



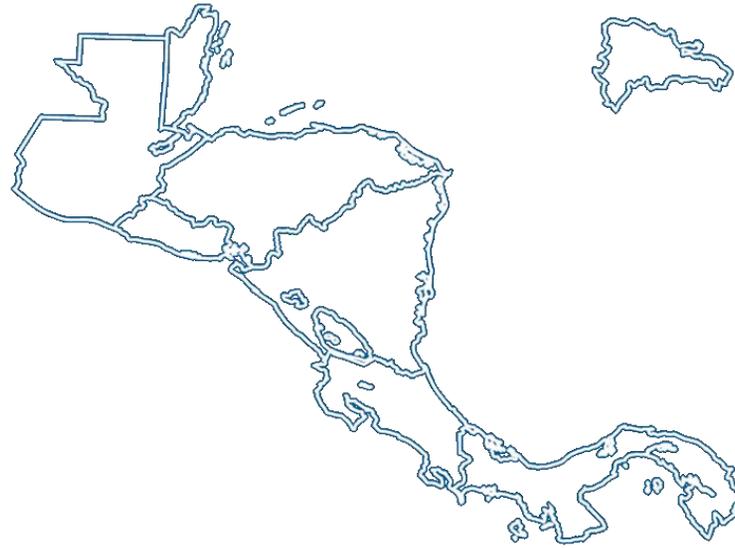
Estrategia de sostenibilidad

Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana

Enero de 2013



COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA
Y REPÚBLICA DOMINICANA



Estrategia de sostenibilidad

Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana

Enero de 2013

Órganos de la Integración Regional en Salud

**Consejo de Ministros de
Salud de Centroamérica
y República Dominicana**

Pablo Saúl Marín
Ministro de Salud, Belice

María Isabel Rodríguez
El Salvador

Roxana Araujo
Honduras

Javier Díaz
Panamá

Daysi María Corrales Díaz
Ministra de Salud, Costa Rica

Jorge Alejandro Villavicencio
Guatemala

Sonia Castro
Nicaragua

Lorenzo Wilfredo Hidalgo
República Dominicana

**Secretaría Ejecutiva de
COMISCA**

Rolando Edgardo Hernández Argueta
Secretario Ejecutivo
SE-COMISCA

Nuria Canizalez
Seguimiento a Procesos Regionales de Salud
SE-COMISCA

Miembros del Mecanismo de Coordinación Regional

Mecanismo de Coordinación Regional de la Respuesta al VIH

Ana Isabel Nieto
Presidenta MCR
Directora PNS El Salvador

Aurelio Eliecer Núñez Maitín
Secretario del MCR
Jefe del PNS de Panamá

Fernando Márquez
Vicepresidente MCR
Representante Sector Empresarial
FEDEPRICAP

Héctor Galindo
Jefe PNS Honduras
Enrique Beteta
Secretario General de Salud

Marvin Manzanero
Director PNS Belice
Ponce
Coordinador PNS Guatemala

Luis Ernesto Feliz Báez
Director PNS República Dominicana
Ramón Jeremías Soto Hernández
Visión Mundial

Alejandra Acuña Navarro
Coordinadora CONASIDA
Otoniel Ramírez Hernández
Secretario Regional REDCA+

Elizabeth Rodríguez
Asesora Subregional ITS/VIH
OPS/OMS

Sanny Northbrook
Subdirectora Científica CDC

Lucrecia Castillo
Coordinadora Programa Regional de SIDA
USAID

Lucía Merino
Directora del Programa de USAID para Fortalecer
la Respuesta al VIH en Centroamérica
USAID|PASCA

Ralf Syring
Representante de Health Focus
Apoyo a la respuesta regional contra el VIH en
Centroamérica, México y República Dominicana

Marjolein Jacobs
Asesora Regional Información Estratégica
ONUSIDA

Comité Técnico para el Desarrollo de la Estrategia

Área de Prevención	Eliseo Orellana Luis E Feliz Aurelio Núñez	Health Focus para GIZ República Dominicana Panamá
Área de Atención y Tratamiento	Elizabeth Rodríguez Mercedes Menjívar María de los Ángeles Campos Ana Isabel Nieto	OPS/OMS SE-COMISCA SE-COMISCA MCR
Área de Entorno, Políticas y Derechos Humanos	Rolando Hernández Otoniel Ramírez Lucía Merino	SE-COMISCA REDCA
Área de Gestión y Financiamiento	Alejandra Acuña Marjolein Jacobs Ricardo Valladares Nuria Canizalez	Costa Rica ONUSIDA Regional USAID PASCA SE-COMISCA y USAID PASCA

Presentación

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

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

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

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

Contenido

PRESENTACIÓN	VI
CONTENIDO	VII
TABLAS	VIII
GRÁFICAS	VIII
ABREVIATURAS Y SIGLAS	IX
1 ACCESO UNIVERSAL:	1
2 VULNERABILIDAD FINANCIERA DE LA RESPUESTA AL VIH	4
2.1 MEDICIÓN DEL GASTO EN VIH Y LA VULNERABILIDAD	5
3 EL DESAFÍO DE LA SOSTENIBILIDAD	10
3.1 LA SOSTENIBILIDAD COMO CONTENCIÓN DE LA EPIDEMIA Y SUS COSTOS	11
4 ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD	14
4.1 PROPÓSITO	14
4.2 OBJETIVOS	14
4.3 RESULTADOS ESPERADOS	14
4.4 LÍNEAS DE ACCIÓN	16
<i>1.1.1. Análisis y reorientación de las prioridades de gasto</i>	16
<i>1.1.2. Integración programática y presupuestaria de la respuesta al VIH</i>	16
<i>1.1.3. Diversificación de las fuentes de ingresos</i>	16
<i>1.1.4. Calidad y efectividad de la prevención primaria, secundaria y terciaria.</i>	19
<i>1.1.5. Reducción de costos de la provisión.</i>	21
5 RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	24
6 BIBLIOGRAFÍA	25
7 ANEXOS	29

Tablas

Tabla 1. Prevalencia de VIH en los países de Centroamérica y República Dominicana, según edad.....	1
Tabla 2. Origen del Financiamiento por Categoría de Gasto en los Países Centroamericanos	6
Tabla 3. Porcentaje del Gasto en Bebidas Alcohólicas que equivale al gasto actual en VIH en Centroamérica:	17
Tabla 4. Escenarios de Captación de Recursos Específicos para VIH por Pasajero en el Impuesto de Salida de los Países de Centroamérica .	18

Gráficas

Gráfica 1. Gasto en VIH en Centroamérica, en 2000 y 2010	2
Gráfica 2 Prevalencia estimada de VIH en población de 15 a 49 años en Centroamérica y República Dominicana (2001 – 2011)	2
Gráfica 3 No. Estimado de personas con VIH de 2001 a 2011	3
Gráfica 4. Número estimado de nuevas infecciones por VIH en 2001 y 2011	3
Gráfica 5. Recursos Disponibles para VIH en países de renta media y baja, 1996 - 2010	4
Gráfica 6. Origen del Financiamiento en VIH en los países de Centroamérica, 2010	5
Gráfica 7. Origen del Financiamiento para VIH según país de Centroamérica, 2010	6
Gráfica 8. El Salvador, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento	7
Gráfica 9. Guatemala, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento	7
Gráfica 10. Nicaragua, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento	8
Gráfica 11. Honduras, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento.....	8
Gráfica 12. Belice, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento	9
Gráfica 13. Costa Rica, 2010. Actividades Esenciales de la Respuesta al VIH por Origen del Financiamiento	9
Gráfica 14. El Ciclo Perverso de la Pérdida de Sostenibilidad	10
Gráfica 15. El Ciclo Virtuoso de Fortalecimiento de la Sostenibilidad	11
Gráfica 16. Dinámica del VIH como sistema: Factores que condicionan la Sostenibilidad de la Respuesta	12
Gráfica 17. Gasto en ARV y Reactivos de Laboratorio como porcentaje del Gasto Total en VIH en Centroamérica, 2010	21
Gráfica 18. Porcentaje de Pacientes en Seis Esquemas Predominantes en la Región Centroamericana	22
Gráfica 19. Porcentaje de Pacientes en los primeros seis esquemas predominantes en Centroamérica	22
Gráfica 20. No. de Tratamientos Anuales por Medicamento de Seis Esquemas Predominantes para 1ª. Línea en Centroamérica, 2012.....	23

Abreviaturas y Siglas

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

1 Acceso Universal:

Un imperativo para Centroamérica y Panamá

Centroamérica es la subregión más afectada por el VIH en América Latina, si se excluye el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia están en Centroamérica (Tabla 1). Los Presidentes de Centroamérica y República Dominicana, reunidos en San Salvador el 11 de noviembre de 2005, emitieron una declaración de compromiso con la respuesta al VIH, que reconoce el desafío que representa la pandemia para los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) por sus efectos devastadores en miles de personas infectadas y afectadas, con un enorme costo social y económico. Esta declaración ratifica los compromisos adquiridos en relación con el VIH en la Cumbre del Milenio de 2000, la declaración de compromiso de UNGASS 2001, la Cumbre Mundial 2005, el Plan Puebla Panamá y la Cumbre Extraordinaria de Nuevo León. (1,2) Además, formula claramente problemas y propuestas expresados un lustro más tarde en la Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas: “Intensificación de Esfuerzos para la Eliminación del VIH y el sida”.

En los términos de la declaración, para alcanzar el acceso universal es necesario mejorar la efectividad de la prevención, enfocar las acciones en los grupos de mayor riesgo, armonizar los esquemas de tratamiento y obtener mejoras sustanciales en los precios de productos farmacéuticos y otros insumos críticos de la atención. Los mandatarios se comprometieron a mantener

e incrementar los recursos financieros de fuentes nacionales destinados a la respuesta al VIH – sida, para alcanzar la meta de acceso universal a prevención y atención, a la vez que exhortaron a la cooperación multi y bilateral a redoblar los esfuerzos de apoyo a la región, para disminuir el número de nuevas infecciones y mejorar la atención a personas con VIH (PVIH).

TABLA 1. PREVALENCIA DE VIH EN LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, SEGÚN EDAD

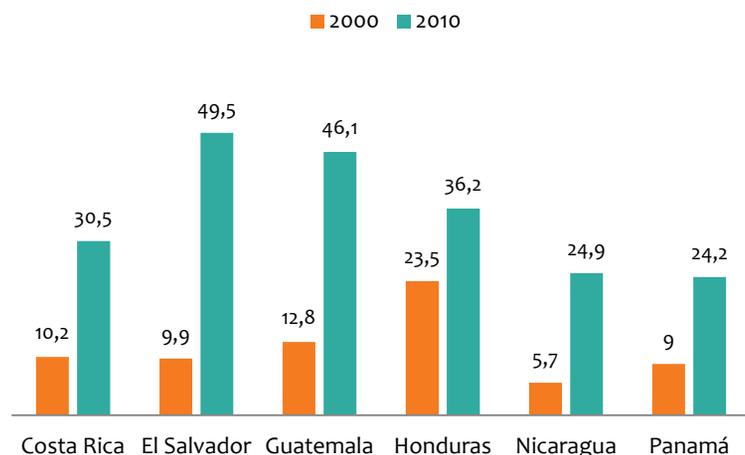
País	Total	Mujeres	Hombres	Total
	15-24 años	15-24 años	15-24 años	15-49 años
Belice	1.0	1.0	1.0	2.3
Costa Rica	0.1	0.2	0.1	0.3
El Salvador	0.3	0.3	0.3	0.6
Guatemala	0.4	0.5	0.4	0.8
Honduras	0.2	0.2	0.2	0.6
Nicaragua	0.1	0.2	0.1	0.2
Panamá	0.3	0.1	0.4	0.8
Rep. Dominicana	0.2	0.4	0.1	0.7
América Latina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

Fuente: ONUSIDA 2012.

Con apoyo de la cooperación internacional, notablemente del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la

Malaria (FM), los países han logrado progresos notables en la organización de la respuesta nacional, la orientación estratégica de las acciones, la movilización de recursos para responder a la epidemia (**Gráfica 1**), la negociación de precios de medicamentos y el acceso al tratamiento para PVIH.

GRÁFICA 1. GASTO EN VIH EN CENTROAMÉRICA, EN 2000 Y 2010

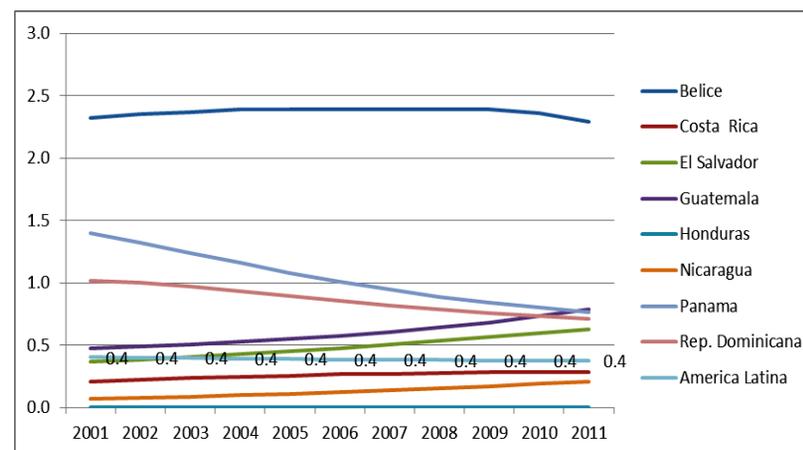


Fuente: Elaboración USAID/PASCA con base en Izazola J y R Valladares (2003) El financiamiento y gasto de las respuestas nacionales al VIH: Lecciones Aprendidas en América Latina y el Caribe (BID) y los informes de MEGAS 2010 de países Centroamericanos.

Pese a estos logros, las tasas de prevalencia estimadas para la población adulta no han descendido en los países de la subregión, excepto en Honduras y Panamá (**Gráfica 2**). El número estimado total de PVIH pasó entre 2001 y 2011 de 190.556 a 204.335; el crecimiento es alarmante en 5 de ocho países, en particular en El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Nicaragua (**Gráfica 3**). El número estimado de nuevas infecciones en VIH en la sub región aumentó entre 2001 y 2011, sobre todo en El Salvador, Guatemala y Nicaragua (**Gráfica 4**).

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

GRÁFICA 2 PREVALENCIA ESTIMADA DE VIH EN POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (2001 – 2011)



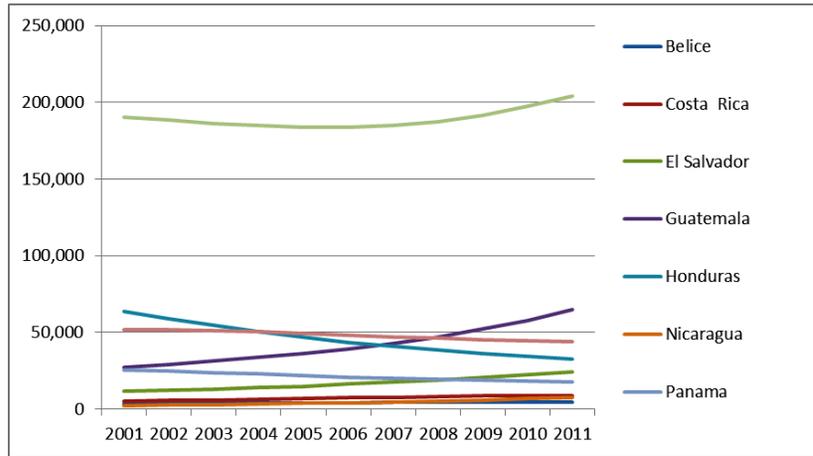
Fuente: ONUSIDA 2012

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

importante identificar y abordar los obstáculos para mantener y acelerar el avance en la respuesta al VIH, y desarrollar una estrategia programática y financiera para reducir sustancialmente las nuevas infecciones, ampliar la detección y el acceso a servicios efectivos para reducir la mortalidad causada

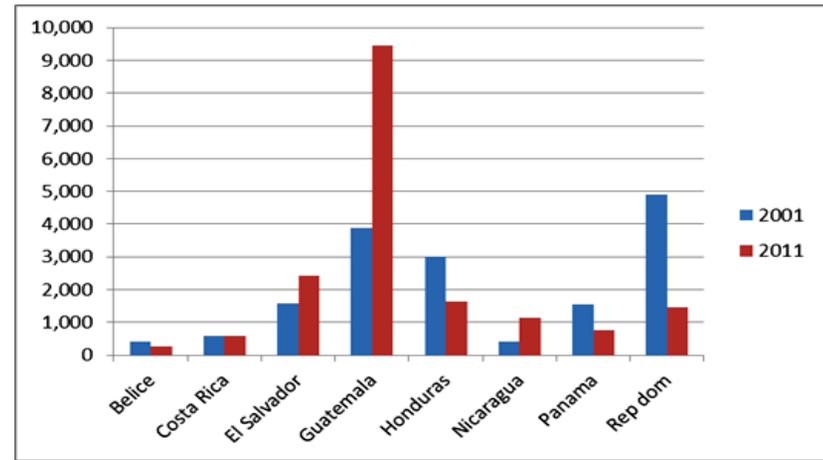
por el VIH, atender las poblaciones afectadas y promover entornos más favorables para las poblaciones vulnerables.

GRÁFICA 3 NO. ESTIMADO DE PERSONAS CON VIH DE 2001 A 2011



Fuente: ONUSIDA 2012

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



Fuente: ONUSIDA 2012

2 Vulnerabilidad Financiera de la Respuesta al VIH

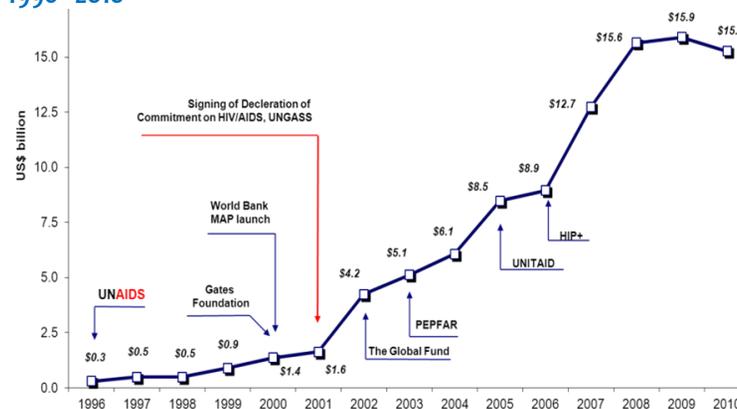
En la presente década, el tema de la sostenibilidad de la respuesta al VIH ha cobrado presencia en diversos espacios de comunicación, reflexión, estudio y propuesta (6-9). El tema había entrado en latencia desde principios del dos mil, cuando, la movilización de recursos de cooperación y de los propios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

Sin embargo, desde la crisis financiera de 2008 se empezó a notar el descenso de fondos de cooperación que abastecían a los mecanismos multilaterales, y por primera vez en muchos años, se observó una declinación del monto total de recursos de asistencia oficial al desarrollo para VIH/Sida (Gráfica 5). Así, surgió una preocupación muy concreta acerca del impacto que los recortes podrían tener sobre los países en desarrollo (14-15).

En 2011, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) priorizó el reporte de gasto en VIH por categoría y fuente financiera para su armonización y reporte anual. La medición del gasto en 2010 fue realizada en siete países Centroamericanos siguiendo directrices comunes bajo la metodología de Medición del Gasto en SIDA (MEGAS). Los resultados fueron analizados desde la perspectiva de la vulnerabilidad de la región frente a recortes de cooperación

externa, por miembros del Mecanismo de Coordinación Regional en el taller “Tendencias del Financiamiento y los Modos de Transmisión del VIH (MOT) en Centroamérica”, los días 28 y 29 de Mayo de 2012. Se comparó la estructura del gasto reportada por MEGAS con los resultados del MOT, los planes estratégicos de Guatemala y El Salvador (con fines didácticos) y el Marco de Inversión propuesto por ONUSIDA. (16-18).

GRÁFICA 5. RECURSOS DISPONIBLES PARA VIH EN PAÍSES DE RENTA MEDIA Y BAJA, 1996 - 2010



Fuente: Nuñez, C (2012) La Respuesta al VIH: Panorama Regional y Global. Conferencia Inaugural del Diplomado Centroamericano sobre Monitoreo y Evaluación para la Gestión de Políticas y Programas de VIH.

A partir de informe presentado a la Reunión XXXVI de COMISCA el 29 y 30 de Junio de 2012, los Ministros de Salud expresaron preocupación por la vulnerabilidad de la región ante el descenso de recursos externos, mayor en términos globales para algunos países, pero con niveles críticos de dependencia en intervenciones y poblaciones específicas, en todos ellos. Como consecuencia, se emitió una resolución que reconoce el impacto de la crisis económica mundial sobre la cooperación internacional en VIH, y como efecto, la necesidad de priorizar, de revisar el gasto para mejorar la eficiencia y de orientar el gasto hacia un modelo costo – efectivo, para garantizar el acceso a la atención integral. Los Ministros emitieron estas Resoluciones:

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

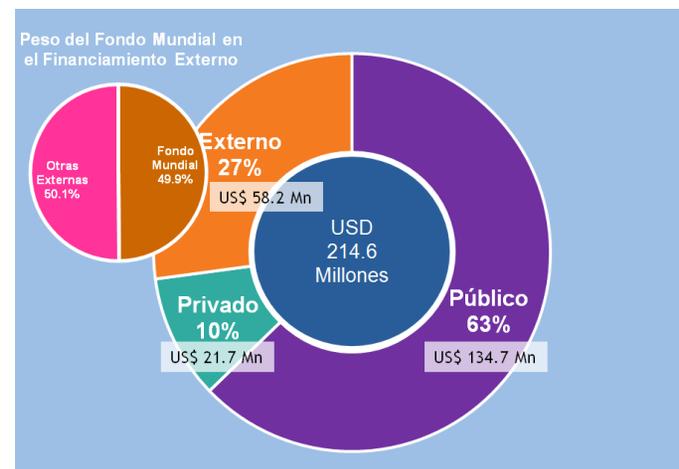
“Instruir al MCR y a la SE COMISCA para que confirmen un equipo técnico multidisciplinario y multisectorial, con el apoyo de la cooperación (OPS, USAID/PASCA, CDC, Health Focus y otras), y preparar una ruta crítica para la construcción de la Estrategia Regional a presentarse al COMISCA a más tardar en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

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

2.1 Medición del gasto en VIH y la vulnerabilidad

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

GRÁFICA 6. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO EN VIH EN LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA, 2010

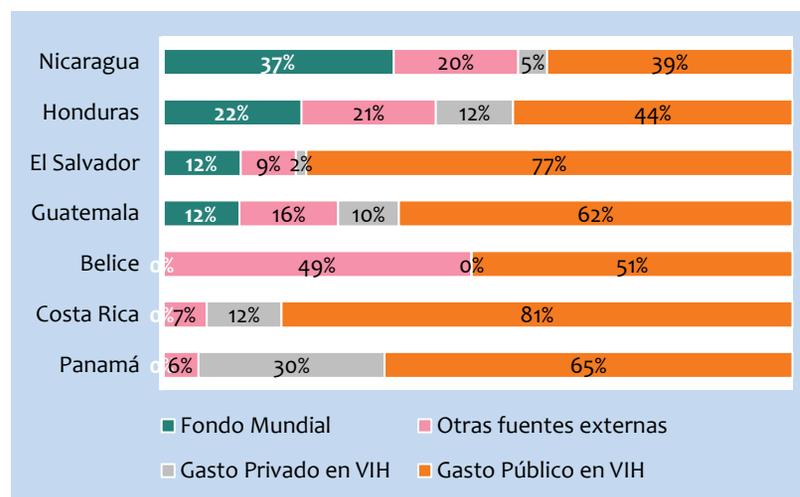


Fuente: Estudios de MEGAS 2010 de los países de Centroamérica

En 2010, el gasto total en VIH alcanzó de USD 214.6 millones, equivalente a USD 5 por habitante y 1.8% del gasto total en salud (**Gráfica 6**). La composición por origen de los recursos es público

en un 63%; 10% es privado y 27% externo. En términos absolutos, equivale a USD 134.7 millones de financiamiento público, USD 58 millones en fondos externos, y USD 21 millones de fuentes privadas, como hogares, empresas y organizaciones sin fines de lucro. La mitad de los fondos externos proviene del Fondo Mundial.

GRÁFICA 7. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO PARA VIH SEGÚN PAÍS DE CENTROAMÉRICA, 2010



Fuente: Estudios de MEGAS 2010 de los países de Centroamérica

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

componente externo en el financiamiento, y en Guatemala y El Salvador hay una alta participación del Fondo Mundial en el financiamiento de fuentes externas (Gráfica 7).

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

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

TABLA 2. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO POR CATEGORÍA DE GASTO EN LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS

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

Fuente: Estudios de MEGAS 2010 en los países de Centroamérica

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

Para actividades prioritarias de la respuesta como prueba voluntaria con consejería, prevención en poblaciones vulnerables, acciones dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres y población que ejerce el trabajo sexual, incluso más

GRÁFICA 8. EL SALVADOR, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO

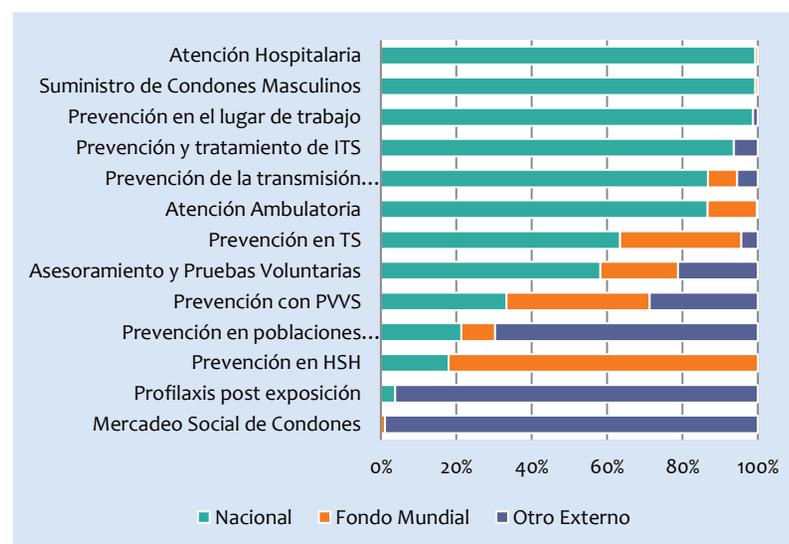


del 70% proviene de recursos externos, especialmente en países con apoyo del Fondo Mundial. Por otra parte, en los países donde predomina el financiamiento público, la mayor parte del gasto se dirige a la atención y el tratamiento; esto dificulta el financiamiento interno de las actividades de prevención, especialmente las que se dirigen a los grupos más vulnerables

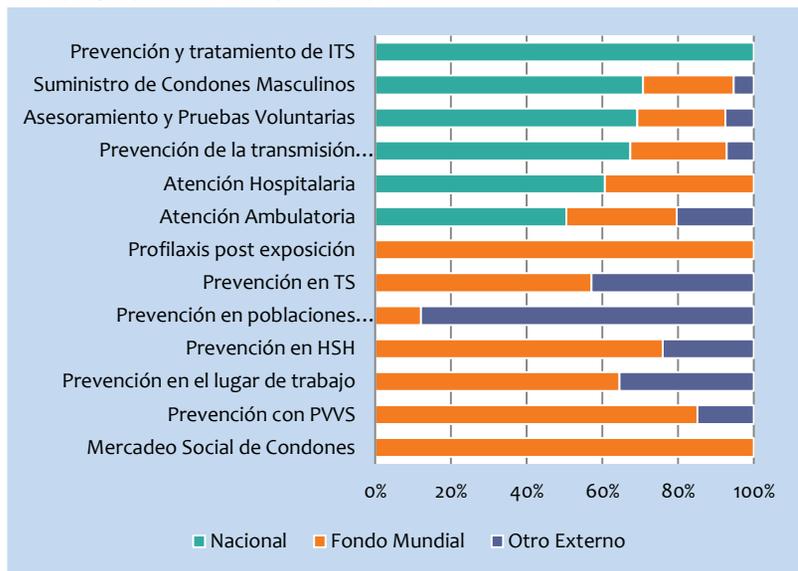
Las actividades esenciales de la respuesta al VIH con mayor exposición al riesgo de recortes del Fondo Mundial y otras fuentes externas se presentan a continuación para El Salvador, (**Gráfica 8**), Guatemala (**Gráfica 9**), Nicaragua (**Gráfica 10**), Honduras (**Gráfica 11**), Belice (**Gráfica 12**) y Costa Rica (**Gráfica 13**).

Fuente: MSPAS-PNS. Estudio de MEGAS 2010 de El Salvador.

GRÁFICA 9. GUATEMALA, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO

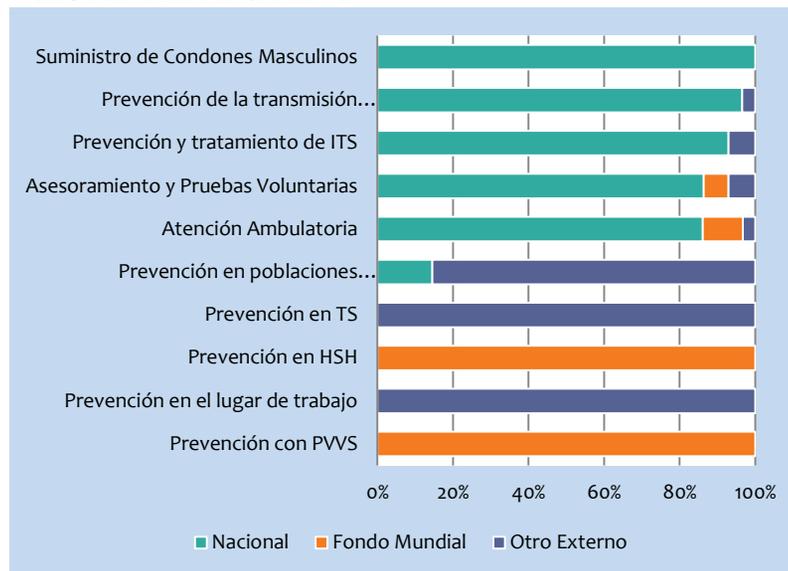


GRÁFICA 10. NICARAGUA, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO



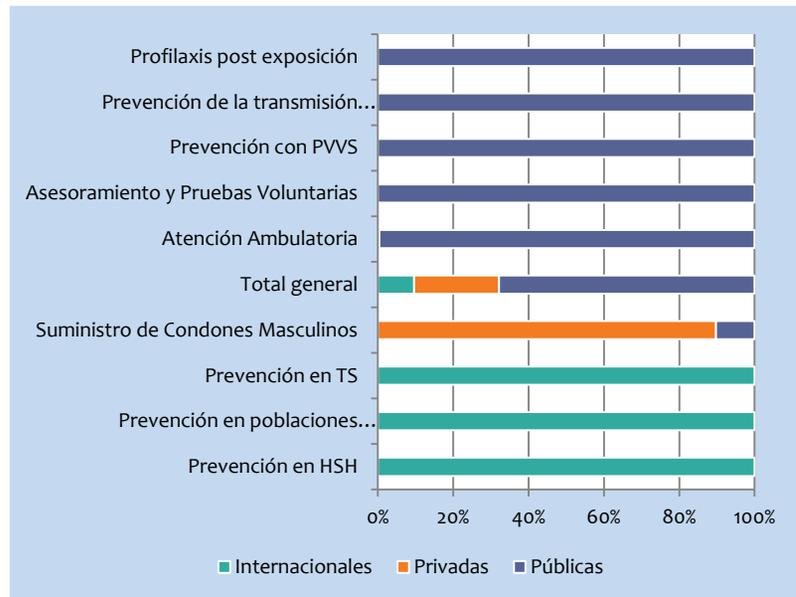
Fuente: CONISIDA. Estudio de MEGAS 2010 de Nicaragua

GRÁFICA 11. HONDURAS, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO



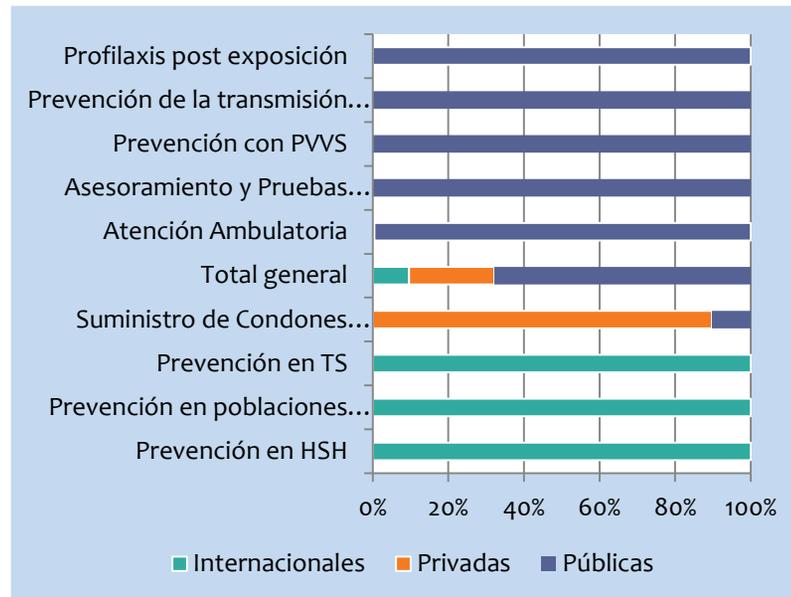
Fuente: Secretaría de Salud/PNS . Estudio de MEGAS 2010 de Honduras

GRÁFICA 12. BELICE, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO



Fuente: National AIDS Commission. Belize, National AIDS Spending Assessment 2010

GRÁFICA 13. COSTA RICA, 2010. ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA RESPUESTA AL VIH POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO



Fuente: Ministerio de Salud. Estudio de MEGAS 2010 de Costa Rica

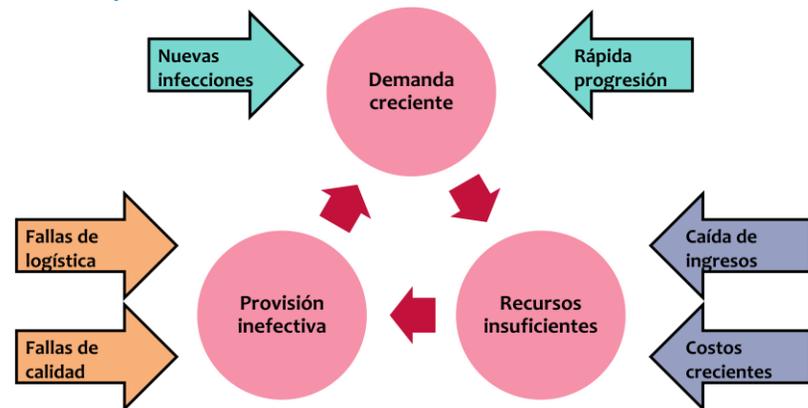
3 El Desafío de la Sostenibilidad

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

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

En realidad, los países del SICA comparten una situación de desbalance entre necesidades, captación y uso de recursos. Obtener recursos suficientes para que el nivel de provisión de servicios sea compatible con el volumen total de las necesidades es un ideal difícil de alcanzar para cualquier sociedad, y principalmente para los países de ingresos medianos y bajos. La situación es como un ciclo que se retroalimenta (**Gráfica 14**).

GRÁFICA 14. EL CICLO PERVERSO DE LA PÉRDIDA DE SOSTENIBILIDAD



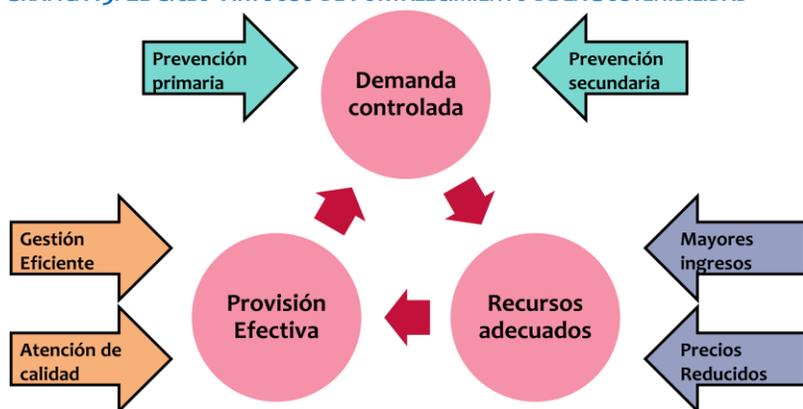
Fuente: Elaboración de USAID|PASCA.

La demanda de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, puede crecer más rápidamente que los recursos para

atender la epidemia, produciendo como efecto una capacidad de oferta insuficiente en cantidad y calidad.

La provisión de baja cobertura, pobre calidad y no enfocada en las poblaciones, regiones e intervenciones de mayor prioridad, tiene como efecto un crecimiento descontrolado de las nuevas infecciones, la progresión más rápida de la enfermedad en las personas con VIH, el aumento de la letalidad y las necesidades de atención paliativa y mitigación del impacto social.

GRÁFICA 15. EL CICLO VIRTUOSO DE FORTALECIMIENTO DE LA SOSTENIBILIDAD



Fuente: Elaboración de USAID/PASCA

3.1 La sostenibilidad como contención de la epidemia y sus costos

Aunque parece evidente, no lo es: **la sostenibilidad de la respuesta al VIH depende, ante todo, de la capacidad de reducir el número de nuevas infecciones, de intervenir a tiempo para hacer más lenta la progresión del VIH y de evitar fallas de**

tratamiento, que obliguen a manejar infecciones oportunistas y a adoptar segunda línea y tratamientos de rescate (Gráfica 15).

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

Parece contradictorio, pero no lo es: para mantener bajo control el crecimiento de la demanda de atención y tratamiento en el largo plazo, es necesario mejorar la disponibilidad y calidad de la oferta de tales servicios en el corto plazo.

La transmisión del VIH es mayor si las personas seropositivas desconocen su estatus, si no tienen acceso oportuno a tratamiento o bien, si el que reciben no es efectivo para suprimir la replicación del virus y mantenerlo indetectable.

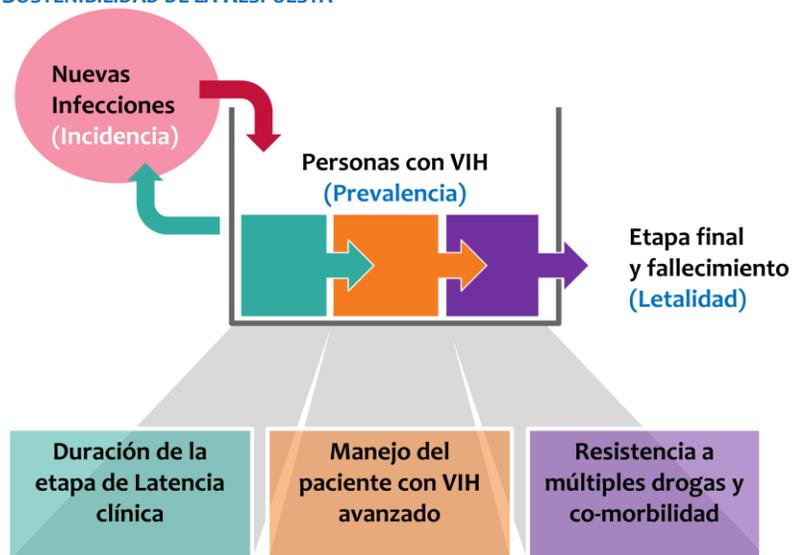
La prevención primaria, la promoción y educación en salud, así como la acción sobre entornos legales, de políticas, disparidades económico-sociales, creencias y prácticas culturales que generan vulnerabilidad son esenciales para evitar que personas de los grupos humanos con mayor exposición y vulnerabilidad frente al VIH, así como otros grupos de población, estén sujetos a condiciones que favorecen la adopción o dificultan el abandono de conductas de riesgo.(23-24)

Un abordaje sostenible de la prevención es el que reconoce las rutas de transmisión que más aportan a la incidencia del VIH, y prioriza las intervenciones más efectivas para interrumpir cadenas de transmisión basadas en tales rutas.(25, 26) De esta forma, incluso en condiciones de reducción de recursos, se

puede alcanzar una declinación en el número de nuevas infecciones (**Gráfica 16**).

Sin embargo, la aplicación de estas recomendaciones puede verse seriamente limitada por la disponibilidad de fuentes estables y predecibles de financiamiento, marcos de políticas, prioridades y normas técnicas para la asignación de recursos basada en evidencia, así como esquemas de monitoreo del desempeño y el gasto orientados hacia resultados.(27)

GRÁFICA 16. DINÁMICA DEL VIH COMO SISTEMA: FACTORES QUE CONDICIONAN LA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA



Fuente: Elaboración de USAID/PASCA

La prevención secundaria se refiere a la reducción del progreso de la enfermedad, lo cual es difícil durante el período de latencia clínica, es decir, desde la exposición al virus hasta el

aparecimiento de los primeros signos y síntomas. Debido a la baja tasa de detección de casos asintomáticos y el hecho que los principales cofactores no son alterables (edad y factores genéticos), los modelos de atención al VIH incluyen pocas acciones para reducir el progreso de la enfermedad, incluyendo algunos tan importantes como apoyo nutricional, vacunación, desparasitación y el tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas (28). Otros abordajes, como la inducción de la viremia por GBV-C, un virus considerado bioantagonista natural del VIH que reduce la mortalidad en 78% y la transmisión vertical en 87%, se encuentran todavía en fase de estudio (29, 30).

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

Se estima que en 2011, en Centroamérica y República Dominicana había cerca de 204,335 personas con VIH (según estimaciones de ONUSIDA 2011), con un crecimiento neto de 8,435 personas al año, como resultado de la diferencia entre nuevas infecciones y defunciones. De éstas, 93 mil fueron detectadas, evaluadas y clasificadas en necesidad de tratamiento antirretroviral. Están recibiendo 53 mil, lo que significa que solo una persona con VIH de 4 recibe tratamiento.

El déficit de cuarenta mil personas que necesitan pero no reciben, más las 111,335 personas que no han sido detectadas y una minoría que aún no lo necesita, pronto formarán parte de las demandas de salud, sea porque empiezan o porque están en condición de iniciar tratamiento o por sufrir problemas de salud asociadas a deficiencias del sistema inmunológico. De seguir igual, a 2015 se tendrían 229,640 mil personas con VIH, 100 mil clasificadas en necesidad de ART, 57 mil recibiendo tratamiento, y un déficit de detección y tratamiento de 172,640 mil personas. Cuanto más alto sea el déficit de cobertura, mayor será el ritmo de la propagación, y mayores las demandas de gasto en tratamiento sobre el sistema de salud.

Por esta razón, la sostenibilidad no depende solamente de obtener nuevas fuentes de ingresos o mejores precios de insumos, también depende de políticas nacionales de

financiamiento, de armonización de protocolos de atención, de contar con un comité técnico regional que de seguimiento a la aplicación de los lineamientos regionales para medicamentos antirretrovirales y reactivos diagnóstico y de seguimiento que faciliten la negociación conjunta y compra de los mismos.

El propósito sería mantener el avance hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el apoyo, para reducir la carga epidemiológica y financiera del VIH. Sin embargo, mantener el avance es insuficiente porque ha sido muy lento, con prevalencias estáticas por quince años. Hace falta acelerar el ritmo para poner bajo control el crecimiento de la prevalencia, de modo que los recursos disponibles en los países les permitan ampliar la capacidad y calidad de la respuesta. Esto implica aumentar los recursos disponibles de fuentes nacionales y orientarlos hacia las intervenciones más efectivas, pero también mejorar la gestión de los recursos.

4 Estrategia de Sostenibilidad

4.1 Propósito

La estrategia de sostenibilidad tiene como propósito acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH, mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana.

4.2 Objetivos

- a) **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;
- b) **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 la provisión;
- c) **Alinear la cooperación** de las entidades que contribuyen a la respuesta al VIH, para redistribuir los recursos basado en las necesidades regionales, las evidencias y orientada a resultados.
- d) **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.

- e) **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.

4.3 Resultados Esperados

A fines de 2013:

- a) Planes estratégicos y estimaciones de recursos necesarios actualizados en función de nuevos marcos de prioridades que orientarán la reasignación de recursos hacia intervenciones con mayor impacto en la epidemia, en todos los países centroamericanos y República Dominicana;
- b) Estrategia de formación de capacidades gerenciales y técnicas con enfoque de políticas de salud, administración y economía de la salud para la implementación de la estrategia de sostenibilidad;
- c) Evaluaciones de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH, que nos proporcione información de avances y necesidades, insumos necesarios para actividades de fortalecimiento de los mismos en la región;

- d) Estrategia de sostenibilidad regional y estrategias nacionales ratificadas por las autoridades de gobierno relevantes.

A fines de 2014:

- a) Diagnósticos de avance y programas operativos para la implementación de las estrategias nacionales intersectoriales de prevención primaria, secundaria y terciaria con recursos gestionados por las instituciones responsables de la implementación;
- b) Ahorros sustanciales obtenidos por los países de Centroamérica y República Dominicana, con el uso de mecanismos de negociación y compra conjunta para obtener mejores precios en productos farmacéuticos, reactivos y materiales, así como otros insumos críticos del proceso de atención en VIH;
- c) Mecanismos y alianzas para financiar paquetes integrados y costo efectivos de prevención en las poblaciones más expuestas y en los grupos claves que el país defina con base en la evidencia;
- d) Fondos nacionales asegurados para al menos el 50% del monto de las actividades esenciales que en 2010 dependían de recursos externos;
- e) Avances en Sistemas de Información de VIH, basados en vigilancia de segunda y tercera generación, que brinden información para la toma de decisiones.
- f) Coordinación estratégica intersectorial e interinstitucional para el abordaje integral del VIH con énfasis en determinantes.

A fines de 2015:

- a) Mecanismos y alianzas para financiar paquetes integrados y costo efectivos de prevención en las poblaciones más expuestas y en los grupos claves que el país defina con base en la evidencia;
- b) Estrategias de atención integral revisadas, reguladas y vigilado su cumplimiento a nivel nacional, para aumentar la racionalidad en el uso de medicamentos y la reducción de costos del tratamiento antirretroviral;
- c) Indicador de acceso universal y progreso de la respuesta relativo al porcentaje de personas que necesitan terapia antirretroviral y la reciben, con un mínimo de 60% en los países de Centroamérica y República Dominicana.
- d) Fondos nacionales asegurados para al menos el 75% del monto de las actividades esenciales que en 2010 dependían de recursos externos;

4.4 Líneas de acción

1.1.1. Análisis y reorientación de las prioridades de gasto

Los estudios de gasto en VIH han mostrado que una cantidad importante de los escasos recursos disponibles se destina a intervenciones y poblaciones de impacto muy limitado sobre el ritmo de la epidemia, en tanto que se carece de fondos para las acciones y grupos meta de mayor interés e impacto potencial. El marco de inversiones de ONUSIDA, el Modelo GOALS, la asignación de recursos basada en costo efectividad, los estudios de incidencia basados en los modos de transmisión (MOT), el modelo de recursos necesarios (RNM) y los modelos de prevención combinada para poblaciones de mayor riesgo, son algunas de las herramientas disponibles para facilitar el análisis crítico que cada país debe realizar, sobre el conocimiento disponible de la epidemia, la revisión de congruencia de la estrategia preventiva, y el gasto por intervenciones.

Una mejor asignación incluye también la reducción de gastos innecesarios o inefectivos. Por ejemplo, los estudios de MEGAS mostraron que algunos países dirigen una alta proporción del gasto a funciones de administración y sistemas de apoyo. Es necesario evaluar cómo reducir el peso de esos gastos sin afectar la calidad y efectividad de la respuesta nacional.

1.1.2. Integración programática y presupuestaria de la respuesta al VIH

Tanto las acciones de prevención y tamizaje de casos, como las de capacitación de recursos humanos, la atención a huérfanos y

niños vulnerables a consecuencia del VIH, los programas para mejorar el entorno de políticas en la respuesta al VIH y la atención a denuncias de violaciones a derechos humanos, la investigación social, epidemiológica o económica de la respuesta al VIH, entre otros diversos temas, pueden obtener recursos para su funcionamiento si forman parte regular de los programas y presupuestos de las entidades que participan en su ejecución. Las normas de atención integrada de la salud, en los diferentes niveles, deberían incorporar y monitorear la prestación de servicios. Las entidades multisectoriales, que normalmente forman parte de las comisiones de VIH, como educación, gobernación, turismo, derechos humanos, entre otros, pueden contribuir a la sostenibilidad de la respuesta por medio de incorporar programática y financieramente sus acciones en respuesta al VIH. El proceso puede iniciar con la formulación del programa y presupuesto de 2014 que se realiza a inicios de 2013; de tener éxito, se crearía un flujo de recursos regular para actividades que actualmente solo financia la cooperación externa.

1.1.3. Diversificación de las fuentes de ingresos

El escenario de reducción de recursos de fuentes convencionales como el Fondo Mundial y otras, impactará en los próximos años al menos a seis de los ocho países de la región. Es necesario principiar a identificar fuentes alternativas de recursos, en concordancia con las características de los esquemas de financiamiento de la salud vigentes en cada país. Algunas iniciativas a explorar incluyen:

- a) **AUMENTO DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO.** La Declaración de compromiso de los Presidentes y Jefes de Gobierno de la región, ratificando la declaración de San José y presentando un cronograma de avances en la cobertura del financiamiento los programas esenciales de prevención y atención en un plazo determinado, que podría ser de cinco años. Cada país definiría, sobre un estándar regional recomendado, cuáles servicios y poblaciones considera prioritarios para cubrir con financiamiento público adicional.
- b) **INGRESOS TRIBUTARIOS CON DESTINO ESPECÍFICO.** La formulación de una propuesta regional de creación de un impuesto específico¹ de bajo monto, que forme parte de los impuestos de salida en todos los países de la región. Escenarios preliminares de este impuesto, con el número anual de pasajeros por país de la región observado en 2011, mostró que un impuesto así puede contribuir sustancialmente a cerrar brechas financieras ahora y en el futuro, especialmente en los países con mayor volumen de tráfico aéreo de pasajeros (**Tabla 4**). Los países también cuentan con la opción de hasta duplicar sus ingresos para VIH con una porción de los impuestos sobre bebidas alcohólicas equivalente al 1% del consumo total (**Tabla 3**).

Tabla 3. Porcentaje del Gasto en Bebidas Alcohólicas que equivale al gasto actual en VIH en Centroamérica:
Escenarios para la Apropiación de una porción de los impuestos sobre bebidas alcohólicas por país de la región

País	Consumo de alcohol por habitante (litros de alcohol puro)	Gasto en bebidas alcohólicas por habitante	Gasto en VIH por habitante	% del gasto bebidas alcohólicas que cubre el gasto en VIH
Belice	8.6	1,842.12	9.49	0.5%
Costa Rica	7.7	1,649.34	6.56	0.4%
El Salvador	5.6	1,199.52	8.04	0.7%
Guatemala	3.8	813.96	3.20	0.4%
Honduras	4.7	1,006.74	4.76	0.5%
Nicaragua	3.6	771.12	4.18	0.5%
Panamá	6	1,285.20	7.13	0.6%

Fuente: Gasto VIH = USAID/PASCA con base en la Medición del Gasto en SIDA 2010 en los países de Centroamérica; Gasto en Alcohol = PAHO/WHO (2011) Alcohol in the Americas: A case for Action y WHO (2011) World Health Statistics.

¹ Un impuesto específico es una tasa fija por unidad producida o servicio prestado y es menos común que los impuestos ad-valorem, los cuales son proporcionales al precio del bien o servicio. Las tasas aeroportuarias (impuestos de salida) generalmente son específicos, pues el uso de servicios aeroportuarios no depende de la longitud o el costo del trayecto.

TABLA 4. ESCENARIOS DE CAPTACIÓN DE RECURSOS ESPECÍFICOS PARA VIH POR PASAJERO EN EL IMPUESTO DE SALIDA DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA

País	No. de Pasajeros Internacionales/Año	Ingresos según Tasa por Pasajero				
		A USD 0.01	A USD 0.05	A USD 1.00	A USD 2.00	A USD 5.00
Belice	172,402.00	1,724.02	8,620.10	172,402.00	344,804.00	862,010.00
Costa Rica	4,403,559.00	44,035.59	220,177.95	4,403,559.00	8,807,118.00	22,017,795.00
El Salvador	1,976,326.00	19,763.26	98,816.30	1,976,326.00	3,952,652.00	9,881,630.00
Guatemala	2,071,143.00	20,711.43	103,557.15	2,071,143.00	4,142,286.00	10,355,715.00
Honduras	888,000.00	8,880.00	44,400.00	888,000.00	1,776,000.00	4,440,000.00
Nicaragua	1,124,094.00	11,240.94	56,204.70	1,124,094.00	2,248,188.00	5,620,470.00
Panamá	5,488,204.00	54,882.04	274,410.20	5,488,204.00	10,976,408.00	27,441,020.00
REGION	16,123,728.00	161,237.28	806,186.40	16,123,728.00	32,247,456.00	80,618,640.00

Fuente: Elaboración USAID/PASCA. Datos de pasajeros provenientes de reportes estadísticos para 2010 de las autoridades aeroportuarias de los distintos países y compilados por: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_the_busiest_airports_in_Central_America.

- c) **EL INTERCAMBIO REGIONAL SOBRE MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO DE ONG.** El tejido social organizado en torno a la respuesta al VIH, y las entidades con experiencia, credibilidad y aceptación entre las poblaciones más vulnerables podrían extinguirse por falta de financiamiento. Es importante facilitar el intercambio entre países para conocer los mecanismos alternativos que se han encontrado para su financiamiento. Esto incluye ejemplos como la asignación de 1%-1.5% de las utilidades de la Junta de Protección Social de Costa Rica a ONG que trabajan en la prevención y lucha contra ITS/VIH/SIDA (ley 8718, art 8, inciso i).
- d) **NUEVOS APORTES FINANCIEROS PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE PRUEBA.** La ampliación de la cobertura de prueba debe comenzar con la homologación de algoritmos diagnósticos que permitan la disminución de costos y su aplicación en zonas de difícil acceso o donde la cobertura actual es muy baja para llegar a la población económicamente activa. Para financiar esta ampliación de cobertura se pueden impulsar mecanismos no convencionales de financiamiento. Esto incluye tres vertientes: i. financiamiento de empresas, para la implementación de políticas de VIH en el lugar de trabajo; ii. financiamiento de los sistemas de seguridad social para campañas de prueba entre afiliados y derechohabientes; iii. Financiamiento de personas con acceso pruebas rápidas auto-administradas de venta libre (como OraQuick, sensible al 97%) y precio asequible; el kit debiera incluir orientación apropiada sobre el uso de la prueba y las consecuencias de cada posible resultado.

- e) **LA PREPARACIÓN DE PROYECTOS REGIONALES DIRIGIDOS A DONANTES INTERNACIONALES,** especialmente fundaciones internacionales que actualmente proveen recursos al Fondo Mundial, sobre la necesidad, importancia y ventajas de invertir en la prevención y atención al VIH en la región de Centroamérica y República Dominicana. Esta “promoción” de la región debería también orientarse hacia cooperantes bilaterales que están aportando al FM, para que no se pierda el flujo de recursos.

1.1.4. **Calidad y efectividad de la prevención primaria, secundaria y terciaria.**

En casi todos los países existen iniciativas para mejorar la calidad de la atención y el tratamiento de PVIH. La propuesta consiste en ampliar el concepto a todo el recorrido de la historia natural de la enfermedad. Es necesario establecer estándares de calidad y definiciones de productos y efectos en la prevención primaria, secundaria y terciaria. Un programa de trabajo en esta materia debería incluir cuando menos los aspectos siguientes:

- f) **ESCALAMIENTO DE LA DETECCIÓN EN POBLACIONES MÁS EXPUESTAS.** Estimar, a partir del número de personas con VIH, las que conocen y las que desconocen su estatus, por grupo humano y modo de transmisión, y organizar la prevención primaria bajo el criterio de que las personas que desconocen su estatus tienen una participación más activa en la dinámica de la transmisión. El programa debería buscar tres objetivos: i. aumentar la **tasa de cobertura** de prueba

entre grupos clave de la epidemia a partir de su contribución en las nuevas infecciones; ii. Aumentar la **tasa de detección** por medio de acciones de extensión hacia grupos con mayor exposición y por medio de la integración con otros servicios de salud donde podría incorporarse la prueba de VIH en un paquete diagnóstico más amplio; iii. Aumentar la **tasa de notificación**, dado que muchas veces se detectan casos pero no se informa al paciente ni a la autoridad sanitaria nacional, y tampoco se le deriva hacia un servicio adecuado de salud; iv Fortalecer la estrategia de **búsqueda de contactos** dentro de la prevención primaria y secundaria. Debe revisarse la regulación para incluir en ella medidas que refuercen el comportamiento de bancos de sangre, médicos particulares, laboratorios clínicos, seguridad social y establecimientos privados de servicios médicos, que actualmente contribuyen al sub registro y la postergación en el manejo de los casos.

- g) **PROGRAMAS PARA PVIH EN ETAPA INICIAL.** La detección temprana del VIH permite un manejo más completo de las y los PVIH para reducir la progresión y extender la etapa de latencia clínica. La atención primaria de salud debe incluir la orientación y el manejo de pacientes seropositivos asintomáticos. Esto incluye información y orientación sobre medidas preventivas de VIH, vacunación para co-morbilidades que favorecen la progresión, apoyo con suplementos nutricionales, tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras medidas que contribuyen a

mantener bien a las personas con VIH antes que sea necesaria la medicación antirretroviral.

- h) **MEJORAR LAS CAPACIDADES Y LA LOGÍSTICA DE LABORATORIO.** Extender el número de unidades de atención de salud que cuentan con equipo, personal e insumos de laboratorio para la detección, evaluación diagnóstica y monitoreo de pacientes en tratamiento antirretroviral. Esta línea de acción es complementaria y esencial a la integración de servicios de la respuesta al VIH en el conjunto de servicios de atención a la salud a escala nacional.
- i) **RACIONALIDAD EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.** Siguiendo las recomendaciones de OMS y OPS, examinar críticamente el continuo de la atención, y en ese marco, la existencia y el cumplimiento de protocolos nacionales para la dispensación de antirretrovirales a distintos tipos de pacientes. Los esfuerzos por reducir la dispersión y reforzar el apego al protocolo nacional pueden generar importantes ahorros en medicamentos y reducir las fallas terapéuticas derivadas de ciertos esquemas arriesgados o que provocan intolerancia de los pacientes. Este componente también incluye el desarrollo de un marco de indicadores de resultados asociado al tratamiento, para conocer si se está alcanzando indetectabilidad en un plazo adecuado, qué proporción de pacientes está en cada línea de tratamiento, y cuál es el nivel de adherencia en cada cohorte.

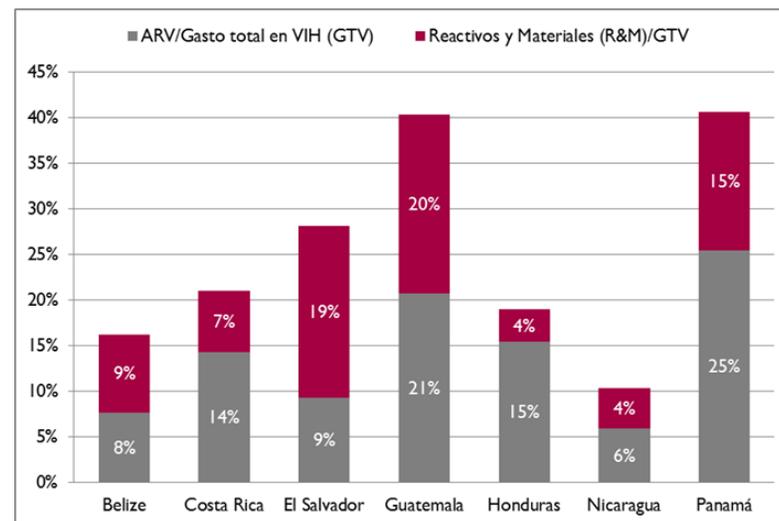
j) **HORIZONTALIZAR LA ATENCIÓN DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PERSONAS CON VIH.** La formación, capacitación y supervisión de personal de las redes de servicios públicas en los diversos países para asegurar la evaluación, clasificación y manejo adecuado de las infecciones oportunistas, tanto en pacientes sin diagnóstico previo como en los que están bajo tratamiento, permitirá introducir en las guías, normas de atención, programas operativos y presupuestos por establecimiento el personal, los insumos y los equipos necesarios para ofrecer la atención con financiamiento nacional.

1.1.5. Reducción de costos de la provisión.

A medida que crece el número de personas que necesitan tratamiento, aumenta el gasto total y la presión por recursos para VIH. Actualmente, el gasto en ARV y reactivos de laboratorio representa entre el 10% y el 41% del gasto total en VIH en los países centroamericanos (Gráfica 17). Aunque los países tienen diversos esquemas de tratamiento para primera y segunda línea, así como tratamientos de rescate, alrededor del 90% de pacientes está en primera línea (Gráfica 18) y, en promedio el 86% de pacientes está cubierto por esquemas donde predominan seis medicamentos (Gráfica 19) que participan entre 6 mil y 30 mil tratamientos anuales: AZT, 3TC, EFV, NVP, FTC y TDF (Gráfica 20). Estas cifras aumentarán en la medida que los países vayan sustituyendo esquemas no recomendados por contener medicamentos de alta toxicidad. Las principales líneas que se desprenden de esta convergencia de líneas, esquemas y medicamentos en la región centroamericana son:

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

GRÁFICA 17. GASTO EN ARV Y REACTIVOS DE LABORATORIO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN VIH EN CENTROAMÉRICA, 2010

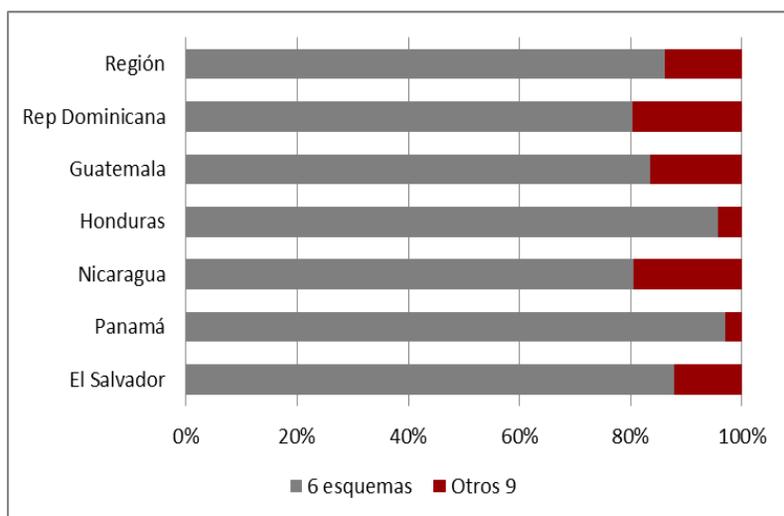


Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

b. **COMPRAS A TRAVÉS DE UNITAID / FUNDACIÓN CLINTON.** La Iniciativa de Acceso a Salud de la Fundación Clinton (CHAI), que funciona en seis de los ocho países, tiene experiencias de negociación a

través de UNITAID, que pueden ser de interés y donde Belice ha obtenido reducciones sustanciales de precios. La Organización de Estados del Caribe Occidental es una entidad miembro del consorcio de compras de CHAI, que ofrece un precedente interesante para el Sistema de la Integración Centroamericana.

GRÁFICA 18. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SEIS ESQUEMAS PREDOMINANTES EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA

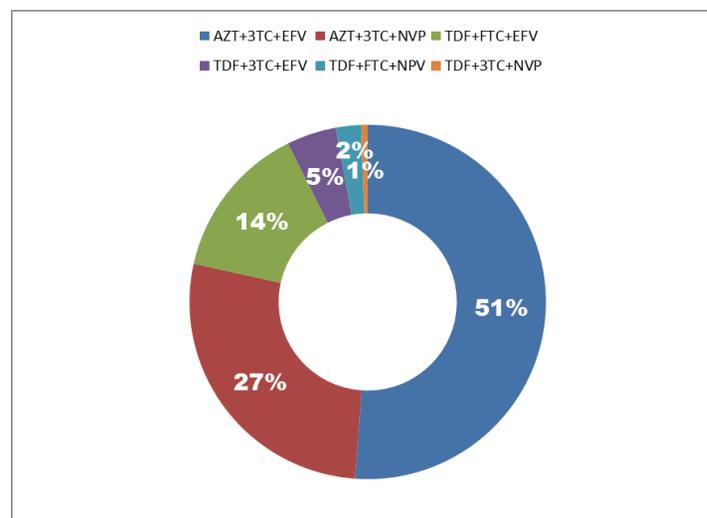


Elaboración USAID/PASCA con base en datos reportados por los países a OPS/OMS

c. **COMPRAS A TRAVÉS DE SE-COMISCA.** Desde 2009, con apoyo de la Línea de salud del Fondo España – SICA, se han realizado eventos de negociación conjunta de medicamentos con ahorros de 45% o más en medicamentos, gracias al trabajo de la Comisión

Técnica Sub-regional de Medicamentos, ente asesor de COMISCA. Una alianza estratégica entre MCR y CTSM podría conducir a identificar, armonizar y especificar los medicamentos de mayor volumen para incluirlos en los eventos de negociación conjunta que se realiza periódicamente.

GRÁFICA 19. PORCENTAJE DE PACIENTES EN LOS PRIMEROS SEIS ESQUEMAS PREDOMINANTES EN CENTROAMÉRICA



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

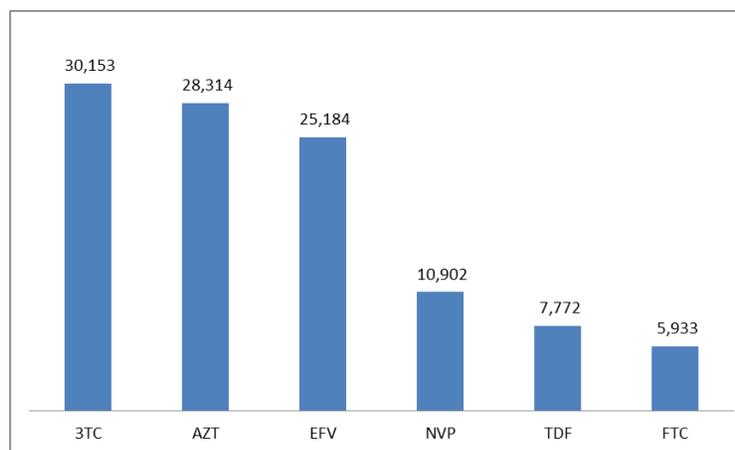
d. **EVALUAR FACTIBILIDAD DE MANUFACTURA REGIONAL.** El éxito obtenido en las negociaciones previas de cada país y los de los mecanismos en consorcio permiten anticipar ahorros que permitirían liberar a corto plazo una parte de los fondos

necesarios para atender otras áreas de la respuesta y continuar la ampliación del acceso. Sin embargo, estas reducciones eventualmente llegarán al límite impuesto por las diferencias de costo de manufactura en los países de origen de los medicamentos. Es por ello que se recomienda explorar el interés y estudiar la factibilidad de realizar operaciones de manufactura, almacenaje y distribución en la subregión, aprovechando la existencia de zonas de libre comercio aptas para tales fines, así como una infraestructura privada de manufactura de medicamentos con capitales de la región.

- e. **Acuerdos de desgravación.** Debido a la conexión estrecha entre costos, acceso a servicios y sostenibilidad, es imperativo realizar esfuerzos para lograr la desgravación de los insumos críticos, como reactivos y antirretrovirales. Esto incluye mecanismos de devolución tributaria de los impuestos sobre ventas y al valor agregado, pero también escudos fiscales para utilizar el monto de lo que sería la recaudación por impuestos y gravámenes aduaneros para aumentar el volumen de los insumos adquiridos.

Este tipo de negociación puede ser más difícil a escala de cada país que en el marco del sistema de integración, en un diálogo entre COMISCA y el Consejo de Ministros de Hacienda o Finanzas (COSEFIN).

GRÁFICA 20. NO. DE TRATAMIENTOS ANUALES POR MEDICAMENTO DE SEIS ESQUEMAS PREDOMINANTES PARA 1ª. LÍNEA EN CENTROAMÉRICA, 2012



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

5 Recomendaciones para la Implementación

1. **Sensibilización, divulgación y análisis.** Los países Centroamericanos disponen de estudios de financiamiento y gasto en VIH para 2010, que en combinación con otros análisis sobre la situación epidemiológica y el estado de la respuesta, permitirían convocar actores claves para acciones de sensibilización y abogacía, pero también para analizar la vulnerabilidad, la pérdida de la sostenibilidad y las acciones más efectivas para enfrentarlas. Este proceso debiera conducir a la adaptación de la estrategia regional mediante la formulación de planes de acción nacionales, interinstitucionales sujetos a evaluación periódica por los órganos de coordinación de la respuesta nacional.
2. **Monitoreo en cascada para respuesta más efectiva.** En los últimos años se han logrado avances importantes en el establecimiento de sistemas de información, monitoreo y evaluación en los países. La reflexión sobre sostenibilidad ofrece la oportunidad de revisar críticamente los indicadores priorizados para que reflejen mejor las distintas etapas de la cascada para un monitoreo más eficaz de la efectividad de la prevención, la cobertura de detección y el seguimiento de los casos identificados, diagnosticados, en tratamiento e indetectables, así como la duración en cada etapa.
3. **Guías de Revisión del Marco de Prioridades.** Es necesario preparar y compartir con los países, desde el MCR, guías técnicas de análisis y revisión del marco de prioridades, que aprovechen herramientas como GOALS, RNM, MOT y otras, para una asignación de recursos más ajustada a las necesidades y la efectividad de las intervenciones.
4. **Desarrollo técnico e implementación de las propuestas.** La estrategia sugiere la realización de diversas actividades de investigación, de diseño metodológico, de programación educativa, de selección de insumos para negociación conjunta, de revisión jurídica y de abogacía. La SE COMISCA con apoyo del MCR y las entidades cooperantes, deberá realizar el desarrollo de tales propuestas cuando sean de alcance regional, y por medio de las autoridades de salud de los países, se impulsará su ejecución cuando correspondan al ámbito nacional. Un elemento clave para lograr los mejores resultados consistirá en favorecer la comunicación y el intercambio entre países, relevar las mejores prácticas y compartir las lecciones aprendidas durante el proceso.
5. **Medios para la ejecución.** Es evidente que la implementación de la estrategia requerirá de recursos técnicos y financieros adicionales, así como marcos de seguimiento para garantizar su implementación dentro del plazo de transición de los mecanismos internacionales de financiamiento. Por tal razón, es necesario traducir las propuestas técnicas formuladas a un plan de acción regional con términos presupuestarios, que tenga en consideración un plan de M y E de la estrategia de sostenibilidad. Con este plan se debe gestionar y negociar el financiamiento necesario para implementar la estrategia.

6 Bibliografía

1. UNAIDS, Estimaciones 2011.
2. SICA (2005) *Declaración de San Salvador*. Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) San Salvador, El Salvador, 11 de noviembre de 2005.
3. Banco Mundial (2006). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH Sida en Centroamérica: Situación del VIH-Sida y Respuesta a la Epidemia en la Región*. Región de Latinoamérica y el Caribe y Programa Mundial de SIDA/Banco Mundial / Diciembre de 2006.
4. Izazola J y R Valladares (2003) *El financiamiento y gasto de las respuestas nacionales al VIH: Lecciones Aprendidas en América Latina y el Caribe* (BID).
5. CEPAL (2012) CEPALSTAT: Estadísticas e indicadores económicos. Estadísticas de Finanzas Públicas: Ingresos Tributarios. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>
6. La Foucade AD, E Scott, K Theodore y V Beharry (2008) *HIV/AIDS: Hurdles to a Sustainable Response in the Caribbean*. Business, Finance and Economics in Emerging Economies, 3(1) 2008,155-175.
7. World Bank (2012) *The Sustainability of HIV/AIDS Programs under limited funding envelopes – Country level evidence and policy options from Zambia and South Africa*.
8. AIDSTAR-One (2012). HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool (HAPSAT). http://www.aidstar-one.com/focus_areas/treatment/ART_costing_cross_walk/hivaids_program_sustainability_analysis_tool
9. KENYA (2010) *Report of the Technical Working Group on Sustainability for AIDS, Kenya*. Ministry of Medical Services / Ministry of Public Health and Sanitation. NACC / Health 20/20. August, 2010.
10. IHME (2009) *Global Health Financing 2009: Tracking Developing Assistance for Health*. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington, Seattle.
11. UNAIDS (2010) *2011-2015 Strategy: Getting to Zero*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, December 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
12. UNAIDS (2011) *Global AIDS Response Progress Report Guidelines* 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf
13. UN Assembly (2011) *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS*. UN General Assembly 95th Plenary Meeting, 10 June 2011.

- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf
14. IHME (2011) *Global Health Financing 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington, Seattle.
 15. Medecins Sans Frontieres (2010). *No Time to Quit: HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*. May 2010. http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2010/No_Time_to_Quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf
 16. COMISCA. *Resolución de la XXXIV Reunión del Consejo de Ministros de Salud*, Antigua Guatemala, 23-24 de junio de 2011.
 17. Schwartlander, B et al. (2011) *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*. *Lancet*, June 3, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60702-2
<http://www.slideshare.net/UNGASSForum/1-investmentframeworklancetpaper>
 18. *Planes Estratégicos para diversos países centroamericanos pueden descargarse del sitio web de USAID PASCA: <http://www.pasca.org/content/planes-estrat%C3%A9gicos-y-operativos>*
 19. *Estudios de Modos de Transmisión para algunos países centroamericanos pueden descargarse del sitio web de USAID|PASCA: <http://www.pasca.org/content/modos-de-transmisi%C3%B3n-mot>*
 20. Martin, S (2008). *Sustainable Development, Systems Thinking and Professional Practice*. *Journal of Education for Sustainable Development*. 2:1(2008): 31-40. Sage Publications.
 21. Arrow K, P Dasgupta, L Goulder et al. (2004) *Are we consuming too much?* *Journal of Economic Perspectives* 18(3):147-172.
 22. Ejemplos de sitios web empresariales donde se conecta la respuesta al VIH con la sostenibilidad; Xtrata: <http://www.xstrata.com/sustainability/hiv aids/>; Unilever:
 23. Senge, P (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of Organizational Learning*. Doubleday / Currency.
 24. Tsisis P y N Nirupama (2008) *Vulnerability and risk perception in the management of HIV/AIDS: Public priorities in a global pandemic*. *Risk Manag Healthc Policy*; 2008; 1: 7-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270897/>
 25. Pisani E et al (2003) *Back to Basics in HIV Prevention: focus on exposure*. *BMJ* 2003;326:1384-7.
 26. Case, KK (2012) *Understanding the modes of transmission model of new HIV infections and its use in prevention planning*. *Bulletin World Health Organization*. Policy and Practice. Article ID: BLT.12.102574
 27. UNAIDS (2012) *Investing for Results. Results for People: A people centred investment tool towards ending AIDS*. Guidance UNAIDS/PCB (30)12.CRP.4.
 28. Osmond, D (1998) *Epidemiology of Disease Progression in HIV*. *HIV In-site Knowledge Base Chapter*. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-01-04>. UCSF Center for HIV Information. Actualizada en 2012; consultada el 10/10/2012.
 29. Vahidnia, F et al (2012) *Acquisition of GB virus type C (HGV) and lower mortality in patients with advanced HIV disease*. *Clin Infect Dis*, online edition, 2012.

30. Gretch, D *Advocating the concept of GBV biotherapy against AIDS*. Clin Infect Dis, online edition, 2012. <http://cid.oxfordjournals.org/content/55/7/1020.full?sid=a20fe052-cd4e-43af-961f-54e26c90f7fa>. Publicada en línea en Julio de 2012; consultada el 10/10/12.
31. Robbins GK et al (2007) *Predictors of Antiretroviral Treatment Failure in an Urban HIV Clinic*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 January 1; 44(1): 30–37.
32. Heye, TB et al (2012) *Predictors of treatment failure and time to detection and switching in HIV-infected Ethiopian children receiving first line anti-retroviral therapy*. BMC Infectious Diseases 2012, 12:197.
33. OPS (2012) *Antiretroviral treatment on the spotlight: A public health analysis in Latin America and the Caribbean*. Pan American Health Organization. Alonso González M, editor. Washington DC; PAHO; 2012.
34. Thompson, M et al. (2012) *Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection 2012 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel*. Journal of the American Medical Association – JAMA 2012;308(4):387-402. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1221704>
- Barnihausen T, D Bloom y S Humair (2012) *Bärnihausen, Bloom & Humair Model Description*. Annex to PLoS Medicine article: HIV TaSP: Systematic Comparison of Mathematical Models of Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV Incidence in South Africa by Eaton et al.
35. Eaton, J et al. (2012) *HIV Treatment as Prevention: Systematic Comparison of Mathematical Models of the Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV Incidence in South Africa*. PLoS Medicine, July 2012. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001245>.

7 Anexos

Anexo 1

CONCORDANCIA ENTRE LA DECLARACIÓN REGIONAL SOBRE LAS NUEVAS ORIENTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO) Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

COMRPOMISOS CON LA APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
<p>Nos comprometemos a abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud que permita abordar los objetivos de desarrollo que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.</p>	<p>Propósito de la estrategia de sostenibilidad: Acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH (Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 6), mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana.</p>
<p>I) Facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud, Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr.</p>	<p>Línea de acción 1. Análisis y reorientación de las prioridades de gasto. Los estudios de gasto en VIH han mostrado que una cantidad importante de los escasos recursos disponibles se destina a intervenciones y poblaciones de impacto muy limitado sobre el ritmo de la epidemia, en tanto que se carece de fondos para las acciones y grupos meta de mayor interés e impacto potencial.</p>
<p>II) Fortalecer la participación de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones</p>	<p>Recomendación 1. Sensibilización, divulgación y análisis. Los países centroamericanos disponen de estudios de financiamiento y gasto en VIH para 2010, que en combinación con otros análisis sobre la situación epidemiológica y el estado de la respuesta, permitirían convocar actores claves para acciones de sensibilización y abogacía, pero también para analizar la vulnerabilidad, la pérdida de la sostenibilidad y las acciones más efectivas para enfrentarlas. Este proceso debiera conducir a la adaptación de la estrategia regional mediante la formulación de planes de acción nacionales, interinstitucionales sujetos a evaluación periódica por los órganos de conducción y coordinación de la respuesta nacional.</p>

CONCORDANCIA ENTRE LA DECLARACIÓN REGIONAL SOBRE LAS NUEVAS ORIENTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO) Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

COMRPOMISOS CON LA APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
<p>III) Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada.</p>	<p>Sostenibilidad como contención de la epidemia. La prevención primaria, la promoción y educación en salud, así como la acción sobre entornos legales, de políticas, disparidades económico-sociales, creencias y prácticas culturales que generan vulnerabilidad son esenciales para evitar que personas de los grupos humanos con mayor exposición y vulnerabilidad frente al VIH, así como otros grupos de población, estén sujetos a condiciones que favorecen la adopción o dificultan el abandono de conductas de riesgo.</p>
<p>IV) Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud,</p>	<p>Línea de acción 2. Integración programática y presupuestaria de la respuesta al VIH. Las entidades multisectoriales, que normalmente forman parte de las comisiones de VIH, como educación, gobernación, turismo, derechos humanos, entre otros, pueden contribuir a la sostenibilidad de la respuesta por medio de incorporar sus acciones en respuesta al VIH en los programas y presupuestos regulares de su sector.</p>
<p>V) La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente</p>	<p>Línea de Acción 4. Calidad y efectividad de la prevención primaria, secundaria y terciaria. En casi todos los países existen iniciativas para mejorar la calidad de la atención y el tratamiento de personas con VIH. La propuesta consiste en ampliar el concepto a todo el recorrido de la historia natural de la enfermedad. Es necesario establecer estándares de calidad y definiciones de productos y efectos en la prevención primaria, secundaria y terciaria.</p>

Anexo 1

CONCORDANCIA ENTRE LA DECLARACIÓN REGIONAL SOBRE LAS NUEVAS ORIENTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO) Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

COMPRPOMISOS CON LA APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud	Objetivo d) 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.
Los sistemas sanitarios requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas con la atención sanitaria	Línea de acción 3.1 Promover una nueva Declaración de compromiso de los Presidentes y Jefes de Gobierno de la región , ratificando la Declaración de San José (2005) y presentando un cronograma de avances en la cobertura del financiamiento los programas esenciales de prevención y atención en un plazo determinado, que podría ser de cinco años. Cada país definiría, sobre un estándar regional recomendado, cuáles servicios y poblaciones considera prioritarios para cubrir con financiamiento público adicional.

Anexo 2

CONCORDANCIA ENTRE EL PLAN DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
<p>Misión. Contribuir a la garantía del derecho al nivel de salud más alto para la población de la Región asegurando la accesibilidad, inclusividad y equidad en sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria renovada a través del desarrollo de capacidades y sistemas de información, desarrollando iniciativas conjuntas e innovadoras.</p>	<p>Propósito de la estrategia de sostenibilidad: Acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH (Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 6), mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana.</p>
<p>Resultado 3 Promovido el enfoque integral e intersectorial que contribuya a la reducción de la carga de las enfermedades transmisibles en la región.</p>	<p>Resultados esperados: - Coordinación estratégica intersectorial e interinstitucional para el abordaje integral del VIH con énfasis en determinantes.</p>
<p>Resultado 4. Accesibles los medicamentos esenciales para la atención de la población regional mediante la aplicación, consolidación y expansión de la política regional de medicamentos, que incluya entre otros, aspectos de producción, compra, gestión de suministros y uso racional.</p>	<p>Resultados esperados: - Ahorros sustanciales obtenidos por los países de Centroamérica y República Dominicana, con el uso de mecanismos de negociación y compra conjunta para obtener mejores precios en productos farmacéuticos, reactivos y materiales, así como otros insumos críticos del proceso de atención en VIH;</p>
<p>Resultado 4.3 Promoción del uso racional de los medicamentos y la estrategia del uso de genéricos en las unidades de salud pública.</p>	<p>Línea de acción: Racionalidad en el tratamiento antirretroviral. Siguiendo recomendaciones de OMS y OPS, examinar críticamente el continuo de la atención, y en ese marco, la existencia y el cumplimiento de protocolos nacionales, reducir la dispersión de esquemas y reforzar el apego al protocolo nacional para generar importantes ahorros en medicamentos y reducir las fallas terapéuticas.</p>

Anexo 2

CONCORDANCIA ENTRE EL PLAN DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

APS RENOVADA	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
<p>Objetivo Estratégico: Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud. poyo para el desarrollo de programas nacionales de capacitación a distancia y el intercambio de experiencias entre países.</p>	<p>Objetivo d) 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.</p>
<p>Línea de acción 12.6 Identificación de un sistema de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de la Región compuesto por un conjunto mínimo consensuado de indicadores con particular énfasis en acceso, protección equidad, calidad y que contemple el financiamiento en salud.</p>	<p>Objetivo b) 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 la provisión;</p>
<p>Línea de acción 14.4 Promoción de redes colaborativas regionales o internacionales para el desarrollo de productos (fármacos, vacunas y diagnósticos) de enfermedades prevalentes en la Región.</p>	<p>Línea de acción. Evaluar factibilidad de manufactura regional. Explorar el interés y estudiar la factibilidad de realizar operaciones de manufactura, almacenaje y distribución en la subregión, aprovechando la existencia de zonas de libre comercio aptas para tales fines, así como una infraestructura privada de manufactura de medicamentos con capitales de la región.</p>
<p>Línea de acción 15.2 Desarrollo progresivo de herramientas, metodologías, lineamientos y conocimiento de mejores prácticas para la organización y la gestión de los servicios de salud</p>	<p>Objetivo e) 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.</p>
<p>LA17.3 Creación y apoyo del funcionamiento de una mesa regional de donantes para la armonización y alineamiento de la cooperación internacional que apoye la implementación del Plan de Salud.</p>	<p>Objetivo c) Alinear la cooperación de las entidades que contribuyen a la respuesta al VIH, para redistribuir los recursos basado en las necesidades regionales, las evidencias y orientada a resultados.</p>

Anexo 3

CONCORDANCIA ENTRE LA DECLARACIÓN DE BUSAN SOBRE ALINEACIÓN Y ARMONIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN Y LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN VIH-SIDA

PRINCIPIOS DE ALINEACIÓN Y ARMONIZACIÓN	ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
<p>Apropiación de las prioridades de desarrollo por los países en desarrollo. Las alianzas para el desarrollo solamente tendrán éxito si son conducidas por los países en desarrollo, implementando enfoques que se ajustan a las condiciones y necesidades propias de los países.</p>	<p>Acciones para la implementación. Guías de Revisión del Marco de Prioridades. Es necesario preparar y compartir con los países, desde el MCR, guías técnicas de análisis y revisión del marco de prioridades para una asignación de recursos más ajustada a las necesidades y la efectividad de las intervenciones.</p>
<p>Enfoque en resultados. Nuestras inversiones y esfuerzos deben tener un impacto duradero en la erradicación de la pobreza y la reducción de las desigualdades, en el desarrollo sostenible y en fortalecimiento de las capacidades de los países en desarrollo, alineado con las prioridades y políticas definidos por los mismos países en desarrollo.</p>	<p>Propósito: acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en VIH, mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más efectivas en los países de Centroamérica y República Dominicana.</p>
<p>Alianzas de desarrollo inclusivas. La apertura, confianza, respeto mutuo y aprendizaje compartido son fundamento de las alianzas efectivas en apoyo a los objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de los roles diferenciados y complementarios de todos los actores.</p>	<p>Objetivo c) Alinear la cooperación de las entidades que contribuyen a la respuesta al VIH, para redistribuir los recursos basado en las necesidades regionales, las evidencias y orientada a resultados. Línea de acción: Preparación de proyectos regionales para interesar donantes sobre la necesidad, importancia y ventajas de invertir en la prevención y atención al VIH en la región de Centroamérica y República Dominicana.</p>
<p>Transparencia y rendición mutua de cuentas. Rendición de cuentas entre pares y hacia los beneficiarios propuestos de nuestra cooperación así como hacia los ciudadanos de cada país cooperante, organizaciones, representantes y accionistas, es crítico para entregar resultados. Las prácticas transparentes son la base de una rendición de cuentas fortalecida.</p>	<p>Acciones para la implementación: Desarrollo técnico e implementación de las propuestas. La SE COMISCA con apoyo del MCR y las entidades cooperantes, deberá realizar el desarrollo de tales propuestas cuando sean de competencia o alcance regional, y por medio de las autoridades de salud de los países, se impulsará su ejecución cuando correspondan al ámbito nacional. Medios para la ejecución. Es necesario traducir las propuestas técnicas formuladas a un plan de acción regional con presupuesto y plan de monitoreo y evaluación de la estrategia de sostenibilidad.</p>



USAID | **PASCA**
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA | Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH



giz



ONUSIDA
AMÉRICA LATINA

El Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA) está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciado el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID | PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud. Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este documento no es responsabilidad ni refleja necesariamente la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.