notas conceptuales presentadas al FM propongan metas ambiciosas en términos de cobertura de oferta de servicios preventivos a poblaciones clave. El país debería destinar los recursos del Fondo Mundial prioritariamente a este componente, hasta alcanzar una cobertura nacional¹⁷ de por lo menos el 90% de cada grupo clave. Esto podría implicar que fuera necesario asignar a este componente más del 50% del presupuesto total también para países de menor ingreso.

Basado en la evidencia disponible, se consideran como poblaciones clave en el contexto centroamericano a los HSH, Mujeres Trans y MTS. En el proceso de presentación de propuestas al FM, para que un país agregue poblaciones clave adicionales (por

¹⁶ Requerimiento de Focalización de las Propuestas, Decisión de la Junta Ejecutiva GF/B25/DP16

¹⁷ Considerando la suma de todas las acciones implementadas en el país, independientemente de su fuente de financiamiento (p.e. Fondo Mundial, PEPFAR, fondos nacionales, otros donantes)

ejemplo, usuarios de drogas intravenosas, migrantes, privados de libertad, poblaciones indígenas, afrodescendientes etc.) deberá presentar evidencia que compruebe que dichos grupos poblacionales son desproporcionalmente afectados por la enfermedad en un país (tasas de prevalencia y/o tasas de infección creciente) así como un análisis de las barreras que impiden su acceso a los servicios que se requieren y los planes para abarcar estas barreras. En alternativa, si el país considera que existen algunos indicios, aun no suficientes, que otras poblaciones podrían considerarse como clave, pueden incluir en la propuesta algún estudio que permita recolectar mayor evidencia al respecto.

Se espera que los países asuman esfuerzos hacia otros grupos poblacionales (p.e. jóvenes, trabajadores, mujeres embarazadas, población general) con sus propios recursos, y a través de esfuerzos de integración de actividades relacionadas con VIH Sida en otros programas nacionales (p.e. política y programas nacionales de juventud, de trabajo, de salud materno-infantil, etc.). Fondos semillas podrían solicitarse al FM para fortalecer estos esfuerzos de integración intersectorial, si necesario y bien justificado.

3. Tratamiento, atención y seguimiento a PVV

Acorde al compromiso adquirido en el marco de la Estrategia Regional de Sostenibilidad para la respuesta al VIH Sida, se espera que las propuestas presentadas por los países centroamericanos tengan como meta el tratamiento universal a las PVV para recibir tratamiento, incluyendo las poblaciones clave. Consecuentemente, las metas propuestas en el marco de desempeño en términos de cobertura al tratamiento deberían lograr el 90% de las personas estimadas que lo necesiten. Esto se refiere tanto a tratamiento ARV como al seguimiento con CD4 y CV, independientemente de la contribución del FM a la financiación nacional.

Se espera que los países que apliquen a financiamiento del FM puedan demostrar sus esfuerzos hacia la implementación de las recomendaciones de la estrategia Tratamiento 2.0 y los nuevos lineamientos de la OMS 2015, específicamente:

1. Hayan avanzado en la implementación de la estrategia Tratamiento 2.0 y puedan mostrar el estado de avance de las varias áreas de esta estrategia, asumiendo que ya cuentan con un plan para su implementación y que hayan recibido la primera misión de OMS/OPS de diagnóstico y recomendaciones para la implementación de la estrategia Tratamiento 2.0. Esto incluye el acceso universal a ARV a través de la estrategia Test and Treat (prueba y tratamiento) y la adaptación de los sistemas de salud para reducir costos, incluyendo modelos diferenciados de servicios.
2. Cuenten con un plan detallado para el logro de las metas 90 90 90 de acceso a tratamiento y del monitoreo de la cascada de atención de personas con VIH, incluyendo las poblaciones clave para documentar los avances hacia el logro de las metas.

Como anexo a la propuesta, los países deberían incluir los resultados de la misión, así como el plan de transición.

En cuanto a la financiación de ARV, CD4 y CV, se espera que los países de la región redoblen sus esfuerzos hacia la sostenibilidad del tratamiento. Es así que se espera que los países de ingreso mediano alto financien la casi totalidad de los costos de ARV, CD4 y CV que se necesitan a nivel nacional. Los países de ingreso mediano-bajo deben transitar hacia el mismo objetivo de absorción total del tratamiento; consecuentemente, se espera que aquellos países de ingreso mediano-bajo que siguen solicitando cofinanciación del FM para ARV, CD4 y CV, especifiquen qué porcentaje de la necesidad total representa esta cofinanciación, y presenten en anexo a la solicitud de fondos un plan de sostenibilidad para absorber el 100% del tratamiento en un periodo de 3 a 5 años.

Finalmente, se destaca que los países deberían abordar este tema de una perspectiva amplia, demostrando como su estrategia de tratamiento, atención y seguimiento a PVV integra y promueve la atención de las PVV en cascada y aborda calidad de la atención, adherencia, abandonos y resistencia.

4. Actividades de prevención

Como fue mencionado, se espera que las actividades de prevención vayan focalizadas a las tres poblaciones clave HSH, Trans y MTS. Asimismo, se espera que las propuestas presentadas al Fondo Mundial apunten a lograr una cobertura de cada una de estas poblaciones mayor o igual al 90% a nivel nacional, independientemente de la proporción de contribución nacional del FM a dichas actividades.

Para medir cobertura de poblaciones clave a nivel nacional, será necesario que cada país:

- 1) Presente una clara definición de cada población clave que se alcanza con intervenciones en el nuevo contexto de la acción acelerada y la cascada de atención¹⁸;
- 2) Cuento con datos del tamaño de cada grupo para definir el denominador del indicador (ver sección de monitoreo y evaluación);
- 3) Cuento (o proponga instalar en el marco de la propuesta) con sistemas de información que permitan medir personas alcanzadas con servicios en vez de contactos; a través de un mismo código único de identificación compartido por todas las principales organizaciones que proveen servicios de prevención a poblaciones clave (ver sección de monitoreo y evaluación) y PVVV referidos y vinculados efectivamente a los servicios de atención y tratamiento.
- 4) Presente una clara definición de que se incluye en el o los paquetes de servicios ofertados en el marco de la propuesta que cumpla con el paquete mínimo descrito en los principios rectores de este documento.

Adicionalmente, los países podrían considerar la inclusión de estrategias/intervenciones innovadoras para reducir la incidencia en las poblaciones clave en base a la evidencia como la Profilaxis previa a la exposición (PrEP). Para ello, los países deberán demostrar la capacidad de introducir la iniciativa desde la perspectiva de políticas y arreglos para la implementación ya sea para la introducción como piloto o la expansión. Los países deberán considerar los procesos y actividades necesarias para asegurar que la información necesaria para abogar por actualizaciones a la normativa nacional, desarrollo de guías y protocolos para su aplicación que viabilicen la expansión.

Acorde a los compromisos asumidos por los países de la región en la Estrategia de Sostenibilidad, se espera que en mediano plazo los países disminuyan su dependencia de la cooperación externa y asuman los gastos de prevención en poblaciones clave. Con este fin, se espera que los países presenten como anexo a la propuesta un plan de sostenibilidad para poder financiar este componente de una forma sostenible en un marco de tiempo determinado.

5. Otras actividades clave

En el marco de propuestas al FM, los países pueden también incluir otras actividades clave, según las prioridades nacionales.

6. Productos de salud

El FM concentrará sus inversiones en los productos de salud y medicamentos que se consideran más estratégicos. Los principios seguidos para considerar un producto como estratégico son:

- Que aporta a la expansión de servicios básicos para prevenir, atender o tratar la enfermedad.
- Nuevos productos o estrategias programáticas que a raíz de recientes innovaciones o evidencias científicas son recomendados como eficaces en la prevención, atención o tratamiento por OMS/OPS.

En la siguiente Tabla se definen las categorías de productos considerados como estratégicos, diferenciados según nivel de ingreso de los países.

Principios rectores	Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
	Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belice, Republica Dominicana)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
Prevención	Condomes, lubricantes, diagnóstico de VIH según algoritmo nacional, paquete de ITS de interés para prevención de VIH (diagnóstico y tratamiento con énfasis en productos y estrategias innovadoras ¹⁹)	
Atención y tratamiento	De manera residual y con el propósito de lograr la absorción completa, tomando en cuenta la posibilidad de incluir PrEP	ARV, CD4, carga viral, infecciones oportunistas (diagnóstico y tratamiento con énfasis en productos y estrategias innovadoras ¹⁷).
TB/VIH	Cartuchos Gen-xpert para diagnóstico de resistencias a rifampicina en número necesario para fortalecer atención específica de co-infección TB/VIH	
ETMI	NA	De manera residual según las condiciones arriba indicadas y con el propósito de lograr la absorción completa - pruebas VIH para mujeres embarazadas, ARV para mujeres embarazadas y formulaciones pediátricas, diagnóstico infantil temprano

¹⁸ Ver en anexo 4 las definiciones. Estrategia de ONUSIDA para el 2016-2021

¹⁹ Sólo si es para introducir una innovación técnica o programática que pueda conllevar avances significativos en el país y para cuya introducción el país tenga limitaciones en recursos o de otro tipo. En este caso, se debe incluir un marco temporal para la introducción de la innovación con financiación del FM.

A estos productos estratégicos se podrían añadir otros no estratégicos hasta un máximo del 10% del presupuesto asignado a productos de salud. La delimitación entre estratégicos o no estratégicos deberá ser aprobada por la Secretaría del Fondo Mundial.

Las cantidades que se solicitan de productos estratégicos de salud deben ser debidamente justificadas, ligándose a las metas cuando sea posible.

Todos los productos de salud que se adquieran con la ayuda del Fondo Mundial deben cumplir la política de calidad que corresponda y su compra debe hacerse bajo las políticas generales del Fondo Mundial en cuanto a adquisiciones de productos sanitarios, disponibles en <http://www.theglobalfund.org/en/sourcing/policies/>, link *Guide to Global Fund Policies on Procurement and Supply Management of Health Products*. Como costos indirectos ligados a las compras internacionales de productos de salud se podrá aprobar un máximo del 15% del presupuesto total en productos de salud o de los costos propuestos por los agentes de compras a través del mecanismo de wambo. Si las compras fueran domésticas se podrá incluir un presupuesto limitado para costos indirectos con el fin de cubrir gastos de control de calidad si ello fuera requerido. Ello debe ser debidamente justificado.

Anexo 2: DIRECTRICES ADICIONALES SOBRE EJES TEMATICOS VIH

Los factores calificativos y requerimientos mencionados anteriormente se focalizan en algunos aspectos clave para la región. Sin embargo, la respuesta al VIH en la región también incluye otros ejes y temas importantes que los países pueden incluir en sus propuestas. Para estos, existen directrices generales elaboradas por el Fondo Mundial y sus socios técnicos. Los países deberían analizar con atención estos documentos a la hora de preparar sus propuestas al Fondo Mundial (el listado no es exhaustivo):

Notas informativas del Fondo Mundial en el marco del modelo de financiamiento:

- Nota informativa sobre el VIH - https://www.theglobalfund.org/media/5695/core_hiv_infonote_es.pdf
- Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles - https://www.theglobalfund.org/media/5697/core_resilientsustainablehealth_infonote_es.pdf
- Abordar las desigualdades de género y fortalecer las respuestas para las mujeres y las niñas - https://www.theglobalfund.org/media/5729/core_gender_infonote_es.pdf
- Consideraciones sobre los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que consumen drogas y las personas que viven en prisiones y otros entornos cerrados, en el contexto de la epidemia del VIH - https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technicalbrief_es.pdf
- Comunidades, Derechos y Género y el ciclo de financiamiento 2017-2019 https://www.theglobalfund.org/media/5718/fundingmodel_communityrightsgender_faq_es.pdf
- VIH, derechos humanos e igualdad de género, https://www.theglobalfund.org/media/6574/core_hivhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf
- Maximizing Impact by Strengthening Community Systems and Responses - https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf
- Manual del Marco Modular - https://www.theglobalfund.org/media/5714/fundingmodel_modularframework_handbook_es.pdf
- Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial - GF/B35/04 https://www.theglobalfund.org/media/4222/bm35_04-sustainabilitytransitionandcofinancing_policy_es.pdf
- Nota orientativa - Sostenibilidad, transición y cofinanciamiento de programas financiados por el Fondo Mundial https://www.theglobalfund.org/media/6676/core_sustainabilityandtransition_guidancenote_es.pdf

Otros documentos de referencia:

- Tratamiento Antirretroviral bajo la Lupa: La epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de la atención en niños en América Latina y el Caribe 2015 - <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31160/9789275319079-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Políticas y directrices para profilaxis post exposición http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374_eng.pdf
- Biblioteca Virtual de Estrategia 2.0 (ítem 18) <http://bit.ly/2wct5MS>
- Implementación de los programas de VIH / ITS integrales con profesionales del sexo: enfoques prácticos de intervenciones de colaboración: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176025/1/9789243506180_spa.pdf?ua=1&ua=
- Guía de prevención de PEPFAR, <http://www.pepfar.gov/reports/guidance/171094.htm>
- Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe 2013. <http://bit.ly/2gLGlgq>
- Claves para entender el Enfoque de Acción Acelerada, poner fin a la epidemia de sida para 2030, jc 2743, unaids.org, junio 2015 - http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/201506_JC2743_Understanding_FastTrack
- Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030, 7 de junio de 2016 <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>
- Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida- http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 - <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016 - <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- PEPFAR 3.0 - <https://www.pepfar.gov/documents/organization/234744.pdf>
- Strategic technical alignment for results (star) process, Central America, PEPFAR 2017, <https://www.pepfar.gov/documents/organization/272007.pdf>

- Prevent HIV, Test and treat all, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251713/1/WHO-HIV-2016.24-eng.pdf>

Anexo 3: Consideraciones sobre Monitoreo, evaluación, sistemas de información y otras fuentes de información relevantes para elaborar las solicitudes de financiamiento.

El monitoreo y la evaluación es un componente de alta importancia para los socios técnicos y el Fondo Mundial, dado que permite generar la información necesaria para la toma de decisiones basadas en evidencia, con el fin de mejorar la calidad de los programas o servicios, asegurar y optimizar los resultados e impacto esperado. Se espera que los países presenten un plan nacional de monitoreo y evaluación, alineado a sus planes estratégicos nacionales, que incluya los indicadores internacionalmente recomendados para el monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH y que sustente el marco de medición del desempeño de la subvención en términos de indicadores de impacto, resultado y cobertura y medidas de seguimiento al plan de trabajo, según aplique. Durante la fase de elaboración de las subvenciones, el Fondo Mundial revisa y aprueba el plan en base a los lineamientos establecidos en la guía del Fondo Mundial. En caso de que los planes de monitoreo y evaluación nacionales no se alineen a esta guía, los países tendrían que presentar un plan de monitoreo y evaluación para la subvención, que cumpla con los criterios mínimos.

La necesidad de focalizar y dirigir mejor las estrategias e intervenciones para maximizar el impacto y la inclusión de estas en los planes de acción de los países, a su vez genera la necesidad de adecuar los sistemas rutinarios y habilitar otras fuentes de información como encuestas o estudios especiales, investigaciones operativas e informes o documentos administrativos. Las orientaciones técnicas planteadas en el enfoque conjunto para asegurar la disponibilidad de información estratégica se basan en la observación de brechas de información principalmente para el monitoreo y evaluación de las intervenciones en poblaciones clave y grupos vulnerables, las cuales son consistentes a nivel de la mayoría de los países de la región. En particular, el Fondo Mundial recomienda que los países que identifiquen brechas de información en el proceso de preparación de sus solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial, formulen, costeen e incluyan actividades para asegurar el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas rutinarios, así como la disponibilidad de las fuentes de información requeridas para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional que no puedan ser financiadas por otras fuentes externas o nacionales.

Estas actividades deberán presentarse como parte del presupuesto incluido en la solicitud de financiamiento o durante la elaboración de la subvención (dependiendo de la modalidad de aplicación seleccionada), que será revisado durante la fase de elaboración de la subvención. Se espera que las actividades sean sustentadas como parte del plan nacional y conjunto de actividades para el funcionamiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación, identificando las distintas fuentes de financiamiento existentes en el país.

El financiamiento de estas actividades podrá ser a través de reprogramación de ahorros en subvenciones existentes, cuando se trate de actividades necesarias durante la preparación de la solicitud, o como parte del presupuesto de monitoreo y evaluación de las nuevas propuestas para las actividades de M&E que se planificadas para el nuevo período de asignación.

Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación y sistemas de información:

Los países deberían contar con estudios de diagnóstico de sus sistemas de monitoreo y evaluación y los sistemas de información, que permitan identificar las brechas de información, así como los desafíos para asegurar la disponibilidad de información estratégica, oportunidad y calidad de los datos, entre otros atributos necesarios de los sistemas de información rutinarios. El Fondo Mundial puede también apoyar financieramente el fortalecimiento de los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación basado en un diagnóstico de necesidades cuando sea necesario, que incluya un análisis estructural de los sistemas existentes y de su interacción para que sean vinculados. Los países podrán referirse a estos diagnósticos realizados recientemente (como la evaluación de sistemas realizada por PEPFAR en el 2015) para sustentar las actividades de fortalecimiento tanto de los sistemas de información como de monitoreo y evaluación.

Se solicita a los países que decidan solicitar inversiones al Fondo Mundial en el fortalecimiento de los sistemas de información u otras fuentes necesarias, que procuren desarrollar un plan y presupuesto integral que identifique las distintas fuentes de financiamiento nacionales y externas (otros donantes o préstamos), diferenciando las actividades que se espera sean financiadas por el Fondo Mundial.

Evaluación de los programas nacionales y de las subvenciones del Fondo Mundial:

Se recomienda a los países programar las evaluaciones o revisiones de la estrategia o programa nacional al menos una vez cada 2 años. Estas evaluaciones deberían permitir al país actualizar o establecer las tendencias en los indicadores de impacto, o que describen la situación epidemiológica de las 3 enfermedades, evaluar el nivel de progreso en contraste con las metas o estándares establecidos para los indicadores objeto de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, identificar las brechas programáticas existentes y los desafíos del sistema para alcanzar las metas y compromisos asumidos en el marco de la respuesta.

Estas evaluaciones deberían llevarse a cabo con la participación de los socios técnicos a nivel del país, integrando los actores claves de la respuesta nacional, generar los procesos de actualización de los planes estratégicos nacionales, e informar los procesos de aplicación o solicitud de financiamiento al Fondo Mundial. Se espera que estas evaluaciones de los programas puedan ser debidamente documentadas en un informe de gestión que podría ser incluido como referencia a las solicitudes de financiamiento o los planes estratégicos nacionales.

Se solicita que los países planifiquen estas evaluaciones como parte de sus Planes de Monitoreo y Evaluación y en coordinación con los socios técnicos a nivel del país, para integrar a las evaluaciones de programas otras asistencias técnicas que informen el proceso, como las misiones de PAHO para estrategia 2.0 en VIH; las misiones del GLC para evaluar MDR-TB; las evaluaciones externas de los programas de TB; las misiones de PAHO para verificación de datos en el contexto de EMMIE, entre otras.

Los países podrán requerir de asistencia técnica para llevar a cabo estas evaluaciones de programa, lo cual podría ser financiado con recursos de las subvenciones en curso para la enfermedad correspondiente, a través de reprogramaciones cuando no están previamente incluidas, o para el futuro, ser incluidas en el presupuesto de la nueva subvención, cuando no existe un financiamiento nacional o de otra fuente externa.

Adicionalmente, el Fondo Mundial tiene interés en mejorar la disponibilidad de información y rigurosidad del análisis para informar la evaluación de los programas, para lo cual ha desarrollado términos de referencia específicos que permitirían evaluar componentes programáticos claves de la respuesta nacional a través de una metodología definida de marco lógico que tendría como resultado un análisis profundo epidemiológico y de impacto, que podría incluir procesos de recolección de datos o estudios específicos donde se hayan identificado brechas de información. Los países elegibles deberán contar con al menos una evaluación del programa durante el ciclo o vida de la subvención, reforzada con este tipo de análisis profundo, que podría requerir de financiamiento adicional ya sea a través de la subvención o con recursos directamente asignados para este fin por el Fondo Mundial (fondos catalíticos). Para acceder a este tipo de asistencia técnica, los países deberán planificar y coordinar con sus respectivos equipos de país de la Secretaría del Fondo Mundial, alineado a sus planes de monitoreo y evaluación.

Recomendaciones específicas sobre otras fuentes de información:

I. Estudios de estimación de tamaño de las poblaciones clave:

Dado que se espera que las propuestas de los países estén alineadas a la meta de 90% de cobertura de servicios de prevención y prueba de VIH en poblaciones clave al 2020, es necesario asegurar la existencia de denominadores confiables para calcular las coberturas de estos servicios

Se recomienda que los países cuenten con ejercicios de estimación de tamaños de población clave, mínimamente para las áreas geográficas prioritarias, al menos una vez en los últimos 5 años, y aún mejor cuando la estimación es sometida a revisiones o actualizaciones cada 2-3 años para considerar los factores de crecimiento de población y triangulación con datos programáticos cuando la metodología lo permita, según aplique.

Adicionalmente, se recomienda que los estudios de estimaciones de tamaño de población clave se complementen con investigaciones formativas para informar la planificación de la oferta de servicios a las poblaciones objetivo. En base a estos requerimientos, durante la preparación de la solicitud y la elaboración de la subvención, se recomienda que los países, con el apoyo de los socios técnicos analicen y presenten al Fondo Mundial sus necesidades para realizar o actualizar dichos estudios, así como la metodología más conveniente para el contexto del país, de manera que cuenten con la información estratégica necesaria.

Información detallada sobre los plazos, costos, tipo de estudios, breve descripción metodológica, entre otros, deberá incluirse en el plan de trabajo y presupuesto de Monitoreo y Evaluación.

Los recursos a los cuales los países pueden acceder para más información:

- Guías para la estimación de tamaños de población clave:
 - a. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2011_Estimating_Populations_en_0.pdf
 - b. Using Programmatic Mapping to Improve Program Access and Coverage for Key Populations, Guidelines for countries (The Global Fund, UNAIDS, WHO, UNDP, PEPFAR, USAID, MEASURE, University of Manitoba) <http://bit.ly/2yk4ZCb>

2. Vigilancia de la prevalencia del VIH y del comportamiento de riesgo en poblaciones clave.

Se recomienda que los países cuenten con fuentes de información para la vigilancia de la prevalencia del VIH y el comportamiento de riesgo en las poblaciones clave y puedan desarrollar los mecanismos para asegurar la sostenibilidad de los métodos que se seleccionen. Se recomienda que los países cuenten con estas mediciones al menos una vez cada 2-3 años como mínimo.

En el caso donde los países dependen de encuestas sistemáticas para la vigilancia del VIH y comportamiento en poblaciones clave, se prefiere asegurar la comparabilidad de los estudios en el tiempo, tomando en cuenta la alineación en las metodologías con estudios previos o futuros, siempre y cuando la metodología previa haya seguido los estándares internacionales recomendados y sea apropiada para el contexto del país.

Se recomienda a los países tomar en cuenta opciones más sostenibles para la vigilancia del VIH y de comportamientos de riesgo en las poblaciones clave, a través de sistemas rutinarios de vigilancia centinela como la estrategia VICITS, que a la vez se puede combinar y articular con la ampliación de los servicios de prevención y de testeo para alcanzar las metas de acceso a servicios en la población clave, de manera que la población clave alcanzada pueda ser referida a los servicios de las VICITS y de esta forma complementar los servicios entregados a estas poblaciones y ampliar la cobertura de las VICITS. Adicionalmente, contar con estos sistemas rutinarios permitiría contar con información más oportuna de vigilancia en poblaciones clave y contar con datos que permitan la medición de la incidencia en cohortes en seguimiento.

Otras herramientas útiles que se recomienda a los países utilizar para estudiar la distribución de la carga de VIH entre las poblaciones clave y grupos específicos y sustentar sus solicitudes de financiamiento, es el estudio de Modos de Transmisión del VIH cuya implementación ha sido facilitada a través de una herramienta desarrollada por ONUSIDA, que permite procesar los datos existentes sobre la distribución porcentual de las nuevas infecciones de VIH según modos de transmisión y estimar la contribución de estas poblaciones a la epidemia. No mide incidencia como tal pero es muy útil para la planificación de programas de prevención, dado que facilita los procesos de priorización de poblaciones y grupos y usualmente los datos que se requieren para el análisis pueden ser obtenidos en los países y a nivel subnacional (prevalencia de VIH, ITS, comportamiento sexual como número de parejas y datos sexuales por población, uso de condón por poblaciones, número y porcentaje de personas recibiendo ART).

Los países son responsables de asegurar la calidad de los datos utilizados para estos estudios, ya que la calidad del estudio dependerá de ello. Los países podrán incluir en su solicitud de financiamiento y presupuesto este tipo de estudios, siempre y cuando su selección y metodología haya sido sustentada en el marco de sus planes de monitoreo y evaluación y se tome en cuenta los aspectos de sostenibilidad.

3. Mediciones de incidencia de VIH

Dada la existente limitación en los datos de incidencia en la región, las estimaciones de Spectrum son las más utilizadas, y estas a su vez carecen de algunas informaciones que no se recolectan en los sistemas de vigilancia rutinarios de los países. Durante los últimos años se ha puesto en práctica y se ha evaluado la precisión de nuevos métodos para facilitar la medición de la incidencia en poblaciones clave, siempre y cuando existen datos recolectados previamente ya sea de estudios prospectivos o de vigilancia centinela en poblaciones clave.

Considerando estas limitaciones, se recomiendan dos alternativas prácticas o factibles para la región, con el fin de progresar en la medición de este importante indicador tanto en población general diagnosticada con VIH como en poblaciones clave bajo vigilancia:

- Utilizar la incidencia generada por Spectrum en poblaciones claves, triangulando esta información con otras fuentes como los sistemas de vigilancia del VIH, para obtener la proporción de nuevas infecciones entre los casos nuevos de VIH diagnosticados. Para esta medida se utilizará metodologías de ensayos o de recuento de CD4;
- Modelos matemáticos para el análisis de seroconversión en personas con múltiples pruebas realizadas en una cohorte, como el algoritmo de Osmond, que es un modelo matemático que ha sido aplicado para calcular la incidencia en HSH en Tailandia utilizando datos de un estudio de comportamiento y vigilancia de VIH prospectivo. Este método podría ser aplicado, con la asistencia de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y el financiamiento de PEPFAR, en los países interesados, utilizando los datos recolectados a través de la estrategia VICITS en poblaciones clave. Este apoyo podría incluir tanto la asistencia técnica para el análisis como la adquisición de pruebas rápidas de incidencia (rapid recency assay) y el fortalecimiento de capacidades de análisis local. Inicialmente, las pruebas podrían ser proporcionadas por PEPFAR, bajo la condición de que los países cuenten con planes graduales de absorción de compra de estas pruebas lo cual representaría un costo razonable dado que solo se utilizaría en casos nuevos confirmados a través de la estrategia VICITS.

Anexo 4: DEFINICIONES DE POBLACIONES CLAVE – Terminología ONUSIDA Octubre 2011

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

En la medida de lo posible, evítese la abreviatura y utilícese el término completo

Trabajador o trabajadora sexual

El término «trabajador o trabajadora sexual» procura no juzgar, y se centra en las condiciones de trabajo en las que se venden servicios sexuales. Los trabajadores sexuales engloban a hombres, mujeres y transgéneros, adultos y jóvenes mayores de 18 años, que consienten recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica. Formulaciones alternativas aceptadas son: «mujeres / hombres / personas que venden relaciones sexuales». Los clientes de los trabajadores sexuales pueden, del mismo modo, llamarse «mujeres / hombres / personas que compran relaciones sexuales». Evítese el uso del término «trabajador sexual comercial» porque se considera redundante.

Los niños menores de 18 años que venden relaciones sexuales se consideran víctimas de la explotación sexual (véase «prostitución»), salvo que se determine de otra forma.

Transgénero

«Transgénero» es el término que se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Los transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). A los transgéneros es preferible llamarlos por «él» o «ella» atendiendo a su identidad de género; es decir, al género que representan y no a su sexo biológico.