



PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE VIH – SIDA 2016-2021

Junio 2016

Abreviaturas y Siglas

COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CONCASIDA	Congreso Centroamericano sobre ITS, VIH y Sida
CONGA – Mesoamérica	Coalición de Organizaciones Gay de América Central y el Caribe Hispano
EPI-RED	Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica
ERS	Estrategia Regional de Sostenibilidad
FM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública de México
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Comunidad Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual
LRR	Laboratorio Regional de Referencia
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional
MEGAS	Medición del Gasto en SIDA
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida
PC	Poblaciones clave
PER	Plan Estratégico Regional
PR-REDCA+	Programa Regional REDCA+ (Subvención del Fondo Mundial)
PVS	Personas con VIH – Sida
REDCA+	Red Centroamericana de Personas con VIH-
REDTRASEX	Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales
SAT – MCR	Secretaría de Apoyo Técnico al MCR
SE-COMISCA	Secretaría Ejecutiva del COMISCA
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISCA	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Contenido

Presentación	4
1 Introducción	6
2 Contexto regional para el VIH	9
2.1 Situación demográfica y socio económica.....	10
2.2 Situación epidemiológica del VIH	11
2.3 Poblaciones clave	13
2.4 Ambiente político para VIH.....	14
2.5 Acceso a servicios de prevención y atención en VIH.....	15
2.6 Financiamiento de la respuesta al VIH	17
3 Marco político para la Acción Regional en VIH.....	20
3.1 Agenda de Salud Centroamérica y República Dominicana 2009-2018	20
3.2 Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020	20
3.3 Política Regional de Salud del SICA 2015-2022	21
3.4 Plan Estratégico Regional en VIH Sida 2010-2015	22
3.5 Estrategia Regional de Sostenibilidad en VIH 2015-2020	22
4 Lineamientos internacionales 2016-2021.....	23
4.1 Estrategia ONUSIDA para el 2016-2021	23
4.2 Estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH 2016-2021	23
4.3 El Llamado a la Acción 2020.....	24
4.4 Metas 90 90 90.....	25
4.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible	25
5 Estructura del Plan Estratégico Regional 2016-2021.....	25
5.1 Principios	26
5.2 Visión.....	26
5.3 Líneas estratégicas.....	26
6 Estrategias, resultados y acciones	27
6.1 Liderazgo, gobernanza y multisectorialidad de la respuesta regional al VIH	27
6.2 Políticas Regionales en apoyo a la Acción Acelerada para la eliminación del sida	28
6.3 Estrategias regionales para impulsar la sostenibilidad de la respuesta al VIH	30
6.4 Involucramiento de sectores diferentes a salud en la respuesta al VIH.....	32
6.5 Información estratégica para orientar programas costo-efectivos	33
6.6 Entornos favorables, alianzas y redes en apoyo a la acción regional en VIH.....	35
6.7 Armonización de Prioridades Estratégicas de la Cooperación Regional.....	36
6.8 Fortalecimiento de la gestión para la implementación del Plan Estratégico Regional	37
7 Marco para el Monitoreo y Evaluación de avances regionales	39
7.1 Paquete de Indicadores Regionales priorizados	39
8 Marco operativo y financiero para la implementación del PER.....	40
9 Apéndices	42
9.1 Plan Estratégico Regional 2010-2015	42
9.2 Espacio Geográfico Regional	43
9.3 Ámbito Programático Regional	44
10 Referencias y Notas	46

Presentación

El presente Plan Estratégico Regional para VIH/sida 2016-2021 fue preparado por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR)¹ en cumplimiento al Artículo 31 del Reglamento Interno del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), que mandata a los Mecanismos Técnicos Especializados y Grupos de Trabajo Regional (o Mecanismos de Coordinación Regional) del COMISCA, a proponer acciones técnicas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la región; identificar y proponer elementos técnicos para la definición de políticas y estrategias regionales; definir instrumentos técnicos que fortalezcan las acciones en salud con una perspectiva regional; y promover la discusión de estrategias y planes de trabajo con otros sectores en correspondencia con el abordaje de los determinantes de la salud regional.

Este constituye el segundo plan regional en VIH/sida de Centroamérica y toma en consideración el marco estratégico regional en salud desarrollado por la Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE COMISCA) y la estrategia regional de sostenibilidad para el VIH, avalada por la Reunión de Presidentes de la región y el COMISCA en 2012-13. También las lecciones aprendidas y los resultados de la evaluación de medio término del Plan Estratégico Regional para VIH/sida 2010-2015 realizada en 2013, e incorpora los nuevos enfoques mundiales para detener la transmisión del VIH, así como mejorar las condiciones de vida de las personas con VIH y los consensos técnicos alcanzados por representantes de gobiernos, sociedad civil y organizaciones socias que conforman el MCR, en la búsqueda de respuestas eficaces y costo efectivas apropiadas al ámbito regional. En particular el Plan Regional de VIH está en concordancia con el Plan de Acción mundial para la prevención y el control del VIH y las ITS 2016-2021 de la Organización Mundial de Salud,² la Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y las metas ambiciosas de la vía rápida,³ el Llamado a la Acción y las Metas “90-90-90” con respecto a la atención y el tratamiento por VIH.

El enfoque regional de este Plan se fundamenta en la convicción que existe un conjunto de factores limitantes para las respuestas nacionales frente al VIH y Sida, los cuales pueden ser resueltos con mayor viabilidad en el marco institucional regional del COMISCA, el cual está integrado al Subsistema Social del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), del cual hacen parte Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, como Estados Miembros, , los Estados Unidos Mexicanos, la República de Chile, la República Federativa de Brasil y la República Argentina, República de Perú, Estados Unidos de América, República de Ecuador, República Oriental de Uruguay y República de Colombia, como Observadores Regionales, la República de China (Taiwán), el Reino de España, la República Federal de Alemania y la República Italiana y otros como Observadores Extra regionales.

En un plazo de cinco años, el Plan busca haber contribuido a reducir y revertir la tendencia en el número de nuevas infecciones que ocurren por VIH en la región, a partir de un esfuerzo concertado y participativo de todos los actores regionales, mediante enfoques y políticas armonizadas que fortalezcan la provisión de servicios en el marco del continuo de la prevención y la atención en VIH, los derechos humanos, la equidad de género, los espacios libres de estigma y discriminación, principalmente en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH, así como

estar implementando mecanismos de apoyo regional y nacional para la sostenibilidad financiera de la respuesta al VIH.

La implementación del Plan requerirá apoyo político y recursos para acelerar de inmediato la respuesta al VIH, durante los próximos cinco años, período que es considerado crítico para lograr detener la epidemia en el mundo. El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana reconoce al Mecanismo de Coordinación Regional, el esfuerzo de conducción para el desarrollo del Plan 2016-2021 y exhorta a los gobiernos participantes, las organizaciones de sociedad civil, las asociaciones empresariales y la cooperación internacional, a contribuir para su implementación.

1 Introducción

La propagación del VIH y los impactos del Sida a escala social, comunitaria y familiar, en el ámbito de la salud y de la educación, los derechos humanos, la economía, la movilidad poblacional y el desarrollo humano en general, demandan respuestas desde múltiples sectores y acciones en espacios diversos, como el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y la cooperación internacional.⁴

En Centroamérica, la movilidad de las poblaciones es un fenómeno que se ha acelerado en los últimos años, a consecuencia de las diferencias socioeconómicas entre países, los marcos de integración y acuerdos comerciales y la mayor apertura de fronteras. Esta dinámica incrementa el riesgo de transmisión del VIH, pero también de las condiciones de vida de las personas con VIH migrantes. Por un lado, las corrientes de emigración hacia Estados Unidos, principalmente por tierra, bajo severas condiciones de vulnerabilidad y con estadías variables en México. Por otra parte la migración intrarregional, que determinan que las fronteras de Costa Rica-Nicaragua, Nicaragua-El Salvador, Panamá-Costa Rica son las más dinámicas como resultado de la regionalización y globalización de las economías. En el resto de fronteras también se observa una movilidad poblacional creciente, incluso entre países no colindantes.⁵ Los flujos migratorios son diversos, y según el país, se caracterizan de la siguiente manera: El Salvador, viejo expulsor y nuevo receptor; Costa Rica, continua como receptor y nuevo expulsor; Guatemala, país de origen, destino y transmigración; Belize, centro americanizado desde el resto de los países; Nicaragua, principal proveedor de migrantes intrarregionales. Actualmente Panamá es un nuevo receptor debido a megaproyectos en el área de construcción.⁶ En este contexto, las acciones regionales e internacionales también resultan un complemento necesario para la respuesta regional al VIH.

Estos aspectos pueden contribuir a la propagación del VIH, pero también crean condiciones para la colaboración y la acción consensuada y coordinada entre países. Entre éstas, la posibilidad de integrar un perfil epidemiológico regional, intercambiar experiencias y lecciones aprendidas, acumular capacidades a nivel regional para el diagnóstico; la adquisición de insumos y medicamentos a precios reducidos y el establecimiento de un marco de políticas y legislación que refleje mejor en cada país, los convenios internacionales sobre derechos humanos y acceso a servicios de salud.⁷ Un esfuerzo conjunto que reduzca la vulnerabilidad y contribuya a erradicar la discriminación y la negación de la epidemia, está al alcance de la región geográfica, política, económica, social y sanitaria que comprende los países miembros del Sistema de la Integración Centroamericana: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.¿.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) es la instancia política del Sistema de la Integración Centroamericana, SICA, que tiene como propósito la dirección del Sector Salud Regional.⁸ La Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA), es el Órgano rector de coordinación ejecutivo-administrativo, que surge con la finalidad de fortalecer y garantizar el adecuado funcionamiento del COMISCA.⁹

El Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) es la comisión técnica asesora del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana encargado de la gestión

estratégica, técnica y de calidad para la implementación de la respuesta regional en el tema de VIH, Malaria y Tuberculosis. El MCR originalmente fue conformado para solicitar una subvención regional del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria (FM). Cuando la propuesta fue aprobada en la Ronda 4 en el año 2004, el MCR le dio seguimiento a su implementación, así como al proyecto sobre VIH – Sida en Centroamérica, financiado con una subvención del Banco Mundial a SISCA. Posteriormente en el 2008, el MCR fue designado por el COMISCA como ente Coordinador Técnico Asesor para el tema de VIH – Sida, y fue instruido para que condujera la preparación del primer Plan Estratégico Regional (PER) sobre VIH – Sida 2010-2015, mismo que fue aprobado por resolución de COMISCA en el año 2010.

En Reunión Extraordinaria del mes de febrero de 2008, el COMISCA resolvió: “5. Acerca del Fortalecimiento del Mecanismo de Coordinación Regional, MCR: a) Reconocer al Mecanismo de Coordinación Regional, MCR, como el mecanismo regional encargado de homologar y armonizar la cooperación regional y extra-regional en el tema de VIH-SIDA; b) Aprobar el reglamento interno del Mecanismo de Coordinación Regional, consensuado en reunión ordinaria del Mecanismo, para facilitar su funcionamiento y ejecución de sus competencias de coordinación. Más recientemente, el MCR por sus características y de acuerdo a su conformación y objetivos, cumple con los criterios para conformar un Mecanismo Técnico Especializado en VIH y Grupo de Trabajo Regional en VIH, acorde con la normativa de la institucionalidad regional que promulga el Reglamento Interno de COMISCA de 2014.

Lo descrito en el Artículo 31 del Reglamento interno del COMISCA establece las competencias de las Comisiones técnicas y Mecanismos regionales que aplicarían al MCR:

- a) Proponer acciones técnicas que contribuyan a la mejora de las condiciones de salud de la región en el área de su competencia para la que fue creada.
- b) Identificar y proponer elementos técnicos para la definición de políticas y estrategias regionales.
- c) Asegurar la ejecución eficiente de los mandatos conferidos por el COMISCA en el área técnica de su competencia y de las acciones que se deriven de los instrumentos políticos regionales.
- d) Asegurar la implementación de las acciones técnicas en su jurisdicción nacional.
- e) Definir los instrumentos técnicos que fortalezcan las acciones en salud con una perspectiva regional.
- f) Promover la discusión de estrategias y planes de trabajo con otros sectores en correspondencia con el abordaje de los determinantes de la salud regional.

En este contexto es que quedan definidas las funciones y objetivos del MCR.

Para el período 2015-2016, el MCR tiene como visión de la liderar la Respuesta regional ante el VIH, armonizando los esfuerzos para que en la región se adopten acciones de probada eficacia para extender la cobertura de servicios que permita acelerar la respuesta, contener y eliminar la epidemia de VIH.

El MCR está conformado actualmente por a) Directores, jefes, coordinadores de los Programas Nacionales de ITS/VIH, Tuberculosis y Malaria o puntos focales de los Ministerios o Secretaría de Salud de la región de Centroamérica y la Isla Española (Malaria); b) Representantes de la Sociedad Civil: Red Centroamericana de personas con VIH (REDCA+), Visión Mundial, Federación de entidades privadas de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (FEDEPRICAP), Liga Regional de la sociedad civil contra la malaria; c) Representantes de Organismos, Agencias Y Proyectos de la cooperación Internacional: OPS/OMS, ONUSIDA, USAID, CDC, USAID/PASCA

LMG; d) Representantes de Receptores Principales de los proyectos del MCR con financiamiento del Fondo Mundial.

En el marco de esta institucionalidad y coordinación, en esta región se han desarrollado acciones colaborativas en VIH desde hace varios años, incluyendo entre otros: estudios multicéntricos de prevalencia de VIH en poblaciones claves; congresos centroamericanos de sida; estudios sobre servicios de prevención y atención para poblaciones móviles; encuestas centroamericanas de vigilancia del comportamiento sexual; estudios armonizados de la cascada de atención en VIH; estudios regionales de estigma y discriminación por VIH; diplomados regionales para fortalecer las capacidades nacionales en la gestión de políticas y programas de VIH, monitoreo, evaluación y economía de la salud; las Misiones de Tratamiento 2.0; la creación de marcos de políticas y normativas coordinadas y armonizadas; la medición armonizada del gasto en sida; la construcción y reporte de un paquete armonizado de indicadores; los estudios de modos del transmisión y la construcción de los marcos de inversión en VIH; acuerdos para la negociación conjunta de precios de medicamentos antirretrovirales, así como marcos de cooperación regional y proyectos para facilitar, desarrollar o posicionar redes de poblaciones claves para la epidemia, tanto los que se encuentran en mayor vulnerabilidad frente al riesgo de transmisión del VIH, como aquellos que enfrentan discriminación y negación de acceso a servicios para la prevención y el tratamiento del VIH.

El presente documento contiene la propuesta de Plan Estratégico Regional en VIH/sida 2016-2021, presentado por el MCR para aprobación del COMISCA.

2 Contexto regional para el VIH

Durante el último cuarto de siglo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha estado presente en la región. Este puede llegar a producir, años después de adquirido, un conjunto característico de síntomas y signos conocidos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) conocido hoy día también como VIH avanzado. El VIH se transmite por intercambio de fluidos corporales, como la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna, y puede ser adquirido durante el coito, la transfusión de sangre o trasplante de órganos, el uso de jeringuillas u otros objetos punzantes, y de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.¹⁰

El uso de condones durante el coito, el control de calidad de la sangre donada para transfusiones, el tratamiento para embarazadas con exámenes reactivos al VIH para prevenir la transmisión materno infantil, la detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, son algunas de las medidas para contener la propagación del virus, además de la prevención combinada para el cambio de comportamiento, la postergación del inicio de la actividad sexual en jóvenes, la fidelidad mutua entre parejas y el uso de medidas preventivas entre las personas sexualmente activas. En establecimientos de salud y otros similares, es importante la aplicación de precauciones estándar y la disponibilidad de medicamentos antivirales para la profilaxis post exposición por accidente ocupacional o violación sexual.¹¹

Hoy día, los avances científicos amplían el panorama de posibilidades para contener la epidemia del VIH. Las directrices consolidadas (OMS 2015),¹² sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de y la prevención de la infección por VIH, recomiendan proporcionar terapia antirretroviral (TAR) a toda persona con VIH, eliminando las limitaciones sobre la elegibilidad ya que ahora todas las poblaciones y grupos de edad son elegibles para tratamiento, incluyendo poblaciones clave, mujeres embarazadas y niños desde que son diagnosticados. Esta iniciativa contribuirá a lograr el acceso universal al tratamiento y atención del VIH Sida y acabar con el VIH como amenaza para la salud pública. Las directrices son ambiciosas en cuanto al impacto esperado, pero su enfoque es simplificado y basado en la evidencia. Los estudios clínicos confirman que el uso temprano de la terapia antirretroviral mantiene a las personas con VIH vivas y saludables, a la vez que reduce el riesgo de transmitir el virus. Estas dos recomendaciones tienen el potencial de reducir el número de personas que adquieren la infección por el VIH y las que mueren por causas relacionadas con el VIH, impactando positivamente la salud pública.

La Región centroamericana si bien ha progresado en la organización de sus respuestas nacionales al VIH, en el acceso al tratamiento para personas con VIH, en la orientación estratégica de las acciones y la movilización de recursos, enfrenta varios desafíos como son el alcance de las poblaciones clave o en mayor riesgo para el VIH, ampliar el acceso a la prueba de VIH principalmente entre poblaciones clave, el acceso temprano al tratamiento a personas con VIH, lograr que las personas con VIH sean adherentes al tratamiento y en crear condiciones para la sostenibilidad de las intervenciones de prevención y atención del VIH.

2.1 Situación demográfica y socio económica

Centroamérica cuenta con una población de 46.4 millones de habitantes a mediados del 2015, siendo Guatemala el país que concentra el mayor porcentaje de población (35%) seguido de Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y Belice. En el caso de las estimaciones de personas con VIH, Guatemala presenta la mayor concentración de casos (37%), seguido de Honduras, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Costa Rica y Belice.

Tabla 2.1. Población total y estimación de personas con VIH en los países de Centroamérica

País	Población Total en Millones (PRB 2015) ¹³	Porcentaje de la población total (%)	Cambio medio anual (%)	Cambio absoluto anual promedio	Años para duplicación de población	Estimación de Personas con VIH (ONUSIDA 2014) ¹⁴	Porcentaje del total de personas con VIH (%)
Guatemala	16.2	35.0	2,93	489.000	24	49,000	37
Honduras	8.3	18.0	1,68	147.000	42	23,000	17
El Salvador	6.4	13.8	0,93	61.000	75	21,000	16
Nicaragua	6.3	13.4	1,04	66.000	67	10,000	8
Costa Rica	4.8	10.4	1,60	78.000	44	8,800	7
Panamá	4.0	8.0	1,37	52.000	51	17,000	13
Belice	0.4	0.8	2,52	10.000	28	2,700	2
América Central	46.4	100	1,91	903.000	37	131,500	100

Fuente: Population Reference Bureau (2015) y UNAIDS country data (2014).

En Centroamérica el crecimiento económico aumentó del 4,0% en 2014 al 4,4% en 2015, explicado por recuperación económica de EE.UU. y los beneficios de la caída del precio del petróleo ya que los países son importadores netos de este producto.

El peso de la deuda pública alcanzó un incremento promedio de 8 puntos porcentuales del PIB entre 2008 y 2015¹⁵. Los países con mayores incrementos son Honduras (12% del PIB), El Salvador (9%) y Honduras (24%). La participación del endeudamiento público externo alcanzó el 62% de la deuda pública total en 2015. Entre 2008 y 2015 los países con mayores incrementos durante igual período son Honduras (12 % del PIB) y El Salvador (9%). Los países que presentan un mayor peso de la deuda pública externa son El Salvador (70%), Nicaragua (81%), Panamá (78%).¹⁶

La situación fiscal continúa siendo el reto principal. En 2014, el déficit fiscal regional promedió 3,5% del PIB, similar al de 2013, dado que los ingresos y los gastos del gobierno central se mantuvieron en niveles similares de 19,6% y 23%, respectivamente. No obstante, el nuevo entorno de crecimiento y los menores precios del petróleo, los impactos fiscales son marginalmente positivos, previéndose un déficit fiscal de 3,2% del PIB en 2015, comparado con 3,5% en 2014.¹⁷ La carga tributaria es baja en toda la región al ser igual a 12.7% del PIB, los países con mayores cargas son Honduras con 16.5% del PIB y Nicaragua con 15.5% del PIB. La baja presión tributaria regional implica la presencia de un mayor endeudamiento externo e interno del Gobierno Central,¹⁸ que es del orden de 62% del PIB regional.

Los incrementos en el nivel de gasto público se han centrado en gasto social, particularmente en educación y salud. Entre 2007 y 2013, el gasto en educación y salud se incrementó, en promedio, 1% y 0,8% del PIB, respectivamente. En el caso de educación, aproximadamente 45% de este incremento se puede atribuir a aumentos en la partida de remuneraciones, mientras que, en salud, un 23%.¹⁹

En la última década se ha reconocido y ponderado la necesidad de revertir los bajos e insuficientes recursos públicos invertidos en el sistema de salud, y por lo tanto la urgencia de aumentar el compromiso fiscal de los gobiernos para asignar recursos al sector salud, bajo la denominación de mayor "espacio fiscal". Las posibles fuentes de generación de nuevos ingresos al sector salud podrían ser: la creación de nuevos ingresos fiscales a través de cambios en impuestos generales, generación de nuevos impuestos sobre un grupo específico de empresas o ciertas actividades, impuestos sobre bienes específicos; aumento en la eficiencia de la recaudación; ayuda externa con préstamos y donaciones específicas para el sector salud y aumento de la eficiencia del gasto en salud a través de intervenciones costo efectivas.²⁰

En una situación del crecimiento de la deuda pública y un entorno fiscal cada vez más limitado se pone en riesgo el financiamiento al sector salud y los recursos dirigidos al VIH. Los principales retos que enfrenta la región es el mejoramiento de la eficiencia de las recaudaciones fiscales y continuar mejorando la calidad y eficiencia del gasto público a través de programas focalizados que priorizan las intervenciones

2.2 Situación epidemiológica del VIH

Después del Caribe, Centroamérica es la subregión más afectada por el VIH en América Latina. Cuatro países de Centroamérica (Belice, Guatemala, El Salvador y Panamá) presentan tasas de prevalencia de VIH más altas que la media de Latinoamérica (Tabla 1), acorde con los datos publicados por ONUSIDA. En esta región que alberga el 7.8% de la población de América Latina²¹, se estima que viven entre 131,500²² y 148,500 personas²³ con VIH, equivalente al 10.6% de las personas con VIH de la región.

Tabla 2.2. Prevalencia de VIH en los países de Centroamérica

País	Total 15-24 años	Mujeres 15-24 años	Hombres 15-24 años	Total 15-49 años
Belice	1.0	1.0	1.0	1.4
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	0.7
Honduras	0.2	0.2	0.2	0.5
Nicaragua	0.1	0.2	0.1	0.3
Panamá	0.3	0.1	0.4	0.7
América Latina	0.2	0.1	0.2	0.4

Fuente: UNAIDS (2013). Global Report. UNAIDS report on the global epidemic AIDS 2013

Las estimaciones de VIH en población adulta y los resultados de las encuestas de comportamiento sexual y vigilancia del VIH en poblaciones específicas, indican que en todos los países de Centroamérica la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es mayor si se compara con las prevalencias de VIH de la población general (Tabla 2.3). Los

estudios que reportan datos para la población trans femenina evidencian prevalencias de VIH aún mayores en este grupo. ²⁴

Tabla 2.3. Prevalencia de VIH en población adulta y grupos en mayor riesgo en Centroamérica

País	Adultos ¹ %	Mujeres trabajadoras sexuales ^{2,3} %	Hombres que tienen sexo con hombres ^{2,3} %	Trans femeninas ^{2,3} %
Belice	1.5	0.9	13.9	No disponible
Costa Rica	0.2	0.2	10.9	No disponible
El Salvador	0.5	2.5-5.7	8.8-10.8	25.8
Guatemala	0.6	1.1-3.7	2.8-8.9	23.8
Honduras	0.5	3.5-15.6	6.9-11.7	31.9
Nicaragua	0.2	1.8-2.4	2.8-7.5	27.8
Panamá	0.7	0.7	18.7	37.6

¹UNAIDS Gap Report, 2014

²Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento (2012 Belice, 2008 El Salvador, 2013 Guatemala, 2012 Honduras, 2010 Nicaragua)

³Encuestas en HSH (2009 Costa Rica, 2012 Panamá)

Los estudios sobre Modos de Transmisión realizados en los países de la región²⁵ proporcionan información sobre el comportamiento de la incidencia del VIH (Tabla 2.4).

Tabla. 2.4. Proporción de nuevos casos de VIH en población HSH, Trans y MTS en Países de Centroamérica

País	Proporción estimada de nuevos casos de VIH de población HSH	Proporción estimada de nuevos casos de VIH en población Trans	Proporción estimada de nuevos casos de VIH de población MTS
Belice	65.97	No disponible	0.76
Costa Rica	80.20	No disponible	0.01
El Salvador	36.4	No disponible	7.80
Honduras	69.8	3.8	1.98
Guatemala	57.19	2,1	0.84
Nicaragua	44.5	4.3	1.22
Panamá	70.8	0.4*	0.16

Fuente: Estudios de Modos de Transmisión: Costa Rica, 2013; El Salvador, 2011; Guatemala, 2012; Honduras, 2013; Nicaragua, 2012; Panamá, 2014.

Estas poblaciones también juegan un rol importante en los movimientos migratorios y de movilidad poblacional. Un análisis secundario sobre migración en Centroamérica²⁶ documentó la dinámica de la movilidad poblacional de los HSH y las mujeres trabajadoras sexuales, usando como fuente de datos las Encuestas de comportamiento sexual y prevalencia de ITS de Honduras (2006), El Salvador (2008) y Nicaragua (2010). Los resultados muestran que es elevado el porcentaje de trabajadoras sexuales y HSH que: migró del lugar donde nació a la ciudad donde vive actualmente; que ha estado en otro país en los últimos 12 meses, y que ha tenido sexo con alguien cuando ha estado en otro país en los últimos 12 meses (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Migración y poblaciones clave en Honduras, El Salvador y Nicaragua.

Población	Honduras n/N (%)	El Salvador n/N (%)	Nicaragua n/N (%)
Mujeres trabajadoras sexuales	N=795	N=804	N=832
Nacionalidad extranjera	11/794 (1.4)	18/759 (2.4)	10/842 (1.2)
Migró del lugar donde nació a la ciudad donde vive actualmente	64/791 (8.1)	439/760 (57.8)	251/829 (30.3)
Estuvo fuera del lugar donde vive por trabajo sexual, en los últimos 12 meses	134/793 (16.8)	201/804 (25.0)	128/832 (15.4)
Viajó dentro del país	58/793 (7.3)	183/807 (22.7)	128/832 (15.4)
Viajó a otro país	83/793 (10.5)	54/807 (6.7)	149/832 (17.9)
Ha tenido sexo con una persona de nacionalidad extranjera	86/773 (11.1)	179/803 (22.3)	378/830 (45.5)
Hombres que tiene sexo con hombres	N=582	N=800	N=966
Nacionalidad extranjera	6/583 (1.0)	10/758 (1.3)	13/966 (1.3)
Migró del lugar donde nació a la ciudad donde vive actualmente	210/582 (36.0)	250/758 (33.0)	189/953 (19.8)
Ha estado en otro país en los últimos 12 meses*	--	180/786 (22.9)	10/79 (12.6)
Ha tenido sexo con alguien cuando ha estado en otro país en los últimos 12 meses*	--	65/786 (8.3)	10/79 (12.6)
Ha tenido sexo con una persona de nacionalidad extranjera	115/411 (28.0)	186/800 (23.2)	162/966 (16.8)

Fuente: Movilidad de poblaciones en contexto de vulnerabilidad al VIH en Centroamérica.

2.3 Poblaciones clave

El acceso a los servicios preventivos de VIH puede verse obstaculizado por la condición de pobreza, el bajo nivel educativo, la discriminación por la ocupación, la orientación sexual o la identidad de género, así como el estatus migratorio. Esta vulnerabilidad hace que los hombres que tienen sexo con hombres, los y las trabajadoras sexuales y las poblaciones móviles, sean las poblaciones con mayor vulnerabilidad frente a la epidemia y así lo evidencia la información presentada en las tablas 2.2, 2.3 y 2.4. Estos grupos se encuentran con condiciones de mayor vulnerabilidad en comparación con la población general.

Las personas más expuestas a la probabilidad de adquirir el VIH generalmente son objeto de discriminación, estigma, persecución y coerción: los y las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, migrantes y otras poblaciones móviles.²⁷

En el caso de poblaciones móviles y migrantes, la movilidad incrementa el contexto de vulnerabilidad que propicia la adopción de comportamientos de riesgo. Centroamérica es una región caracterizada por alta movilidad poblacional, que se extiende por toda la frontera sur de México y hacia el norte del continente. (Ver Apéndice 9.1: Plan Estratégico Regional 2010-2015).

Las poblaciones migrantes, especialmente las indocumentadas, están expuestas a experimentar cualquiera de las condiciones estigmatizantes, en forma ocasional o rutinaria. Los y las migrantes por razones involuntarias pueden ser víctimas de trata de personas para la industria del sexo o trabajos forzados. También incluye a los *trabajadores migrantes*, que van a buscar de trabajo a

otros lugares en forma estacional (por ejemplo, los trabajadores agrícolas). En cuanto a la migración involuntaria, se cuentan en ésta los *refugiados*, los *desplazados internos* y las *víctimas de trata de personas*, principalmente mujeres y niños, para trabajos forzados incluyendo el trabajo sexual.²⁸

Por otra parte, las personas con VIH constituyen el otro grupo de población clave en el abordaje de la epidemia. Recientemente el programa de PEPFAR²⁹ realizó un mapeo de la epidemia de VIH en la región y la mayoría de casos de personas con VIH se ubican en el llamado corredor migratorio, constituyéndose este en un área geográfica de alta carga de morbilidad.

2.4 Ambiente político para VIH

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 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. Además, formula claramente problemas y propuestas expresados más tarde en la Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas: “Intensificación de Esfuerzos para la Eliminación del VIH y el sida”.

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 multilateral 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 su inversión en VIH, lo que, sumado al apoyo de la cooperación internacional, notablemente del FMSTM, ha conducido a progresos notables en la respuesta nacional, la planificación de las acciones, la movilización de recursos, la negociación de precios de medicamentos y el acceso al tratamiento para personas con VIH.

En diciembre 2013, en reunión Cumbre, los Presidentes del SICA avalaron la Estrategia Regional Sostenibilidad para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana, la cual es adoptada por el COMISCA en 2014. Estos hitos constituyen los compromisos que muestran el nivel de apoyo político al más alto nivel que ha tenido la respuesta al VIH en la región.

Por otra parte, existe todo un marco de políticas de VIH a nivel regional y nacional que dan soporte a la acción regional en VIH y las respuestas nacionales en los países y a los programas nacionales de VIH que se exponen de manera resumida.

Desde la sociedad civil, la formación de alianzas y defensa solidaria de los derechos humanos, ha contribuido a promover cambios en la legislación y las políticas nacionales para reducir la discriminación y en general, la vulnerabilidad de las poblaciones clave de la epidemia. Sin embargo, las condiciones de movilidad y las diferencias entre países, hacen necesaria la conformación de plataformas regionales e internacionales de incidencia. En Centroamérica existe la Red Centroamericana de Personas con VIH-Sida (REDCA+), integrada por representantes de los siete países de la región, la cual es reconocida por COMISCA como una estructura regional para la promoción y defensa de los Derechos Humanos de las Personas con VIH-Sida en Centroamérica. Sin embargo, falta todavía un camino que recorrer para que las poblaciones claves de la epidemia tengan representación y participación efectiva en los espacios de decisión, planificación y evaluación de las estrategias regionales para el VIH – Sida.³⁰

2.5 Acceso a servicios de prevención y atención en VIH

En los últimos años en la Región se han logrado resultados positivos en la atención de la enfermedad y el acceso al tratamiento por VIH. La expectativa de vida de las personas con VIH se ha logrado prolongar, reduciendo la mortalidad y la morbilidad asociada al VIH.

Las estadísticas acerca del número de personas con el virus siguen aumentando, en gran parte debido a que más personas en la región tienen acceso a la prueba de VIH y son diagnosticadas, así como también porque más personas tienen acceso al tratamiento y como resultado de ello, viven más tiempo y con mayor calidad de vida. Al mismo tiempo, las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, sin embargo, todavía hay un número alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año (ONUSIDA, 2015). En el 2014, alrededor de 6,200 personas adquirieron el VIH en la región.

La expectativa de vida de las personas con VIH se ha logrado prolongar, reduciendo la mortalidad y la morbilidad asociada al VIH. Las estimaciones realizadas entre 2001 y 2012 presentan un descenso del 33% en el número de muertes anuales por causas relacionadas al sida, lo cual significa que anualmente se han salvado 4.000 vidas³¹. A finales del 2014, alrededor de 49,200 personas en Centroamérica estaban en tratamiento de VIH, representando a grandes rasgos, el 37% de las personas con VIH en la región.

El Continuo de la Atención en VIH

Los países se encuentran en proceso de adopción del modelo del continuo de la atención al VIH y están vigilando los hitos clave de la denominada cascada de atención y tratamiento de la infección por el VIH: el diagnóstico del VIH, la vinculación con los servicios, la retención en la atención, el acceso al tratamiento y las estrategias para la adherencia a fin de lograr la supresión de la carga viral⁵³.

En este sentido, pese a los avances en la región centroamericana, es imperativo acelerar los avances. Entre 2013 y 2014 la OPS/OMS realizó misiones a los países de la región centroamericana (excepto Belice), para analizar la expansión y sostenibilidad en la atención integral del VIH bajo la iniciativa del Tratamiento 2.0.³²

En la Tabla 2.6 se presenta las estimaciones de cobertura de tratamiento en dos momentos, destacando que posterior a los estudios de Línea de Base de la Cascada de Atención en VIH realizado en 2013-2014 en la región,³³ la estimación de cobertura de TAR bajó debido a un mejor recuento de las personas en tratamiento.

País	Cobertura de TAR (2012)	Cobertura de TAR (2014)
Belice	71%	49.5%
Costa Rica	74%	47.9%
El Salvador	50%	56.4%
Guatemala	51%	31.3%
Honduras	ND	43.1%
Nicaragua	72%	47.1%
Panamá	76%	63.6%
Fuente: “Barreras que las personas con VIH enfrentan para la adherencia”. p.5.		Fuente: Belice: National Aids Program Annual Statistical Report 2014, MOH; Costa Rica (Julio, 2014) Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. 2002-2014; El Salvador: Programa Nacional de VIH Ministerio de Salud; Honduras: Evaluación del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Información en Materia de VIH y Sida de Honduras MESST de ONUSIDA. Nicaragua: Programa Nacional de VIH. Ministerio de Salud; Panamá: Informe de MyE, Ministerio de Salud.

Para alcanzar el objetivo del acceso universal es necesario acelerar la expansión de la TAR y el número de personas en tratamiento en la región para lograr el compromiso asumido durante la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Sida y las nuevas metas regionales al 2020 (90-90-90).

Los hallazgos de los estudios, evidencian las brechas que afectan el cumplimiento de la cascada de atención y que, por tanto, deben ser atendidas urgentemente para el logro de las metas. La Gráfica 3 presenta las líneas basales para la mayoría de países de la región con respecto a la cascada del proceso continuo de la atención y tratamiento de la infección por el VIH en la Región Centroamericana.

La rapidez de la progresión de la infección y la reducción del plazo de aparición de intolerancias, resistencias al tratamiento y co-morbilidad complicada (en especial con enfermedades crónicas degenerativas: diabetes, hipertensión, obesidad, etc.) 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 región y las tendencias de la cooperación internacional, 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.

Por tal razón, es importante abordar los obstáculos para mantener y acelerar el avance en la respuesta al VIH, e implementar estrategias programática y financiera para reducir sustancialmente las nuevas infecciones, ampliar la detección y el acceso a servicios efectivos para

reducir la morbilidad y mortalidad causada por el VIH, atender las poblaciones afectadas y promover entornos más favorables para las poblaciones con mayor exposición al riesgo.

2.6 Financiamiento de la respuesta al VIH

La situación de financiamiento del VIH en Centroamérica, ha sido analizada a partir de los estudios que realizaron equipos nacionales de medición del gasto en Sida (MEGAS) en los países de la región. Alrededor de 2014, el gasto total en VIH alcanzó de USD 249,788,236. La composición por origen de los recursos es nacional en un 72% (siendo la mayoría gasto público) y 28% externo. De los fondos externos, el 58.6% proviene del Fondo Mundial, 22.4% de PEPFAR y 19% de otras fuentes.

El análisis del gasto por áreas programáticas (Tabla 2.7.) permite identificar que a nivel regional, el financiamiento se dirige principalmente a la atención, cuidado y tratamiento de personas con VIH, recibiendo este rubro el principal aporte de fondos nacionales; mientras, la cooperación internacional apoya las áreas programáticas estructurales y de fortalecimiento de los sistemas de salud incluyendo los sistemas de información que constituyen el segundo rubro de importancia del gasto reportado en VIH.

Las otras áreas programáticas que dependen en mayor medida de fondos externos son las de prevención en poblaciones clave y en otras poblaciones priorizadas.

Tabla 2.7. Total del Gasto reportado en Sida en países de Centroamérica por área programática alrededor de 2014

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

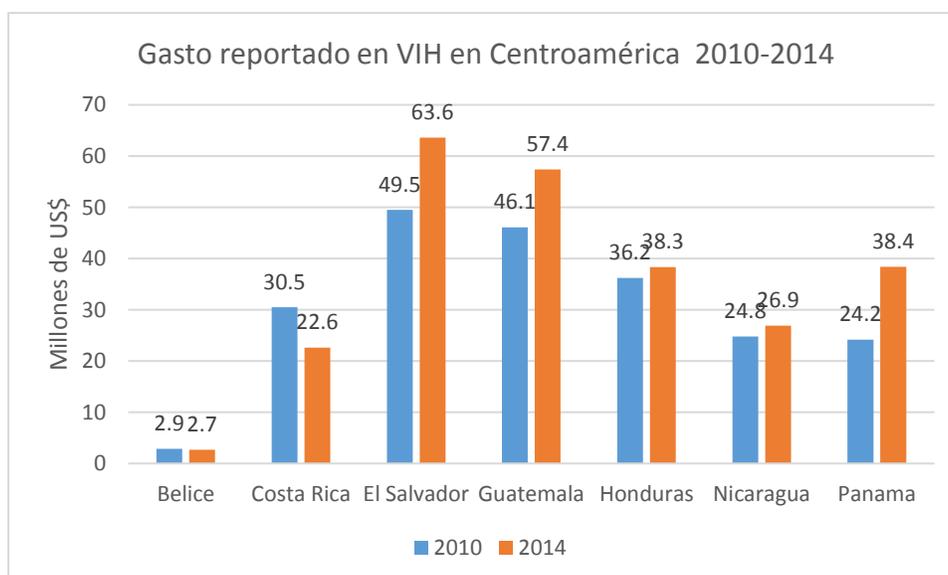
Fuente: Belize : NASA 2013-14 / Costa Rica: NASA 2012 / El Salvador: NASA 2014 / Guatemala: NASA 2013 / Nicaragua: NASA 2013 / Panama: NASA 2014 / Honduras: NASA 2012

Gráfica 4. Financiamiento en VIH en los países de Centroamérica, 2014. Números absolutos en Millones de Dólares y distribución porcentual.



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

Gráfica 5. Tendencia del Gasto en VIH en los países de Centroamérica, 2010-2014. En Millones de Dólares.



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

El gasto en las personas con VIH, representa la categoría de población beneficiaria, que absorbe la mayor proporción del financiamiento en casi todos los países, excepto en Belice y Nicaragua (Tabla 2.8). Con estos recursos se provee servicios de atención en los servicios de salud, suministro de ARV y cuidado.

El porcentaje del financiamiento destinado a poblaciones claves para la epidemia y aquellas que presentan una vulnerabilidad superior al VIH, es un indicador de la brecha en el financiamiento según grupos específicos de población.

En Centroamérica, a pesar de tener epidemias concentradas, los países de la Región destinan entre un tercio y una cuarta parte del gasto en VIH a la población general, mientras que el gasto en las poblaciones clave o en más alto riesgo, representa un porcentaje menor en relación con la inversión que se hace en población general u otras poblaciones.

Tabla 2.8. Gasto en poblaciones beneficiarias como porcentaje del gasto total en VIH en países Centroamericanos, 2012.

País	Población Clave	Otra Población Clave	Personas que viven con el VIH	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas
Belice	23.40%	6.60%	9.80%	6.70%	39.70%	13.80%
Guatemala	5.5%	13.5%	46.7%	4.7%	13%	16.4%
El Salvador	5.00%	17.30%	56.30%	4.30%	17.10%	
Honduras	7.6%	15.9%	30.9%	11.2%	18.6%	15.7%
Nicaragua	3.1%	18.1%	22.6%	25.9%	16.5%	13.9%
Costa Rica	14.70%	16.30%	50.80%	2.30%	9.9%	6.00%
Panamá	1.5%	2.8%	55.2%	1.1%	32.2%	7.1%

Fuente: Informe MEGAS 2012 de los países

Población general incluye Poblaciones objetivo específicas s.c.o.

HON: Secretaría de Salud, Medición de Gasto en Sida MEGAS Honduras 2012

Población Clave: HSH, trans y MTS EL, Gua, HNIC, CR, RD y PAN

Poblaciones Clave: HSH, trans, MTS y garífunas, Medición del Gasto en Sida (MEGAS) Honduras 2012. Página 23

Otras Poblaciones Clave: población bisexual, personas con tuberculosis y población lésbica Medición del Gasto en Sida (MEGAS) Honduras 2012. Página 23

Brechas financieras

La dependencia de recursos externos, como indicador de la brecha financiera, es elevada en todas las áreas programáticas, excepto el tratamiento, que se cubre con fondos públicos en 86.47%. Incluso 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 nacional de las actividades de prevención, especialmente las que se dirigen a los grupos más vulnerables, incluyendo a las poblaciones móviles y migrantes.

Las actividades dirigidas a crear un Entorno Favorable, son financiadas solamente un 12.42% con fuentes nacionales. Esta situación afecta el desarrollo de programas, lineamientos, normativas, políticas, eliminación de barreras políticas, legales y programáticas relacionadas con la atención, prevención y tratamiento de VIH entre las poblaciones clave en Centroamérica, incluyendo también la defensa de los derechos humanos, la reducción del estigma y la discriminación y la promoción de la participación de la sociedad civil y representantes de estas poblaciones.

En el caso de la Prevención, el promedio regional de financiamiento de fuentes externas es de 31% y 45.10% de fuentes nacionales. Internamente al desglosar esta categoría en actividades esenciales de la respuesta, surge un patrón de mayor financiamiento nacional para componentes asistenciales y clínicos (como bancos de sangre y prevención de la transmisión materno infantil) y de mayor dependencia de fondos externos, para actividades prioritarias como la prueba voluntaria con consejería, prevención en poblaciones claves, acciones dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres y población que ejerce el trabajo sexual; incluso más del 70% del financiamiento para estas intervenciones proviene de recursos externos. Estas intervenciones son prioritarias a la luz de los nuevos lineamientos mundiales (OMS y ONUSIDA 2016-2021) para acabar con la epidemia del VIH.

La focalización como estrategia para movilizar y reorientar el flujo de financiamiento hacia las prioridades y poblaciones clave es parte de los lineamientos recientes a nivel internacional. Al focalizar estrategias e intervenciones para las poblaciones clave y personas con VIH en lugares

que están altamente concentrados propicia un re direccionamiento de los recursos financieros a través de intervenciones apropiadas para estas poblaciones tanto en el área de prevención, atención y tratamiento; pero también de derechos humanos.

3 Marco político para la Acción Regional en VIH

3.1 Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018

El Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), en la Agenda de Salud 2009-2018, establecieron la necesidad de fortalecer y extender la protección social en salud, en particular a los grupos vulnerables incluyendo los migrantes, así como acciones intersectoriales para la atención de los derechos humanos (DDHH), género, diversidad e interculturalidad entre hombres y mujeres, incluyendo prevención y atención a las infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH y sida. El COMISCA reconoce que la migración originada en condiciones de exclusión social, son determinantes del desarrollo humano en la región y se debe abogar por mecanismos bilaterales y regionales, que garanticen la atención a la salud del trabajador migrante, que incluya a la empresa privada y a los representantes de los trabajadores.

3.2 Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020

En el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana de Salud 2016-2020 (COMISCA, Dic. 2015), los países miembros del SICA reconocen que la modalidad de financiamiento de los sistemas de salud con fondos públicos constituye el mejor mecanismo para garantizar el acceso universal en salud. Sin embargo, reconoce también que en la actualidad no existen condiciones tributarias para financiar los sistemas de salud. La cobertura universal de la salud requiere de una innovación en las formas sostenibles de financiación de la salud y la redefinición de prioridades con enfoque de derechos, género e interculturalidad de los Presupuestos de los gobiernos de la Región. También señalan el desafío que implica la progresividad impositiva y la participación de otros esquemas para el financiamiento de la salud en los países de la región.

Señala que se deben promover la identificación y transferencia progresiva de normativas y tecnologías de la salud efectivas para la protección social de la salud; la búsqueda de la igualdad de oportunidades para el desarrollo de sistemas de salud de los países de la región, generando evidencias y proponiendo mecanismos para asegurar el financiamiento progresivo para responder a las necesidades y problemáticas de cada población de la Región.

En este contexto uno de los resultados del Plan (4.1) se relaciona con el fortalecimiento de los sistemas de salud para la implementación de las estrategias que conduzcan el acceso universal en salud. También en el resultado 6.1 considera la implementación de estrategias regionales de salud prioritarias que abarquen estilos de vida saludables con enfoque intercultural y de género y entre las estrategias (6.1.5) definió la cooperación intergubernamental en materia de salud para la atención de enfermedades no transmisibles y transmisibles en población migrante, con énfasis en poblaciones en situación de exclusión de los sistemas de salud.

Por otra parte, en el resultado 7.1 se propone implementar mecanismos para avanzar gradualmente hacia la homologación, acreditación y licenciamiento del recurso humano en salud de acuerdo a las

necesidades de país y la promoción mediante la estrategia (7.1.1) de desarrollo y formación integral de recursos humanos de calidad y pertinentes para los sistemas de salud de la región, basados en derechos, género e inclusión.

3.3 Política Regional de Salud del SICA 2015-2022

En el 2014 el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) a través de la COMISCA, promovió la elaboración de la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 (aprobada en enero del 2015 por parte de la COMISCA). Como parte del contexto en el cual surge la Política Regional de Salud, se indica que las desigualdades en salud en la Región están asociadas a problemas de disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios, los cuales a su vez dan cuenta de una deficiente inversión en salud, infraestructura y economía.

La Política señala que durante las últimas décadas la región centroamericana ha mostrado avances significativos en salud. Entre estos, se han reconocido necesidades sociales desatendidas durante mucho tiempo, y por lo tanto, se ha producido mayor inversión social en general y particularmente en salud. No obstante, este progreso no es suficiente y no ha beneficiado de manera igualitaria a todas las personas, ocasionando la existencia de grupos vulnerables que muestran indicadores de desarrollo humano inferiores a las medias nacionales. Indica así la existencia de importantes desafíos regionales para la garantía del derecho a la salud, requiriéndose del establecimiento de medidas que permitan disminuir brechas entre los países y dentro de ellos, entre estas, el incremento en la protección social, aspecto que converge directamente con las estrategias de integración y de articulación de políticas para la rectoría regional en salud.

Se reconoce que el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) ha avanzado en el fortalecimiento institucional para la organización de estructuras técnicas y funcionales en todas sus secretarías, y se ha impulsado la definición de agendas estratégicas que mayoritariamente han dado el salto hacia la construcción de políticas sectoriales. Además, que los países de la Región han avanzado durante los últimos cinco años en la construcción de marcos normativos en materia de salud que se han transformado en planes, estrategias y acuerdos, pero se indica que continúa haciendo falta articular todos los esfuerzos generados y consolidar la orientación programática para la gestión pública regional.

La Política parte por tanto de una dimensión regional y se corresponde con la definición de acciones gubernativas en complemento con responsabilidades y competencias nacionales. Su enfoque es de Salud Pública, siguiendo el principio de la búsqueda de equidad en salud, enfocándose de manera especial en la dimensión social de los determinantes de la salud, fundamental para abordar las inequidades sanitarias y con ello las diferencias injustas y evitables de la situación de salud de los países y en la Región. Busca impulsar la perdurabilidad de las acciones estratégicas en salud en la región más allá de ciclos políticos nacionales y el posicionamiento del sector salud regional y nacionalmente, en el marco de la intersectorialidad e interinstitucionalidad.

3.4 Plan Estratégico Regional en VIH Sida 2010-2015

Este plan fue elaborado por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) y aprobado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). El Plan enmarca una serie de compromisos de los Estados de la Región y desarrolló bienes públicos regionales como son: un marco de gobernanza, orientación estratégica y monitoreo de avances; el desarrollo de capacidades y comunicación entre países para la vigilancia epidemiológica y la investigación; creación de capacidades regionales para atender necesidades compartidas por todos los países, en la búsqueda del acceso universal a protección de los derechos, servicios preventivos, atención integral y participación efectiva para los habitantes de la región; voz, presencia y toma de posición de las redes de poblaciones clave de la epidemia, de alcance regional, involucradas en la planificación, implementación y evaluación de las acciones regionales; una agenda común de prioridades de cooperación internacional que facilite la armonización y alineación del apoyo de las organizaciones socias del desarrollo.

3.5 Estrategia Regional de Sostenibilidad en VIH 2015-2020

La Estrategia de Sostenibilidad para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana (2015-2020). En esta estrategia, se identifican y abordan los obstáculos para mantener y acelerar el avance en la respuesta al VIH, y se desarrolla una estrategia programática y financiera para reducir sustancialmente las nuevas infecciones, ampliar la detección y el acceso a servicios efectivos para reducir la mortalidad causada por el VIH, atender las poblaciones afectadas y promover entornos más favorables para las poblaciones vulnerables.

Los objetivos de la Estrategia de Sostenibilidad son:

- Reducir la dependencia de recursos externos para el financiamiento de las acciones dirigidas a reducir el número de nuevas infecciones por VIH, a consecuencia de una mayor aportación de fuentes nacionales.
- Aumentar de manera sostenible la cobertura de acceso a la atención y el tratamiento, a través del mejoramiento de la calidad de la gestión y atención, y la reducción de los costos de provisión.
- Alinear la cooperación de las entidades que contribuyen a la respuesta al VIH, para redistribuir los recursos basados en las necesidades regionales, las evidencias y orientada a resultados.
- 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.
- Fortalecer el apoyo dirigido a los sistemas de información de VIH que permitan contar con datos de calidad y de acuerdo a necesidades regionales para la toma de decisiones.

La Estrategia cuenta con 5 líneas de acción, entre las que se encuentran la integración programática y presupuestaria de la respuesta al VIH, y la calidad y efectividad de la prevención primaria y secundaria, incluyendo el escalamiento de la detección en poblaciones más expuestas y programas para personas con VIH en etapa inicial. Entre las recomendaciones para su

implementación, se plantea el monitoreo en cascada para una respuesta más efectiva. La estrategia fue lanzada en 2013 y actualizada en 2015 por el MCR y el COMISCA.

4 Lineamientos internacionales 2016-2021

4.1 Estrategia ONUSIDA para el 2016-2021 ³⁴

Contiene la acción concertada que van a acelerar el progreso hacia los ambiciosos objetivos globales 90 90 90. Un sólido consenso mundial indica que ya existen las herramientas para poner fin a la epidemia de sida. El tratamiento del VIH puede prolongar la esperanza de vida de PVIH y prevenir con eficacia la transmisión del virus. Existen también muchas posibilidades comprobadas para prevenir el VIH además de los medicamentos, entre ellas las intervenciones de prevención combinada incluyendo uso del condón, cambios de comportamiento, la circuncisión masculina voluntaria entre otros y los programas para los grupos de población clave. Las infecciones por el VIH podrían no desaparecer en el futuro inmediato, pero la epidemia de sida puede llegar a su fin en el año 2030, de lograrse las metas 90 90 90. Destaca la necesidad de reforzar los esfuerzos de prevención y tratamiento para estos grupos de población clave.

Por otra parte, la movilización de recursos para los programas de VIH ha aumentado, sin embargo se hace necesario un abordaje inversionista, centrando los recursos en los programas más efectivos y en las poblaciones y escenarios geográficos donde la necesidad es mayor, debido a que poner fin a la epidemia necesitará aún más financiamiento.

Con el logro de los objetivos 90-90-90 para el año 2020, todavía quedaría un 27% de personas que viven con el VIH con la carga vírica sin suprimir en el mundo, por lo que aumentar las inversiones en estrategias de prevención del VIH comprobadas será fundamental para lograr el objetivo de poner fin a la epidemia.

Se necesitarán niveles muy altos de cobertura de los programas de VIH acorde con las características de cada contexto y los mecanismos de financiamiento deberían ser: Sostenibles, Adicionales, Acción acelerada, Estables, Progresivos, Eficientes y Sin efectos secundarios importantes, es decir que no tengan consecuencias para el desarrollo económico, político o social.

4.2 Estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH 2016-2021

La Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS para 2016–2021 de la OMS/OPS está armonizada con otras estrategias y planes mundiales y regionales en materia de salud, como los relativos al VIH, la salud sexual y reproductiva, la salud materno-infantil y las enfermedades no transmisibles. Sus cuatro orientaciones estratégicas son: 1. Servicios e intervenciones esenciales de calidad 2. Obtención de impacto y equidad: enfocarse en poblaciones y lugares 3. Innovar para acelerar 4. Financiación para la sostenibilidad. En una sección transversal se aborda la creación de un entorno favorable para prestar servicios y lograr impacto, y se analiza información estratégica para la promoción y las inversiones y para el fortalecimiento de los sistemas, las alianzas y los vínculos.

Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁵ en VIH reconocen entre otros avances, que el inicio más temprano del tratamiento de las personas que viven con VIH mejora la calidad de vida y constituye un mecanismo que ayuda a la prevenir la transmisión del virus. Las nuevas guías de la OMS (2015) promueven un inicio más temprano del tratamiento antirretrovírico (TAR) para mantener saludables a los pacientes con VIH, además de reducir la cantidad de virus en la sangre, que disminuye a su vez el riesgo de transmisión a otras personas. El cambio principal en relación con el inicio del tratamiento es la modificación de los criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento, pasando del conteo de CD4 hacia la elegibilidad universal. Esta estrategia tiene un gran potencial en la reducción en la tasa de transmisión del VIH en la población mediante el aumento de las pruebas del VIH, el inicio del tratamiento antirretroviral y la vinculación de las personas a la atención en salud. Esta se basa en la premisa de que la tasa de nuevas infecciones por el VIH se puede reducir mediante el despliegue de prueba universal del VIH con el fin de diagnosticar todas las personas que viven con el VIH, e iniciar el tratamiento antirretroviral de inmediato, independientemente del recuento de CD4 o Carga Viral. El tratamiento por sí solo no pondrá fin a la epidemia, éste tiene que ser entregado como parte de un paquete integral incluida la educación VIH y el Sida, la educación sexual y la salud reproductiva, el uso del condón y el cambio de comportamiento.

4.3 El Llamado a la Acción 2020

Llamado a la Acción (“Call to Action”). El Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención del VIH se celebró en la Ciudad de México del 26 al 28 de mayo del 2014 con el tema: “Del diagnóstico al tratamiento efectivo: optimizando las etapas en el continuo de la atención”. Su propósito fue contribuir a la expansión y la sostenibilidad de la respuesta ante el VIH y, en particular, de la atención integral mediante alianzas entre programas nacionales, servicios de salud, médicos clínicos y representantes de la sociedad civil. En el primer Foro se generó un “Llamado a la Acción” suscrito por todos los países. Ese documento contiene las recomendaciones clave para guiar los esfuerzos de los países de la región que estuvieren encaminados a ampliar el acceso sostenible y equitativo, así como la cobertura y la calidad de la atención y los servicios de tratamiento de la infección por el VIH.”

Durante ese foro se acordaron nuevas metas programáticas, llamadas “90-90-90”, las cuales pretenden guiar la respuesta regional al VIH después del 2015. Se espera que el 90% de las personas con infección por el VIH se les haya diagnosticado la infección; 90% de los pacientes aptos para el tratamiento recibirán la terapia antirretroviral; y en 90% de los pacientes en tratamiento antirretroviral se haya producido la supresión viral.

Para lograr las metas se debe garantizar una serie de aspectos, entre ellos que todos los compromisos asumidos para el cumplimiento del continuo de la atención se basen en el respeto y garantía de los derechos humanos y perspectiva de género; que los países garanticen el derecho de las personas al acceso oportuno y voluntario a la prueba del VIH, atención y tratamiento en un ambiente libre de coerción, estigma y discriminación en el marco de los derechos humanos; que los países elaboren y actualicen sus cascadas del continuo de atención, utilizando los datos de la cascada como herramienta programática y de apoyo político y para monitorear los progresos y que los sistemas de salud revisen los modelos de atención y los adapten tomando en cuenta que el acceso oportuno y sin interrupción al tratamiento

antirretroviral convierte a la infección por el VIH en una infección crónica. Insta a los gobiernos a abordar todas las barreras estructurales para el acceso universal a la atención del VIH.

Llamado a la acción Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención” celebrado en Rio de Janeiro, Brasil, 18 -20 de agosto de 2015. Se acordaron las metas de prevención regionales y la reducción del estigma y la discriminación como componentes esenciales para fortalecer los acuerdos de la región sobre el continuo de la prevención y la atención y una declaración del foro, que contiene las recomendaciones de intervenciones prioritarias para acelerar el avance hacia las metas de prevención, atención y tratamiento para el 2020. Para el logro de las metas, acordadas será necesario disminuir el número de nuevas infecciones al menos un 75% para el año 2020, y una reducción de un 90% al 2030.

4.4 Metas 90 90 90

Los países de Centroamérica y República Dominicana han adoptado metas programáticas ambiciosas pero factibles al 2020 para guiar la respuesta regional al VIH después del 2015: se habrá efectuado el diagnóstico de 90% de las personas con infección por el VIH; recibirán el TAR 90% de las personas aptas para la terapia antirretroviral; en 90% de los pacientes en terapia antirretroviral se observará una supresión de la carga viral. También se incluyó otra meta: reducir el diagnóstico tardío (<200 células CD4) a menos de 10% en personas con diagnóstico reciente. En cuanto a la Prevención combinada los países establecieron un conjunto de metas de prevención y cero discriminaciones.

4.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible

En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, que se llevó a cabo el 25 septiembre de 2015, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 193 líderes mundiales aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático.

El ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, plantea lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y eficaces para todos. Para responder a la epidemia del sida además del ODS3 se debe abordar los determinantes de la vulnerabilidad y las necesidades integrales de las personas en situación de riesgo y que viven con el VIH. Por lo tanto, existen vínculos críticos entre la respuesta al VIH y el ODS1 Poner fin a la pobreza, Objetivo 2: Fin del hambre; ODS 4 Garantizar una educación de calidad entre otros, siendo consistente este con el enfoque de determinantes de la salud.

5 Estructura del Plan Estratégico Regional 2016-2021

El Plan Estratégico Regional estará vigente en el período 2016 – 2021, que corresponde al tramo final para el cumplimiento del Llamado a la Acción y las Metas 90 90 90. El alcance geográfico

del Plan incluye los países miembros del Sistema de la Integración Centroamericana, y a la República Dominicana, como país asociado al SICA. Enfoques y principios orientadores del PER

5.1 Principios

1. Universalidad en salud integración y vinculación con los sectores en la región.
2. Rectoría de los gobiernos en la región.
3. Derechos Humanos. Protección y promoción de los derechos humanos, de igualdad entre los sexos y de la equidad en el derecho a la salud.
5. Alianzas para obtener mayor impacto.
6. Participación activa de las personas con VIH, Poblaciones prioritarias y la comunidad.

5.2 Visión

Para el 2021, bajo la conducción del MCR, mediante un enfoque innovadores en la atención y prevención del VIH y que fortalezca los derechos humanos, equidad de género y espacios libres de estigma y discriminación principalmente en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, se han reducido las nuevas infecciones por VIH, producto del esfuerzo concertado y participativo de los actores de la respuesta.

Se ha alcanzado el conjunto de metas regionales de acceso universal, con énfasis especial en el 90 90 90 y el acceso a acciones multisectoriales preventivas, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo más alto; el acceso a la asistencia, el apoyo y el tratamiento para las personas y familias afectadas por el VIH – Sida; la protección de los derechos de personas en el marco de la respuesta al VIH – Sida; y el fomento de la investigación que contribuya a desarrollar respuestas más eficaces frente a la epidemia.

5.3 Líneas estratégicas

En cuanto al enfoque, el Plan Estratégico Regional no busca sustituir, dirigir o limitar las estrategias y acciones nacionales de la respuesta al VIH Sida, pues posee un ámbito de actuaciones propio, que se orienta a la consolidación de bienes públicos globales para la región (Ver Anexo 9.3 Ámbito Programático Regional). Entre éstos se cuentan las políticas armonizadas; los espacios de participación y conducción; la aplicación de tecnologías de información y comunicaciones para el monitoreo, la vigilancia epidemiológica y el intercambio de experiencias; la integración social por la vía del acceso verdaderamente universal, que incluye a los nacionales de todos los países miembros; la promoción de nuevos niveles de cumplimiento de convenios internacionales y legislaciones nacionales sobre derechos humanos, el derecho a la no discriminación y el derecho a la participación.

Con esta orientación es que el MCR definió para el período 2016-2021 las siguientes líneas estratégicas:

- a) Liderazgo, gobernanza y multisectorialidad de la respuesta regional al VIH-sida; b) Políticas Regionales en apoyo a la Acción Acelerada para la eliminación del VIH-sida; c) Estrategias regionales para impulsar la sostenibilidad de la respuesta al VIH; d) Involucramiento en la respuesta al VIH de sectores diferentes a salud; e) Información estratégica para la inversión costo-efectiva y monitoreo de resultados; e) Entornos favorables, alianzas y redes en apoyo a la

acción regional en VIH; f) Armonización de Prioridades Estratégicas de la Cooperación Regional; h) Gestión para la implementación del Plan Estratégico Regional

6 Estrategias, resultados y acciones

El Plan de Acción es desarrollado siguiendo las Líneas Estratégicas aprobadas por COMISCA, y en un proceso de consulta con los representantes ante el MCR, actores y proyectos regionales. A continuación, se presenta, para cada línea estratégica, una breve explicación del enfoque estratégico de la línea, y el desarrollo de resultados, acciones, plazos y responsables de la implementación

6.1 Liderazgo, gobernanza y multisectorialidad de la respuesta regional al VIH

ESTA LÍNEA CONSISTE EN EL FORTALECIMIENTO DEL LIDERAZGO REGIONAL EN VIH/SIDA CON PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL Y DE LOS MECANISMOS DE GOBERNANZA, A TRAVÉS DEL MECANISMO COORDINADOR REGIONAL COMO ASESOR TÉCNICO DE COMISCA EN EL TEMA. EN CONCORDANCIA CON LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE ONUSIDA, ES IMPORTANTE PLANTEAR UNA SOLA AUTORIDAD REGIONAL QUE COORDINE LAS ACCIONES MULTISECTORIALES Y ACOMPAÑE EN ESE ÁMBITO LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIORITARIAS. SOBRE ESTE ASPECTO, LA REGIÓN CUENTA CON EL APOYO DE LOS PRESIDENTES DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA, EXPRESADO EN RESOLUCIONES DE LA DECLARACIÓN DE SAN SALVADOR, EMITIDAS EN LA EDICIÓN 2005 DEL CONGRESO CENTROAMERICANO SOBRE ITS, VIH Y SIDA (CONCASIDA) Y RATIFICADAS EN CONCASIDA 2007 Y 2010 CON LA FIRMA DEL MARCO DE COOPERACIÓN ENTRE LOS GOBIERNOS DE LA REGIÓN Y EL PROGRAMA PEPFAR DEL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS. LOS RESULTADOS, ACCIONES, PLAZOS Y RESPONSABLES PARA ESTA LÍNEA ESTRATÉGICA SE PRESENTAN EN LA

TABLA 6.1.

TABLA 6.1. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 1

Línea Estratégica 1. Liderazgo, gobernanza y multisectorialidad de la respuesta regional al VIH			
Resultado 1		COMISCA consolida su liderazgo en la promoción de la respuesta multisectorial frente a las VIH-sida, con la asesoría técnica de MCR.	
Acciones		Plazo	Responsable
1.1.1	Difusión y seguimiento de la agenda regional de COMISCA en VIH-sida	Semestral	MCR – SAT
1.1.2	Implementación y seguimiento a las resoluciones de COMISCA sobre VIH-sida	Cada trimestre	MCR - SAT
Resultado 2		Compromisos y políticas favorables para la implementación del plan estratégico regional de VIH-sida y el logro las metas regionales, promovido y acordado por las instancias de integración en la región.	
Acciones		Plazo	Responsable
1.2.1	Seguimiento a los compromisos de las metas regionales 2020 y para la provisión de paquetes de servicios integrales de VIH a poblaciones claves priorizadas	Permanente	COMISCA-MCR

1.2.2	Incidencia en las estructuras claves regionales y nacionales para el incremento de los recursos necesarios para la respuesta integral y efectiva al VIH-sida y el alcance de las metas al 2020	Permanente	COMISCA-MCR
Resultado 3		COMISCA y MCR transparentan su accionar en VIH-sida	
Acciones		Plazo	Responsable
1.3.1	Seguimiento al cumplimiento de atribuciones y compromisos que se derivan de los diferentes reglamentos y resoluciones a los que están adscritas las instancias vinculadas a la respuesta regional al VIH-sida	Permanente	COMISCA MCR
1.3.2	Informe de gestión y resultados de la respuesta regional al VIH-sida	Semestral	COMISCA MCR

6.2 Políticas Regionales en apoyo a la Acción Acelerada para la eliminación del sida

La gestión estratégica del Plan Regional requiere del desarrollo de instrumentos gerenciales para organizar, conducir y evaluar la contribución de las acciones en el ámbito regional y su interacción con los planes, políticas y estrategias nacionales. El punto de referencia institucional es, a nivel político, COMISCA, y a nivel técnico el MCR, el cual requiere una designación explícita, marcos de operación estándar y un plan de trabajo concreto. Las acciones de esta línea estratégica se describen en la Tabla 6.2.

TABLA 6.2. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 2

Línea Estratégica 2. Políticas Regionales en apoyo a la Acción Acelerada para la eliminación del sida			
Resultado 1		Estrategias innovadoras y costo efectivas adoptadas e implementándose en la región bajo el liderazgo y apoyo político de COMISCA y el apoyo técnico de MCR.	
Acciones		Plazo	Responsable
2.1.1.	Promoción de la adopción de estrategias innovadoras y lineamientos mundiales de Naciones Unidas para la gestión de la respuesta que conduzca a poner fin a la epidemia del sida; de la Organización Mundial de la Salud para el continuo de la prevención y atención en VIH, y los compromisos del Llamado a la Acción y las metas al 2020	Año 1	COMISCA-MCR
2.1.2	Promoción y seguimiento a la implementación, mediante ajustes razonables y progresivos de los países miembros del COMISCA, de las estrategias innovadoras y los nuevos lineamientos mundiales de Naciones Unidas, la OMS, y los compromisos del Llamado a la Acción para el alcance de las metas al 2020	Semestral	COMISCA-MCR

2.1.3	Apoyar la armonización de las estrategias innovadoras, modelos y nuevos lineamientos adoptados en la región para el alcance de las metas al 2020	Año 2	MCR - COMISCA
2.1.4	Desarrollo de una estrategia regional de acceso a servicios integrales de VIH para poblaciones móviles y migrantes, con énfasis en poblaciones priorizadas para el tipo de epidemia que incluya estrategias de prevención y atención adaptadas a las dinámicas propias de cada población y país de acuerdo a lineamientos mundiales adoptados por la región	Año 2	MCR -COMISCA
2.1.5	Promoción y seguimiento de la implementación de estrategias de prevención combinada con énfasis en poblaciones clave y priorizadas para la expansión de la prueba de VIH, diagnóstico y tratamiento de ITS, acceso a condones, lubricantes y comunicación para el cambio de comportamiento, focalizada en los lugares geográficos con mayor carga de morbilidad y más transmisión (HotSpot), con enfoque de Género y Derechos Humanos	Permanente	MCR-SAT
2.1.6	Promoción, seguimiento y apoyo a los países para la expansión de nuevas tecnologías y enfoques de prevención en el contexto de la prevención combinada y la estrategia de prueba y tratamiento temprano de antirretrovirales	Permanente	MCR-COMISCA
2.1.7	Promoción, seguimiento y apoyo a los países para realizar ajustes necesarios para implementar el continuo de la prevención y atención en VIH, con énfasis en el acceso a pruebas diagnósticas, el inicio temprano del tratamiento, la mejora de la adherencia al tratamiento, la retención de los pacientes en el proceso de atención, acceso a carga viral, según normativa	Permanente	MCR-COMISCA
2.1.8	Impulsar la adopción de estrategias para la descentralización de servicios de laboratorio relacionados con la ampliación del acceso oportuno a la prueba de VIH y carga viral mediante la incorporación de tecnologías apropiadas y adecuados al nivel de la demanda (ejemplo “point of care” u otros)	Permanente	MCR-COMISCA
2.1.9	Promover, dar seguimiento y apoyo a la incorporación a las currículas nacionales de los lineamientos mundiales adoptados por COMISCA y MCR, así como también para el abordaje y erradicación de las barreras del estigma, discriminación, violencia sexual y violencia basada en género, en la atención a las personas con VIH y las poblaciones clave priorizadas en la región	Permanente	MCR-COMISCA
Resultado 2		Bases regulatorias y administrativas para la negociación de precios y/o compra conjunta regional de antirretrovirales y suministros para la prevención y atención del VIH/ sida, elaboradas y en aplicación.	

Acciones		Plazo	Responsable
2.2.1	Fortalecer y promover los mecanismos para la negociación conjunta de precios y/o compra conjunta de medicamentos, reactivos e insumos para VIH en los países del SICA	Anual	COMISCA MCR-SAT
2.2.2	Analizar y promover la incorporación - en los marcos regulatorios, acuerdos y prácticas nacionales y regionales- el uso de las flexibilidades para la compra de medicamentos e insumos para la reducción de costos, que son avalados por los “Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio” (ADPIC) que tienen como base la protección de las necesidades de salud pública. Alianza con la Comisión Técnica de Medicamentos y otras instancias vinculadas al tema.	Permanente	COMISCA MCR-SAT
2.2.3	Propiciar la formación/incorporación de medicamentos e insumos para la respuesta al VIH, a un banco regional de insumos médicos, que asegure la compra y distribución regional de los mismos. Alternativamente centro de acopio regional en Panamá para adquirir productos de la negociación conjunta y que estén disponibles para cuando los países lo requieran y evitar desabastecimientos. Alianza con la Comisión Técnica de Medicamentos y otras instancias vinculadas al tema.	Año 1	COMISCA-MCR
2.2.4	Desarrollar e implementar una política o mecanismos de intercambio, entre países miembros del SICA, de medicamentos y suministros para prevención y atención del VIH para resolver situaciones emergentes y de emergencia.	Año1-5	COMISCA MCR-SAT

6.3 Estrategias regionales para impulsar la sostenibilidad de la respuesta al VIH

Esta línea estratégica parte del reconocimiento de los esfuerzos que los países están haciendo para ofrecer el nivel de acceso más amplio posible, dadas las capacidades y los recursos con que cuenta cada país, a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, y a la promoción de los derechos humanos para las poblaciones clave de la epidemia. En este marco, se reconoce además que el ámbito regional ofrece oportunidades que deben aprovecharse, sobre una escala económica más amplia, una capacidad de negociación mayor, y un espectro de análisis más completo para entender mejor la dinámica de la epidemia en términos de otros factores sociales. Los resultados, las acciones, los plazos y responsables que involucra esta línea de acción se describen en la Tabla 6.3.

TABLA 6.3. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 3

Línea Estratégica 3. Estrategias regionales para impulsar la sostenibilidad de la respuesta al VIH			
Resultado 1		Estrategias regionales y nacionales de Sostenibilidad desarrolladas, implementadas y monitoreadas, aplicando criterios de focalización, costo efectividad, estrategias innovadoras	
Acciones		Plazo	Responsable
3.1.1	Seguimiento a la Implementación de la Estrategia de Sostenibilidad alineada con las metas regionales del Llamado a la Acción Metas 90-90-90, el marco de inversión y el gasto en salud	Permanente	MCR –SAT
3.1.2	Análisis de las brechas programáticas y financieras en el ámbito regional y de los problemas de la implementación de la Estrategia de Sostenibilidad	AÑO 1- 3-5	MCR –SAT
3.1.3	Estimaciones y análisis de los recursos necesarios para la implementación de las estrategias innovadoras para alcanzar las metas establecidas en la región para el 2020 y escenarios alternativos de financiamiento	AÑO 1-3-5	MCR –SAT
3.1.4	Incremento del compromiso político para el financiamiento sostenido de la respuesta al VIH con recursos nacionales y mediante alianzas estratégicas, por ejemplo, con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida; entre otros	Permanente	COMISCA MCR –SAT
Resultado 2		Marco de negociación de cooperación técnica y financiera para VIH - Sida, basado en el cumplimiento de las metas 90-90- 90 y en las necesidades de asistencia.	
Acciones		Plazo	Responsable
3.2.1	Desarrollo, implementación y seguimiento de estrategias para la armonización de la cooperación técnica y financiera nacional, regional y extra regional para el cumplimiento de las metas nacionales y regionales en los países del SICA	Permanente	COMISCA-MCR
3.2.2	Preparación de propuestas para la movilización de recursos técnicos y financieros para el cumplimiento de las metas regionales en los países del SICA	Año 1-3	COMISCA-MCR
3.2.3	Análisis y preparación de propuestas para la movilización de recursos nacionales y regionales para el cumplimiento de las metas al 2020, incluyendo la identificación de formas innovadoras de financiamiento, cofinanciamiento, alianza público-privadas entre otros, promoviendo el apoyo técnico y político que facilite su implementación	Permanente	MCR –SAT

3.2.4	Promover la implementación de enfoques promovidos por Naciones Unidas de focalización geográfica y poblaciones clave para lograr mayor impacto en la contención de la epidemia	Permanente	MCR
	Resultado 3	Consolidado de información y análisis económicos apoyando la toma de decisiones en apoyo a la sostenibilidad	
Acciones		Plazo	Responsable
3.3.1	Análisis de sostenibilidad y recomendaciones sobre intervenciones costo-efectivas y modelos de entrega de servicios como parte de las estrategias para la sostenibilidad y en procura de la viabilidad para la implementación de nuevas intervenciones de prevención y atención. Incluye análisis económicos y de financiamiento, identificación de brechas y proyectar costos para la implementación de las estrategias de prevención y acceso a la prueba de VIH, y el inicio inmediato del tratamiento a personas con VIH, acorde con las nuevas Guías de la OMS.	Año 1-3	MCR
3.3.2	Sistematización de buenas prácticas, avances y logros regionales en el marco de la estrategia de sostenibilidad y desafíos para el siguiente período.	Años 3-5	MCR
3.3.3	Seguimiento y actualización de las mediciones del gasto en sida y los marcos de inversión en los países acorde con datos nuevos se estimaciones, reducción de precios, identificación de escenarios financieros y de ahorros, entre otros.	AÑO 1- 3 -5	MCR –SAT

6.4 Involucramiento de sectores diferentes a salud en la respuesta al VIH

La sostenibilidad respuesta al VIH demanda la participación de diferentes sectores en la respuesta al VIH-sida. El análisis FODA realizado por el MCR en noviembre de 2015, determinó la necesidad de ampliar esta área de enfoque en el Plan Regional. La incorporación de los Ministerios de Finanzas en la respuesta al VIH se identifica como una acción crítica en apoyo a la expansión de servicios, para la adopción de nuevos enfoques que prolongarán la vida de las personas y que contribuirán a contener la epidemia de VIH y eliminar el sida. Los sectores de Economía, Comercio y Aduanas, juega un rol clave en el ámbito de patentes y acuerdos comerciales que impactan en los precios, compra y adquisición de productos farmacéuticos, incluyendo los medicamentos utilizados para el VIH. Por otra parte, el sector laboral a través de la empresa privada y el Ministerio de Trabajo deben estar involucrados debido a que afecta en forma predominante al segmento más productivo de la población, y sus impactos incluyen la pérdida de ingresos familiares, y pérdidas económicas a la sociedad por la disminución de la productividad, el aumento de los costos laborales y la pérdida de habilidades y experiencia. El

VIH es además un tema clave en el mundo laboral, dada la importancia de los centros laborales como espacios para reducir la propagación de la epidemia y atenuar sus impactos, por lo que promover la adopción por las empresas de políticas explícitas sobre VIH-sida para implementar programas de prevención y para las personas con VIH integradas a la fuerza laboral tenga más oportunidades y apoyo para mantenerse vinculada a los servicios de salud y adherente a los medicamentos. Asimismo, se requiere del fortalecimiento de las Procuradurías de Derechos Humanos en la defensa y protección de los derechos humanos de todas las personas, en particular las PVIH, y las poblaciones clave que frecuentemente son discriminados por su condición. Los resultados, las acciones, los plazos y responsables que involucra esta línea de acción se describen en la Tabla 6.4.

TABLA 6.4. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 4

Línea Estratégica 4. Involucramiento y gestión de compromisos de sectores diferentes a salud en la respuesta al VIH			
		Resultado 1	Marcos de colaboración intersectorial en apoyo al Plan Estratégico Regional y las metas regionales 90 90 90
Acciones		Plazo	Responsable
4.1.1	Promover la coordinación de esfuerzos intersectoriales a nivel regional y nacional para desarrollar e implementar acciones coordinadas tendientes a lograr el abordaje integral de la epidemia	Permanente	COMISCA MCR
		Resultado 2	Sectores públicos claves diferentes a salud, participando activamente en la respuesta al VIH a nivel regional y nacional
Acciones		Plazo	Responsable
4.2.1	Propiciar la participación de representantes de alto nivel de los diferentes sectores, para promover que se incluyan en sus presupuestos recursos para implementar los planes estratégicos multisectoriales, incluyendo también la perspectiva de los Ministerios de Finanzas en apoyo a la sostenibilidad financiera de la respuesta al VIH a nivel regional y nacional	Permanente	COMISCA- MCR
4.2.2	Fomentar la participación activa del sector privado regional en la movilización gradual de la empresa privada nacional para la formulación de políticas y programas de VIH en el lugar de trabajo, consistentes con los lineamientos avalados por la OMS, el continuo de la atención en VIH y la eliminación de estigma y la discriminación por VIH	Permanente	COMISCA MCR –SAT

6.5 Información estratégica para orientar programas costo-efectivos

LA INFORMACIÓN PARA EL MONITOREO, LA TOMA DE DECISIONES Y LA PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA REGIONAL AL VIH Y EL SIDA SON ENTENDIDAS EN EL MARCO DEL PLAN ESTRATÉGICO COMO BIENES PÚBLICOS GLOBALES QUE DEBEN ESTAR AL ALCANCE DE TODOS LOS CIUDADANOS INTERESADOS, LAS ORGANIZACIONES DE SOCIEDAD CIVIL, GOBIERNOS Y COOPERANTES. SIN EMBARGO, PARA ESTABLECER UN SISTEMA QUE PUEDA APROVECHARSE EN EL ÁMBITO NACIONAL, REGIONAL E INTERNACIONAL A LA VEZ, ES NECESARIO RESOLVER LAS CUESTIONES DE CONSISTENCIA EN EL TIEMPO Y COMPARABILIDAD ENTRE PAÍSES. ESTA

LÍNEA ESTRATEGIA APUNTA A LA DEFINICIÓN DE UN CONJUNTO DE INDICADORES ESENCIALES ARMONIZADOS PARA LA MEDICIÓN DE LOS PROGRESOS EN LA SITUACIÓN Y RESPUESTA AL VIH Y SIDA. ADEMÁS DEL IMPORTANTE DESAFÍO DE GENERAR ACUERDOS SOBRE LA DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LOS INDICADORES Y SU PRIORIZACIÓN, TAMBIÉN ES IMPORTANTE PENSAR EN LOS ASPECTOS TECNOLÓGICOS PARA INTEGRAR Y COMPARTIR LOS RESULTADOS CON OPORTUNIDAD Y PRECISIÓN. EN ESTRECHA VINCULACIÓN, LA LÍNEA PLANTEA ADEMÁS EL ACUERDO Y EJECUCIÓN DE UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN REGIONAL, LA EJECUCIÓN DE LOS ESTUDIOS, EL INTERCAMBIO DE RESULTADOS Y SU DISEMINACIÓN, COMO SE MUESTRA EN LA

TABLA 6.5.

TABLA 6.5. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 5

Línea Estratégica 5: Información estratégica para orientar programas costo-efectivos y monitoreo de resultados			
		Resultado 1	Marco de monitoreo y evaluación del Continuo de la Atención y el Llamado a la Acción armonizado e implementándose en la región
Acciones		Plazo	Responsable
5.1.1	Diagnóstico rápido de situación de los sistemas de vigilancia del Continuo de la Atención y sistemas de monitoreo y evaluación de los países de la región.	Año 1	MCR –SAT
5.1.2	Revisión y Actualización de indicadores Armonizados de los compromisos regionales del Continuo de la Atención y el Llamado a la Acción	Año1	MCR –SAT
5.1.3	Organización de reuniones de análisis de información de los compromisos regionales y reporte de avances a COMISCA	Semestral (Mayo y Noviembre)	MCR –SAT
5.1.4	Monitoreo y evaluación de los progresos alcanzados hacia el logro de los compromisos regionales. Reporte de indicadores regionales armonizados.	Anual	MCR –SAT
5.1.5	Promover que en los planes estratégicos de los países de la región se determinen las prioridades y recursos para implementar las estrategias innovadoras que conducirán al alcance de las metas establecidas para 2020	Anual	MCR –SAT
5.1.6	Promover que los países realicen evaluaciones que permitan constatar los avances en las metas nacionales y regionales en esta materia y mejorar la implementación en los países.	Anual	MCR –SAT
		Resultado 2	Agenda de investigación en temas específicos de VIH sida, elaborada y negociación de los medios para su implementación.
Acciones		Plazo	Responsable
5.2.1	Desarrollo de la agenda de investigación en temas específicos de ámbito regional, a partir de un análisis de brechas	Año 1, 3 y 5	MCR –SAT
5.2.2	Gestión de la implementación de la agenda de investigación en VIH - sida	Permanente	MCR –SAT
5.2.3		Permanente	MCR –SAT

	Desarrollo de una plataforma para consolidar, analizar y difundir información estratégica para la planificación y la toma de decisiones en la respuesta al VIH - sida		
	Resultado 3	Paquete de información crítica para la estimación de recursos y la planificación financiera	
5.3.1	Apoyar las coordinaciones para fortalecer los procesos conducentes a generar las estimaciones de personas con VIH, tamaño de poblaciones clave y modos de transmisión. En el año 1 tener la referencia de datos regionales de las poblaciones clave estandarizadas de cada país	AÑO 1 - 3	MCR –SAT

6.6 Entornos favorables, alianzas y redes en apoyo a la acción regional en VIH

Esta línea parte de la convicción de que pueden lograrse progresos importantes en la situación de derechos humanos de las poblaciones vulnerables a y afectadas por la epidemia del VIH, si se faculta a éstas para consolidar su posición estratégica, realizar contraloría social de los compromisos y actuaciones públicas nacionales y regionales y participar en la evaluación, planificación y toma de decisiones sobre las acciones en respuesta al VIH en el ámbito regional. Las acciones para promover esta participación estratégica, así como sus resultados esperados, plazos y responsables, se describen en la Tabla 6.6.

TABLA 6.6. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 6

Línea Estratégica 6: Entornos favorables, alianzas y redes en apoyo a la acción regional en VIH			
Resultado 1		Organizaciones que intervienen en la región y su ámbito de acción, involucradas en el diseño de políticas, planes y programas de alcance regional.	
Acciones		Plazo	Responsable
6.1.1	Facilitar colaboraciones y alianzas estratégicas entre instituciones, organizaciones sociales y comunitarias	Anual	MCR-SAT Organizaciones con representación regional
6.1.2	Asesorar y/o acompañar a las organizaciones regionales en el desarrollo de propuestas para la implementación de Estrategias Regionales en el marco de la respuesta regional al VIH	Permanente	MCR-SAT
6.1.3	Facilitar la plataforma de información estratégica del MCR para que las organizaciones regionales de sociedad civil cuenten evidencia oportuna para la promoción y garantía de sus derechos	Permanente	MCR-SAT
6.1.4	Promover la sistematización y difusión de mejores prácticas de prestación de servicios a poblaciones clave y personas VIH	Permanente	MCR-SAT
6.1.5	Promover la articulación de esfuerzos de los observatorios de la respuesta al VIH	Permanente	MCR-SAT
			Programa regional REDCA/ SISCA

Resultado 2		Marco político y legal fortalecido para la defensa y protección de los derechos humanos de la PVIH y poblaciones clave en el ámbito del sector salud.	
Acciones		Plazo	Responsable
6.2.1	Promover el compromiso político para la Eliminación de la discriminación y reducir las actitudes estigmatizantes en los servicios de atención de salud	Permanente	COMISCA-MCR
6.2.2	Promover un ambiente político favorable tendiente a eliminar el estigma y discriminación para mejorar la retención de PVIH en los servicios de salud con énfasis en las poblaciones clave priorizadas	Permanente	COMISCA-MCR
6.2.3	Sistematización y difusión de mejores prácticas para la eliminación del estigma y discriminación en el sector salud	Permanente	SAT-MCR
6.2.4	Protección y fomento de los derechos humanos para reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH y el riesgo de adquirirla, ampliar el acceso a servicios de salud.	Permanente	COMISCA-MCR

6.7 Armonización de Prioridades Estratégicas de la Cooperación Regional

DURANTE EL FORO DE ARMONIZACIÓN Y ALINEACIÓN DE LA COOPERACIÓN REGIONAL PARA CENTROAMÉRICA, CELEBRADO EN VIENA, AUSTRIA, EN MAYO DE 2006, SE DESTACÓ LA IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN COMPARTIDA SOBRE EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN POR PARTE DE LOS GOBIERNOS CENTROAMERICANOS, LA INSTITUCIONALIDAD REGIONAL, LA SOCIEDAD CIVIL Y LA COMUNIDAD INTERNACIONAL COOPERANTE, CON BASE EN PLANES DE MEDIANO PLAZO Y LARGO PLAZO. PARA EL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE VIH-SIDA, TAMBIÉN ES IMPORTANTE DESARROLLAR ESE MARCO DE ARMONIZACIÓN Y ALINEACIÓN, Y ALCANZAR LOS RESULTADOS QUE SE DESCRIBEN EN LA

TABLA 6.7.

TABLA 6.7. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 7

Línea Estratégica 7. Marco de negociación de cooperación técnica y financiera para VIH/sida, basado en la identificación de las necesidades de asistencia en los ámbitos nacional y regional, establecidos.			
Resultado 1		Marco de negociación de cooperación técnica y financiera para VIH - Sida, basado en la identificación de las necesidades de asistencia en los ámbitos nacional y regional, establecido.	
Acciones		Plazo	Responsable
7.1.1	Preparación de análisis del estado de situación del ITS VIH/sida para la identificación de las brechas programáticas y financieras en el ámbito regional.	Años 1, 3, 5	SAT-MCR Comisión MCR Y socios de la cooperación
7.1.2	Elaboración de planes de prioridades regionales y de necesidades de la cooperación técnica y financiera mediante la presentación con y su negociación en la mesa de cooperantes y estructuras regionales	Años 2 y 4	SAT-MCR
7.1.3	Promoción de la inclusión de prioridades regionales en las estrategias de las agencias de cooperación y estructuras regionales	Año 2 y 4	COMISCA MCR

6.8 Fortalecimiento de la gestión para la implementación del Plan Estratégico Regional

Esta línea estratégica está orientada a fortalecer los mecanismos para lograr mayor efectividad de la acción regional en VIH Sida. Contempla los procesos de planificación, monitoreo y evaluación operativa, los cuales son necesarios para conducir la implementación de las acciones previstas en el Plan Estratégico. Los resultados, acciones, plazos y responsables para esta línea estratégica se presentan en la Tabla 6.8.

TABLA 6.8. ACCIONES Y RESULTADOS ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA 8

Línea Estratégica 8: Fortalecimiento de la gestión para la implementación del PER			
Resultados		El Plan Estratégico Regional se implementa de manera efectiva bajo la conducción y gestión estratégica del Mecanismo de Coordinación Regional, y con el apoyo de la SE COMISCA y el aval político de COMISCA	
Acciones		Plazo	Responsable
8.1.1	Monitoreo y mantenimiento actualizado de los instrumentos de gobernanza del MCR	Primer semestre de cada año	MCR- SAT
8.1.2	Desarrollo de planes operativos anuales consistentes con las metas y resultados del PER, costeados para la implementación de actividades priorizadas	Anual	MCR - SAT
8.1.3	Implementación del Plan Operativo Anual en seguimiento a las metas propuestas en el Plan Estratégico Regional de VIH	Permanente	MCR
8.1.4	Diseño e implementación de estrategias para la gestión de recursos para la apropiada implementación del PER y estrategias regionales	Permanente	MCR- SAT
8.1.5	Proporcionar apoyo y seguimiento para que los países miembros del SICA incorporen las estrategias regionales avaladas por COMISCA y las metas regionales en los Planes Estratégicos Nacionales de VIH	Permanente	MCR – SAT
Resultado 2		Plan Estratégico Regional y Estrategias regionales monitoreadas, evaluadas y actualizadas con indicaciones de avances en la implementación y progreso hacia el logro de las metas e indicadores regionales	
Acciones		Plazo	Responsable
8.2.1	Elaboración del Plan de Monitoreo y Evaluación regional y del marco de monitoreo y evaluación del PER	Año 1	MCR
8.2.2	Monitoreo y evaluación el cumplimiento del PER (Evaluación intermedia y Final) y su estrategia de sostenibilidad regional	Año 2 – 5	COMISCA MCR – SAT
8.2.3	Monitoreo y evaluación el cumplimiento del Plan Operativo del MCR	Semestral	MCR- SAT

8.2.4	Promover que en la actualización de los Planes Estratégicos Nacionales se incorporen las metas regionales	Año 1-5	MCR – SAT
-------	---	---------	-----------

7 Marco para el Monitoreo y Evaluación de avances regionales

El marco para el monitoreo y evaluación parte del propósito PER de reducir el número de nuevas infecciones y las muertes relacionadas con el VIH-sida en los países del SICA.

Metodológicamente el plan de monitoreo y evaluación responde a las Líneas Estratégicas del COMISCA y las líneas de acción y resultados definidos para el PER.

7.1 Paquete de Indicadores Regionales priorizados

En la Tabla 7.1 se presenta el Paquete de Indicadores Armonizados y priorizados a nivel regional por el MCR Y EN LA Tabla 7.2 se presentan los indicadores con sus respectivas definiciones operativas, fuentes de información y metas para el período de vigencia del Plan Estratégico.

TABLA 7.1. INDICADORES REGIONALES DE LOS PAÍSES DEL SICA AL 2020

Nº	INDICADOR
Continuo de la Atención	
1	a) Número estimado de personas que viven con VIH (PVVIH)
2	a) Número de personas con VIH que han sido diagnosticadas y están vivas al final del período
	b) % de PVVIH que fueron diagnosticadas
3	a) Número de personas con VIH vinculadas a los servicios de salud
	b) % de personas con VIH vinculadas a los servicios de salud
4	a) Número de personas con VIH en TAR
	b) % de personas con VIH en TAR
5	a) Número de personas en TAR con supresión viral (menos de 1000 copias)
	b) % de personas en TAR con supresión viral (menos de 1000 copias)
6	a) Muertes estimadas por sida
7	a) Tasa de mortalidad por VIH/sida por 100,000 habitantes
8	a) Número estimado de nuevas infecciones por VIH, anual
Prevención en Poblaciones Clave	
9	% de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres alcanzados por programas de prevención combinada
10	% de mujeres trans alcanzadas por programas de prevención combinada
11	% de trabajadoras sexuales alcanzadas por programas de prevención combinada
12	Número de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado
	Número de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo
	Número de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo vinculados a los servicios de atención integral
	Número de Hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres VIH+ en TAR
	Número de Hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres VIH+ en TAR con supresión viral.(menos de 1000 copias)
13	Número de mujeres trans que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado
	Número de mujeres trans que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo

	Número de mujeres trans que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo vinculados a los servicios de atención integral
	Número de mujeres trans que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo y están en TAR
	Número de mujeres trans que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo en TAR y con supresión viral.(menos de 1000 copias)
14	Número de trabajadoras sexuales que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado
	Número de trabajadoras sexuales que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo
	Número de trabajadoras sexuales que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo vinculados a los servicios de atención integral
	Número de trabajadoras sexuales que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo en TAR
	Número de trabajadoras sexuales que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses con resultado positivo en TAR y con supresión viral. (menos de 1000 copias)
Financiamiento	
15	a) Gasto de la respuesta nacional (Total en US\$). Incluye financiamiento nacional y externo
	b) Gasto que se financia con recursos internos (en US\$)
	% del gasto que se financia con recursos internos
16	a) Gasto en Prevención en Poblaciones Clave (HSH, TG, TS) (Total en US\$)
	b) Gasto en Prevención en Poblaciones Clave (HSH, TG, TS) financiado con recursos internos(En US\$)
	% del gasto en prevención en Poblaciones Clave (HSH, TG, TS) que se financia con recursos internos
17	a) Gasto en Atención y Tratamiento (total, en US\$)
	b) Gasto en Atención y Tratamiento financiado con recursos internos (En US\$)
	% del gasto en prevención en Atención y Tratamiento que se financia con recursos internos
Adopción de recomendaciones de OMS de diciembre 2015	
18	Número de países que llevan a cabo pilotos sobre PrEP como una opción dentro de un paquete de prevención combinada del VIH
19	Número de países que llevan a cabo pilotos de la Estrategia de Prueba y Tratamiento
20	Número de países que adoptan la Estrategia de Prueba y Tratamiento
Estigma y discriminación	
21	Número de leyes y políticas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas que afectan a las personas que viven con VIH
22	Número de leyes y políticas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas que afectan a las poblaciones clave y vulnerables
23	Número de países que han eliminado las barreras legales que impiden a los adolescentes acceder a los servicios de SSR
24	Porcentaje de personas que viven con VIH que reportan discriminación en los servicios de salud
25	Porcentaje de personas pertenecientes a poblaciones clave que reportan discriminación en los servicios de salud
	* Metas del Enfoque Conjunto con el FM
	**Metas de Región LAC (Reunión Río 2015)

8 Marco operativo y financiero para la implementación del PER

En el primer año del quinquenio cubierto por este plan, y en la medida que el PER se traslade hacia el marco operativo anual para su implementación, ya sea a través de proyectos o de iniciativas permanentes del MCR y del COMISCA, y se definan las metas a lograr, se estimará el costo de la implementación del PER. Este podrá ser de carácter anual acompañado de una proyección para los cinco años de vigencia del Plan Estratégico Regional.

La estimación de recursos para la implementación del PER es un proceso de selección de alternativas políticas, técnicas y económicas sobre la mejor manera de ejecutar las acciones. El traslado del PER como marco de orientaciones político – estratégicas hacia el nivel táctico operacional puede hacerse por medio de la formulación de programas y proyectos que permitan la negociación de financiamiento con fuentes diversas.

El enfoque de gestión por proyectos permite delimitar mejor qué efectos e impactos pueden esperarse de cada una de las inversiones, genera un inicio y un fin que permite comparar la situación encontrada y la situación final, además de delimitar los servicios y productos que se espera generar durante la vida del proyecto. Quizás el rasgo más esencial de la planificación orientada a resultados es que la revisión de las realidades financieras para la ejecución obliga a priorizar entre líneas de acción, a calibrar las metas conforme la disponibilidad de recursos y a proponer medios más eficientes de conseguir resultados.

Por ello, durante la fase inicial de negociación y puesta en marcha del PER, será necesario presentarlo como un conjunto de iniciativas dotadas de modularidad y flexibilidad, tanto en la gestión como en la financiación. Un enfoque así resulta de mayor viabilidad para el plan que la integración y presentación de una suma de costo global construida sin pasar por los procesos de elección arriba mencionados.

El componente del marco de monitoreo de la implementación del Plan se formulará con los planes operativos se revisará cada año así como la definición de metas acordes a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para la implementación

9 Apéndices

En este apartado se profundiza en algunos aspectos relevantes para el plan, los cuales necesitan una exposición de antecedentes más amplia de sus aspectos conceptuales y metodológicos.

9.1 Plan Estratégico Regional 2010-2015

Este plan fue elaborado por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) y aprobado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). Es el resultado de consultas y consensos entre representantes de gobiernos, sociedad civil y organizaciones socias para el desarrollo. El período de vigencia corresponde al tramo final de cumplimiento de los Compromisos de la Declaración del Milenio. El Plan enmarca una serie de compromisos de los Estados de la Región. El PER propuso desarrollar bienes públicos regionales: un marco de gobernanza, orientación estratégica y monitoreo de avances (consistente con el principio de los Tres Unos de ONUSIDA); el desarrollo de capacidades de información estratégica y comunicación entre países para la vigilancia epidemiológica y la investigación; creación de capacidades regionales para atender necesidades compartidas por todos los países, en la búsqueda del acceso universal a protección de los derechos, servicios preventivos, atención integral y participación efectiva para los habitantes de la región; voz, presencia y toma de posición de las redes de poblaciones clave de la epidemia, de alcance regional, involucradas en la planificación, implementación y evaluación de las acciones regionales; una agenda común de prioridades de cooperación internacional que facilite la armonización y alineación del apoyo de las organizaciones socias del desarrollo.

El Plan contó con seis líneas estratégicas:

- Autoridad regional con liderazgo multisectorial
- Marco estratégico de carácter regional en VIH – Sida e ITS
- Información Regional en VIH – Sida e ITS para la Toma de Decisiones Estratégicas
- Política Regional de Acceso Universal
- Participación Estratégica de las Redes de Sociedad Civil
- Armonización de Prioridades Estratégicas de Cooperación Regional

Este Plan reconoció a las poblaciones móviles como prioritarias con base en la problemática y necesidades de movilidad y migración en la región.

El período de vigencia del PER corresponde al tramo final de cumplimiento de los Compromisos de la Declaración del Milenio enmarca una serie de compromisos de los Estados de la Región. La visión del PER es “contar con un marco regional que facilite programas intersectoriales de prevención, atención de calidad, la integración de información estratégica, así como la definición, implantación y seguimiento de políticas regionales para garantizar los derechos sociales y de salud de las poblaciones prioritarias”. Su misión es “armonizar los esfuerzos regionales que permitan el intercambio de información y experiencias, la formulación de políticas públicas y la integración participativa de agendas de cooperación regionales que estimulen el flujo de recursos para intensificar la respuesta al VIH-sida en la Región”. El Plan contó con 6 líneas estratégicas, entre las que se encuentra la Política Regional de Acceso Universal.

En octubre del 2013, se elaboró la Evaluación de medio término del PER 2011-2015. La evaluación se enfocó en la medición de logros alcanzados, en la eficiencia con que se implementó el Plan,

identificar las capacidades regionales y nacionales generadas con la ejecución del Plan, la participación del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) y socios estratégicos y su contribución en el desarrollo de las estrategias en la región. Como resultado de la evaluación se realizaron las siguientes recomendaciones:

- Actualizar y priorizar las actividades del PER:
 - Por el surgimiento de acciones emergentes en la región no incluidas previamente:
 - Estrategia de sostenibilidad de la Respuesta
 - El tratamiento como una estrategia de prevención
 - Atención especializada para HSH
 - Prevención en poblados inter fronterizos
 - Políticas regionales de VIH en el lugar de trabajo
 - Aumento de acceso a TAR
 - Por acciones que cambiaron o completaron su objetivo:
 - Desarrollo de una estrategia de sostenibilidad del laboratorio regional de referencia en VIH-sida
 - Gestión de la estrategia de sostenibilidad de los laboratorios.
- Costear y elaborar el plan de prioridades regionales de cooperación técnica y financiera del PEN actualizado para su negociación con las agencias de cooperación y con gobiernos de la región.
- Fortalecer los mecanismos de trabajo del MCR. Fortalecer la articulación entre los miembros socios de la cooperación, otras agencias y aliados para alcanzar los logros y objetivos del PER.

Las recomendaciones de la evaluación fueron utilizadas en proceso de ajuste del Plan Estratégico Regional 2016-2021 tomando como referencia también: el marco político regional y los lineamientos establecidos a la fecha en materia de VIH: I. Llamado a la Acción “Del diagnóstico al tratamiento efectivo: optimizando las etapas en el continuo de la atención”; II. Llamado a la acción “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”; la estrategia de ONUSIDA para el 2016-2021: Acción acelerada y la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021 de la OMS y las nuevas Directrices de Atención y Tratamiento de la OMS (2015); los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

9.2 Espacio Geográfico Regional

Mesoamérica es una de las regiones con mayor diversidad biológica en el mundo. Además de la cantidad de altitudes, suelos y microclimas que existen, el istmo es un corredor biológico entre las dos grandes masas continentales.³⁶ También hay una rica diversidad cultural entre los pueblos de Mesoamérica, como resultado de los legados étnicos y lingüísticos de los pueblos originarios, que hoy se estiman en más de siete millones de personas, desde la península de Yucatán hasta las islas en torno al istmo de Panamá,³⁷ así como de las inmigraciones ocurridas en los últimos cinco siglos, no únicamente europeas, sino también africanas y asiáticas.

Por otra parte, Centroamérica comparte una historia común desde la época precolombina, y en sentido político-administrativo, fue considerada como un solo reino durante la época colonial; luego, entre 1824 y 1838 se constituyó en la República Federal de Centroamérica. Los ideales unionistas dieron origen a conflictos bélicos durante el siglo XIX, pero desde mediados del siglo XX cambió el enfoque hacia la integración económica y social de la región centroamericana.

Además de los cinco países que en 1824 conformaron la República Federal de Centroamérica, el nuevo marco de integración incluye a Panamá³⁸ y Belice,³⁹ como estados miembros, y a República Dominicana como estado asociado.⁴⁰

En las últimas décadas se ha incrementado el flujo migratorio entre países centroamericanos y hacia otras latitudes, con fuerte inclinación hacia Norteamérica, con varias estaciones de paso dentro del territorio mexicano. Entre los setentas y noventas, gran parte de la migración fue motivada por las precarias condiciones de vida, los conflictos armados y la falta de garantías a la vida, la propiedad y los derechos civiles. Las diferencias socioeconómicas entre territorios y los desastres naturales son factores que operan en la migración más reciente, así como la apertura de fronteras y mejora en las vías y medios de comunicación.⁴¹

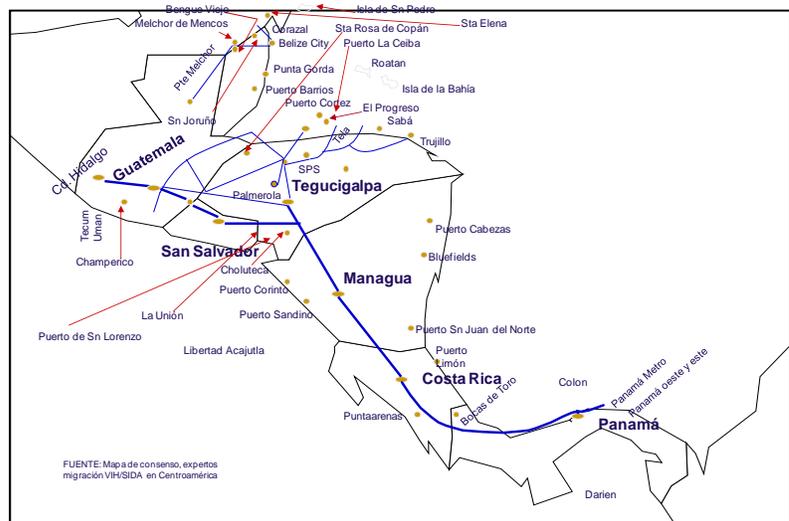
El Proyecto Mesoamericano de Atención Integral a Poblaciones Móviles estudió el corredor de desplazamiento de los migrantes y encontró importantes diferencias entre la legislación, las políticas públicas, el financiamiento, la organización y la cobertura de los sistemas de salud. Sin embargo, se observan factores comunes de discriminación y falta de acceso a servicios para poblaciones móviles y en especial para los migrantes, los cuales agregan nuevas dimensiones a la vulnerabilidad de estas poblaciones.⁴²

Por otra parte, la región cuenta con un marco institucional (COMISCA) e instrumentos de planificación que sirven de plataforma para un Plan Estratégico Regional, entre ellos, el Sistema Mesoamericano de Salud Pública, así como la Agenda de Salud para Centroamérica y República Dominicana.

GRÁFICA 1. LUGARES CON MOVIMIENTOS POBLACIONALES Y ELEVADA INCIDENCIA DE SIDA EN CENTROAMÉRICA

9.3 Ámbito Programático Regional

Las acciones del Plan Estratégico son de una naturaleza distinta a las que contendría un Plan Estratégico Nacional, por las diferencias que existen entre los dos ámbitos de actuación.



El Plan Estratégico Regional surge del reconocimiento que las respuestas nacionales a la epidemia del VIH – Sida enfrentan obstáculos y pierden oportunidades debido al marco de comprensión basada solo en datos nacionales, y a la escala de población y territorio del país, cuando no se percibe como parte de los eslabonamientos sociales, económicos y políticos que alimentan la movilidad y el intercambio entre poblaciones, y ayudan a la vez a explicar las diferencias en el alcance de las estrategias que cada país desarrolla frente a la epidemia. La propuesta del PER sigue un enfoque de Bienes Públicos Globales.⁴³ Con la globalización, ya no hay problemas ni soluciones nítidamente delimitables al plano nacional. Parafraseando a Kofi

Annan, las grandes soluciones para alcanzar la paz y la seguridad, la salud, el desarrollo humano, el bienestar económico y la conservación del ambiente, no se pueden alcanzar como resultado de la voluntad política de un gobierno, y esto obliga a pensar de una manera distinta: es necesario proteger, promover y desarrollar los bienes públicos globales, como resultado de la cooperación entre países, y asegurar el acceso a ellos para todas las personas, sea que se encuentren dentro o fuera de su propio país.

El PER 2010-2015 propuso desarrollar bienes públicos regionales: un marco de gobernanza, orientación estratégica y monitoreo de avances; el desarrollo de capacidades de información estratégica y comunicación entre países para la vigilancia epidemiológica y la investigación; creación de capacidades regionales para atender necesidades compartidas por todos los países, en la búsqueda del acceso universal a protección de los derechos, servicios preventivos, atención integral y participación efectiva para los habitantes de la región; voz, presencia y toma de posición de las redes de poblaciones clave de la epidemia, de alcance regional, involucradas en la planificación, implementación y evaluación de las acciones regionales; una agenda común de prioridades de cooperación internacional que facilite la armonización y alineación del apoyo de las organizaciones socias del desarrollo. El PER 2016-2021 parte de avances consolidados y responde a nuevas necesidades.

En la generación de instrumentos operativos para poner en marcha el plan será necesario mantener esta perspectiva. Por ejemplo, un sistema de información sobre la epidemia no debería representar que los países establezcan un sistema adicional y paralelo al que tienen, sino la posibilidad de enlazar en línea los contenidos de datos que han sido previamente estandarizados para su comparabilidad. El desarrollo de esos estándares, conexiones y medios de consulta de la informe constituye un bien público regional

10 Referencias y Notas

¹ El COMISCA en Reunión Extraordinaria (22-Feb-2008) resolvió: “5. Acerca del Fortalecimiento del Mecanismo de Coordinación Regional, MCR: a) Reconocer al Mecanismo de Coordinación Regional, MCR, como el mecanismo regional encargado de homologar y armonizar la cooperación regional y extra-regional en el tema de VIH-SIDA; b) Aprobar el reglamento interno del Mecanismo de Coordinación Regional, consensuado en reunión ordinaria del Mecanismo, para facilitar su funcionamiento y ejecución de sus competencias de coordinación”.

Más recientemente, el MCR de acuerdo a su conformación y objetivos, cumpliría el rol de Mecanismo Técnico Especializado en VIH y Grupo de Trabajo Regional en VIH, acorde con la normativa de la institucionalidad regional que promulga el Reglamento Interno de COMISCA de 2014.

²OMS/OPS. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2016-2021. Provisional CE158/18, Rev. 1. 22 de marzo del 2016. Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016.

³ UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS. Ginebra, 2015.

⁴ World Bank (1999). *Confronting AIDS: Priorities in a Global Epidemic*. World Bank Policy Research Report. Washington.

⁵ ANEXO 11: Trabajadores migrantes y megaproyectos en América Central.

⁶ANEXO 10: Flujos migratorios laborales intrarregionales: situación actual, retos y oportunidades en Centroamérica y República Dominicana

⁷ OPS/OMS (2007) *Derechos Humanos y VIH. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica*. OPS/OMS, Representación en Panamá. En línea: http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=52&Itemid=224

⁸ “COMISCA en breve”. Página web del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, en el sitio del Sistema de Integración Centroamericana, SICA. http://www.sica.int/comisca/comisca_enbreve.aspx. Sin fecha de actualización. Consultado el 14 de octubre de 2009.

⁹ “Secretaría Ejecutiva en breve”. Publicado en la página web de COMISCA, del sitio del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). http://www.sica.int/comisca/secretaria_eje_enbreve.aspx. Sin fecha de actualización. Consultado el 14 de octubre de 2009.

¹⁰ Organización Internacional del Trabajo (2001). Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo. Primera edición. Ginebra, Suiza. Disponible en línea: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/code.htm>, pag. 23.

¹¹ Family Health International (2001). *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Lamprey, P and H Gayle (editors). FHI AIDS Institute, Arlington, USA.

¹² Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and Preventing HIV infection 2016. Recommendations for a public health approach Second edition. OMS, 2016.

¹³ PRB http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2015/2015-world-population-data-sheet/world-map.aspx#table/central_america/population/2015

¹⁴ ONUSIDA <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>

¹⁵ En análisis económico USAID/PASCA LMG: CEPAL (2016). Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe • 2015 pag.30

¹⁶ En análisis económico USAID/PASCA LMG: CEPAL (2016) Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2016 Las finanzas públicas ante el desafío de conciliar austeridad con crecimiento e igualdad

¹⁷ En análisis económico USAID/PASCA LMG: Prat, Jordi. (2016) Una mirada al gasto social en Centroamérica, Panamá y República Dominicana: 2007-2013

¹⁸ En análisis económico USAID/PASCA LMG: N. Avendaño (2014) La trayectoria de la economía centroamericana en 2015

¹⁹ idem

²⁰ OMS, OPS Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas Documento de Trabajo Organización Panamericana de la Salud (Washington D.C.) Diciembre de 2015.

²¹ UNDESA (2013). Tabla de población Mundial Anual por País y Región 2010-2100. World Population Prospects: The 2012 Revision. En: <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>

²² ONUSIDA <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>

²³ UNAIDS (2013). UNAIDS Report on Global HIV Epidemic 2013. Anexo: Epidemiología. Tabla: Personas con VIH. Página A-10. En: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

-
- ²⁴ Las poblaciones de la diversidad sexual, p.3.
- ²⁵ Diagnóstico sobre políticas y servicios de prevención de VIH para poblaciones clave en América Latina (p.18) Panamá (2014), Costa Rica (2013), Nicaragua (2014), El Salvador (2011), Guatemala (2012), Belice (2013).
- ²⁶ Movilidad de poblaciones en contexto de vulnerabilidad al VIH en Centroamérica.
- ²⁷ Un estudio reciente ha mostrado que las poblaciones claves de la epidemia tienen poca protección legal en el ejercicio de cuatro derechos: el derecho a la salud, el derecho a la no discriminación, el derecho a la intimidad (por ejemplo, confidencialidad, prueba voluntaria) y el derecho a la participación. Flacso (2008). *VIH-SIDA en América Latina desde la Perspectiva Social*. CICT / GTZ. Brasilia.
- ²⁸ Organización Internacional para las Migraciones (2002). *Documento Expositivo de la OIM sobre el VIH-Sida y la Migración*. MC/INF/252. Original: Inglés. 17 de Octubre de 2002.
- ²⁹ Programa del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, PEPFAR por sus siglas en Inglés.
- ³⁰ Como resultado del Primer Congreso Centroamericano de Organizaciones Gay, CONGA emitió la declaración de Managua, que entre otras demandas plantea: “a. la urgente formulación de legislaciones que garanticen la no discriminación por orientación sexual e identidad de género; b. la urgente adopción, por las Procuradurías y Defensorías de Derechos Humanos de cada uno de los países del Área, la defensa y promoción de derechos del colectivo BGLT (Bisexual, Gay, Lésbico, Travesti y Transexual); la derogación de legislaciones que penalicen el goce de ciudadanía plena de las poblaciones no heterosexuales. CEPRESI (2006) *Boletín Informativo No. 1*, 28 al 31 de Agosto de 2006. En línea: http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1173295704_Boletin%20Informativo%20No.1.pdf
- ³¹ Mecanismo de Coordinación Regional de la Respuesta al VIH (MCR)-COMISCA (2014). Enfoque Conjunto para aplicaciones de VIH/Sida en Centroamérica ante el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria 2014-2020. (p.3)
- ³² Informes de Misión técnica conjunta para la expansión y la sostenibilidad en la atención integral del VIH bajo la iniciativa del Tratamiento 2.0: Honduras 2013, El Salvador 2013, Guatemala 2013, Costa Rica 2014, Nicaragua 2014, Panamá 2014.
- ³³ Realizados por USAID/Capacity y OPS.
- ³⁴ ONUSIDA. Documento Fast Track o Acción Acelerada. Versión en español. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf
- ³⁵ GUIDELINE ON WHEN TO START ANTIRETROVIRAL THERAPY AND ON PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS FOR HIV. OMS 2015
- ³⁶ Mesoamérica es una región biogeográfica que abarca Centroamérica y el sur de México, conformada por la elevación de las tierras del istmo hace aproximadamente tres millones de años. Conservation International (Content Partner), McGinley, M (Editor) *Biological Diversity in Mesoamerica*. En: *Encyclopedia of Earth*. Eds. Cutler J Cleveland (Washington, DC). Environmental Information Coalition, National Council for Science and Environment.
- ³⁷ Fernández E (2007) *Veinte años de Esquipulas: Conflictividad y Desafíos Actuales en Centroamérica*. Centro Internacional de Toledo para la Paz. Documento CITpax No. 7. Pag. 30.
- ³⁸ SICA (1991) Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA).
- ³⁹ SICA (2000) *Instrumento de Adhesión de Belice al Sistema de la Integración Centroamericana*. Belmopán, a los 27 de noviembre de 2000.
- ⁴⁰ SECRETARIA GENERAL DEL SICA (2003) *Acuerdo de Asociación entre el Sistema de Integración Centroamericana y la República Dominicana*. Santo Domingo de Guzmán, 10 de diciembre de 2003.
- ⁴¹ Malher S y D Ugrina (2006) *Central America: Crossroads of the Americas*. Florida International University
- ⁴² Leyva R, M Caballero y M Bronfman (2005) Op. Cit., pp. 19-21 y 248-9.
- ⁴³ Global Public Goods Task Force (2006) *Meeting Global Challenges: International Cooperation in the National Interest*. Estocolmo, Suecia.