



**SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA SECRETARÍA
EJECUTIVA DEL CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE
CENTROAMÉRICA Y REPUBLICA DOMINICANA
MECANISMO DE COORDINACION REGIONAL
CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**

**“Estrategia Regional Salud, Dignidad y
Prevención Positivas para Centroamérica y
República Dominicana”**



30 de octubre de 2014

Elaborado por: Dr. Freddy Tinajeros (Consultor SE-COMISCA Estrategia SDPP)

Revisado por: Dra. Sanny Northbrook (CDC-CAR-DGHA)
Dr. Azael Jovel (SE-COMISCA)
Dra. Rosibel Cruz (Health Focus/MCR)
Dra. Lucrecia Castillo (USAID)
Lic. Giovanni Meléndez (USAID)
Dr. Aurelio Núñez (Ministerio de Salud Panamá)
Lic. Alejandra Acuña (Ministerio de Salud Costa Rica)
Lic. Sergio Montealegre (REDCA+)
Dr. Roberto León (CAPACITY)

Miembros del MCR - Grupo de VIH

Dr. Marvin Manzanero
Director Programa Nacional TB, VIH/Sida y otras ITS, Ministerio de Salud de Belice
Dr. Ernesto Ponce
Jefe de Programa Nacional de ITS-VIH, Ministerio de Salud de Guatemala
Dra. Elvia Ardón
Jefe de Programa Nacional de ITS/VIH-Sida, Secretaría de Salud de Honduras
Dra. Ana Isabel Nieto
Coordinadora del Programa Nacional de ITS/VIH, Ministerio de Salud de El Salvador
Dr. Enrique Beteta
Secretario General de Salud, Ministerio de Salud de Nicaragua
Lic. Alejandra Acuña
Jefe de Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud,
Ministerio de Salud Costa Rica
Dr. Aurelio Núñez
Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH y Sida, Ministerio de Salud de Panamá
Dr. Luis Ernesto Feliz
Director del Programa Nacional de ITS/VIH, República Dominicana
Lic. Sergio Montealegre
Director Regional Programa REDCA+
Dr. Ramón Soto
Asesor Regional de Salud y VIH, Visión Mundial
Lic. Fernando Márquez
Representante de FEDEPRICAP
Dra. Marjolein Jacobs
Asesora Regional en Información Estratégica, ONUSIDA Regional
Dra. Sanny Northbrook
Sub Directora Científica y de Programas, CDC-CAR
Dra. Elizabeth Rodríguez
Consultora Internacional en VIH, OPS/OMS
Dra. Lucrecia Castillo
Gerente de Programa Regional de VIH, USAID
Ing. Lucía Merino
Directora Regional, USAID/PASCA
Dr. Ralf Syring
Jefe de equipo Health Focus

Índice

Acrónimos	4
1. Introducción	5
2. Antecedentes	6
3. Justificación	11
4. Objetivos	12
5. Planteamiento Estratégico	13
5.1 Ejercicios para el Planteamiento Estratégico	14
5.1.1 Tabla 1. Servicios esenciales identificados para SPDP	14
5.2 Orientación de la Estrategia	16
5.2.1 Consejería Integral	16
5.2.2 Adherencia a la terapia ARV	17
5.2.3 Diagnóstico y tratamiento de ITS, Salud anal y oro faríngea	18
5.2.4 Reducción de Estigma y Discriminación	20
5.2.5 Esquema de Contribución de las 4 líneas al fin	21
5.3 Visión y Misión de la Estrategia	22
5.4 Objetivos Estratégicos	23
5.5 Resultados Esperados por Objetivo	24
5.6 Intervenciones por Resultado	25
5.6.1 Intervenciones Estratégicas para Resultado 1	25
5.6.2 Intervenciones Estratégicas para Resultado 2	26
5.6.3 Intervenciones Estratégicas para Resultado 3	27
5.6.4 Intervenciones Estratégicas para Resultado 4	28
6. Líneas de acción para una siguiente etapa	29
7. Monitoreo y Evaluación	30
8. Anexos	31
Anexo 1. Tabla 1. Análisis FODA Regional para SPDP	32
Anexo 2. Tabla 2. Estrategia Nacional, Definición población meta	34
Anexo 3. Matriz de planificación Estratégica	37
Anexo 4. Indicadores	42

Acrónimos

CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
DDHH	Derechos Humanos
DoD	Departamento de Defensa de los EE.UU.
FODA	Fortalezas, oportunidades debilidades, y amenazas
GNP+	Red mundial de personas con VIH
ITS	Infección de transmisión sexual
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional
M&E	Monitoreo y evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no-gubernamentales
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PcP	Prevención con personas seropositivas
PEPFAR	Plan presidencial de emergencia para el alivio del SIDA
PF	Planificación familiar
PTMI	Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMART	Específico, cuantificable, alcanzable, realista, en el tiempo
SDPP	Salud, dignidad y prevención positivas
TARV	Terapia antirretroviral
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

1. Introducción

El propósito de la presente Estrategia Regional de Salud, Dignidad y Prevención positivas es plantear las líneas de acción que orienten las actividades hacia el logro de los objetivos en el marco de la prevención secundaria en personas con VIH, así como guiar la implementación y o adaptación de las líneas estratégicas previstas en el presente documento en cada uno de los países de la región mediante el desarrollo de estrategias nacionales que respondan a los lineamientos regionales y a las necesidades en coordinación con personas clave e instituciones que participan en la respuesta al VIH en la región.

A partir del taller de Salud Dignidad y Prevención Positivas (SDPP), realizado en Antigua, Guatemala (septiembre de 2013), cuyo objetivo fue reunir a representantes de los países de la región de América Central para discutir los enfoques actuales para la prestación de servicios de SDPP y para comenzar a desarrollar una estrategia regional y nacionales para la aplicación y supervisión de los servicios de SDPP. La presente Estrategia regional plantea las acciones de acuerdo a un cronograma que permitirán desarrollar una estrategia de alcance regional para la implementación de acciones de prevención secundaria en personas con VIH y coordinar la implementación en cada uno de los países de la región (El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Belice y República Dominicana).

El concepto de Salud, Dignidad y Prevención Positivas (SDPP) pone énfasis en la importancia de abordar la prevención y el tratamiento de manera simultánea y holística. También destaca los roles de liderazgo de las personas con VIH para responder a las barreras sociales, económicas y políticas en las que viven las personas con VIH relacionadas con las políticas y la legislación dentro de los contextos socioculturales y legales en los que viven, así como para impulsar la agenda hacia una mejor salud y mayor dignidad.

La presente Estrategia Regional establece los pasos y acciones orientadas a este fin, de tal manera que en la región se tenga definida las acciones, objetivos y metas para mejorar la salud, dignidad y prevención positivas, que permita reducir las brechas existentes en la actualidad para lograr una mejor calidad de vida de las personas con VIH.¹ Asimismo la Estrategia Regional SDPP, está planteada en el contexto de las iniciativas que se llevan a cabo en la región tales como el Plan de Acción y Monitoreo de la Estrategia Regional de sostenibilidad, el Diagnóstico Regional de Consejería y Pruebas de VIH y sus planes de trabajo y el Plan de Adherencia a los ARV del Mecanismo de Coordinación Regional, con las cuales se pretende coordinar y complementar a nivel de los Planes Nacionales de cada país de la región.

¹ Informe del Taller Regional de Antigua, Guatemala realizado del 24 al 26 de septiembre de 2013, Desarrollo de una Estrategia Regional para la implementación y monitoreo de salud, dignidad y prevención en positivos (SDPP), en personas con VIH en Centroamérica.

2. Antecedentes

En los últimos cinco años, la respuesta al VIH ha cambiado radicalmente, influida positivamente por la efectividad de los medicamentos antirretrovirales y el reconocimiento cada vez mayor de los derechos de las personas con VIH. Sin embargo, al mismo tiempo se ha visto desafiada por un descenso del financiamiento y una reducción de las redes de personas seropositivas. Las necesidades de las personas con VIH y la consiguiente respuesta al VIH seguirán evolucionando en los próximos años.

Como antesala al desarrollo de este nuevo Plan Estratégico para evaluar y abordar los retos y oportunidades que se presentarán en el futuro, la GNP+ (Red Mundial de Personas con VIH) realizó en 2010 una revisión estratégica en consulta con personas con VIH, redes de personas con VIH y otros grupos interesados clave.

Esta revisión estratégica exploró aspectos clave en tres áreas: el papel, la labor y la gobernanza de la GNP+. Aunque el nuevo Plan Estratégico para 2011-2015 se fundamenta en los logros del pasado, también se basa en las realidades a las que se enfrentan hoy en día las personas con VIH e incorpora recomendaciones extraídas de la revisión estratégica de GNP+. A partir de la revisión del GNP+ ha identificado las necesidades de las personas con VIH, las oportunidades y retos para la red, así como áreas prioritarias clave para seguir avanzando y reducir las brechas existentes.²

En 2011, ONUSIDA y la Red Mundial de Personas con VIH (GNP+) emitieron conjuntamente un marco que describe la gama de necesidades de salud y prevención de las personas con VIH³.

Este marco, conocido como SDPP promueve el vínculo entre los derechos humanos y la prevención del VIH, y la atención, tratamiento y apoyo para las personas con VIH. El Plan de emergencia presidencial para el alivio del SIDA (PEPFAR) y otros donantes internacionales han reconocido desde entonces la SDPP como una intervención central para dar prioridad en los programas de VIH⁴.

El concepto de SDPP se enfoca en mejorar y mantener la salud y el bienestar de las personas con VIH, lo que, a su vez, contribuye a la salud y al bienestar de sus parejas, la familia y la comunidad.

Esto contrasta directamente con los enfoques anteriores de “prevención en positivos” los que podrían interpretarse como que tratan a las personas con VIH

² The Global Network of People Living with HIV (GNP+). Plan Estratégico 2011-2015. Ámsterdam, GNP+. Septiembre 2011.

³ GNP+ y ONUSIDA. (2011). Salud positiva, dignidad y prevención: Marco de política. Disponible en: http://www.gnpplus.net/images/stories/PHDP/GNP_PHDP_ENG_V4ia_2.pdf

⁴ PEPFAR. (2011). Orientación para la prevención de las infecciones de VIH de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/171303.pdf>.

como vectores de transmisión. Al enfocarse en la travesía que experimentan las personas con VIH, que va desde la realización de la prueba hasta el apoyo, la atención y el tratamiento.

El concepto de SDPP sitúa a la salud y las necesidades sociales y a las experiencias vividas por las personas con VIH dentro de un marco de derechos humanos.

El concepto de SDPP supone por lo tanto los siguientes aspectos clave:

- Exige trabajar hacia un entorno legal y de políticas de apoyo y protección que aspire a un mundo libre de estigma y discriminación en relación al VIH.
- Promueve la salud holística y el bienestar, incluido el acceso universal a análisis voluntarios del VIH, a la atención y al apoyo; y al acceso oportuno a tratamientos y supervisión voluntarios.
- Se enfoca en mejorar y mantener la salud y el bienestar de las personas con VIH, lo que, a su vez, contribuye a la salud y al bienestar de sus parejas, familias y comunidades.
- Trata las vulnerabilidades psicosociales, económicas, educacionales y socioculturales, y temas relacionados al género y la sexualidad.
- Responde a las necesidades de las poblaciones clave y debe respetar y adaptarse a los contextos específicos y a la diversidad que existe dentro de las personas con VIH.
- Orienta las intervenciones a las necesidades particulares y específicas relacionadas con el género, incluidas las necesidades de mujeres, hombres, niñas, niños, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans.

El concepto de SDPP abarca la gama completa de aspectos de salud y justicia social que atañen a las personas con VIH. Este marco abraza los principios fundamentales que establecen que la responsabilidad de la prevención del VIH debe ser compartida; y que las políticas y programas para las personas con VIH, deben diseñarse e implementarse con el involucramiento significativo de las personas con VIH.

Al vincular las necesidades sociales, de salud y de prevención de la persona con VIH con el marco de derechos humanos, la aplicación del concepto de SDPP resulta en un más eficiente uso de los recursos, con resultados que son más sensibles a las necesidades de las personas con VIH y más benéficos para sus parejas, familias y comunidades.

Componentes programáticos

El concepto de SDPP implica la incorporación de temas del VIH, con especial énfasis en:

1. Empoderamiento de las personas con VIH y redes de personas con VIH
2. La promoción y el acceso a la salud
3. Igualdad de género
4. Derechos Humanos
5. Prevención de nuevas infecciones

6. Salud y derechos sexuales y reproductivos
7. El apoyo social y económico
8. La medición del impacto

Coordinación con otras iniciativas regionales

La Estrategia SDPP plantea una coordinación estrecha con las iniciativas que se llevan a cabo en la región de tal manera que estas se complementen y sumen esfuerzos para lograr un objetivo común que apoye a los países a reducir las brechas y contribuir con la Estrategia SDPP a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Estrategia de Sostenibilidad

Como resultado de la continuidad del proceso de implementación de la Estrategia Regional de Sostenibilidad de la respuesta al VIH, elaborada por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) se ha preparado su Plan de Acción y Monitoreo para el periodo 2014-2015 cuyo propósito es acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH, mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana, enfocada en las poblaciones claves.

El Plan de Acción y Monitoreo de la Estrategia de Sostenibilidad 2014-2015 se convierte además en una herramienta política y gerencial para promover el máximo liderazgo del MCR, la sincronización de los esfuerzos de los países de la región, la gestión conjunta para la optimización de recursos disponibles, la canalización de recursos adicionales, la vigilancia de la epidemia en el ámbito regional, y el uso de la información para la toma de decisiones basada en la evidencia, entre otros.⁵

El Plan de Acción y Monitoreo de la Estrategia de Sostenibilidad 2014- 2015 está basado en los 4 ejes de la Estrategia de sostenibilidad (Eje de Prevención, Atención y Tratamiento, Gestión y Conducción de la Respuesta Nacional y Eje de Apropiación Nacional de la Respuesta), también parte de sus 4 objetivos estratégicos y de sus 13 resultados. A partir de esas bases se diseñaron las líneas de acción, las metas, los indicadores, medios de verificación, responsables y cronograma de trabajo.

La Estrategia Regional SDPP responde a este plan de acción y plantea que las líneas de acción consideradas en la misma sean sostenibles en el tiempo, así la consejería integral, la adherencia a la TARV, el diagnóstico y tratamiento de las ITS incluyendo salud anal, infecciones oportunistas y la reducción del

⁵ Fuente: Resolución de la XXXVIII Reunión de Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA, Ciudad de San José, Costa Rica 27 y 28 de Junio de 2013. ² XL Reunión Ordinaria de Jefes de Estados y de Gobierno de los países miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), celebrada en diciembre de 2012

estigma y discriminación hacia las personas con VIH tienen muchas perspectivas de sostenibilidad en vista que estas actualmente están siendo asumidas por los Ministerios y Secretaría de Salud como una función de la salud pública.

Consejería y Acceso a Pruebas de VIH

La consejería en VIH es reconocida como una importante estrategia de respuesta al VIH en los diferentes países, en el año 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas propuso incrementar el acceso a los servicios de prueba de VIH y consejería. Existen diferentes modelos de prestación de consejería y pruebas diagnósticas para el VIH; en los años 80 aparece el primer modelo de “consejería y pruebas voluntarias”; en el 2007 la OMS y ONUSIDA plantean el modelo Option Out (Opt-out) dirigido a ofrecer las pruebas a todas las personas que reciben atención en lugares con prevalencia elevada, consultorios de salud sexual y a las personas afectadas por tuberculosis y consumidores de sustancias psicoactivas, asimismo en servicios pre natales entre otros, respetando la decisión del usuario pudiendo rechazar la prueba.

Entre 2012 y 2013 la OPS condujo un estudio para conocer la situación actual de la consejería/asesoría y el acceso a la prueba de VIH a población clave en los países de la subregión de Centro América y República Dominicana y proponer estrategias para ampliar el acceso a la consejería/asesoría y el acceso a la prueba por parte de las poblaciones mayormente afectadas por la epidemia del VIH, de acuerdo al perfil epidemiológico de la subregión y que apoye a los países en el logro del acceso universal a la prevención, la atención y los tratamientos para el VIH.

Entre las conclusiones más importantes se pudo evidenciar que; los datos disponibles y desagregados parcialmente, muestra que en la mayoría de países de la Sub Región el acceso a pruebas diagnósticas ha sido focalizado a población general y gestantes (los sistemas de información no desagregan otras poblaciones para conocer la realidad). Una de las barreras más significativas para el acceso a pruebas es el estigma y discriminación hacia las poblaciones claves y a las personas con VIH. El acceso a pruebas en adolescentes se ve limitada por la existencia de normas que requiere el acompañamiento de un adulto. No toda la población que se realiza la prueba recibe consejería pre test; y una menor proporción recibe consejería post test. En la mayoría de los países los servicios de consejería no se encuentran en todos los establecimientos de salud, no hay descentralización. En más de la mitad de los países existen servicios diferenciados para la consejería pero con algunas limitantes para poder abordar a poblaciones clave y cumplir con la privacidad. La gratuidad de la consejería/asesoría favorece el acceso a las poblaciones que buscan el servicio. En la mayoría de países no existe un plan de promoción de la consejería/asesoría u orientación⁶.

⁶ <http://mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/VIH.pdf>

Adherencia a la terapia ARV

Basado en el Modelo de Guía para Medir la Adherencia al tratamiento antirretroviral, algunas acciones de la Estrategia Regional SDPP serán coordinadas para lograr objetivos comunes sin duplicar acciones, especialmente en lo que se refiere al monitoreo y evaluación de las acciones y logros de la Estrategia SDPP.

El modelo de guía de adherencia, busca la ruta óptima y fuentes de información para la construcción de la cascada de atención integral y continua, así como los componentes que reflejen la línea de base regional de la adherencia al tratamiento, incluyendo solamente las cargas virales del año 2013. Además identificará los factores modulares institucionales que afecten la adherencia a nivel regional, por medio de una entrevista estructurada dirigida a personal de atención de las Unidades de Atención (UA). Los datos recabados permitirán generar la Cascada de Atención a nivel nacional y regional, y la identificación de factores que comprometan la retención en el cuidado integral y la adherencia al tratamiento antirretroviral a nivel de las UA, por medio de una metodología estandarizada e instrumentos de recolección de información unificados a nivel regional.

Los indicadores propuestos miden el acceso a los servicios, la retención en el cuidado y en particular el impacto en prevención y control de la enfermedad. La determinación de la carga viral <50 copias, es para conocer el nivel de control clínico deseado en los pacientes en tratamiento. Mientras que el nivel de carga viral < 1,000 copias, se relaciona con la población total de personas que se estima viven en el país con VIH, nos refleja más la brecha necesaria para disminuir la transmisión sexual del VIH, para lograr disminuir la incidencia de la infección a largo plazo, la cual deberá medirse bajo los mismos criterios unificados internacionales de OMS 2014⁷.

⁷ OMS-OPS. Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH, 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=7265&Itemid=39597&lang=es

3. Justificación

En la región se han puesto en práctica algunos de los servicios esenciales de prevención para las personas con VIH, sin embargo no ha existido un enfoque sistemático para aplicar y monitorear los servicios de SDPP en toda la región y dentro de los programas nacionales.

Debido a la reducción de recursos internacionales para el VIH, los países de la región aún no han logrado implementar los 15 servicios esenciales de SDPP en personas con VIH, para lo cual se hace necesario un plan orientado a cubrir los diferentes componentes que permita mejorar la salud y calidad de vida de las personas con VIH, enfocado principalmente a reducir las brechas existentes identificadas por los países de la región.

La sostenibilidad del acceso al tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH está amenazada, por lo que se necesita una colaboración estratégica con asociados en áreas de acción, investigación y promoción.

Es necesario contar con una estrategia regional que permita proporcionar en los países un paquete básico de servicios de prevención a las personas con VIH, fortaleciendo a la comunidad y favoreciendo las posibilidades que ofrecen los medios sociales.

La presente Estrategia Regional SDPP, permitirá apoyar los vínculos entre los servicios especializados, las instalaciones de salud y la comunidad para crear un entorno favorable para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, basado en la experiencia de trabajo de las personas con VIH y las asociaciones estratégicas.

Finalmente el documento también se nutre de las iniciativas Latinoamericanas como la 90-90-90, donde las regiones de Latinoamérica y el Caribe han marcado nuevos objetivos para ampliar los servicios de pruebas y tratamientos del VIH para 2020, y de esta forma reducir el número de nuevas infecciones por el VIH, el diagnóstico tardío y las muertes relacionadas con el sida, así como mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. Estas metas incluyen aumentar al 90% la proporción de personas con el VIH y conocen su diagnóstico, aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico y reciben tratamiento antirretrovírico, y aumentar al 90% la proporción de personas en tratamiento contra el VIH que poseen un nivel de carga vírica indetectable.⁸

⁸ ONUSIDA, 90-90-90, 90-90-90: Nuevas metas para reducir la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe para 2020. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

4.1.1 Elaborar la Estrategia Regional de Salud Dignidad y Prevención Positivas que permita contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Definir las líneas de acción prioritarias para fortalecer las acciones de prevención secundaria en personas con VIH en la región.

4.2.2 Establecer los resultados esperados a alcanzar dentro de la Estrategia Regional de Salud, Dignidad y Prevención Positivas.

4.2.3 Definir los servicios esenciales prioritarios para los países que permitan dar respuesta a las necesidades identificadas para implementar la Estrategia de Salud, Dignidad y Prevención Positivas.

4.2.4 Establecer Directrices para la Región Centroamericana y Republica Dominicana respecto a la Estrategia Regional de Salud, Dignidad y Prevención Positivas.

5. Planteamiento Estratégico de Salud, Dignidad y Prevención Positivas.

Para plantear la Estrategia Regional de Prevención en personas con VIH dentro del marco de SDPP, como paso inicial se revisaron los formularios llenados por los países Centroamericanos en el taller de Antigua, Guatemala, realizado en septiembre de 2013. El ejercicio 1 realizado en el taller de Antigua, nos permitió conocer en primera instancia cuales son los servicios que actualmente se prestan en cada país para las personas con VIH y cuáles son las prioridades existentes de los 15 servicios esenciales que deberían implementarse en los países y las limitantes. A partir de este primer ejercicio se realizaron análisis de fortalezas y debilidades, se identificaron cuáles son las necesidades comunes en la mayoría de los países y cuáles son las que se deben fortalecer como prioridad. Se trató de conocer mejor el problema de cuáles fueron las limitantes para la implementación de los otros servicios y cuáles podrían ser las acciones y estrategias que permitan implementar de manera efectiva la Estrategia Regional SDPP en un contexto realista y considerando que estas intervenciones deben ser sostenibles en el tiempo a través de los Ministerios de Salud de los países de la región.

Todas estas acciones a considerar para el desarrollo de la Estrategia Regional SDPP se discutieron con algunos equipos como el de Honduras. Se utilizaron las discusiones vía skype para coordinar los pasos y acciones a considerar dentro de la Estrategia SDPP.

La Estrategia Regional SDPP, retoma los principios de las Directrices Operacionales de Prevención en Positivos del Grupo de Trabajo de la Red Mundial de Personas con VIH y ONUSIDA, entendiendo que las personas con VIH son líderes en el diseño, programación, implementación, investigación, monitoreo y evaluación de todos los programas y políticas que les afectan.

Las personas con VIH tienen una gran cantidad de conocimientos, experiencia y comprensión de los temas que son importantes para ellas y para responder a la epidemia de una manera efectiva. Para que las necesidades de salud, dignidad y prevención de las personas con VIH sean abordadas adecuadamente, ellas deben involucrarse de manera significativa en todos los aspectos de las políticas y programas que las afectan.

Un enfoque basado en los derechos humanos es el cimiento del marco de SDPP. Las personas con VIH se esfuerzan para que se establezcan políticas y programas que no las opriman, manejen, controlen, abusen o criminalicen. La puesta en práctica de las políticas de SDPP requiere un marco de derechos humanos (que incluya enfoques de derechos humanos en los programas de VIH, apoyados por leyes protectoras para: asegurar la no discriminación, reducir el estigma, proveer acceso a la justicia y cambiar las normas de género dañinas). Tales políticas y programas deben propiciar que las personas con VIH se protejan a sí mismas y a otras personas—no a través del temor, sino del empoderamiento y con dignidad.

La prevención de nuevas infecciones por VIH es una responsabilidad compartida por todas las personas, sin importar su condición de VIH. El marco

de SDPP se refiere a la inclusión de las personas con VIH en todos los aspectos de la prevención del VIH. El marco rechaza la noción de que las personas con VIH son las únicas responsables de la salud de otras personas con las que interactúan. También reconoce y aborda el estigma relacionado con el VIH y otros determinantes sociales de la salud que tienen un impacto en la vulnerabilidad de las personas afectadas. Además, el marco de SDPP promueve las políticas y programas de apoyo que ayudan a empoderar a las personas sin importar su condición de VIH, para que se hagan responsables de su propia salud y bienestar. Al hacerlo, esto tendrá un impacto benéfico en las parejas, familias y comunidades.

5.1 Ejercicios para el Planteamiento Estratégico

La tabla 1, resume los servicios esenciales identificados por cada equipo nacional, durante el taller realizado en Antigua, Guatemala (septiembre de 2013). Las marcas en rojo indican servicios a los que se debe dar prioridad.

5.1.1 Tabla 1. Servicios esenciales identificados por cada equipo nacional que se ofrece a las personas con VIH, Antigua, Guatemala- 2013

Paquete de Servicios Esenciales							
	BZ	CR	ES	GUA	HON*	NIC	PAN
Consejería (Riesgo sexual, condones)	X	X	X	X	X	X	X
Consejería (drogas/alcohol)	X	X	X	X		X	X
Consejería (divulgación del estado serológico)	X	X			X	X	
Consejería y pruebas de VIH(familia, parejas)	X	X		X	X	X	
Adherencia a TARV	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico y tratamiento de ITS	X	X	X	X	X	X	X
Salud anal y oro faríngea				X			
PF/salud reproductiva	X	X		X	X	X	X
Diagnóstico temprano en parejas de personas con VIH, poblaciones en riesgo			X	X	X		
Consejería de pares	X			X		X	
Nutrición	X			X	X		
Salud mental (grupos de apoyo)	X	X		X	X		
Violencia basada en género	X			X			
Estigma y discriminación				X	X	X	
Proyectos sociales (empleo, educación y vivienda)	X						

* Ejercicio de Honduras se realizó posterior al taller, con el equipo técnico del Departamento de ITS/VIH/SIDA.

El ejercicio 2 realizado en Antigua, Guatemala (septiembre de 2013), estuvo orientado a realizar un análisis FODA, es decir las fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas que podrían facilitar u obstaculizar la aplicación de la estrategia regional de SDPP en cada país. Cada equipo nacional presentó los resultados de su análisis FODA a todo el grupo. A partir de estas presentaciones individuales de cada país se construyó un análisis FODA regional. Este análisis FODA regional de SDPP se resume en el anexo 1.

El ejercicio 3 realizado durante el taller de Antigua, Guatemala, estuvo orientado a pensar en una estrategia nacional de SDPP para cada país. Se

solicitó a los participantes identificar primero un paquete de servicios esenciales de SDPP que se ajuste al contexto y perfil epidemiológico de su país. Este paquete podría incluir los servicios existentes que necesitan ser llevados a escala o los nuevos servicios que se deberían introducir para llenar el vacío existente.

A partir de esta lista de servicios se les solicitó que escogieran un servicio prioritario y desarrollaran un plan de acción para su ejecución. Este plan de acción con los atributos SMART y 3-4 actividades que llevarían a lograr con éxito el objetivo.

En el anexo 2, se presenta un resumen de los objetivos SMART identificados por los seis equipos nacionales.

El ejercicio 4 empezó con un breve repaso general de la diferencia entre seguimiento y evaluación. Como parte de la presentación, se repasaron los cuatro pasos para desarrollar un sistema de seguimiento, que incluye:

- Definir el resultado o meta deseada
- Definir indicadores para monitorear y evaluar el avance, indicando el tiempo a conseguir la meta o logro
- Diseñar herramientas para registro y recopilación de datos; y
- Emplear los datos para analizar y tomar decisiones para mejorar y/o fortalecer al programa.

Tras esta presentación de introducción, se solicitaron a los equipos nacionales desarrollar indicadores para los servicios de SDPP que priorizaron durante el ejercicio 3. Para el caso de cada servicio los participantes desarrollaron un indicador SMART, que incluye numerador, denominador y fuentes de datos.

Los ejercicios 1, 2, 3 y 4 realizados en el taller de SDPP de Antigua, Guatemala, fueron el punto de partida para estructurar y desarrollar la Estrategia Regional SDPP. Los cuatro ejercicios se profundizaron en su análisis con algunos representantes de los Ministerios de Salud de cada país y con los representantes de REDCA+, ONG's y otros, a través de reuniones virtuales vía skype.

5.2 Orientación de la Estrategia Regional de SDPP

Basado en el diagnóstico realizado en los diferentes países de la región la Estrategia Regional SDPP estará orientada al fortalecimiento de 4 líneas de acción estratégicas, considerando como un eje para todas las líneas estratégicas la coordinación intersectorial, el respeto a los derechos humanos y la dignificación de las personas con VIH y su involucramiento en la toma de decisiones:

1. Consejería Integral (consejería de evaluación del riesgo sexual, condones, drogas/alcohol, divulgación de sero-estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de PF y SSR y consejería de pares)
2. Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral
3. Diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro-faríngea
4. Reducción del estigma y discriminación a las personas con VIH.

5.2.1 Consejería Integral:

La Estrategia SDPP considera que dentro de la consejería se debe proporcionar una amplia gama de opciones claras, actualizadas y basadas en evidencia para la salud y el bienestar, con el fin de permitir que las personas con VIH tomen decisiones informadas. La consejería brinda información para enfocarse en las necesidades específicas de las parejas discordantes, incluidas las discusiones en torno a la concepción segura y la responsabilidad compartida dentro de las parejas (Ej. si revelar o no la condición del VIH a la pareja, por qué, cuándo y cómo hacerlo). Aclarar enteramente cuáles mensajes de prevención son relevantes si ambos miembros de la pareja son VIH-positivos (Ej. ¿es correcto enfocarse en el uso continuo de condones con base en datos limitados en torno al riesgo de reinfección y resistencia adquirida a la terapia antirretrovírica?).

La consejería debe representar una oportunidad para incorporar todos los aspectos de salud y es el primer vínculo de la persona con VIH a los servicios de salud. Quienes viven con VIH deberían encontrar en los servicios de salud un espacio que permita hacer cualquier consulta de salud, con el “detalle” de vivir con VIH. De tal forma que puedan entender interacciones medicamentosas entre hipertensión y VIH, diabetes y VIH, antidepresivos y VIH. Conversar sobre la posibilidad de cirugías programadas. Y en general, sobre la promoción de la salud. Reducir la consejería a aspectos de salud sexual y reproductiva, es reducir también la visión que tiene el enfoque de SDPP.

Integrar la consejería y servicios relacionados con los derechos reproductivos y la planificación familiar, incluidos los relativos a la infertilidad y el embarazo más seguro, en los servicios de salud rutinarios que se ofrecen a las personas con VIH y a su(s) pareja(s), en entornos tanto comunitarios como clínicos y las opciones que tienen las personas con VIH.

5.2.2 Adherencia a la terapia ARV y monitoreo de las personas que aún no necesitan terapia:

El tratamiento ARV es uno de los métodos individuales de prevención más efectivos disponibles en la actualidad. Una variedad de estudios ha mostrado que en donde la terapia antirretrovírica está ampliamente disponible y es accesible de manera confiable, tiene el potencial de reducir significativamente el riesgo de transmisión del VIH entre parejas de diferente estado serológico^{9,10,11} y también tienen un impacto en las nuevas infecciones a nivel

⁹ Vernazza, P., et al. « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. » Bulletin des médecins suisses 89 (5), 2008.

[Traducción al inglés (incluido el affidavit del traductor) HIV-positive individuals not suffering from any other STD and adhering to an effective antiretroviral treatment do not transmit HIV sexually

¹⁰ Attia, S., et al. “Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis.” AIDS 23 (edición en línea), 2009.

de la población.¹² El tratamiento tiene que verse como una inversión en prevención.¹³ La mayor rentabilidad de la inversión y una menor demanda a largo plazo de servicios de salud, que debe resultar de una reducida tasa de nuevas infecciones con VIH en los lugares donde el tratamiento está ampliamente disponible. Además, tiene importantes implicaciones relacionadas con el acceso universal al tratamiento a través de la reducción del costo a largo plazo de la expansión y la ampliación del tratamiento.

La Estrategia SDPP pone énfasis en que la persona con VIH debe tener el derecho a decidir si y cuándo iniciar el tratamiento. La consejería sobre adherencia, tanto antes como después de iniciar la terapia antirretrovírica, es esencial para apoyar a la persona con VIH para que tome decisiones informadas sobre si iniciar o no el tratamiento y cuándo hacerlo, así como para adherirse al programa de tratamiento una vez que ha comenzado. También, el acceso ininterrumpido a la terapia antirretrovírica es esencial una vez que comienza el tratamiento. La adherencia también debe ir relacionada con el abordaje y disminución de las vulnerabilidades y condiciones que facilitan el abandono o la suspensión.

La Estrategia SDPP cubre la brecha para las personas con VIH y que todavía no son elegibles para terapia antirretrovírica, pero que aun así requieren atención después de recibir un resultado positivo. Esto puede crear demanda de servicios al motivar a más personas con VIH aún sin diagnóstico para que se hagan a una prueba temprana; lograr un mayor acceso para las personas con VIH a servicios solidarios; y dar a las personas con VIH una razón más convincente para permanecer en contacto con su clínica en el período comprendido entre la recepción de un resultado positivo de una prueba y ser elegibles para terapia antirretrovírica.

Estas acciones constituyen una solución costo-efectiva para ampliar la prestación de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo; así como una forma de fomentar la dignidad de las personas con VIH, que pueden ser tanto prestadoras de servicios como receptoras de los mismos (Ej. servicios clínicos de alcance comunitario, pruebas, apoyo de pares, educación en salud y grupos de autoayuda).

5.2.3 Diagnóstico y tratamiento de ITS, Salud anal y oro-faríngea:

La Estrategia SDPP incluye el mejoramiento al acceso al diagnóstico y tratamiento de ITS para completar una atención integral a las personas con VIH, en vista que según los diferentes estudios como la Encuesta Centroamérica de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencias de ITS y VIH (ECVC) realizados en Centroamérica se ha evidenciado prevalencias importantes de ITS en personas con VIH y en un enfoque de prevención, es importante el diagnóstico y tratamiento de las ITS para reducir el riesgo de

¹¹ Donnell, D., et al. "Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis." *Lancet* 375 (9731): 2092–2098, 2010.

¹² Montaner, J., et al. Association of expanded HAART coverage with a decrease in new HIV diagnoses, particularly among injection drug users in British Columbia, Canada. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, abstract 88LB, 2010.

¹³ Ver UNAIDS. Treatment 2.0-Is this the future of treatment? UNAIDS Outlook, julio de 2010.

transmisión de otras ITS y por tanto prevenir la transmisión sexual del VIH. Las ITS incrementan el riesgo de transmisión del VIH y la carga viral del VIH cuando una persona se encuentra con una ITS.¹⁴ Las ITS también incrementan la inflamación local y la presencia de células que trabajan para los objetivos del VIH en el área genital, lo que aumenta el riesgo de adquirir el VIH entre las mujeres VIH-negativas.¹⁵¹⁶

Según el Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento realizado en personas con VIH realizado en Honduras el 2012, se encontró en Tegucigalpa, sífilis activa de 0.7% (IC95%: 0.0-17.4) en hombres y de 0.4% (IC95%: 0.0-7.2) en mujeres. En San Pedro Sula, la proporción de sífilis activa en hombres fue de 3.8% (IC95: 0.4-27.0) y en mujeres fue de 1.3% (IC95%: 0.0-27.7),¹⁷ aunque estos valores no son tan elevados en relación a las otras poblaciones clave, sin embargo las personas con VIH en la mayoría de los países de Centroamérica no tienen acceso al diagnóstico de ITS.

En Estados Unidos, la revista del CDC Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual publicó un análisis de ITS en personas con VIH y sin VIH. Al comparar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH en HSH que visitan clínicas ITS, la prevalencia fue menor entre los HSH VIH negativos o HSH de estado desconocido que entre los HSH con VIH. La prevalencia de sífilis primaria y secundaria fue del 2,6% entre los HSH VIH negativos o HSH que desconocen su estado y el 10,5% entre los HSH VIH-positivos. Uretral gonorrea positividad fue del 10,3% en HSH que eran VIH-negativas o que desconocen su estado y el 15,2% en HSH VIH-positivos. La positividad de gonorrea rectal fue de 8,1% en HSH que eran VIH-negativas o que desconocen su estado y el 14,4% en HSH VIH-positivos; la positividad de gonorrea faríngea fue del 6,3% en HSH que eran VIH-negativas o que desconocen su estado y el 7,6% en HSH VIH-positivos. Clamidia uretral fue de 7,8% en HSH que eran VIH-negativas o que desconocen su estado y el 8,4% en HSH con VIH; positividad de clamidia rectal fue del 11,7% en HSH que eran VIH-negativas o de estado serológico desconocido y 19,6% en HSH con VIH.

Las relaciones sexuales anales sin condón son las que mayor riesgo de transmisión del VIH tienen, por lo tanto el diagnóstico oportuno de ITS y el tratamiento adecuado de las mismas pueden disminuir este riesgo. Por otro lado se ha reportado que es importante en personas que tienen sexo con hombres un control periódico para descartar presencia de úlceras, condilomas o inclusive descartar presencia de células malignas o problemas propios del ano. De la misma manera la inspección oro faríngea es importante para descartar problemas de salud relacionados con ITS u otros. El ECVC 2006 en Honduras ha demostrado elevadas prevalencias de Chlamydia y Gonorrea anal

¹⁴ Piot P, Plummcv PA, Mhalth PS, et al. An international perspective. *Science*, 1988;239:573-79.

¹⁵ Simonsen JN, Cameron Dlv, Gakinva MN, et al. Hutnan iinmuncdcficiency view type 2 infection as a risk factor for lily infection. *JAMA*, 1988;259 1048-50.

¹⁶ Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al.: Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995, 346:530-536).

¹⁷ Informe resumen del ECVC Honduras, 2012 en personas con VIH, Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/SIDA, CDC/CAR, TEPHINET, 2013.

en HSH y sin embargo bajas prevalencias de los mismos patógenos en uretra.¹⁸

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) deben tener pruebas de Papanicolaou anales regulares como medida preventiva importante para el cáncer anal, el sexo anal es un factor de riesgo para la infección por el virus del papiloma humano anal, un virus que puede causar verrugas y conducir a algunas formas de cáncer. Stephen Goldstone, cirujano del Centro Médico Monte Sinai en Nueva York que se especializa en trastornos rectales y anales, mencionó que el cáncer anal "es un emergente problema de salud para los hombres gay" y dijo que la prueba de detección está ganando aceptación, pero que incluso la mayoría de los médicos de los HSH aún no lo recomiendan a los pacientes. Según Goldstone, el papiloma anal por VPH es común entre los HSH, en particular las personas con VIH y VIH avanzado. Joel Palefsky, científico investigador en la Universidad de California-San Francisco, ha estimado que alrededor del 65% de los HSH VIH negativos y casi el 100% de los HSH con VIH llevan VPH en sus canales anales; muchos hombres con VIH llevan los tipos virales que son más propensos a causar cambios en las células pre-cancerosas. Goldstone dijo que la incidencia de cáncer anal es 35 por 100.000 en hombres VIH-negativos y 70 por 100.000 en hombres con VIH, cifras que "son en realidad muy importante porque se trata de una enfermedad que realmente nunca lo usamos para tomar decisiones.... Esta es cada vez más generalizada". Aunque cada HSH está en riesgo de VPH, la transmisión no requiere la penetración, ya que el virus puede propagarse por el contacto de piel a piel y los condones puede no tener un efecto protector. Además, los hombres y mujeres heterosexuales pueden adquirir el VPH anal y también deben ser examinados rutinariamente. Una prueba de Papanicolaou anal implica la inserción de un hisopo no lubricado dentro del ano, donde se extrae una muestra celular y una anoscopía de alta resolución que se ve dentro del recto para detectar anomalías. Goldstone recomienda a médicos de atención primaria que realicen citologías anales en HSH con VIH cada año y sobre HSH VIH negativos cada dos años, a partir de los 20 años.¹⁹

5.2.4 Reducción del Estigma y Discriminación a las personas con VIH:

El estigma hacia las personas con VIH existe aún en Centroamérica²⁰ y esta situación devalúa a las personas con VIH, que experimentan auto estigma cuando internalizan las actitudes negativas comúnmente asociadas con el virus. Es importante destacar que cuando el estigma relacionado con el VIH (una actitud) se torna en discriminación (una acción) se convierte en una violación de los derechos humanos. La discriminación es el trato parcial e injusto hacia una persona con base en su condición del VIH real o percibida. El estigma y la discriminación, así como el temor a ser víctima de ellos afecta la forma en que las personas en riesgo de infección por VIH consideran sus

¹⁸ Informe ECVC I 2006 en HSH, Honduras, Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/SIDA, CDC/CAR, TEPHINET, 2013.

¹⁹ Kaiser Health News' Daily Report - a summary of health policy coverage from major news organizations. September 2001.

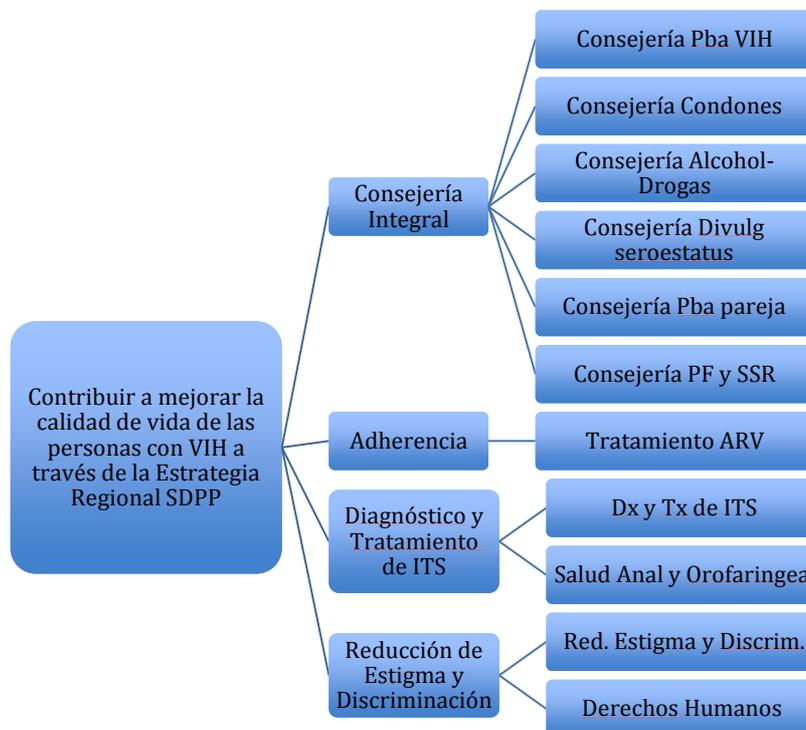
²⁰ Informe ECVC Guatemala 2012, Universidad del Valle de Guatemala, Ministerio de Salud de Guatemala, 2013.

propios riesgos y su disposición a hacerse la prueba del VIH.²¹

Aunque el estigma y la discriminación relacionados con el VIH existen en todos los niveles de la sociedad, muchas veces se ven reforzados por los gobiernos cuando quedan integrados en las leyes: Las leyes que refuerzan el estigma y los prejuicios relacionados con el VIH obstaculizan tanto los esfuerzos de prevención del VIH como el acceso al tratamiento. Esto sucede al hacer que las poblaciones que están en un particular riesgo de infección (incluidos los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans, así como las y los migrantes y trabajadoras del sexo) sean más difíciles de alcanzar; y también sucede al apoyar la exclusión social y económica de las personas con VIH.²²

No es posible alcanzar altas tasas de detección temprana del VIH y/o aceptación del tratamiento en un ambiente de estigma y marginación, ni donde los programas son acosados por violaciones potenciales de los derechos humanos—como las pruebas forzadas o realizadas sin información previa; o bien, la iniciación de terapia antirretrovírica bajo coerción, principalmente en beneficio de la salud pública, en lugar de buscar el beneficio de la persona. Es probable que estas violaciones conduzcan a una pérdida de seguimiento, niveles deficientes de adherencia y a un aumento en la prevalencia y transmisión de cepas del VIH resistentes a los medicamentos—todo lo cual debilitará el potencial del tratamiento como prevención, así como los derechos de las personas con VIH.

5.2.5 Esquema de Contribución de las 4 líneas Estratégicas al fin de la Estrategia Regional Salud, Dignidad y Prevención Positivas



²¹ ONUSIDA. HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations. Ginebra, 2005.

²² Weait, M. Law should not reinforce HIV stigma. Guardian, viernes 2 de julio 2010.

5.3 Visión y Misión

5.3.1 Visión de la Estrategia Regional SDPP

Personas con VIH con mejor calidad de vida y con acceso a servicios esenciales a través de la Estrategia Salud, Dignidad y Prevención Positivas con respeto a sus derechos humanos donde la comunidad ha reducido el estigma y la discriminación.

5.3.2 Misión de la Estrategia Regional SDPP

Mejorar el acceso a servicios esenciales para personas con VIH y fortalecer los servicios de atención a personas con VIH promoviendo los derechos humanos de las personas con VIH y disminuyendo el estigma y discriminación con involucramiento de la comunidad.

5.3.3 Fin de la Estrategia Regional SDPP

Contribuir a través de la Estrategia Regional de Salud, Dignidad y Prevención Positivas a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH promoviendo los derechos humanos de las personas con VIH, mejorando o fortaleciendo la prestación de servicios de salud y comunitarios, disminuyendo el estigma y discriminación con involucramiento de la comunidad.

5.4 Objetivos Estratégicos

1. Ampliar y apoyar los servicios de consejería existentes para ofrecer una Consejería Integral que incluya la evaluación del riesgo sexual, entrega de condones, prevención del consumo de drogas/alcohol, divulgación de sero-estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de planificación familiar y salud sexual y reproductiva y consejería de pares que sean apropiados y basado en derechos.
2. Mejorar la adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH, que permita una mejor calidad de vida y reducir la transmisibilidad del VIH, así como los servicios de salud de personas con VIH que no necesita TARV.
3. Mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro-faríngea en personas con VIH.
4. Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación en el sistema de salud y la comunidad para reducir el estigma y la discriminación a personas con VIH, promoviendo los derechos humanos.

5.5. Resultados Esperados de la Estrategia Regional SDPP

1. Se ha ampliado y apoyado los servicios de consejería existentes para ofrecer una consejería integral que promueve la salud de las personas con VIH en muchos aspectos, incluyendo el sexual, la nutrición, el trabajo, que incluye también la evaluación del riesgo sexual, entrega de condones, prevención del consumo de drogas/alcohol, divulgación de sero-estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de planificación familiar y salud sexual y reproductiva y consejería de pares que sean apropiados y basado en derechos.
2. Se ha mejorado la adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH.
3. Se ha mejorado el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro faríngea en personas con VIH.
4. Se han desarrollado acciones de sensibilización a los proveedores dentro de los Ministerios de Salud y la comunidad para reducir el estigma y la discriminación a personas con VIH.

5.6 Intervenciones Estratégicas guía para alcanzar los Resultados Esperados

Resultado Esperado 1:

1. Se ha ampliado y apoyado los servicios de consejería existentes para ofrecer una consejería integral que incluye la evaluación del riesgo sexual, entrega de condones, prevención del consumo de drogas/alcohol, divulgación de sero-estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de planificación familiar y salud sexual y reproductiva y consejería de pares que sean apropiados y basado en derechos y la referencia de casos positivos a servicios de salud/clínicas de VIH/Unidades de Atención Integral.

5.6.1 Intervenciones Estratégicas guía para el Resultado Esperado 1:

- 1.1 Fortalecer y actualizar en la consejería de evaluación de riesgo que actualmente se realiza a personas con VIH.
- 1.2 Ampliar la consejería para la prevención del consumo de alcohol y drogas.
- 1.3 Implementar un sistema de referencia a personas con VIH con problemas de adicción a Programas especializados de consumo de alcohol y drogas.
- 1.4 Capacitar en consejería para promover la divulgación del sero-estatus de las personas con VIH a sus parejas, familiares y entorno.
- 1.5 Promover a través de la consejería la realización de pruebas de VIH en la familia y parejas de las personas con VIH.

1.6 Incluir en la consejería temas de PF y SSR a personas con VIH.

1.7 Capacitar a voluntarios para proveer consejería integral de pares.

Resultado Esperado 2:

Se ha mejorado la adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH, asegurándose que los derechos humanos de las personas con VIH sean respetados y promovidos.

5.6.2 Intervenciones Estratégicas guía para el Resultado Esperado 2:

2.1 Capacitar al personal de salud para mejorar la adherencia terapéutica de las personas con VIH en tratamiento antirretroviral.

2.2 Capacitar en consejería para reforzar la adherencia terapéutica de las personas en terapia antirretroviral.

2.3 Ampliar y fortalecer las visitas domiciliarias a personas con VIH que abandonan terapia ARV.

2.4 Desarrollar un plan de seguimiento periódico a personas con VIH en terapia a través de mensajes de celular (Mensajes de texto o Whats App) y seguimiento de los mismos.

Resultado Esperado 3:

Se ha mejorado el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro-faríngea en personas con VIH promoviendo el respeto a los derechos humanos.

5.6.3 Intervenciones Estratégicas guía para el Resultado Esperado 3:

3.1 Realizar talleres de actualización para el personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de ITS con apoyo de VICITS o de clínicos especialistas en el manejo de ITS.

3.2 Implementar servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS para personas con VIH en los centros donde se provee atención a personas con VIH con apoyo de VICITS o de clínicos especialistas en el manejo de ITS..

3.3 Establecer línea de base de prevalencias de ITS en personas con VIH y realizar seguimiento periódico.

3.4 Promover el diagnóstico de ITS en las parejas de personas con VIH

3.5 Realizar talleres de salud anal y oro faríngea a personal de salud de los centros donde se provee atención a personas con VIH.

3.6 Implementar servicios de salud anal y oro faríngea en los centros donde se provee atención a personas con VIH.

3.7 Desarrollar protocolos y establecer periodicidad para la provisión del servicio de salud anal y oro-faríngea a personas con VIH

Resultado Esperado 4:

Se han desarrollado acciones de sensibilización en el sistema de salud y la comunidad para reducir el estigma y la discriminación a personas con VIH, promoviendo los derechos humanos con apoyo de la sociedad civil organizada.

5.6.4 Intervenciones Estratégicas para el Resultado Esperado 4:

4.1 Realizar talleres de capacitación para el personal de salud para reducir el estigma y discriminación en el sistema de salud y promover los derechos humanos de las personas con VIH.

4.2 Elaborar materiales de información para reducir el estigma y discriminación de personas con VIH en la comunidad.

4.3 Promover campañas y elaborar materiales de información para el respeto a los derechos humanos de las personas con VIH basado en la ley especial del VIH.

4.4 Implementar buzones de quejas por estigma y discriminación o irrespeto a los DDHH de las personas con VIH en los centros de atención para personas con VIH.

4.5 Realizar talleres de Cambio de Comportamiento en el personal que presta servicios, para que la sensibilización se transforme en una practica cotidiana.

4.6 Llevar a cabo estudio de percepción de usuarios de servicio, para medir la reducción del estigma.

6. Líneas de acción contempladas para una siguiente etapa de SDPP:

- Nutrición
- Salud mental
- Violencia basada en género
- Proyectos sociales (empleo, educación y vivienda)

7. Monitoreo y Evaluación de la Estrategia SDPP

Los resultados esperados no podrán ser monitoreados como un solo grupo de indicadores a nivel regional, por esta razón para dar seguimiento a la implementación de la Estrategia Regional SDPP se realizará desde los Planes Nacionales, considerando que los países utilizarán como marco referencial el documento de la Estrategia Regional SDPP, considerando que los 4 pilares fueron necesidades sentidas y expresadas desde Antigua, Guatemala hasta en los diálogos nacionales realizados en cada país, por lo tanto los indicadores serán monitoreados a través del Plan de Monitoreo y Evaluación Nacional y como parte de cada Plan de país de SDPP.

Indicadores:

Finalmente a través de indicadores de proceso, de resultado e impacto se podrán medir los avances, los resultados, los logros y la contribución de la Estrategia, siempre y cuando el diseño del estudio de la evaluación de impacto lo permita así.

En el corto plazo, se darán seguimiento a los indicadores de proceso de los 4 resultados esperados de las 4 líneas de acción estratégicas, considerando que cada país podrá incluir otras líneas de acción o pilares.

Nota: Los indicadores planteados en anexos de la presente Estrategia Regional SDPP, es una guía base para los países y no necesariamente deben elegir todos, sino los que puedan darle seguimiento y de acuerdo a sus necesidades y de acuerdo a sus planes nacionales de SDPP. Cada país podrá evaluar si los incorpora en su plan o no, de acuerdo a sus necesidades, factibilidad e inclusive considerando si existen instrumentos implementados para la recolección de esta información.

8. ANEXOS

Anexo 1:**Tabla 1. Análisis FODA Regional para la aplicación de la Estrategia SDPP en Centroamérica, Antigua, Guatemala-2013**

<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mecanismos de coordinación multisectorial nacional como ser CONASIDA, MCP u otros. • Programas Nacionales de ITS /VIH/ITS lidera las acciones de prevención. • Sociedad civil está involucrada en la respuesta nacional • Existencia de las clínicas integrales para la atención de personas con VIH así como clínicas VICITS • Marcos Regulatorios establecidos • Subvención del Fondo Mundial • Accesibilidad a los condones • Respuesta multisectorial • Sistema nacional de referencia y retorno • Promotores pares que apoyan la adherencia en VIH • Población claves organizadas y trabajando • Red interinstitucional de salud • Red de proveedores de apoyo de la sociedad civil y ONG´s • Apoyo político • Capacidad instalada, personal con entrenamiento específico • Calidad y calidez en la atención • Formatos de recolección de información • Buen trato, provisión de información y confidencialidad buena en los centros de atención de VIH • Involucramiento del Sector Privado en Prevención y Atención. (Políticas en Ministerio de Trabajo) • Guías de Nutrición , Salud Reproductiva y Co-infección • Programas de PTMI 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de prevención SDPP • Existencia de organizaciones de sociedad civil que ofertan procesos de consejería • Alianzas pública-pública y pública – privada. • Ministerio de Salud con funciones rectoras. • Marco regulatorio claramente establecido. • Observatorios de VIH • Establecimiento de la vigilancia centinela • El dinero asignado de la cooperación internacional es institucionalizado • ONG´s de apoyo a la diversidad sexual • Trabajo en redes multisectoriales • Nuevas estrategias nacionales y creación de servicios estatales • Actualización de legislación • Inclusión de PcP al proyecto de población clave - Fondo Global • Alianzas con Sectores empresariales • Interés de la cooperación internacional en PcP • Involucramiento activo y relevante de la sociedad civil en la atención de personas con VIH • Integración, funcionalidad y control de la red comunitaria capacitada
<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación y trabajo en equipo entre Sociedad civil y Ministerio de Salud. Sociedad civil está limitada por recursos financieros y falta de reconocimiento de su contribución en la respuesta. Desvinculación de las ONG y servicios para planear estrategias de mejora en los servicios de 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencia de Presupuesto, reducción de presupuesto, del estado no alineado a la Estrategia Nacional. • Dependencia de la cooperación externa. • Retiro de ayuda internacional (FM).

<p>salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aplicación de la normativa, protocolos y guías. • No existe guía nacional de prevención secundaria. Carencia de socialización de la normativa, protocolos y guías con los usuarios de los servicios. Difusión y capacitación en normas vigentes. Guía para los grupos de auto apoyo de personas con VIH. • No existe una Estrategia de PcP. • No existe un alineamiento de las prioridades de las agencias de cooperación a las prioridades de los países. • Recursos y cobertura insuficientes. Limitación de recursos Humanos para la atención a esta población. Los servicios son limitados por falta de recursos humanos y financieros. Falta de recursos para la visita domiciliar. Falta de cobertura de ARV en personas con VIH que lo necesitan. No está contemplado dentro del presupuesto gubernamental la compra de ARV e insumos para diagnóstico y seguimiento del tratamiento. No realizar oportunamente gestiones de abastecimiento desde el punto de vista gerencial • Los pares no son integrados en la prestación de servicio • Falta de capacitación del personal que realiza diagnóstico de ITS en PEMAR y personas con VIH. • Detección tardía. El diagnóstico de VIH no está llegando a poblaciones de riesgo. • No hay plan de educación continua a profesionales de la salud y personal administrativo involucrado. Inducción de los profesionales en la temática del VIH, salud sexual y reproductiva, estigma y discriminación. Rotación de recurso humano. Falta de sensibilidad y capacitación del personal de salud. Procesos de actualización para ONG para los servicios de consejería. • Falta del proceso de transición para el traslado de los niños a las clínicas de adulto • Farmacovigilancia (vigilancia de 3era G.) Resistencia viral 1era y 2da • Falta de responsabilidad por parte de las personas con VIH para el cumplimiento en la 	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos recursos asignados por la Cooperación internacional • Cambio político y falta de seguimiento a compromisos institucionales. • Prevalencia de Estigma y Discriminación en actores claves para lograr acciones en el tema de ITS, VIH y VIH avanzado. Trata de personas. • Los tomadores de decisión no se encuentran sensibilizados. Entorno político para trabajar con poblaciones clave. • Influencia de la Iglesia o grupos fundamentalistas en tema de sexualidad. Patrones culturales y religiosos • Criminalización de la transmisión de VIH • Poblaciones claves clandestinas • Creciente población migrante y corredor migratorio. • Delincuencia y situación de violencia social. • Emergencias por desastre naturales y situaciones de enfermedades emergentes. • Costos de 3era línea de medicamentos
--	---

<p>adherencia al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Personas con VIH que no usan condón• Falta de articulación de la Seguridad Alimentaria con la respuesta a la epidemia.• Carencia de pruebas diagnósticas para algunas ITS que no muestran síntomas y poca capacidad de los laboratorios para realizarlas. Sub-registro de ITS y falta de cumplimiento de esquemas de tratamiento y detección• Deficiente monitoreo a la respuesta al VIH. Falta de recursos humanos orientados al monitoreo y supervisión a nivel central.• Sensibilización del sector eclesiástico• La presencia de organizaciones de personas con VIH, está limitada a pocas áreas geográficas.• Enfoque de las acciones de prevención y control hacia las poblaciones vulnerables, obviando al grupo de personas con VIH	
--	--

Anexo 2.

Tabla 2. Objetivos SMART de la Estrategia Nacional Antigua, Guatemala-2013

Equipo de país	Objetivos SMART
Belize	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar guías de atención de ITS para personas con VIH y Poblaciones Clave para finales de 2014. • Crear un modelo amigable para Poblaciones Clave en la ciudad de Belize para proveer servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS para 2015.
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar consejería diferenciada y oferta de servicios de salud sexual y salud reproductiva para hombres y sub poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH, en al menos 2 clínicas de la atención del VIH, un sitio VICITS y al menos una ONG, al 2015.
El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el diagnóstico etiológico y el tratamiento de las ITS a población con VIH y sus parejas • Ejecutar en el Sistema de Salud Nacional y ONG que trabajan con personas con VIH técnicas para la mejora en la adherencia a la terapia antiretroviral.
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarizar en un año el diagnóstico de ITS en el 100% de todas las Unidades de Atención Integral. • Monitorear y Evaluar el 100% de las actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de ITS • Capacitar al 100% al personal de salud encargado del diagnóstico, MyE de ITS
Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar diagnóstico de sífilis, gonorrea, tricomonas y VPH en el 70% de las personas VIH que reciben consejería y acuden a las unidades TARV a diciembre al 2014 • Garantizar la asistencia a las Unidades TARV del 100% de las parejas de personas con VIH con diagnóstico de sífilis, gonorrea, tricomonas y VPH a diciembre al 2014 • Garantizar el abastecimiento de condones y lubricantes a base de agua al 100% de las personas VIH y su pareja que han sido diagnosticadas con ITS en la Unidades TARV a diciembre 2014.
Panamá	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar la norma nacional de manejo clínico y prevención de ITS en el 50% de las regiones de salud de Panamá para Julio de 2014 • Socializar y capacitar al 80% del personal de salud ONG de las regiones seleccionados en el 2 semestre del 2014 • El 100% de las regiones de salud presenta informe semestral de M&E a junio de 2015
*Honduras	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e implementar en el 30% de los CAI la consejería de divulgación de sero estatus en los próximos 2 años • Implementar en el 60% de los CAI el tamizaje de al menos una ITS en el monitoreo de personas con VIH en los próximos 2 años • Disminuir la tasa de abandono en al menos 2% en relación a la línea de base en las personas con VIH hasta el 2016

* Ejercicio de Honduras se realizó posterior al taller, con el equipo técnico del Departamento de ITS/VIH/SIDA.

Anexo 3.

Esta matriz es un formato base como guía para el desarrollo de Planes de SDPP en cada país, considerando los 4 pilares de la Estrategia Regional.

Matriz de Planificación Estratégica:

Sugerencias de Matriz para la planificación estratégica de acuerdo a los componentes.

Objetivo Estratégico 1:

Ampliar y apoyar los servicios de consejería existentes para ofrecer una consejería integral que incluya la evaluación del riesgo sexual, entrega de condones, prevención del consumo de drogas/alcohol, divulgación de sero estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de planificación familiar y salud sexual y reproductiva y consejería de pares que sean apropiados y basado en derechos.

Resultado Esperado 1	Intervenciones estratégicas	Indicador	Meta	Medios de verificación
Se ha ampliado y apoyado los servicios de consejería existentes para ofrecer una consejería integral que incluya la evaluación del riesgo sexual, entrega de condones, prevención del consumo de drogas/alcohol, divulgación de sero estatus, consejería para realización de pruebas en la	Fortalecer y actualizar en la consejería de evaluación de riesgo que actualmente se realiza a personas con VIH.	Porcentaje de consejerías realizadas de evaluación de riesgo		
	Ampliar la consejería para la prevención del consumo de alcohol y drogas.	Porcentaje de consejerías para prevención del consumo de alcohol o drogas		
	Implementar un sistema de referencia a personas con VIH con problemas de adicción a Programas especializados de consumo de alcohol y drogas.	Porcentaje de personas con VIH que llegaron a programas de rehabilitación de alcohol o drogas		
	Capacitar en consejería para promover la divulgación del sero-estatus de las personas con VIH a sus parejas, familiares y entorno.	Porcentaje de consejerías realizadas para divulgar el sero-estatus de VIH a sus parejas y familiares		
	Promover a través de la	Porcentaje de		

pareja y la familia, consejería de planificación familiar (PF) y salud sexual y reproductiva (SSR) y consejería de pares que sean apropiados y basado en derechos.	consejería la realización de pruebas de VIH en la familia y parejas de las personas con VIH.	consejerías realizadas para la realización de pruebas de VIH		
	Incluir en la consejería temas de PF y SSR a personas con VIH.	Porcentaje de consejerías de PF y SSR realizadas		
	Capacitar a voluntarios para proveer consejería integral de pares.	Porcentaje de pares proveyendo consejería		

Objetivo Estratégico 2:

Mejorar la adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH, asegurándose que los derechos humanos de las personas con VIH sean respetados y promovidos.

Resultado Esperado 2	Intervenciones estratégicas	Indicador	Meta	Medios de verificación
Se ha mejorado la adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH, asegurándose que los derechos humanos de las personas con VIH sean respetados y promovidos.	Capacitar al personal de salud para mejorar la adherencia terapéutica de las personas con VIH en tratamiento antirretroviral.	Porcentaje de personas con VIH en terapia ARV que se mantienen adherentes a la terapia ARV el último año		
	Capacitar en consejería para reforzar la adherencia terapéutica de las personas en terapia antirretroviral.	Porcentaje de personas bajo TARV el último año que tienen Carga Viral menor de 50 copias.		
	Ampliar y fortalecer las visitas domiciliarias a personas con VIH que abandonan terapia ARV.	Porcentaje de personas bajo TARV el último año que tienen Carga Viral menor 1000 copias		
	Desarrollar un plan de seguimiento periódico a personas con VIH en terapia a través de mensajes de celular (Mensajes de texto o Whatts App) y seguimiento de los mismos.			

Objetivo Estratégico 3: Mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro faríngea en personas con VIH promoviendo el respeto a los derechos humanos.

Resultado Esperado 3	Intervenciones estratégicas	Indicador	Meta	Medios de verificación
Se ha mejorado el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro faríngea en personas con VIH promoviendo el respeto a los derechos humanos	Realizar talleres de actualización para el personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de ITS con apoyo de VICITS o de clínicos especialistas en el manejo de ITS.	Porcentaje de personas con VIH que recibieron servicios de diagnóstico de ITS		
	Implementar servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS para personas con VIH en los centros donde se provee atención a personas con VIH con apoyo de VICITS o de clínicos especialistas en el manejo de ITS.	Porcentaje de personas con VIH que recibieron tratamiento de ITS		
	Establecer línea de base de prevalencias de ITS en personas con VIH y realizar seguimiento periódico.	Porcentaje del personal de salud capacitado, que demuestra tener conocimientos y destrezas para hacer diagnóstico y tratamiento de ITS		
	Promover el diagnóstico de ITS en las parejas de personas con VIH			
	Realizar talleres de salud anal y oro faríngea a personal de salud de los centros donde se provee atención a personas con VIH.	Porcentaje de personas con VIH que recibieron servicios de salud anal		
	Implementar servicios de salud anal y oro faríngea en los centros donde se provee atención a personas con VIH.	Incidencia de casos de ITS anales u oro-faríngeas detectadas en las clínicas.		
	Desarrollar protocolos y establecer periodicidad para la provisión del servicio de salud anal y oro-faríngea a personas con VIH			

Objetivo Estratégico 4: Desarrollar acciones de sensibilización en el sistema de salud y la comunidad para reducir el estigma y la discriminación a personas con VIH, promoviendo los derechos humanos.

Resultado Esperado 4	Intervenciones estratégicas	Indicador	Meta	Medios de verificación
Se han desarrollado acciones de sensibilización en el sistema de salud y la comunidad para reducir el estigma y la discriminación a personas con VIH, promoviendo los derechos humanos.	Realizar talleres de capacitación para el personal de salud para reducir el estigma y discriminación en el sistema de salud y promover los derechos humanos de las personas con VIH.	Porcentaje de personas con VIH que refieren estigma y discriminación en el personal del sistema de Salud		
	Elaborar materiales de información para reducir el estigma y discriminación de personas con VIH en la comunidad.	Porcentaje de personas con VIH que refieren estigma y discriminación en la comunidad		
	Promover campañas y elaborar materiales de información para el respeto a los derechos humanos de las personas con VIH basado en la ley especial del VIH.	Porcentaje de clínicas/servicios de salud que cuentan con una satisfacción de usuarios por arriba del 85%.		
	Realizar talleres de Cambio de Comportamiento en el personal que presta servicios, para que la sensibilización se transforme en una práctica cotidiana.			
	Llevar a cabo estudio de percepción de usuarios de servicio, para medir la reducción del estigma.			

Anexo 4.

4. Indicadores:

Los indicadores que se plantean a continuación son de sugerencia para los países de una lista detallada de ellos los mismos que de una manera ideal podrían responder a las 4 líneas de acción y si se implementa de una manera rigurosa cada una de las líneas en detalle.

Sin embargo, cada país podrá evaluar si los incorpora en su plan o no, de acuerdo a sus necesidades, factibilidad e inclusive considerando si existen instrumentos implementados para la recolección de esta información.

4.1 Indicadores de Proceso

- Porcentaje de consejerías realizadas de evaluación de riesgo
- Porcentaje de consejerías para prevención del consumo de alcohol o drogas
- Porcentaje de personas con VIH que llegaron a programas de rehabilitación de alcohol o drogas
- Porcentaje de consejerías realizadas para divulgar el sero-estatus de VIH a sus parejas y familiares
- Porcentaje de consejerías realizadas para la realización de pruebas de VIH
- Porcentaje de consejerías de planificación familiar y salud sexual y reproductiva
- Porcentaje de pares proveyendo consejería
- Porcentaje de consejeras que proveen consejería con enfoque de DDHH
- Porcentaje de personas con VIH que recibieron servicios de diagnóstico de ITS
- Porcentaje de personas con VIH que recibieron tratamiento de ITS
- Porcentaje de personas con VIH que recibieron servicios de salud anal
- Porcentaje del personal de salud capacitado, que demuestra tener conocimientos y destrezas para hacer diagnóstico y tratamiento de ITS

4.2 Indicadores de Resultado

- Porcentaje de personas con VIH en terapia ARV que continúan adherentes a la terapia ARV el último año
- Porcentaje de personas con VIH que refieren estigma y discriminación en el personal del sistema de Salud
- Porcentaje de personas con VIH que refieren estigma y discriminación en la comunidad

4.3 Indicadores de Impacto

- Índice de estigma y discriminación en personas con VIH
- Prevalencias de ITS en personas con VIH
- Porcentaje de personas con VIH con carga viral indetectable
- Porcentaje de personas con VIH en terapia con CD4 > a 350/mm³
- Incidencia de ITS en personas con VIH
- Incidencia de casos de ITS anales u oro-faríngeas detectadas en las clínicas.