



Estrategia de Sostenibilidad

De los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento, y el Apoyo relacionados con el VIH

Abril de 2013

CONTENIDO

CONTENIDO	1
ABREVIATURAS	2
PRESENTACIÓN	3
1 ACCESO UNIVERSAL: UN IMPERATIVO PARA LA REGIÓN	3
2 VULNERABILIDAD FINANCIERA DE LA RESPUESTA AL VIH	7
2.1 Medición del Gasto en VIH y vulnerabilidad	8
3 EL DESAFÍO DE LA SOSTENIBILIDAD	13
4 LA PRIORIDAD DE CONTROLAR LOS COSTOS.....	16
4.1 Reducción de 20% de precios (Fondo Estratégico de OPS).	16
4.2 Compras a través de UNITAID / Fundación Clinton.	16
4.3 Compras a través de SE-COMISCA.....	17
4.4 Evaluar factibilidad de manufactura regional.....	18
4.5 Acuerdos de desgravación.....	18
5 ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD	19
5.1 Propósito.....	19
5.2 Objetivos	19
5.3 Resultados Esperados y Líneas de Acción por Eje Estratégico.....	19
6 LÍNEAS DE ACCIÓN PARA IMPULSAR LA IMPLEMENTACIÓN EN EL CORTO PLAZO	21
6.1 Desarrollar la viabilidad política de la estrategia	21
6.2 Alineación y armonización de la cooperación externa	21
6.3 Desarrollo técnico e implementación de las propuestas.	22
7 BIBLIOGRAFÍA	24
8 Anexo 1: Resolución de COMISCA sobre la Estrategia de Sostenibilidad	26
9 Anexo 2: Análisis de concordancia entre la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) y la Estrategia Regional para la Sostenibilidad en VIH-sida	0

ABREVIATURAS

ARV	Antirretrovirales
AZT	Zidovudina, Medicamento Antirretroviral
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centros para el control y prevención de enfermedades
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPALSTAT	Base de datos y publicaciones estadísticas de CEPAL
CTSM	Comisión Técnica Subregional de Medicamentos
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COSEFIN	Consejo de Ministros de Hacienda o Finanzas de Centroamérica y República Dominicana
EFV	Efavirenz, Medicamento antirretroviral
FM	Fondo Mundial de la lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria
FTC	Emtricitabina, medicamento antirretroviral
GBV-C	Flavivirus de G Barker tipo C
GOALS	Modelo de asignación de recursos según su efecto sobre el alcance de metas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MOT	Modos de Transmisión
MyE	Monitoreo y Evaluación
NVP	Nevirapina, Medicamento Antirretroviral
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OMS, WHO	Organización Mundial de la Salud
OPS, PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PVIH	Persona con el virus de inmunodeficiencia humana
RNM	Modelo de Recursos Necesarios
SE COMISCA	Secretaría Ejecutiva de COMISCA
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato, Medicamento Antirretroviral
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USAID/PASCA	Programa de USAID para fortalecer la respuesta Centroamericana al VIH
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y EL APOYO RELACIONADOS CON EL VIH PARA LA POBLACIÓN DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

PRESENTACIÓN

La Secretaría del Consejo de Ministros de Salud y el Mecanismo de Coordinación Regional, ente técnico asesor de COMSICA sobre VIH y Sida, en respuesta a la indicación de los señores ministros, según Resolución de la Reunión XXXVII, han desarrollado los análisis y conducido las deliberaciones técnicas con el fin de preparar una estrategia regional de sostenibilidad de la respuesta integral al VIH en Centroamérica y República Dominicana. Una primera versión de esta estrategia fue presentada durante la Reunión XXXVIII Ordinaria de COMISCA, en la cual los Ministros dieron por recibida la propuesta y solicitaron la continuidad de su desarrollo, en particular, para mostrar su concordancia con la APS renovada, el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, así como los principios de la alineación y armonización de la cooperación externa.

Como resultado de la continuidad del proceso de preparación de la estrategia, se han atendido las directrices emanadas del COMISCA. En la propuesta se combinan recomendaciones de líneas de acción para las instancias regionales, y otras más apropiadas a la implementación en el ámbito nacional. Sin embargo, se reconoce que cada país necesita realizar un examen de su posición de vulnerabilidad financiera y un análisis de situación respecto a la sostenibilidad de la respuesta al VIH, a partir de lo cual, será factible preparar una estrategia de sostenibilidad adaptada a las características y prioridades del país.

En la propuesta se presta atención preferente a las medidas de mediano plazo orientadas a proveer una sustentación más estable a la financiación de la respuesta al VIH y un mejor control los costos, la calidad y el acceso a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo. Sin embargo, también existe un conjunto de acciones de corto plazo relativas a la puesta en marcha de los cambios legales, normativos, programáticos, presupuestarios y de gestión de cooperación que urgen para lograr una transición más fluida.

Este documento, además de plantear el mapa de ruta hacia la sostenibilidad, busca favorecer la reflexión, el debate y el intercambio entre los pueblos y gobiernos hermanos del sistema de la integración centroamericana, e invitar a los países y organizaciones socias del desarrollo a sumar su aporte para fortalecer la capacidad de nuestros países para la apropiación, financiación y coordinación de la respuesta al VIH con miras a lograr el acceso universal durante la presente década.

1 ACCESO UNIVERSAL: UN IMPERATIVO PARA LA REGIÓN

Centroamérica es la subregión más afectada por el VIH en América Latina, si se excluye el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia están en Centroamérica (Tabla 1). Los Presidentes de Centroamérica y República Dominicana, reunidos en San Salvador el 11 de noviembre de 2005, emitieron una declaración de compromiso con la respuesta al VIH, que reconoce el desafío que representa la pandemia para los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) por sus efectos devastadores en miles de personas infectadas y afectadas, con un enorme costo social y económico. Esta declaración ratifica los compromisos adquiridos en relación con el VIH en la Cumbre del Milenio de 2000, la declaración de compromiso de UNGASS 2001, la Cumbre Mundial 2005, el Plan Puebla Panamá y la

Cumbre Extraordinaria de Nuevo León. (1,2) Además, formula claramente problemas y propuestas expresados un lustro más tarde en la Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas: “Intensificación de Esfuerzos para la Eliminación del VIH y el sida”.

Tabla 1. Prevalencia de VIH en los Países de Centroamérica según edad.

País	Total 15-24 años	Mujeres 15-24 años	Hombres 15-24 años	Total 15-49 años
Belice	1.0	1.0	1.0	2.3
Costa Rica	0.1	0.2	0.1	0.3
El Salvador	0.3	0.3	0.3	0.6
Guatemala	0.4	0.5	0.4	0.8
Honduras	NA	NA	NA	NA
Nicaragua	0.1	0.2	0.1	0.2
Panamá	0.3	0.1	0.4	0.8
República Dominicana	0.2	0.4	0.1	0.7
América Latina	0.2	0.1	0.2	0.4

Fuente: ONUSIDA 2011.

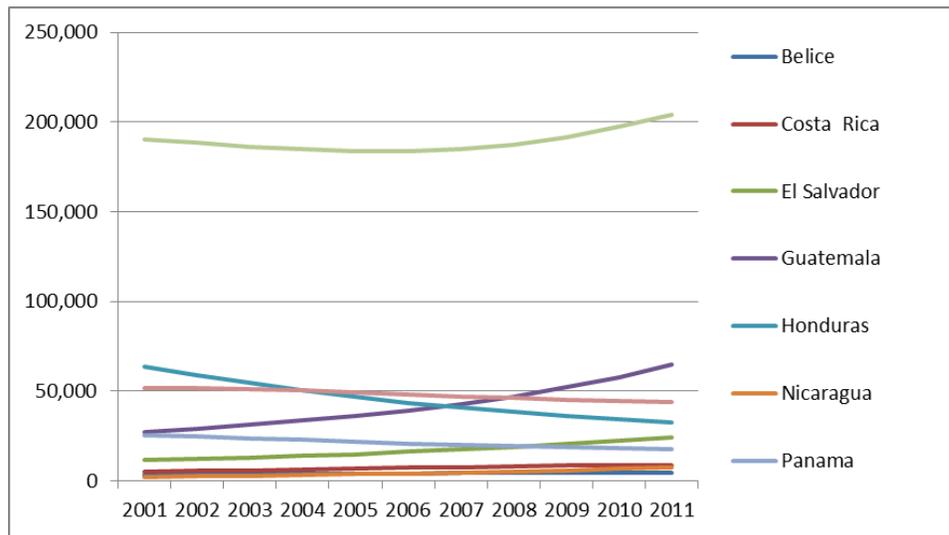
En los términos de la declaración, para alcanzar el acceso universal es necesario mejorar la efectividad de la prevención, enfocar las acciones en los grupos de mayor riesgo, armonizar los esquemas de tratamiento y obtener mejoras sustanciales en los precios de productos farmacéuticos y otros insumos críticos de la atención. Los mandatarios se comprometieron a mantener e incrementar los recursos financieros de fuentes nacionales destinados a la respuesta al VIH – sida, para alcanzar la meta de acceso universal a prevención y atención, a la vez que exhortaron a la cooperación multi y bilateral a redoblar los esfuerzos de apoyo a la región, para disminuir el número de nuevas infecciones y mejorar la atención a personas con VIH (PVIH).

Con un notable interés por cumplir estos compromisos nacionales, los países han incrementado sustancialmente su inversión en VIH, lo que sumado al apoyo de la cooperación internacional, notablemente del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM), ha conducido a progresos notables en la respuesta nacional, la planificación de las acciones, la movilización de recursos (Gráfica 1), la negociación de precios de medicamentos y el acceso al tratamiento para PVIH.

Pese a estos logros, las tasas de prevalencia estimadas para la población adulta no han descendido en los países de la subregión, excepto en Honduras y Panamá (Gráfica 2). El número estimado total de PVIH pasó entre 2001 y 2011 de 190.556 a 204.335; el crecimiento es alarmante en 5 de ocho países, en particular en El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Nicaragua (Gráfica 3).

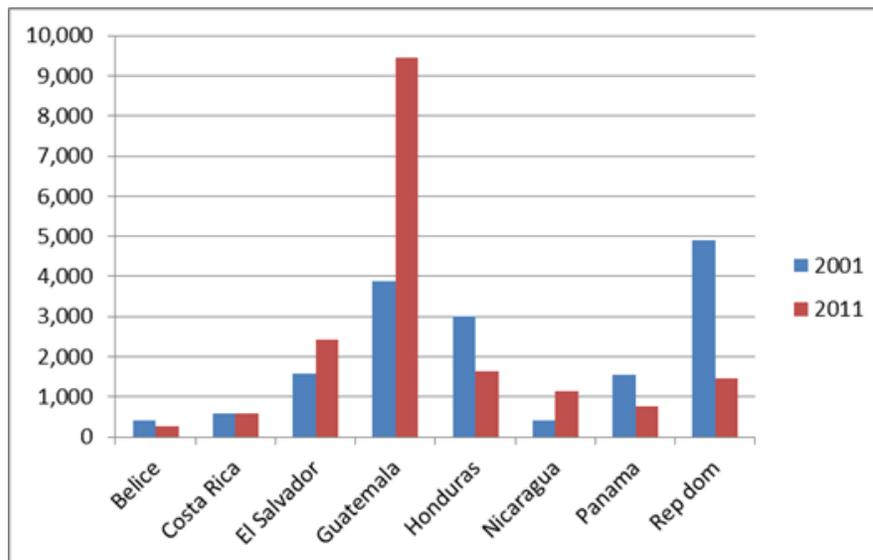
El número estimado de nuevas infecciones en VIH ha aumentado en la sub región entre el 2001 y el 2011, sobre todo en El Salvador, Guatemala, Nicaragua (Gráfica 4).

Gráfica 1. Número estimado de personas con VIH de 2001 a 2011



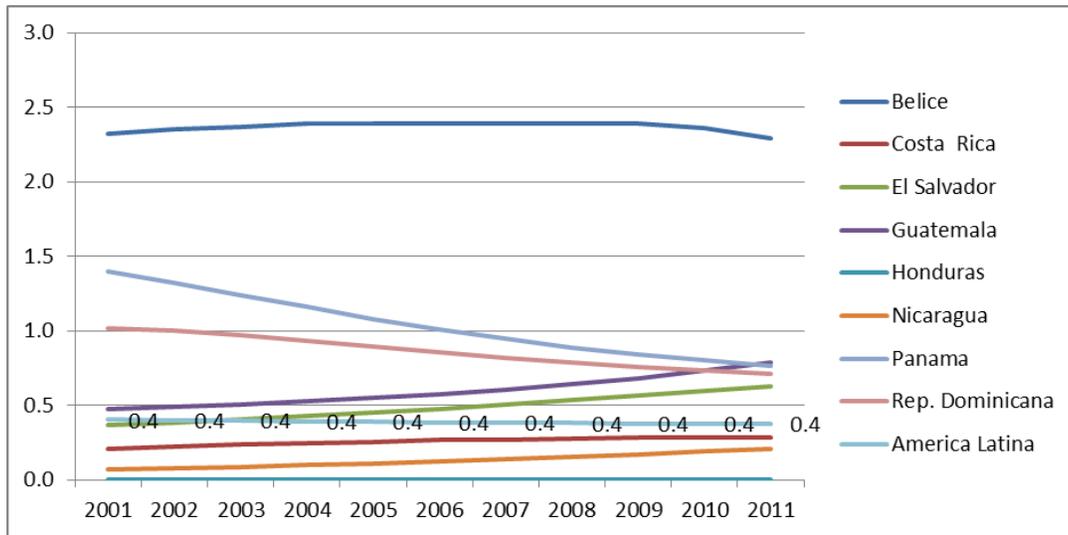
Fuente: ONUSIDA 2012

Gráfica 2. Número estimado de nuevas infecciones por VIH en adultos y menores 2001 y 2011



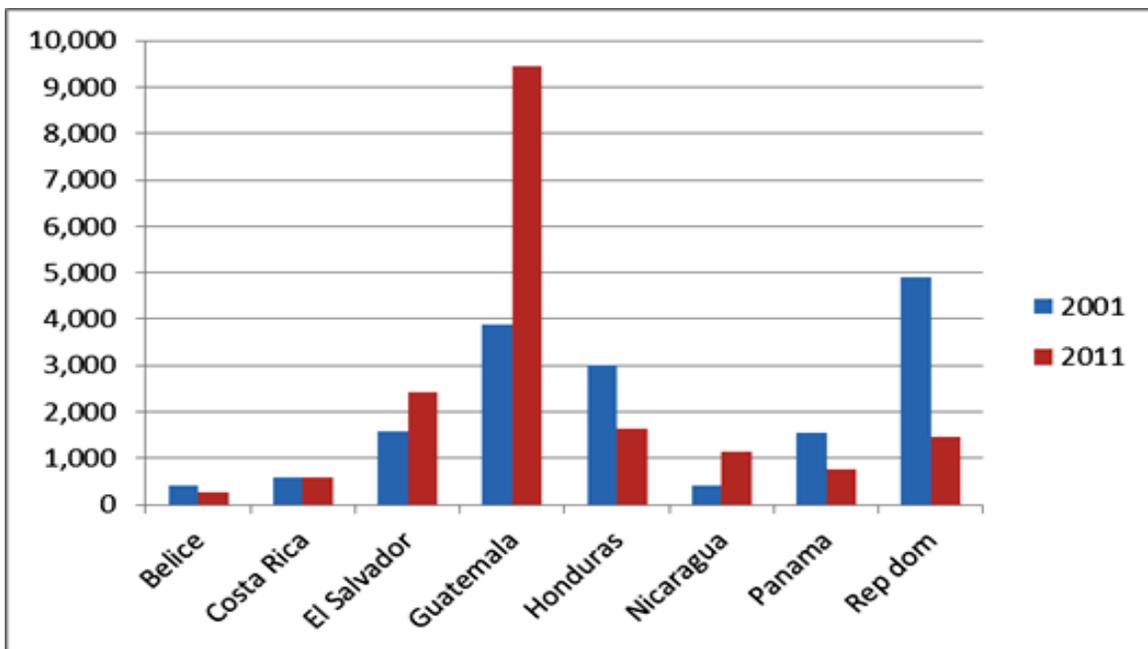
Fuente: ONUSIDA 2011

Gráfica 3. Prevalencia estimada de VIH en población adulta (15 a 49 años) en países de Centroamérica y República Dominicana año 2001 - 2011.



Fuente: ONUSIDA 2012

Gráfica 4. Número estimado de nuevas infecciones por VIH en 2001 y 2011



Fuente: ONUSIDA 2012

El aumento de las nuevas infecciones, la rapidez de la progresión de la infección y la reducción del plazo de aparición de intolerancias, resistencias al tratamiento y co-morbilidad complicada constituyen factores que presionan sobre la capacidad y los recursos de los sistemas de salud de la región. Si se agregan los determinantes del aumento de los precios y el impacto fiscal de la crisis internacional para los países de la subregión y las principales organizaciones donantes, es posible anticipar un escenario en el que dejan de ser sostenibles los progresos hacia el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

De seguir igual, a 2015 se tendrían 229,640 personas con VIH, de las cuales, 57 mil estarían en tratamiento, 43 mil conocerían su estatus y estarían en necesidad de tratamiento sin recibirlo, y 129,640 estarían viviendo con VIH sin saberlo, con distintos grados de necesidad de atención y participando activamente en el proceso de transmisión del VIH

Por tal razón, es importante identificar y abordar los obstáculos para mantener y acelerar el avance en la respuesta al VIH, y desarrollar 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.

2 VULNERABILIDAD FINANCIERA DE LA RESPUESTA AL VIH

En la presente década, el tema de la sostenibilidad de la respuesta al VIH ha cobrado presencia en diversos espacios de comunicación, reflexión, estudio y propuesta (6-9). El tema había entrado en latencia desde principios del dos mil, pues a partir de entonces, la movilización de recursos de cooperación y de los propios países en desarrollo se octuplicó, de USD 1,8 millardos en 2001 a USD 16 millardos en 2010, la tasa de infecciones se redujo en un cuarto y la letalidad en una quinta parte, al punto que la eliminación de nuevas infecciones por VIH y de la mortalidad asociada a Sida fueron metas consideradas plausibles (10-13).

Sin embargo, desde la crisis financiera de 2008 se empezó a notar el retraimiento de los recursos de cooperación que abastecían a los mecanismos multilaterales, y la reducción de fondos bilaterales de cooperación; por primera vez en muchos años, se observó una declinación del monto de recursos de asistencia oficial al desarrollo destinado a VIH/Sida (Gráfica 5). Los recortes de los donantes en diversos países despertaron preocupación sobre el impacto de los recortes para los países en desarrollo (14-15).

En 2011, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) priorizó el reporte de gasto en VIH por categoría y fuente financiera para su armonización y reporte anual. La medición del gasto en 2010 fue realizada en siete países Centroamericanos siguiendo directrices comunes bajo la metodología de Medición del Gasto en SIDA (MEGAS). Los resultados fueron analizados desde la perspectiva de la vulnerabilidad de la región frente a recortes de cooperación externa, por miembros del Mecanismo de Coordinación Regional en el taller "Tendencias del Financiamiento y los Modos de Transmisión del VIH (MOT) en Centroamérica", los días 28 y 29 de Mayo de 2012. Con fines ilustrativos, los participantes del taller, compararon la estructura del gasto reportada por los estudios de MEGAS con los resultados del MOT, los planes estratégicos de Guatemala y El Salvador (con fines didácticos) y el Marco de Inversión propuesto por ONUSIDA. (16-18).

A partir de informe presentado a la Reunión XXXVI del COMISCA el 29 y 30 de Junio de 2012, los Ministros de Salud expresaron preocupación por la vulnerabilidad de la región ante el descenso de recursos externos, mayor en términos globales para algunos países, pero en todos ellos con niveles críticos de dependencia en ciertas intervenciones y poblaciones específicas.

Como consecuencia, se emitió una resolución que reconoce el impacto de la crisis económica mundial sobre la cooperación internacional en VIH, y como efecto, la necesidad de priorizar, de revisar el gasto para mejorar

la eficiencia y de orientar el gasto hacia un modelo costo – efectivo, para garantizar el acceso a la atención integral. Los Ministros emitieron las siguientes Resoluciones:

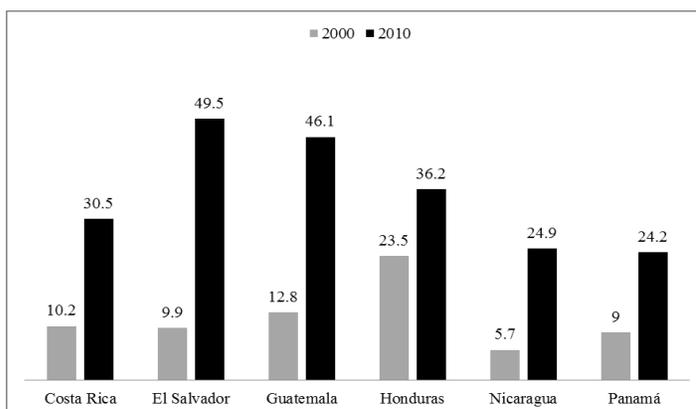
“Reiterar nuestro interés de fortalecer el abordaje regional del VIH a través de una estrategia integral para Centroamérica y República Dominicana que permita la sostenibilidad del acceso universal en VIH, que incluya entre otros, el acceso a tratamiento antiretroviral y pruebas diagnósticas y de seguimiento del VIH en la Región.

“Instruir al MCR y a la SE COMISCA para que conformen un equipo técnico multidisciplinario y multisectorial, con el apoyo de la cooperación (OPS, USAID/PASCA, CDC, Health Focus y otras), y preparar una ruta crítica para la construcción de la Estrategia Regional a presentarse al COMISCA a más tardar en diciembre de 2012”.

La resolución de COMISCA respalda el abordaje regional para la sostenibilidad de la respuesta al VIH en los países comprometidos con alcanzar el acceso universal. (19).

2.1 Medición del Gasto en VIH y vulnerabilidad

La situación de financiamiento de Centroamérica ha sido analizada a partir de los estudios que realizaron equipos nacionales de medición del gasto en Sida (MEGAS) en siete países de la región Centroamericana. Estos estudios fueron realizados con apoyo de USAID/PASCA y ONUSIDA bajo una metodología uniforme para tener reportes estandarizados, para contar con una base integrada a nivel centroamericano y para realizar un análisis guiado por preguntas de investigación y orientado hacia el análisis de escenarios futuros, especialmente la vulnerabilidad de los países ante posibilidades de cambio en los flujos de financiamiento y gasto en la región.

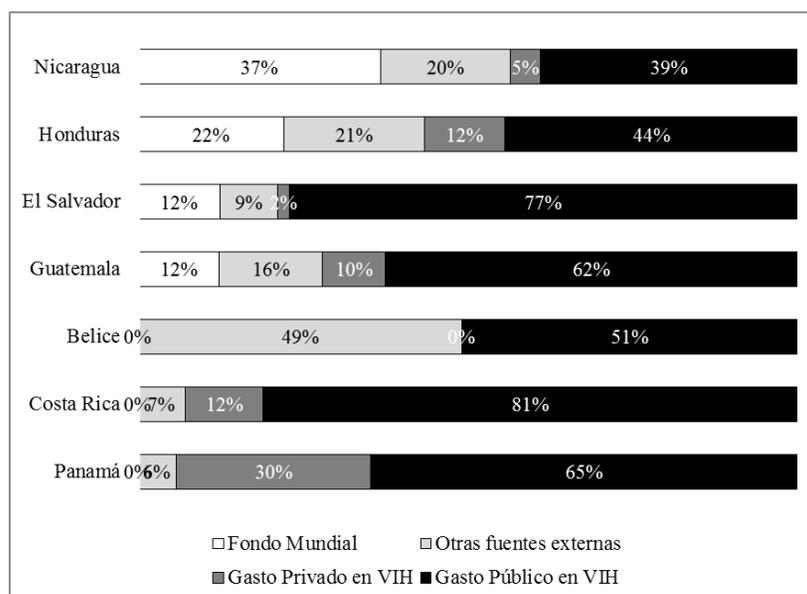


Gráfica 5: Gasto en VIH en Centroamérica (Millones de dólares) en 2000 y 2010. Fuente: Elaboración USAID/PASCA con base en Izazola J y R Valladares (2003) *El financiamiento y gasto de las respuestas nacionales al VIH: Lecciones Aprendidas en América Latina y el Caribe (BID)* y los informes de MEGAS 2010 de países Centroamericanos

En 2010, el gasto total en VIH alcanzó de USD 214.6 millones, equivalente a USD 5 por habitante, con un peso del 1.8% sobre el gasto total en salud (Gráfica 6). La composición por origen de los recursos es público en un 63%; 10% es privado y 27% externo. En términos absolutos, equivale a USD 134.7 millones de financiamiento público, USD 58 millones en fondos externos, y USD 21 millones de fuentes privadas, como hogares, empresas y organizaciones sin fines de lucro. La mitad de los fondos externos proviene del Fondo Mundial.

Tres cuartas partes del financiamiento para VIH son de origen nacional. El riesgo de una reducción de gasto externo compromete un cuarto de los fondos actualmente disponibles. Más concretamente, si se cortara el financiamiento del Fondo Mundial el gasto de la región disminuiría un 13.5%. Estos promedios regionales no revelan las diferencias entre países: el gasto público no llega al 50% en Nicaragua y Honduras; en Belice solamente alcanza 51%. Estos tres países tienen un alto componente externo en el financiamiento, y en Guatemala y El Salvador hay una alta participación del Fondo Mundial en el financiamiento de fuentes externas (Gráfica 7).

Gráfica 6. Origen del financiamiento para VIH en los países de Centroamérica, 2010



Fuente: Estudios de MEGAS 2010 de los países Centroamericanos

Las fuentes de cooperación externas, tanto bilaterales como multilaterales, se concentran en cuatro países: Honduras, Guatemala, Nicaragua y El Salvador, los cuales captan el 91% de los recursos externos. La escasa movilización de fondos internacionales a Panamá y Costa Rica refleja los contrastes de la región, compuesta por dos grupos de países: el de países con desarrollo humano alto e ingreso medio-alto, que reciben pocos fondos externos, y de países de desarrollo medio-bajo e ingreso medio-bajo, receptores netos de cooperación, como Nicaragua.

La dependencia de recursos externos es elevada en todas las categorías de gasto, excepto el tratamiento, que se cubre con fondos públicos en 87% (Tabla 2). El financiamiento es externo en más del 50% para las categorías de gestión de programas, el desarrollo de recursos humanos, protección social, investigación, entre otras.

Tabla 2. Origen del Financiamiento de las Categorías de Gasto en VIH en los países centroamericanos, MEGAS 2010

Categoría de Gasto	Internacionales	Privadas	Públicas
Huérfanos y niños vulnerables	65.66%	19.21%	15.13%
Investigación	95.80%	0.67%	3.53%
Protección y servicios sociales	90.18%	1.92%	7.91%
Entorno favorable	63.62%	2.73%	33.66%
Recursos Humanos	54.03%	2.44%	43.53%
Atención y tratamiento	10.63%	1.74%	87.63%
Gestión de programas	78.26%	2.64%	19.10%
Prevención	36.52%	16.67%	46.81%

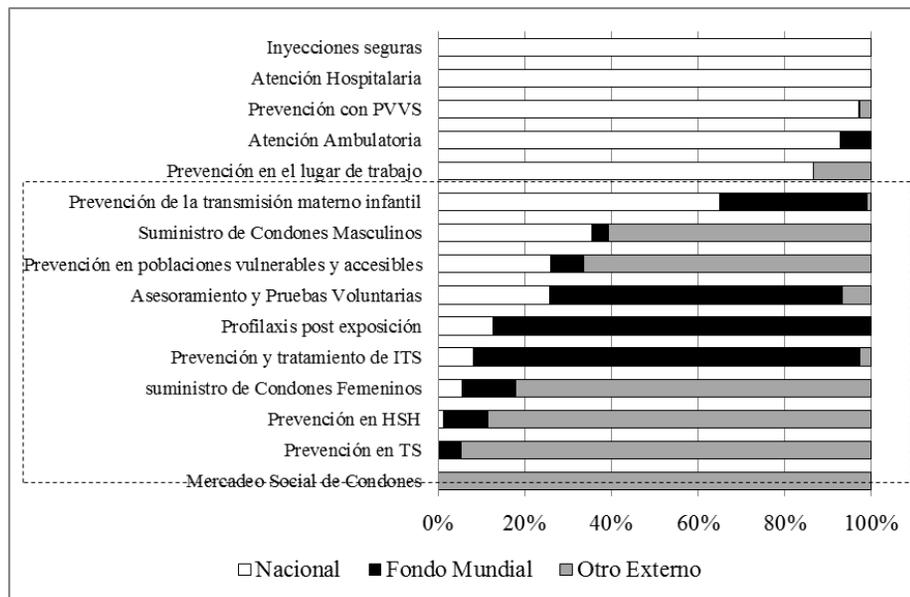
Fuente: Estudios de MEGAS de los países Centroamericanos

. La prevención tiene, como promedio regional, un 37% de fuentes externas. Sin embargo, al desglosar las categorías solamente en las actividades esenciales de la respuesta, surge un patrón de mayor financiamiento nacional para componentes asistenciales y clínicos (incluso de prevención, como bancos de sangre y prevención de la transmisión materno infantil) y dependencia de fondos externos para la prevención con grupos vulnerables y poblaciones más expuestas al riesgo de adquirir el VIH.

Para actividades prioritarias de la respuesta como prueba voluntaria con consejería, prevención en poblaciones vulnerables, acciones dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres y población que ejerce el trabajo sexual, incluso más del 70% proviene de recursos externos, especialmente en países con apoyo del Fondo Mundial. Por otra parte, en los países donde predomina el financiamiento público, la mayor parte del gasto se dirige a la atención y el tratamiento; esto dificulta el financiamiento interno de las actividades de prevención, especialmente las que se dirigen a los grupos más vulnerables.

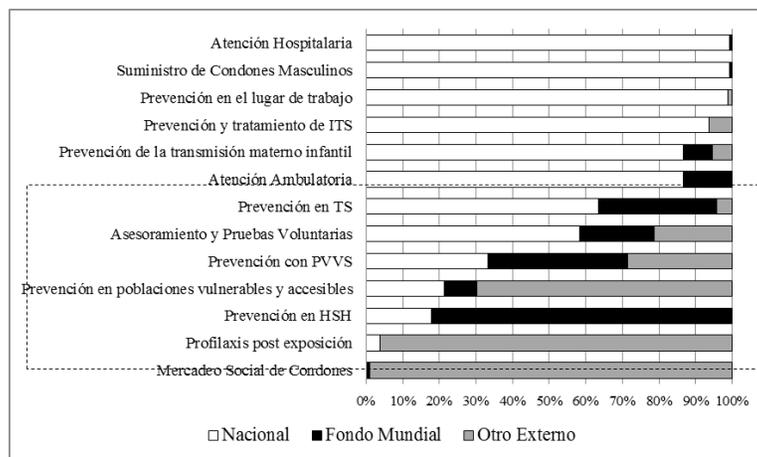
Las actividades esenciales de la respuesta al VIH con mayor exposición al riesgo de recortes del Fondo Mundial y otras fuentes externas se presentan a continuación para El Salvador, Honduras, Belice y Costa Rica (Gráficas 7-12).

Gráfica 7. El Salvador, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento.



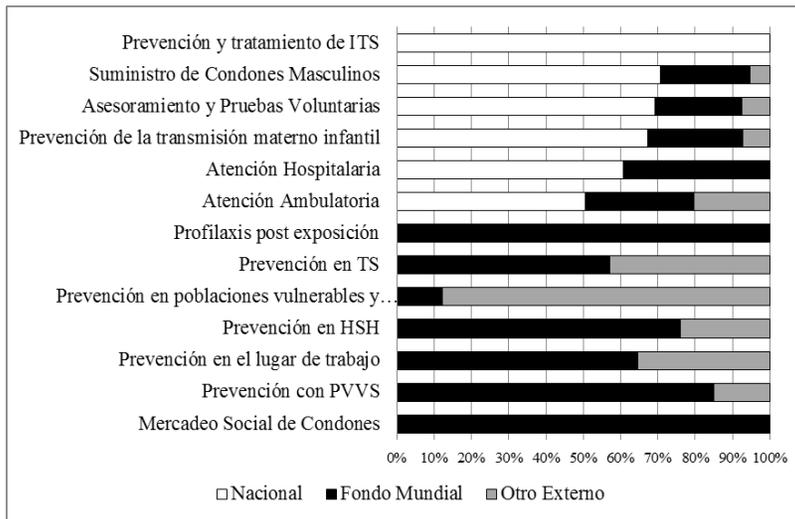
Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericano

Gráfica 8. Guatemala, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento



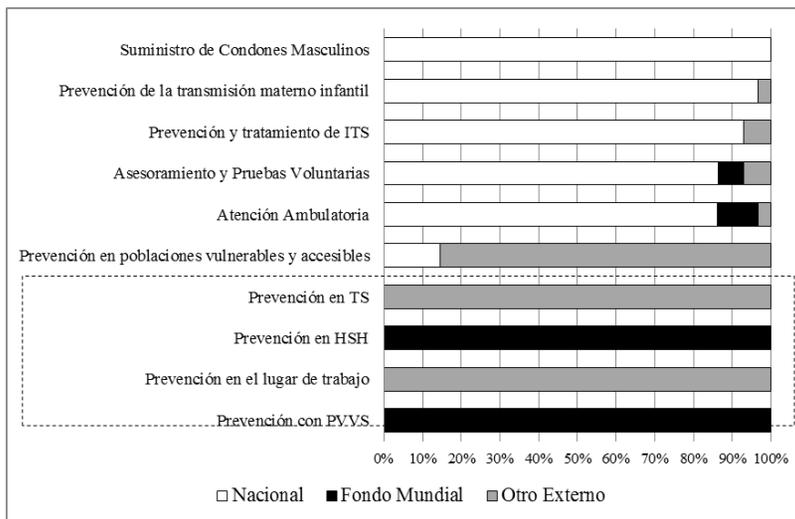
Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericanos

Gráfica 9. Nicaragua, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento.



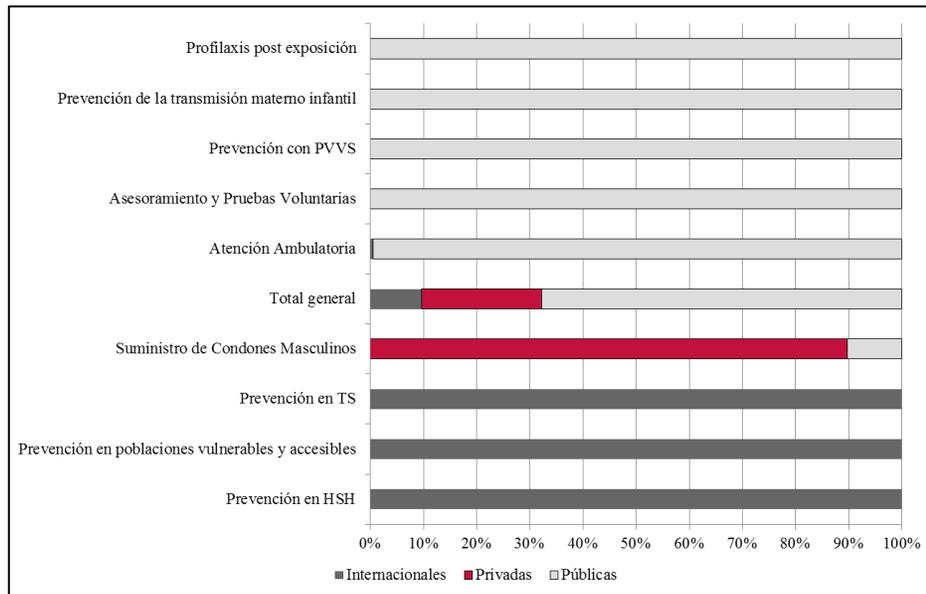
Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericanos

Gráfica 10. Honduras, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento



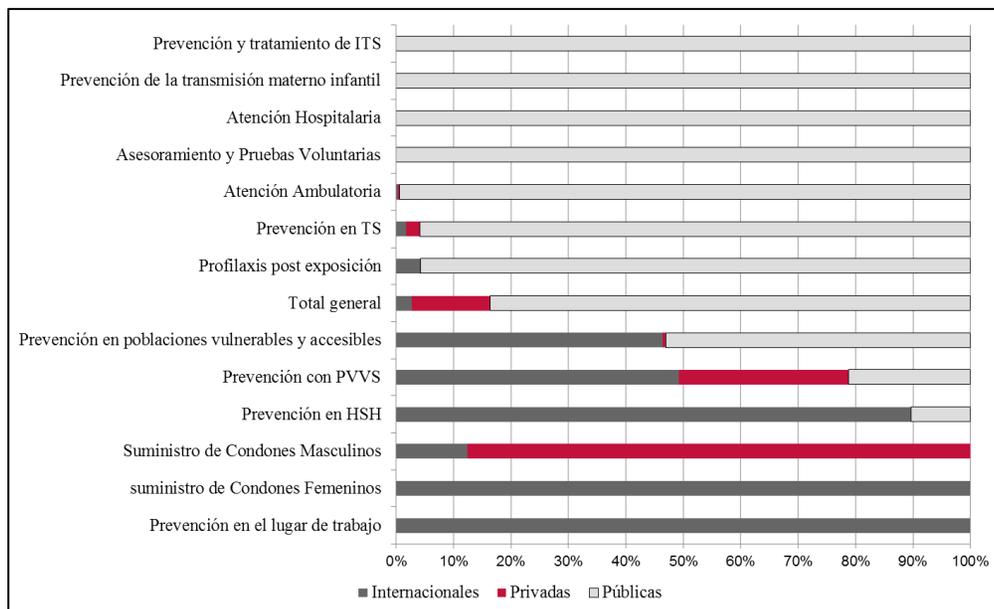
Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericanos.

Gráfica 11. Belice, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento



Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericanos

Gráfica 12. Costa Rica, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen de Financiamiento



Fuente: Estudios nacionales de MEGAS 2010 en los países Centroamericanos

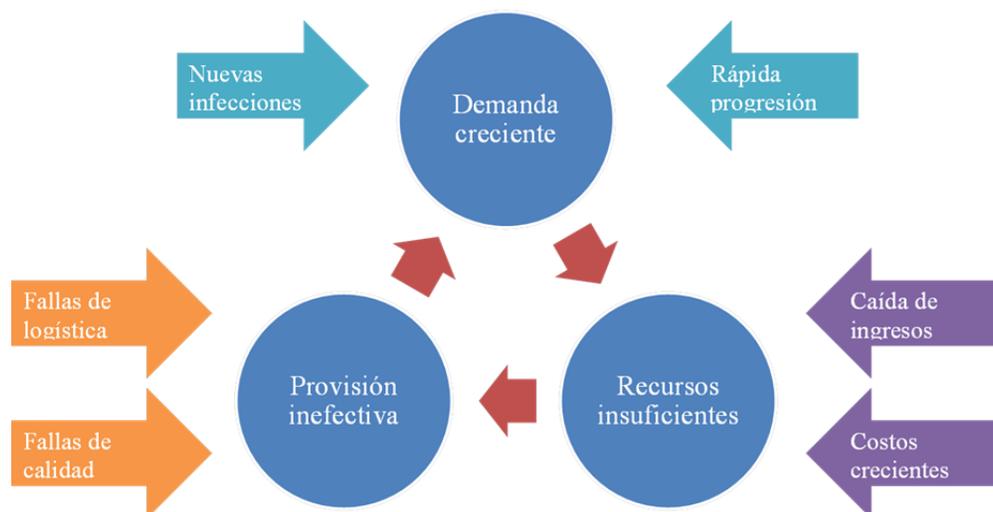
3 EL DESAFÍO DE LA SOSTENIBILIDAD

El concepto de sostenibilidad refuerza la idea de que los organismos coexisten en interacción e interdependencia en ambientes que les proveen soporte común y extienden su viabilidad, a condición de que no destruyan, desperdicien o agoten la capacidad de soporte del sistema. Este balance entre regeneración y consumo de recursos se mantiene en equilibrio inestable en casi todos los sistemas, incluyendo los recortes sectoriales del sistema social, como el sistema de salud. (20) La noción de sostenibilidad destaca la escasez de los recursos y los límites al crecimiento, dictados por la disponibilidad y el tiempo de renovación de tales recursos. Para las organizaciones, se traduce en cuidar que las decisiones y actuaciones de hoy no reduzcan la viabilidad futura. (21)

Por ejemplo, los estudios de impacto socioeconómico del VIH mostraron a los gobiernos, las empresas y la sociedad civil que la supervivencia económica y social de los países en el futuro, depende de actuar ahora para cambiar las tendencias epidemiológicas y su impacto sobre la fuerza laboral, el proceso productivo, los costos sociales, entre otros aspectos. Actualmente, las políticas de VIH en los lugares de trabajo generalmente incluyen una declaración relativa al compromiso de la empresa con la responsabilidad social y la sostenibilidad. (22)

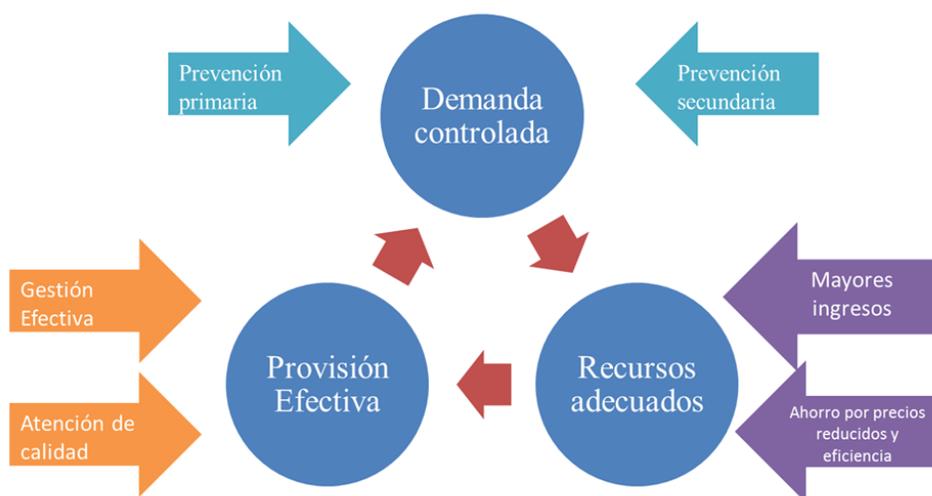
En realidad, los países del SICA comparten una situación de desbalance entre necesidades, captación y uso de recursos. Obtener recursos suficientes para que el nivel de provisión de servicios sea compatible con el volumen total de las necesidades es un ideal difícil de alcanzar para cualquier sociedad, y principalmente para los países de ingresos medianos y bajos. La situación es como un ciclo que se retroalimenta (Gráfica 13). La demanda de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, puede crecer más rápidamente que los recursos para atender la epidemia, produciendo como efecto una capacidad de oferta insuficiente en cantidad y calidad. La provisión de baja cobertura, pobre calidad y no enfocada en las poblaciones, regiones e intervenciones de mayor prioridad, tiene como efecto un crecimiento descontrolado de las nuevas infecciones, la progresión más rápida de la enfermedad en las personas con VIH, el aumento de la letalidad y las necesidades de atención paliativa y mitigación del impacto social.

Gráfica 13. La pérdida de sostenibilidad: un ciclo de retroalimentación continua.



Fuente: Elaboración USAID/PASCA

Gráfica 14. El círculo virtuoso del Fortalecimiento de la Sostenibilidad



Fuente: Elaboración USAID/PASCA

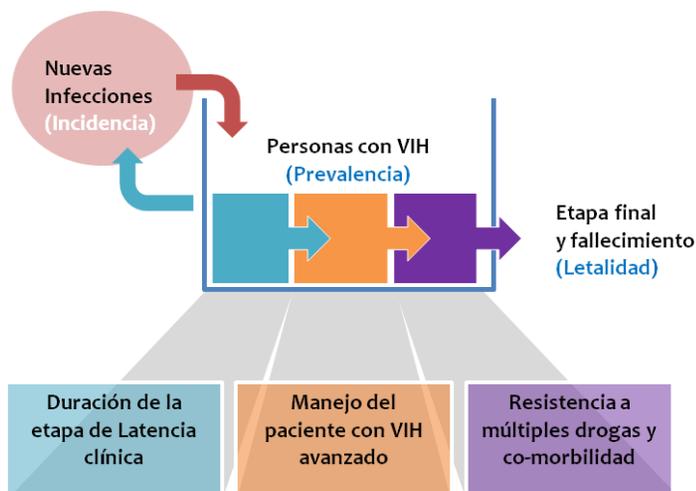
3.1 La sostenibilidad como contención de la epidemia y sus costos

Aunque parece evidente, no lo es: **la sostenibilidad de la respuesta al VIH depende, ante todo, de la capacidad de reducir el número de nuevas infecciones, de intervenir a tiempo para hacer más lenta la progresión del VIH y de evitar fallas de tratamiento**, que obliguen a manejar infecciones oportunistas y a adoptar segunda línea y tratamientos de rescate (Gráfica 14).

Estos tres factores inducen el aumento de la demanda de servicios, especialmente los de más alto costo en el conjunto de la respuesta integral al VIH, y son también responsables de la pérdida de funcionalidad e ingresos en las familias afectadas por el VIH.

Gráfica 14. La dinámica del VIH como un sistema y los factores que condicionan la sostenibilidad de la respuesta

Parece contradictorio, pero no lo es: para mantener bajo control el crecimiento de la demanda de atención y tratamiento en el largo plazo, es necesario mejorar la disponibilidad y calidad de la oferta de tales servicios en el corto plazo. La transmisión del VIH es mayor si las personas seropositivas desconocen su estatus, si no tienen acceso oportuno a tratamiento o bien, si el tratamiento que reciben no es efectivo para suprimir la replicación del virus y mantenerlo indetectable.



La prevención primaria, la promoción y educación en salud, así como la acción sobre entornos legales, de políticas, disparidades económico-sociales, creencias y prácticas culturales que generan vulnerabilidad son esenciales para evitar que personas

de los grupos humanos con mayor exposición y vulnerabilidad frente al VIH, así como otros grupos de población, estén sujetos a condiciones que favorecen la adopción o dificultan el abandono de conductas de riesgo.(23-24) Un abordaje sostenible de la prevención es el que reconoce las rutas de transmisión que más aportan a la incidencia del VIH, y prioriza las intervenciones más efectivas para interrumpir cadenas de transmisión basadas en tales rutas.(25, 26) De esta forma, incluso en condiciones de reducción de recursos, se puede alcanzar una declinación en el número de nuevas infecciones (Gráfica 15). Sin embargo, la aplicación de estas recomendaciones puede verse seriamente limitada por la disponibilidad de fuentes estables y predecibles de financiamiento, marcos de políticas, prioridades y normas técnicas para la asignación de recursos basada en evidencia, así como esquemas de monitoreo del desempeño y el gasto orientados hacia resultados.(27)

La prevención secundaria se refiere a la reducción del progreso de la enfermedad, lo cual es difícil durante el período de latencia clínica, es decir, desde la exposición al virus hasta el apareamiento de los primeros signos y síntomas. Debido a la baja tasa de detección de casos asintomáticos y el hecho que los principales cofactores no son alterables (edad y factores genéticos), los modelos de atención al VIH incluyen pocas acciones para reducir el progreso de la enfermedad, incluyendo apoyo nutricional, vacunación, desparasitación y el tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas (28). Otros abordajes, como la inducción de la viremia por GBV-C, un virus considerado bioantagonista natural del VIH que reduce la mortalidad en 78% y la transmisión vertical en 87%, se encuentran todavía en fase de estudio (29, 30).

La probabilidad de fallas en el tratamiento es mayor si la adherencia al tratamiento es pobre, si se ha recibido antes Nevirapina (como tratamiento combinado o para prevención vertical) y si las personas inician en fases avanzadas (31); en pacientes pediátricos, también influye si su estado nutricional es precario y si existe un historial de diarrea crónica (32). Factores institucionales, como esquemas de tratamiento, sistemas de adquisiciones y logística de suministros, monitoreo de efectividad de tratamiento y manejo de infecciones oportunistas, son clave para el éxito o falla de la terapia (33, 34).

Se estima que en 2011, en Centroamérica y República Dominicana había cerca de 204,335 personas con VIH (según estimaciones de ONUSIDA 2011), con un crecimiento neto de 8,435 personas al año, como resultado de la diferencia entre nuevas infecciones y defunciones. De éstas, 93 mil fueron detectadas, evaluadas y clasificadas en necesidad de tratamiento antirretroviral. Están recibiendo 53 mil, lo que significa que solo una persona con VIH de 4 recibe tratamiento. El déficit de cuarenta mil personas que necesitan pero no reciben, más las 111,335 personas que no han sido detectadas y una minoría que aún no lo necesita, pronto formarán parte de las demandas de salud, sea porque empiezan o porque están en condición de iniciar tratamiento o por sufrir problemas de salud asociadas a deficiencias del sistema inmunológico. De seguir igual, a 2015 se tendrían 229,640 mil personas con VIH, 100 mil clasificadas en necesidad de ART, 57 mil recibiendo tratamiento, y un déficit de detección y tratamiento de 172,640 mil personas. Cuanto más alto sea el déficit de cobertura, mayor será el ritmo de la propagación, y mayores las demandas de gasto en tratamiento sobre el sistema de salud.

Por esta razón, la sostenibilidad no depende solamente de obtener nuevas fuentes de ingresos o mejores precios de insumos, también depende de políticas nacionales de financiamiento, de armonización de protocolos de atención, de contar con un comité técnico regional que de seguimiento a la aplicación de los lineamientos regionales para medicamentos antirretrovirales y reactivos diagnóstico y de seguimiento que faciliten la Negociación conjunta y compra de los mismos. El propósito sería mantener el avance hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el apoyo, para reducir la carga epidemiológica y financiera del VIH. Sin embargo, mantener el avance es insuficiente porque ha sido muy lento, con prevalencias estáticas por quince años. Hace falta acelerar el ritmo para poner bajo control el crecimiento de la prevalencia, de modo que los recursos disponibles en los países les permitan ampliar la capacidad y calidad de la respuesta. Esto implica aumentar los recursos disponibles de fuentes nacionales y orientarlos hacia las intervenciones más efectivas, pero también mejorar la gestión de los recursos.

4 LA PRIORIDAD DE CONTROLAR LOS COSTOS

A medida que crece el número de personas que necesitan tratamiento, aumenta el gasto total y la presión por recursos para VIH. Actualmente, el gasto en ARV y reactivos de laboratorio representa entre el 10% y el 41% del gasto total en VIH en los países centroamericanos (Gráfica 16). La reducción de los costos es una válvula de escape temporal y con límite definido, que puede utilizarse en tanto dan resultado las acciones estructurales destinadas a reducir la carga de enfermedad por VIH y las necesidades de atención asociadas.

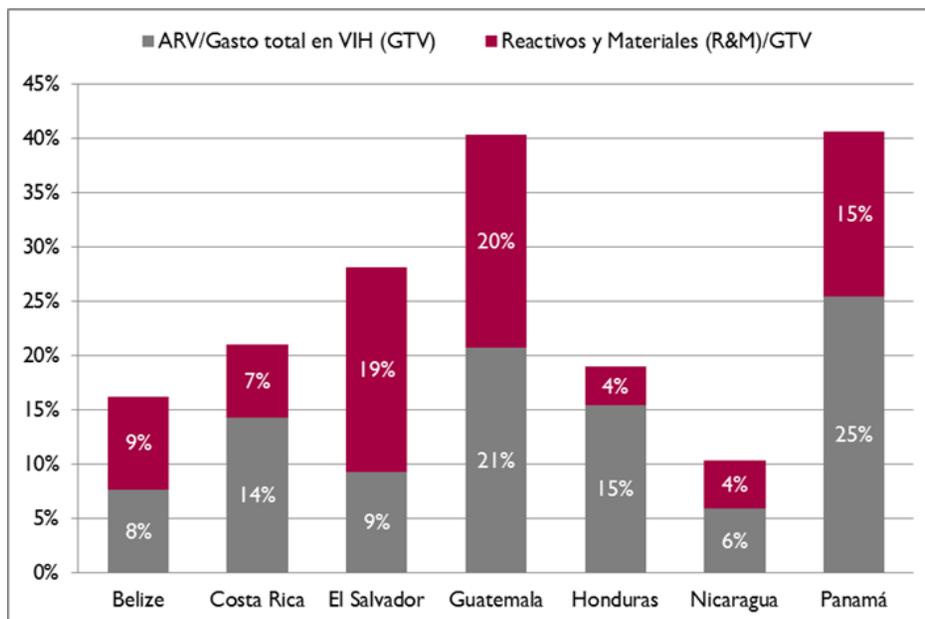
Aunque los países tienen diversos esquemas de tratamiento para primera y segunda línea, así como tratamientos de rescate, alrededor del 90% de pacientes está en primera línea (Gráfica 17) y, en promedio el 86% de pacientes está cubierto por esquemas donde predominan seis medicamentos (Gráfica 18) que participan entre 6 mil y 30 mil tratamientos anuales: AZT, 3TC, EFV, NVP, FTC y TDF (Gráfica 19). Estas cifras aumentarán en la medida que los países vayan sustituyendo esquemas no recomendados por contener medicamentos de alta toxicidad.

Las principales líneas que se desprenden de esta convergencia de líneas, esquemas y medicamentos en la región centroamericana son:

4.1 Reducción de 20% de precios (Fondo Estratégico de OPS).

El fondo estratégico de OPS fue establecido a solicitud de los estados miembros que ha obtenido rebajas promedio de 55% en los precios en relación a la segunda negociación regional (2005), y habrían logrado una reducción adicional de 20% en la negociación de 2012.

Gráfica 16. Gasto en ARV y reactivos de laboratorio como porcentaje del gasto total en VIH en Centroamérica, 2010



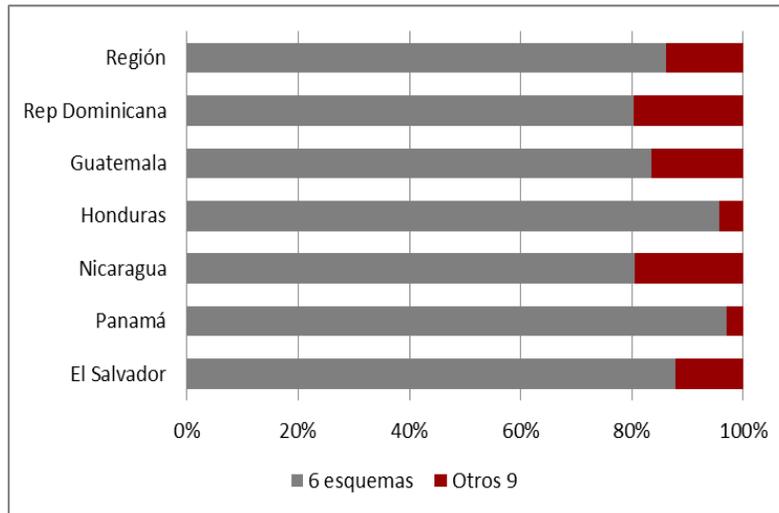
Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

4.2 Compras a través de UNITAID / Fundación Clinton.

La Iniciativa de Acceso a Salud de la Fundación Clinton (CHAI), que funciona en seis de los ocho países, tiene experiencias de negociación a través de UNITAID, que pueden ser de interés y donde Belice ha

obtenido reducciones sustanciales de precios. La Organización de Estados del Caribe Occidental es una entidad miembro del consorcio de compras de CHAI, que ofrece un precedente interesante para el Sistema de la Integración Centroamericana.

Gráfica 17. Porcentaje de pacientes en los seis esquemas predominantes en la región centroamericana

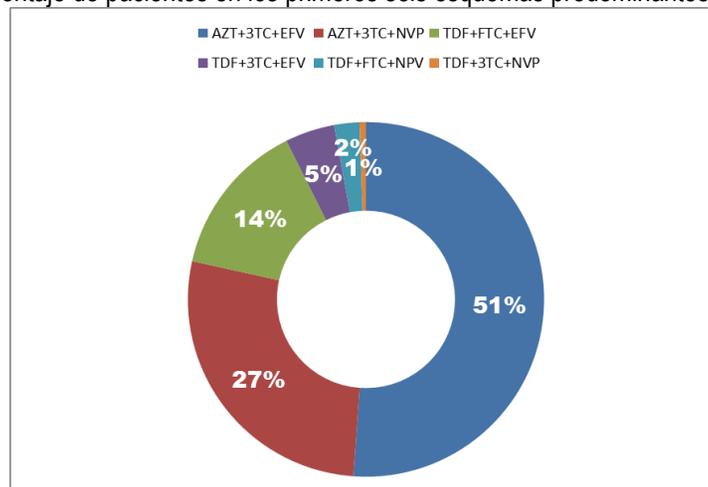


Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

4.3 Compras a través de SE-COMISCA.

Desde 2009, con apoyo de la Línea de salud del Fondo España – SICA, se han realizado eventos de negociación conjunta de medicamentos con ahorros de 45% o más en medicamentos, gracias al trabajo de la Comisión Técnica Sub-regional de Medicamentos, ente asesor de COMISCA. Una alianza estratégica entre MCR y CTSM podría conducir a identificar, armonizar y especificar los medicamentos de mayor volumen para incluirlos en los eventos de negociación conjunta que se realiza periódicamente.

Gráfica 18. Porcentaje de pacientes en los primeros seis esquemas predominantes en Centroamérica



Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

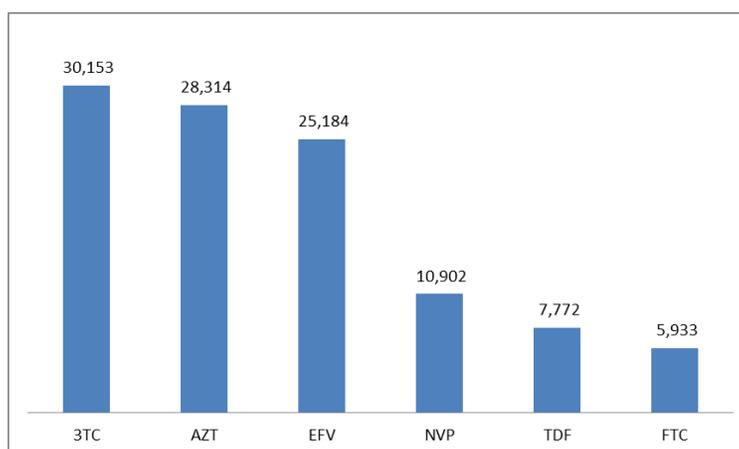
4.4 Evaluar factibilidad de manufactura regional.

El éxito obtenido en las negociaciones previas de cada país y los de los mecanismos en consorcio permiten anticipar ahorros que permitirían liberar a corto plazo una parte de los fondos necesarios para atender otras áreas de la respuesta y continuar la ampliación del acceso. Sin embargo, estas reducciones eventualmente llegarán al límite impuesto por las diferencias de costo de manufactura en los países de origen de los medicamentos. Es por ello que se recomienda explorar el interés y estudiar la factibilidad de realizar operaciones de manufactura, almacenaje y distribución en la subregión, aprovechando la existencia de zonas de libre comercio aptas para tales fines, así como una infraestructura privada de manufactura de medicamentos con capitales de la región.

4.5 Acuerdos de desgravación.

Debido a la conexión estrecha entre costos, acceso a servicios y sostenibilidad, es imperativo realizar esfuerzos para lograr la desgravación de los insumos críticos, como reactivos y antirretrovirales. Esto incluye mecanismos de devolución tributaria de los impuestos sobre ventas y al valor agregado, pero también escudos fiscales para utilizar el monto de lo que sería la recaudación por impuestos y gravámenes aduaneros para aumentar el volumen de los insumos adquiridos. El Fondo Mundial actualmente está demandando a los países que se realicen las exenciones tributarias a sus donaciones, pero de extenderse a las compras e importaciones, podría aumentarse hasta en un 25% la cantidad adquirida con los mismos recursos que actualmente invierten los países. La negociación en cada país puede ser más difícil que en el marco del sistema de integración, en un diálogo entre COMISCA y el Consejo de Ministros de Finanzas (COSEFIN).

Gráfica 19. Tratamientos anuales por medicamentos de los seis esquemas predominantes para primera línea en Centroamérica, 2012



Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

5 ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD

5.1 Propósito

La estrategia de sostenibilidad tiene como propósito acelerar el progreso hacia el cumplimiento del compromiso de Acceso Universal y las Metas del Milenio en prevención, atención, tratamiento y 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 y la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada.

5.2 Objetivos

- a) Aumentar la efectividad de las acciones de prevención para reducir sustancialmente las nuevas infecciones por VIH en los países del SICA;
- b) Mejorar el acceso, la calidad y la equidad de la atención y el tratamiento para las personas con VIH, en forma sostenible;
- c) Fortalecer la conducción y el uso óptimo de recursos para la respuesta nacional al VIH para la movilización y la asignación de recursos según las prioridades regionales, con base en evidencia y orientada a resultados;
- d) Reducir la dependencia de recursos externos para el financiamiento de las acciones dirigidas a reducir el número de nuevas infecciones por VIH, como consecuencia de una mayor apropiación nacional de la respuesta;

5.3 Resultados Esperados y Líneas de Acción por Eje Estratégico

- a) **Eje de Prevención: Actualizar los planes estratégicos y sus estimaciones de recursos para alinearlos hacia marcos de inversión costo efectivos y enfocados en los modos de transmisión, los grupos vulnerables y las zonas geográficas donde la evidencia indica que se puede obtener el más alto retorno con el uso eficiente de recursos.**

Para que las acciones de prevención sean más efectivas es necesario revisar los planes estratégicos, tanto en sus líneas de acción como en sus metas y estimaciones de recursos, para asegurar que se incluyan las acciones más efectivas por el costo y sean dirigidas a poblaciones claves de la epidemia y grupos de mayor riesgo. En los países que han formulado estrategias nacionales de prevención primaria, secundaria y terciaria, deben evaluarse para mejorar su contenido, programar su implementación y comprometer fuentes de recursos para sus distintos componentes. Finalmente, pero no menos importante, es reconocer que para implementar las acciones de una estrategia de prevención dirigida a los grupos más vulnerables, son necesarias alianzas entre gobierno, como fuente financiera, y las OSC, como entidades comprometidas, capaces y aceptadas por las poblaciones más vulnerables, para prestar servicios cuantificados y controlados y recibir desembolsos contra resultados.

- b) **Eje de Atención y Tratamiento: Desarrollar programas de trabajo para adaptar a las condiciones de cada país e implementar progresivamente las recomendaciones de la estrategia de Tratamiento 2.0**

Para mejorar el acceso, la calidad y la equidad de la atención y el tratamiento de PVIH en forma sostenible, los resultados claves que se deben alcanzar son cuatro: i) **la ampliación rápida de la escala de cobertura de la prueba voluntaria con consejería** en las poblaciones vulnerables y más expuestas, así como en las poblaciones puente y las poblaciones accesibles, debido a que las PVIH que conocen su estatus serológico con acceso a atención modifican sus comportamientos de riesgo y además, la atención en personas no sintomáticas podría extender el período de latencia clínica del VIH; ii) **la revisión crítica de las condiciones de la provisión** de atención y tratamiento, a la luz de

las recomendaciones de OMS y teniendo a la vista las conclusiones del análisis de OPS sobre la racionalidad del uso de medicamentos en la respuesta al VIH. A partir de estos análisis, cada uno de los países de la región podrán formular programas operativos para acercar el protocolo nacional a las recomendaciones internacionales, para reforzar el cumplimiento de dicho protocolo cuando menos en los establecimientos del sector público, y para monitorear los efectos de un uso más racional; iii) **el acercamiento gradual y participativo de los esquemas terapéuticos** de la región en torno a un consenso regional que facilite el seguimiento de la efectividad y equidad en la provisión, así como las acciones de negociación y compra conjunta de suministros; iv) **equiparación del nivel de cobertura de tratamiento** entre las personas que lo necesiten como mínimo del ochenta por ciento; esta meta un tanto exigente para ciertos países de la región no debería desalentar los esfuerzos en pro del acceso universal en aquellos países que ya superaron el 80% de cobertura.

- c) **Eje de Gestión y Conducción de la Respuesta Nacional: Reducir los costos de consultorías mediante el desarrollo de competencias del propio personal de las instituciones, y reducir los costos de su capacitación mediante el empleo de tecnologías de información y comunicación en procesos educativos virtuales y semi-presenciales.**

Para fortalecer la gestión de forma que mejore el nivel de recursos y su distribución basada en prioridades establecidas bajo criterios objetivos y evidencia documentada, es necesario dar oportunidades al personal directivo de las instituciones públicas y las organizaciones de sociedad civil para desarrollar sus competencias en las áreas de políticas, planificación, administración y economía de la salud, especialmente en los aspectos requeridos por la implementación de la estrategia de sostenibilidad. Esto no solo permitirá que el costo actual de las consultorías se reduzca sino además puede contribuir a que el país desarrolle la capacidad de implementar programas para desarrollar competencias por medio de plataformas virtuales que reducen los costos de movilización, infraestructura y tiempo de trabajo del personal.

- d) **Eje de Apropiación Nacional de la Respuesta: Aumentar la participación de fuentes nacionales en el financiamiento de la respuesta al VIH, mediante la movilización de recursos y la integración de programas y servicios en respuesta al VIH en las prioridades nacionales, las agendas políticas, los marcos normativos, los presupuestos y las funciones regulares de las instituciones, y para contar así con un marco que facilite la alineación y armonización de la cooperación externa para VIH y salud.**

Para reducir la dependencia de recursos externos en la prevención del VIH, se proponen las siguientes acciones: i) ratificación de la estrategia regional de sostenibilidad por parte de las autoridades nacionales de salud y los entes de coordinación de la respuesta al VIH; ii) desarrollo de estrategias nacionales de sostenibilidad adaptadas a las necesidades, condiciones y preferencias de cada país; iii) movilización de recursos nacionales para cubrir al menos un 75% del gasto en actividades que en 2010 dependían de recursos externos; iv) programas sujetos a resultados y metas para la integración de programas de VIH/sida en el marco institucional multisectorial del país y la alineación de la cooperación externa. Tanto las acciones de prevención y tamizaje de casos, como las de capacitación de recursos humanos, la atención a huérfanos y niños vulnerables a consecuencia del VIH, los programas para mejorar el entorno de políticas en la respuesta al VIH y la atención a denuncias de violaciones a derechos humanos, la investigación social, epidemiológica o económica de la respuesta al VIH, entre otros diversos temas, pueden obtener recursos para su funcionamiento si forman parte regular de los programas y presupuestos de las entidades que participan en su ejecución.

Las normas de atención integrada de la salud, en los diferentes niveles, deberían incorporar y monitorear la prestación de servicios. Las entidades multisectoriales, que normalmente forman parte de las comisiones de VIH, como educación, gobernación, turismo, derechos humanos, entre otros, pueden contribuir a la sostenibilidad de la respuesta por medio de incorporar programática y financieramente sus acciones en respuesta al VIH. El proceso puede iniciar con la formulación del

programa y presupuesto de 2014. De tener éxito, se crearía un flujo de recursos regular para actividades que actualmente solo financia la cooperación externa.

6 LÍNEAS DE ACCIÓN PARA IMPULSAR LA IMPLEMENTACIÓN EN EL CORTO PLAZO

6.1 Desarrollar la viabilidad política de la estrategia

- **Incidencia política en los espacios regionales y nacionales.** Bajo el liderazgo de COMISCA, el acompañamiento de SE-COMISCA y la asesoría técnica del MCR, la propuesta debe ser movilizadora en los espacios de la Integración Centroamericana que corresponden, no solamente de la salud, sino de la compra conjunta de medicamentos, y del Consejo de Ministros de Finanzas (COSEFIN). Las instancias de financiamiento público, administración tributaria y provisión de servicios de salud deben conocer la estrategia al más alto nivel para facilitar acuerdos en su implementación. La Declaración de compromiso de los Presidentes y Jefes de Gobierno de la región, ratificando la declaración de San José y presentando un cronograma de avances en la cobertura del financiamiento los programas esenciales de prevención y atención en un plazo determinado, que podría ser de cinco años. Cada país definiría, sobre un estándar regional recomendado, cuáles servicios y poblaciones considera prioritarios para cubrir con financiamiento público adicional.
- **Sensibilización, divulgación y análisis.** Los países Centroamericanos disponen de estudios de financiamiento y gasto en VIH para 2010 y están desarrollando los correspondientes a 2011 y 2012, que en combinación con otros análisis sobre la situación epidemiológica y el estado de la respuesta, permitirían convocar actores claves para acciones de sensibilización y abogacía, pero también para analizar la vulnerabilidad, la pérdida de la sostenibilidad y las acciones más efectivas para enfrentarlas. Este proceso debiera conducir a la adaptación de la estrategia regional mediante la formulación de planes de acción nacionales, interinstitucionales sujetos a evaluación periódica por los órganos de conducción y coordinación de la respuesta nacional.
- **Medios para la ejecución.** Es evidente que la implementación de la estrategia requerirá de recursos técnicos y financieros adicionales, así como marcos de seguimiento para garantizar su implementación dentro del plazo de transición de los mecanismos internacionales de financiamiento. Por tal razón, es necesario traducir las propuestas técnicas formuladas a un plan de acción regional con términos presupuestarios, que tenga en consideración un plan de M y E de la estrategia de sostenibilidad. Con este plan se debe gestionar y negociar el financiamiento necesario para implementar la estrategia.
- **Formulación de proyecto regional sobre sostenibilidad** y uso mejorado de recursos en VIH, para interesar donantes sobre la necesidad, importancia y ventajas de invertir en la preparación de los países para tomar plena responsabilidad y control sobre la conducción, el financiamiento y la garantía de calidad en la prevención y atención al VIH en la región de Centroamérica y República Dominicana. Esta acción de mediano plazo debería ser congruente con el punto anterior orientado al corto plazo.

6.2 Alineación y armonización de la cooperación externa

La Declaración de Busan sobre Alineación y Armonización de la Cooperación plantea directrices totalmente compatibles con la estrategia de sostenibilidad de la respuesta al VIH, especialmente en lo tocante a: a) apropiación de las prioridades de desarrollo por los países; b) Enfoque en resultados; c) Alianzas de desarrollo incluyentes; d) transparencia y rendición mutua de cuentas. A corto plazo, es recomendable establecer las prioridades de asistencia técnica para la implementación de la estrategia por los países y en el espacio de la Integración Centroamericana. Algunas de las áreas donde tal asistencia podría enfocarse, se describen a continuación:

- **Guías de Revisión del Marco de Prioridades.** Es necesario preparar y compartir con los países, desde el MCR, guías técnicas de análisis y revisión del marco de prioridades, que aprovechen

herramientas como GOALS, RNM, MOT y otras, de forma que se generen directrices para una asignación de recursos más ajustada a las necesidades y la efectividad de las intervenciones.

- **Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de políticas operativas** que pongan en marcha la instrumentación de las políticas, estrategias, leyes y reglamentos de la respuesta al VIH, que pudieran tener un déficit de implementación debido a la carencia de instrumentos y medios para la programación, ejecución y el control de las acciones operativas.
- **Monitoreo en cascada para respuesta más efectiva.** En los últimos años se han logrado avances importantes en el establecimiento de sistemas de información, monitoreo y evaluación en los países. La reflexión sobre sostenibilidad ofrece la oportunidad de revisar críticamente los indicadores priorizados para que reflejen mejor las distintas etapas de la cascada para un monitoreo más eficaz de la efectividad de la prevención, la cobertura de detección y el seguimiento de los casos identificados, diagnosticados, en tratamiento e indetectables, así como la duración en cada etapa.
- **El intercambio regional sobre mecanismos de financiamiento de ONG.** El tejido social organizado en torno a la respuesta al VIH, y las entidades con experiencia, credibilidad y aceptación entre las poblaciones más vulnerables podrían extinguirse por falta de financiamiento. Es importante facilitar el intercambio entre países para conocer los mecanismos alternativos que se han encontrado para su financiamiento. Esto incluye ejemplos como la asignación de 1%-1.5% de las utilidades de la Junta de Protección Social de Costa Rica a ONG que trabajan en la prevención y lucha contra ITS/VIH/SIDA (ley 8718, art 8, inciso i).

6.3 Desarrollo técnico e implementación de las propuestas.

La estrategia sugiere la realización de diversas actividades de investigación, de diseño metodológico, de programación educativa, de selección de insumos para negociación conjunta, de revisión jurídica y de formulación de estrategias de abogacía.

SE COMISCA, con apoyo del MCR y las entidades cooperantes, deberá apoyar el desarrollo técnico de tales propuestas cuando sean de competencia o alcance regional, e impulsará acuerdos para su ejecución con las autoridades nacionales, cuando correspondan al ámbito de cada país. Un elemento clave para lograr los mejores resultados consistirá en favorecer la comunicación y el intercambio entre países, relevar las mejores prácticas y compartir las lecciones aprendidas durante el proceso.

Algunas de las áreas más apremiantes de desarrollo técnico de las propuestas se refieren a la homologación, cobertura y calidad de los servicios en las áreas siguientes:

- **Homologación de algoritmos diagnósticos para el escalamiento de prueba con consejería,** que permitan disminuir costos y cubrir zonas de difícil acceso y muy baja cobertura, especialmente para llegar a la población económicamente activa. Para financiar esta ampliación de cobertura se pueden impulsar mecanismos no convencionales de financiamiento. Esto incluye tres vertientes: i. el financiamiento por empresas, en el marco de implementación de políticas de VIH en el lugar de trabajo; ii. El compromiso de los sistemas de seguridad social de realizar campañas de prueba entre afiliados y derechohabientes; iii. El estudio de las condiciones y medios para anunciar pruebas rápidas auto-administradas a bajo costo; el kit debiera incluir orientación apropiada sobre el uso de la prueba y las consecuencias de cada posible resultado.
- **Escalamiento de la detección en poblaciones más expuestas.** Estimar, a partir del número de personas con VIH, las que conocen y las que desconocen su estatus, por grupo humano y modo de transmisión, y organizar la prevención primaria bajo el criterio de que las personas que desconocen su estatus tienen una participación más activa en la dinámica de la transmisión. El programa debería buscar tres objetivos: i. aumentar la tasa de cobertura de prueba entre grupos clave de la epidemia a partir de su contribución en las nuevas infecciones; ii. Aumentar la tasa de detección por medio de acciones de extensión hacia grupos con mayor exposición y por medio de la integración con otros

servicios de salud donde podría incorporarse la prueba de VIH en un paquete diagnóstico más amplio; iii. Aumentar la tasa de notificación, dado que muchas veces se detectan casos pero no se informa al paciente ni a la autoridad sanitaria nacional, y tampoco se le deriva hacia un servicio adecuado de salud; iv Fortalecer la estrategia de búsqueda de contactos dentro de la prevención primaria y secundaria. Debe revisarse la regulación para incluir en ella medidas que refuercen el comportamiento de bancos de sangre, médicos particulares, laboratorios clínicos, seguridad social y establecimientos privados de servicios médicos, que actualmente contribuyen al sub registro y la postergación en el manejo de los casos.

- **Programas para PVIH en etapa inicial.** La detección temprana del VIH permite un manejo más completo de las y los PVIH para reducir la progresión y extender la etapa de latencia clínica. La atención primaria de salud debe incluir la orientación y el manejo de pacientes seropositivos asintomáticos. Esto incluye información y orientación sobre medidas preventivas de VIH, vacunación para co-morbilidades que favorecen la progresión, apoyo con suplementos nutricionales, tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras medidas que contribuyen a mantener bien a las personas con VIH antes que sea necesaria la medicación antirretroviral.
- **Mejorar las capacidades y la logística de laboratorio.** Extender el número de unidades de atención de salud que cuentan con equipo, personal e insumos de laboratorio para la detección, evaluación diagnóstica y monitoreo de pacientes en tratamiento antirretroviral. Esta línea de acción es complementaria y esencial a la integración de servicios de la respuesta al VIH en el conjunto de servicios de atención a la salud a escala nacional.

7 **BIBLIOGRAFÍA**

1. UNAIDS, Estimaciones 2011.
2. SICA (2005) *Declaración de San Salvador*. Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) San Salvador, El Salvador, 11 de noviembre de 2005.
3. Banco Mundial (2006). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH Sida en Centroamérica: Situación del VIH-Sida y Respuesta a la Epidemia en la Región*. Región de Latinoamérica y el Caribe y Programa Mundial de SIDA/Banco Mundial / Diciembre de 2006.
4. Izazola J y R Valladares (2003) *El financiamiento y gasto de las respuestas nacionales al VIH: Lecciones Aprendidas en América Latina y el Caribe* (BID).
5. CEPAL (2012) CEPALSTAT: Estadísticas e indicadores económicos. Estadísticas de Finanzas Públicas: Ingresos Tributarios. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>
6. La Foucade AD, E Scott, K Theodore y V Beharry (2008) *HIV/AIDS: Hurdles to a Sustainable Response in the Caribbean*. Business, Finance and Economics in Emerging Economies, 3(1) 2008,155-175.
7. World Bank (2012) *The Sustainability of HIV/AIDS Programs under limited funding envelopes – Country level evidence and policy options from Zambia and South Africa*.
8. AIDSTAR-One (2012). HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool (HAPSAT). http://www.aidstar-one.com/focus_areas/treatment/ART_costing_cross_walk/hivaids_program_sustainability_analysis_tool
9. KENYA (2010) *Report of the Technical Working Group on Sustainability for AIDS, Kenya*. Ministry of Medical Services / Ministry of Public Health and Sanitation. NACC / Health 20/20. August, 2010.
10. IHME (2009) *Global Health Financing 2009: Tracking Developing Assistance for Health*. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington, Seattle.
11. UNAIDS (2010) *2011-2015 Strategy: Getting to Zero*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, December 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
12. UNAIDS (2011) *Global AIDS Response Progress Report Guidelines 2012*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf
13. UN Assembly (2011) *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS*. UN General Assembly 95th Plenary Meeting, 10 June 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf
14. IHME (2011) *Global Health Financing 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington, Seattle.
15. Medecins Sans Frontieres (2010). *No Time to Quit: HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*. May 2010. http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2010/No_Time_to_Quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf
16. COMISCA. *Resolución de la XXXIV Reunión del Consejo de Ministros de Salud*, Antigua Guatemala, 23-24 de junio de 2011.
17. Schwartlander, B et al. (2011) *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*. Lancet, June 3, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60702-2 <http://www.slideshare.net/UNGASSForum/1-investmentframeworklancetpaper>
18. *Planes Estratégicos* para diversos países centroamericanos pueden descargarse del sitio web de USAID PASCA: <http://www.pasca.org/content/planes-estrat%C3%A9gicos-y-operativos>
19. *Estudios de Modos de Transmisión* para algunos países centroamericanos pueden descargarse del sitio web de USAID|PASCA: <http://www.pasca.org/content/modos-de-transmisi%C3%B3n-mot>

20. Martin, S (2008). *Sustainable Development, Systems Thinking and Professional Practice*. Journal of Education for Sustainable Development. 2:1(2008): 31-40. Sage Publications.
21. Arrow K, P Dasgupta, L Goulder et al. (2004) *Are we consuming too much?* Journal of Economic Perspectives 18(3):147-172.
22. Ejemplos de sitios web empresariales donde se conecta la respuesta al VIH con la sostenibilidad; Xtrata: <http://www.xstrata.com/sustainability/hiv aids/>; Unilever:
23. Senge, P (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of Organizational Learning*. Doubleday / Currency.
24. Tsisis P y N Nirupama (2008) *Vulnerability and risk perception in the management of HIV/AIDS: Public priorities in a global pandemic*. Risk Manag Healthc Policy; 2008; 1: 7-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270897/>
25. Pisani E et al (2003) *Back to Basics in HIV Prevention: focus on exposure*. BMJ 2003;326:1384-7.
26. Case, KK (2012) *Understanding the modes of transmission model of new HIV infections and its use in prevention planning*. Bulletin World Health Organization. Policy and Practice. Article ID: BLT.12.102574
27. UNAIDS (2012) *Investing for Results. Results for People: A people centred investment tool towards ending AIDS*. Guidance UNAIDS/PCB (30)12.CRP.4.
28. Osmond, D (1998) *Epidemiology of Disease Progression in HIV*. HIV In-site Knowledge Base Chapter. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-01-04>. UCSF Center for HIV Information. Actualizada en 2012; consultada el 10/10/2012.
29. Vahidnia, F et al (2012) *Acquisition of GB virus type C (HGV) and lower mortality in patients with advances HIV disease*. Clin Infect Dis, online edition, 2012.
30. Gretch, D *Advocating the concept of GBV biotherapy against AIDS*. Clin Infect Dis, online edition, 2012. <http://cid.oxfordjournals.org/content/55/7/1020.full?sid=a20fe052-cd4e-43af-961f-54e26c90f7fa>. Publicada en línea en Julio de 2012; consultada el 10/10/12.
31. Robbins GK et al (2007) *Predictors of Antiretroviral Treatment Failure in an Urban HIV Clinic*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 January 1; 44(1): 30–37.
32. Heye, TB et al (2012) *Predictors of treatment failure and time to detection and switching in HIV-infected Ethiopian children receiving first line anti-retroviral therapy*. BMC Infectious Diseases 2012, 12:197.
33. OPS (2012) *Antiretroviral treatment on the spotlight: A public health analysis in Latin America and the Caribbean*. Pan American Health Organization. Alonso González M, editor. Washington DC; PAHO; 2012.
34. Thompson, M et al. (2012) *Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection 2012 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel*. Journal of the American Medical Association – JAMA 2012;308(4):387-402. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1221704>
35. Barnihausen T, D Bloom y S Humair (2012) *Bärnihausen, Bloom & Humair Model Description*. Annex to PLoS Medicine article: HIV TaSP: Systematic Comparison of Mathematical Models of Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV Incidence in South Africa by Eaton et al.
36. Eaton, J et al. (2012) *HIV Treatment as Prevention: Systematic Comparison of Mathematical Models of the Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV Incidence in South Africa*. PLoS Medicine, July 2012. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001245>.

Texto de la Resolución de la XXXVII Reunión Ordinaria de COMISCA sobre la Estrategia de Sostenibilidad en VIH

Ciudad de Managua, Nicaragua, 3 y 4 de diciembre de 2012

CONSIDERANDO:

Que la crisis mundial continuará impactando negativamente el actual apoyo de la cooperación internacional y por consiguiente los avances que la región ha tenido frente al VIH;

Que el gasto en SIDA revela la urgente necesidad de mejorar la eficiencia de la respuesta regional y garantizar el acceso a la atención integral;

Que el Mecanismo Coordinador de la respuesta regional al VIH (MCR) y la SE COMISCA han cumplido con la recomendación dada por COMISCA en la XXXVI Reunión Ordinaria realizada en Tela, Honduras, junio de 2012;

Que el enfoque de la Estrategia preparada para la sostenibilidad de la respuesta al VIH incorpora el modelo de atención primaria e integral, derechos humanos, género, reducción del estigma y la discriminación a la población afectada y a la población general para la prevención de nuevos casos;

RESUELVE:

Sobre la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta Integral al VIH:

5. Agradecer y dar por recibido la Estrategia integral para la sostenibilidad de la respuesta al VIH de Centroamérica y República Dominicana, elaborada bajo la conducción del MCR y SE-COMISCA en coordinación estrecha con los países miembros y la cooperación internacional, cuyo enfoque financiero y programático está encaminado a reducir sustancialmente las nuevas infecciones, ampliar la detección temprana de los casos y el acceso a servicios efectivos para reducir la progresión y evitar la mortalidad causada por la epidemia de VIH, mitigar el impacto social y económico de la epidemia y reducir los contextos de vulnerabilidad para las poblaciones clave.

6. Instruir al MCR y la SE-COMISCA en asegurar la continuidad de la Estrategia de Sostenibilidad para la respuesta integral al VIH para que sean coherentes y correspondientes con el modelo de atención primaria renovada y reforma de los sistemas de salud, fortaleciendo el alineamiento y la armonización de la cooperación internacional en el marco de la Respuesta Regional al VIH, establecida en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

7. Instruir al MCR para hacer un reajuste a la Propuesta de Estrategia presentada con un enfoque de reducción de costos de capacitación y consultorías, priorizando la prevención y control, homologación regional de los esquemas de tratamiento, negociación conjunta de precios y compra de medicamentos antirretrovirales y reactivos de laboratorio para VIH, para que en un período de tres meses, se realice una reunión virtual para presentar los cambios y someterla a aprobación.

9 Anexo 2: Análisis de concordancia entre la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) y la Estrategia Regional para la Sostenibilidad en VIH-sida

COMROMISOS CON LA APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
Nos comprometemos a abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud que permita abordar los objetivos de desarrollo que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas .	La estrategia busca acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH (Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 6), mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana.
Facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud, Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr.	Los estudios de gasto en VIH han mostrado que una cantidad importante de los escasos recursos disponibles se destina a intervenciones y poblaciones de impacto muy limitado sobre el ritmo de la epidemia, en tanto que se carece de fondos para las acciones y grupos meta de mayor interés e impacto potencial.
II) Fortalecer la participación de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones	La estrategia recomienda a los países centroamericanos disponer de estudios de financiamiento y gasto en VIH para 2010, que en combinación con otros análisis sobre la situación epidemiológica y el estado de la respuesta, realicen un análisis participativo de la vulnerabilidad, la pérdida de la sostenibilidad y las acciones más efectivas para enfrentarlas. Este proceso debiera conducir a la adaptación de la estrategia regional, la formulación de planes de acción interinstitucionales, sujetos a evaluación periódica por los órganos de coordinación de la respuesta nacional.
III) Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada.	La estrategia considera que la prevención primaria, la promoción y educación en salud, así como la acción sobre entornos legales, de políticas, disparidades económico-sociales, creencias y prácticas culturales que generan vulnerabilidad son esenciales para evitar que las poblaciones más expuestas y vulnerables frente al VIH, así como otros grupos de población, estén sujetos a condiciones que favorecen la adopción o dificultan el abandono de conductas de riesgo.
IV) Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud,	La estrategia promueve la integración programática y presupuestaria de la respuesta al VIH, incluyendo además de las entidades de salud, entidades de otros sectores como educación, gobernación, turismo, derechos humanos, las cuales pueden contribuir a la sostenibilidad de la respuesta por medio de incorporar sus acciones en respuesta al VIH en los programas y presupuestos regulares de su sector.

COMRPOMISOS CON LA APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
V) La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente	La propuesta consiste en ampliar el concepto de mejora continua de la calidad a todo el recorrido de la historia natural de la enfermedad y no solamente al tratamiento. Es necesario establecer estándares de calidad y definiciones de productos y efectos en la prevención primaria, secundaria y terciaria.
El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud	La estrategia propone fortalecer las competencias gerenciales del personal de conducción y administración de la respuesta al VIH en los países, tanto a nivel gubernamental como de sociedad civil y entes de cooperación, y promover el uso de técnicas y herramientas gerenciales. Esto debería contribuir a formar capacidades que actualmente se contratan externamente como consultorías. El alto costo de la capacitación es motivo de preocupación y se sugiere utilizar tecnologías informáticas para la capacitación en sesiones virtuales, a distancia que tienen mínimos costos de movilización, alimentación y alojamiento.
Los sistemas sanitarios requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas con la atención sanitaria	La estrategia promueve la renovación de la Declaración de compromiso de los Presidentes y Jefes de Gobierno de la región , ratificando la Declaración de San José (2005) y presentando un cronograma de avances en la cobertura del financiamiento los programas esenciales de prevención y atención en un plazo determinado, que podría ser de cinco años. Cada país definiría, sobre un estándar regional recomendado, cuáles servicios y poblaciones considera prioritarios para cubrir con financiamiento público adicional.

El Mecanismo de Coordinación Regional en VIH agradece a:

USAID PASCA
USAID PROGRAMA CENTROAMERICANO DE VIH/SIDA
ONUSIDA
OPS/OMS
HEALTH FOCUS /GIZ
SE COMISCA

Por su invaluable apoyo en la formulación de esta estrategia que contribuirá a fortalecer la respuesta regional al VIH.

Centroamérica y República Dominicana, Abril de 2013.