

Plantilla de expresión de interés Solicitudes regionales

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Nombre del solicitante	Mecanismo de Coordinación Regional (MCR), Mesoamérica			
Tipo de solicitante	Mecanismo de Coordinación Regional (MCR)			
Componente	VIH			
Fecha de inicio prevista para el programa	01-07-2016	Fecha de finalización prevista para el programa	30-07-2019	
Financiamiento solicitado	\$3.982.415 (<i>Presupuesto de alto nivel adjunto en plantilla obligatoria</i>).			
Receptor(es) Principal(es)	<i>No se ha definido</i>			
Información de elegibilidad: países** incluidos en la solicitud regional				
País*	Categoría de ingresos**	Carga de morbilidad**	Elegibilidad**	Enfoque de la solicitud**
Belice	Medio alto	Alta	Elegible	Poblaciones clave
Guatemala	Medio bajo	Alta	Elegible	Poblaciones clave
Honduras	Bajo	Alta	Elegible	Poblaciones clave
El Salvador	Medio bajo	Alta	Elegible	Poblaciones clave
Nicaragua	Bajo	Alta	Elegible	Poblaciones clave
Costa Rica	Medio alto	Alta	Elegible	Poblaciones clave
Panamá	Medio alto	Alta	Elegible	Poblaciones clave

* Según la [Lista de elegibilidad del Fondo Mundial](#).

** Indique la lista de países provisional si aún no se dispone de la lista definitiva.

PARTE 2: DESCRIPCIÓN GENERAL ESTRATÉGICA, REPERCUSIÓN PREVISTA Y CONTEXTO REGIONAL (se sugiere utilizar 2-3 páginas)

1. En referencia a la epidemiología de la enfermedad y al contexto regional y/o de los países participantes, ¿cuáles son los principales objetivos y metas de este programa regional? (Indique objetivos claros y mensurables) ¿Cuáles son las actividades clave previstas y a qué poblaciones clave se dirigirá¹ este programa regional? (En su respuesta debe tener en cuenta la complementariedad y sinergia con los programas de países).

¹ El Fondo Mundial define las poblaciones clave como: mujeres y niñas; hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas transgénero; usuarios de drogas inyectables; profesionales del sexo masculinos, femeninos y transgénero, así como sus clientes; reclusos; refugiados y migrantes; personas que viven con el VIH; adolescentes y jóvenes; niños vulnerables y huérfanos; y poblaciones afectadas por situaciones humanitarias. Se añaden además estos grupos que también deben ser considerados como poblaciones clave: poblaciones remotas o móviles; personas sin hogar; personas internamente desplazadas; poblaciones indígenas; personas que viven con tuberculosis, coinfección tuberculosis/VIH, tuberculosis multirresistente (TB-MR) y sus contactos; personas que viven con la malaria y personas que trabajan en lugares vulnerables a las transmisiones de tuberculosis y malaria.

1. EPIDEMIOLOGÍA Y CONTEXTO REGIONAL.

i. Epidemiología

Centroamérica cuenta con el 7.8% de la población de América Latina.¹ En ella viven 10.6% de las personas con VIH de la región, equivalente a 148,500 personas.² Después del Caribe, Centroamérica es la subregión más afectada por el VIH en las Américas. Tres de los siete países de América Latina con mayores tasas de prevalencia están en Centroamérica, como se puede apreciar en la Tabla 1.

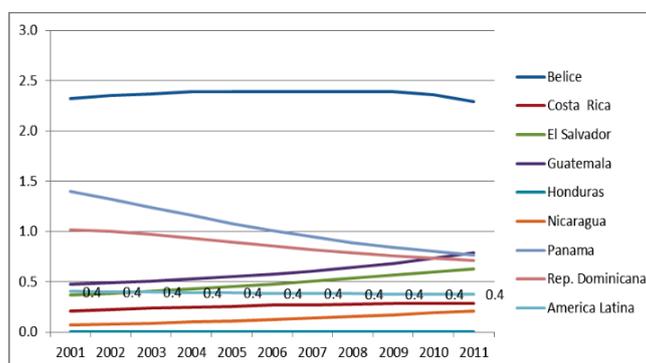
Tabla 1. Prevalencia de VIH en los países de Centroamérica

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*

Con apoyo de cooperantes, entre ellos, y de manera significativa, el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, los países de la Región han progresado de manera notable en la organización de sus respuestas nacionales, la orientación estratégica de las acciones, la movilización de recursos para responder a la epidemia, la negociación de precios de medicamentos y el acceso al tratamiento para personas con VIH.³ Pese a los logros en la región con respecto al aumento en la inversión en VIH y avances en compromisos de los países, las tasas de prevalencia estimadas para la población adulta no han descendido (excepto en Honduras y Panamá). El crecimiento es alarmante en 4 de 7 países, específicamente Guatemala, El Salvador, Costa Rica y Nicaragua (Gráfico 1).⁴

Gráfico 1. Prevalencia estimada de VIH en población de 15 a 49 años en Centroamérica (2001-2011)



Según un estudio llevado a cabo en la región por USAID en el 2013, las estimaciones de VIH en población adulta y los estudios de comportamiento y vigilancia en poblaciones específicas, indican que en todos los países la prevalencia de VIH es varias veces mayor en HSH en comparación con la población general. Indica, que en aquellos que cuentan con datos desagregados para la población trans femenina, la prevalencia de VIH es aún mayor⁵. La evidencia señala que los hombres que tiene sexo con hombres y las personas trans femeninas son las poblaciones más vulnerables y con mayores factores de riesgo frente a la epidemia en la región; y que de acuerdo con estándares internacionales⁶, la epidemia es de tipo concentrada dada la prevalencia del VIH en la población de HSH y trans femenina.

ii. Epidemiología del VIH en la población migrante

En general, aunque está descrito desde hace algún tiempo que las poblaciones móviles son vulnerables y se encuentran en riesgo⁷ por falta de acceso a servicios y a información, ruptura y formación de nuevas redes sociales⁸, largos períodos lejos del hogar⁹, falta conductas de riesgo, violación de sus derechos humanos, discriminación¹⁰, estigmatización¹¹, marginación, exclusión, violencia de género, pobres condiciones de trabajo, comercio sexual¹², falta de seguridad, agotamiento de fronteras agrícolas¹³ y otros aspectos que les hacen más vulnerables a la transmisión del VIH, se reconoce que la falta de información sobre la epidemiología del VIH de estas poblaciones móviles y migrantes en la Región es una debilidad importante.

Sin embargo, existe evidencia acerca de su elevada vulnerabilidad por las condiciones en que sucede la migración y el riesgo al VIH, y que las intervenciones realizadas en estas poblaciones, tienen un alto nivel de costo/beneficio para ellas y las poblaciones con quienes interactúan. Un estudio que analizó el costo/beneficio de la prevención del VIH en migrantes, demostró que el costo promedio del tratamiento de una ITS y condón, estaban alrededor de \$1, mientras que la consejería y prueba

voluntaria (CPV) podían costar entre \$1.44 (Tecun Uman, Guatemala) a \$26.58 (Panamá). Los beneficios se definen como ahorros potenciales de los gobiernos en terapia antirretroviral (TARV) generados por los casos de VIH prevenidos en la población migrante. El estudio sugiere que los programas de prevención no solo mejorarían la salud de los migrantes sino que potencialmente representarían ahorros monetarios para la sociedad a largo plazo.¹⁴

Iniciativas regionales que han abordado estas poblaciones móviles¹⁵ y otros estudios, han demostrado que el contexto de violencia, sexo transaccional, sexo por sobrevivencia y violación, ocurren en condiciones que aumentan el riesgo de transmisión de VIH, siendo las mujeres migrantes y las trabajadoras sexuales las más vulnerables.¹⁶ De acuerdo a lo reportado por Leyva et. al, el 30% de las mujeres migrantes en tránsito terrestre por México, reportó haber sufrido violencia, sin diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de sufrir un evento de violencia sexual entre migrantes en tránsito, independientemente de su estatus migratorio.¹⁷

Se reconoce que en Centroamérica (así como en México y en otros países de América Latina y el Caribe) hay enclaves con turismo sexual, espacios fronterizos de alta movilidad poblacional, situaciones de desplazamientos forzados, así como redes de trata de personas y explotación sexual donde el intercambio sexual se produce en condiciones de desigualdad, aumentando la vulnerabilidad social de los migrantes al VIH y la magnitud de otros problemas de salud.¹⁸

Sin embargo, a pesar de conocer los riesgos que supone el migrar con respecto a la violencia sexual, los migrantes tienen escasas capacidades y posibilidades de tomar medidas para disminuirlos o evitarlos. Un estudio del 2013 sobre derechos sexuales de migrantes centroamericanos en tránsito hacia Estados Unidos, confirma esto e indica que la carencia de redes de apoyo y de acceso a servicios de asesoría legal y servicios de salud son el principal causante de esta limitación.¹⁹

iii. El contexto de la migración en Centroamérica

La Región cuenta con información que muestra que la movilidad poblacional ha aumentado considerablemente en los últimos 10 a 20 años, tanto por la migración hacia los Estados Unidos, como por la movilidad intra-regional. Un estudio publicado en 2014 por la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA) estima que aproximadamente cuatro millones de personas migraron entre los países de la región y hacia EEUU.²⁰

Esta alta movilidad poblacional se justifica a partir de dos fenómenos principales: 1. como sitio expulsor y de paso para los migrantes rumbo a los Estados Unidos, y 2. por la migración laboral estacional entre países. En la región se identifican nueve fronteras binacionales que se clasifican en dos grandes categorías. El primer grupo ubicada en el norte, las fronteras Guatemala-México y Belice-México, en donde se estima pasan alrededor de 350,000 a 400,000 migrantes de manera irregular anualmente acorde con datos del Instituto de Migración Mexicano (INM).²¹⁻²² Otras datos de la SISCA estiman para el 2010 en 2,796,739 la migración de centroamericanos hacia los Estados Unidos.²³ En la actualidad se estima que del flujo de migrantes centroamericanos que traspasan la frontera mexicana de manera irregular, más del 50% es devuelto por autoridades migratorias antes de llegar a la frontera con Estados Unidos.²⁴

En el caso del flujo transfronterizo proveniente de Guatemala hacia la frontera sur de México, se identifican dos flujos diferentes. Por un lado, los desplazamientos de muy corta duración (menos de un día), y por otro, los que implican más de un día de estancia en México. El primero aporta el 52% del total de desplazamientos, mientras el segundo con el 48% restante. En cuanto a las características demográficas, el flujo transfronterizo con México está compuesto preferentemente por hombres (76%) que se insertan preferentemente en ocupaciones agrícolas (en fincas, ejidos o ranchos del interior del estado de Chiapas) y en trabajos de la construcción (en ciudades fronterizas). El flujo femenino tiene características diferentes a los hombres; se destaca la importancia de las mujeres especialmente en el flujo diario, en donde aportan más del 35% de los desplazamientos. El lugar de destino también es diferente, dado que las mujeres se dirigen casi exclusivamente a las ciudades fronterizas del sur de Chiapas. Entre ellas se encuentra una alta proporción de jefas de hogar, que cruzan diariamente a trabajar como vendedoras ambulantes en *tianguis* (ferias) y en servicio doméstico en las ciudades fronterizas. En ambos casos, hombres y mujeres, se trata de población joven en edades sexualmente activas, aunque con algunas diferencias. En los hombres la concentración en edades de 20 a 29 años, mientras que en las mujeres, esta abarca un rango más amplio, de 20 a 39 años. Se trata de una población de muy baja escolaridad (más del 60% no ha terminado la primaria), situación que es prácticamente la misma para hombres y mujeres.²⁵

La migración transfronteriza entre países centroamericanos va en aumento. Estimaciones de la SISCA a partir de datos censales y del Banco Mundial, estiman para 2010 en 567,898 el flujo de migrantes intrarregionales cuyo país de origen y destino es un país centroamericano.²⁶ Las fronteras de Costa Rica-Nicaragua, Nicaragua-El Salvador, Panamá-Costa Rica son especialmente dinámicas y en las otras, resultado de la regionalización y globalización de las economías, se reporta una movilidad poblacional creciente, incluso entre países no colindantes.²⁷ 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; Belice, centroamericanizado desde el resto de los países; Nicaragua, principal proveedor de migrantes intrarregionales.²⁸ Actualmente Panamá es un nuevo receptor debido a megaproyectos en el área de construcción.

Estudios sobre migración laboral en la región, documentan situaciones de especial interés en lo relativo al VIH y los derechos humanos. Entre estas se encuentran la estabilidad del empleo, las condiciones de contratación, la regularización del estatus migratorio y las condiciones del hábitat o calidad de vida, quedando de manifiesto que gran parte de trabajadores migrantes carecen de seguridad social y por lo tanto de acceso a servicios de salud. Además, la mayoría son empleos temporales de muy corto plazo, generando estadías no productivas en los lugares de destino o de alta rotación, entre los lugares de atracción,

pudiendo la persona migrante ser más vulnerable a prácticas de conductas de riesgo al VIH, que en gran medida van acompañadas de consumo de alcohol y en muchos casos se ha documentado el pago por servicios sexuales. En el contexto migratorio, el trabajo sexual es ejercido por profesionales que ofrecen el servicio a la población local y en tránsito, o por las poblaciones móviles para subsistir (sexo transaccional); o por personas que han caído en las redes de trata de personas, práctica que va en aumento y que reporta también un incremento de trabajadoras sexuales provenientes del extranjero, principalmente de República Dominicana.^{29,30}

Debe agregarse que en este contexto de migración, la no documentación contribuye a la vulneración de los derechos humanos.^{31,32} La falta de claridad e información en la Región sobre los procedimientos a seguir para tramitar y obtener permisos de trabajo y el pago de los costos para obtener el documento, están entre las principales causas para no contar con él. Esto hace que muchas de las personas migrantes se sientan vulnerables frente a autoridades o intermediarios laborales, que en muchas ocasiones se aprovechan de esto para explotarlas laboral³³ o sexualmente; además de la exclusión implícita o explícita de los sistemas de seguridad social.

iv. Protección social y acceso a los servicios de salud en personas migrantes en Centroamérica

Según la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA), “El acceso a la seguridad social por parte de los inmigrantes que trabajan en Centroamérica y de quienes emigran a Estados Unidos continúa dependiendo de las decisiones o propuestas de reforma de la legislación migratoria, las cuales contemplan disposiciones específicas que afectarían el acceso de las personas migrantes tanto a los seguros como a la atención médica. En ese sentido, son inciertas las repercusiones de dichas reformas sobre la seguridad social, en caso de que lleguen a ser aprobadas; inclusive para aquellos inmigrantes que estarían en vías de obtener la ciudadanía, pues existe renuencia a conceder la cobertura de la seguridad social incluso para undocumented que obtengan un estatus provisional para su naturalización”.³⁴

La principal barrera que se identifica en el acceso a la salud para estas poblaciones, es que los servicios de salud no están diseñados para servir a las poblaciones migrantes y sus necesidades, además que no cuentan con lineamientos claros para la atención de estas poblaciones (con excepción de El Salvador). Las condiciones en el origen, tránsito y destino de la migración en Centroamérica, se entrelazan con prácticas sociales y políticas gubernamentales antimigratorias, que se concretan en acciones discriminatorias, estigmatizantes y de rechazo a los migrantes y constituyen obstáculos para el acceso a servicios de salud en general y de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH en particular.³⁵

Un estudio exploratorio del 2014 de la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA), sobre acceso a servicios sociales básicos para las poblaciones móviles y transfronterizas en Centro América y República Dominicana, señala que en general, todos los países tienen un marco normativo lo suficientemente amplio e incluyente para que sean respetados los derechos sociales de la población móvil. Señala que en “las legislaciones nacionales existentes se establece que los trabajadores migrantes gozan de las mismas prerrogativas que los empleados nativos sin importar su condición migratoria, pero en la práctica su estatus constituye una limitante para el acceso a la seguridad social y a los demás servicios derivados de la misma”.³⁶ En el caso de los servicios de salud, se mostró que las poblaciones móviles y transfronterizas tienen el derecho a la salud gratuita, siendo Costa Rica un caso particular debido a que, exige la afiliación al Seguro Social para acceder a los servicios de salud.

El caso de Costa Rica debe ser observado con detenimiento, pues es el único país de la Región que ha asumido el 100% de la atención y el tratamiento. La Caja Costarricense de Seguro Social, prestador de servicios estatales, se sostiene por un seguro médico pagado por sus afiliados. De no ser afiliado, no se reciben sus beneficios. Si bien existen alternativas de coberturas estatales del seguro para personas en condiciones de pobreza, las personas con situación migratoria irregular y personas sin documentos, no pueden ser afiliadas. Existen por tanto dificultades para garantizar a personas en esta condición de vulnerabilidad, el acceso a la salud.

En los demás países se cubren estos servicios para personas migrantes y personas sin documentos. Todos hacen un esfuerzo por brindar servicios gratuitos para la atención y el tratamiento de VIH y financiarlos con fondos propios; aunque la realidad en la Región es que aún hay una elevada dependencia de los mecanismos de financiamiento externo-internacional.³⁷ Centroamérica ha iniciado un fuerte proceso orientado a lograr la sostenibilidad de la respuesta, en donde el tema de movilidad y migración no ha constituido aún un tema de agenda política. Debe garantizarse en este proceso el abordaje del tema, garantizando su integración en los avances de la Región para la sostenibilidad de las acciones.

v. Integración de acciones en Centroamérica: implementación de políticas, estrategias, planes y logro de metas regionales

El Sistema de 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.³⁸

Las principales vinculaciones del tema con políticas, planes, estrategias y metas regionales, son las siguientes:

a. Política Regional de Salud del SICA 2015-2022.³⁹ (*Anexo 1*). En el 2014 la Secretaría de 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 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.

b. Planteamiento Estratégico de la Dimensión Social de la Integración Centroamericana (2013).⁴⁰ (*Anexo 2*) El Consejo de la Integración Social Centroamericana (CIS), elaboró en el 2013 el “Planteamiento Estratégico de la Dimensión Social de la Integración Centroamericana”. En este documento se reconoce que los presidentes centroamericanos han reconocido que es necesario avanzar hacia la formulación de una “política migratoria integral para la región”. En la Declaración de la XXXVII Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países Miembros del SICA (El Salvador, 22 de julio de 2011), se plantea: “Manifestar nuestra profunda preocupación por la situación de alta vulnerabilidad que enfrentan los migrantes y sus familiares en los países de tránsito y de destino, así como por la creciente aprobación de leyes con contenido antiinmigrante. En ese sentido, instruir al Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores para que se adopte a la brevedad posible la política migratoria regional integral y desarrolle iniciativas conjuntas, a favor de la protección de las personas migrantes de la región”.

El documento plantea por tanto como una de sus líneas estratégicas la Regulación de los mercados laborales integrados, enfocándolo desde tres ópticas: (a) La migración laboral intrarregional es un fenómeno en marcha y que se va a profundizar en las próximas décadas, lo cual representa una oportunidad para los países de origen, pero también para los países receptores. “Los migrantes complementan a los locales en el mercado laboral, pero hay necesidad de asegurar una integración plena a los migrantes y su acceso a servicios básicos” (SISCA, 2011); (b) El reconocimiento de las actuales demandas de mano de obra por parte de las estructuras y procesos productivos en la región; y (c) La importancia de aplicar el enfoque de derechos a los migrantes intrarregionales. Se podría explorar el tema del llamado “trato nacional” para los centroamericanos, aunque se debe reconocer que es un tema complejo, delicado y que tiene distintas implicaciones.

Entre las acciones estratégicas plantea la atención a poblaciones móviles a través de:

- a. Formulación e implementación de programas y proyectos que aseguren la atención de las poblaciones móviles.
- b. Elaboración, con participación del CIS, de una propuesta para la portabilidad de contribuciones a la seguridad social dentro de la región centroamericana.

c. Plan Estratégico Regional de VIH y Sida (PER) 2010-2015⁴¹ (*Anexo 3*). Preparado por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) y con la aprobación del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), es fruto 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. 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 cuenta con 6 líneas estratégicas, entre las que se encuentra la Política Regional de Acceso Universal.

Este Plan reconoce a las poblaciones móviles como prioritarias con base en la problemática y necesidades de movilidad y migración en la región, y en las recomendaciones y lecciones aprendidas con el “Proyecto Mesoamericano de atención integral

para poblaciones móviles: reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/Sida en Centroamérica” (apoyado por el Fondo Mundial⁴² entre 2005-2010).

d. 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 (2013). ⁴³

(Anexo 4) 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:

- 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 provisión.
- c) 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.
- 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.

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.

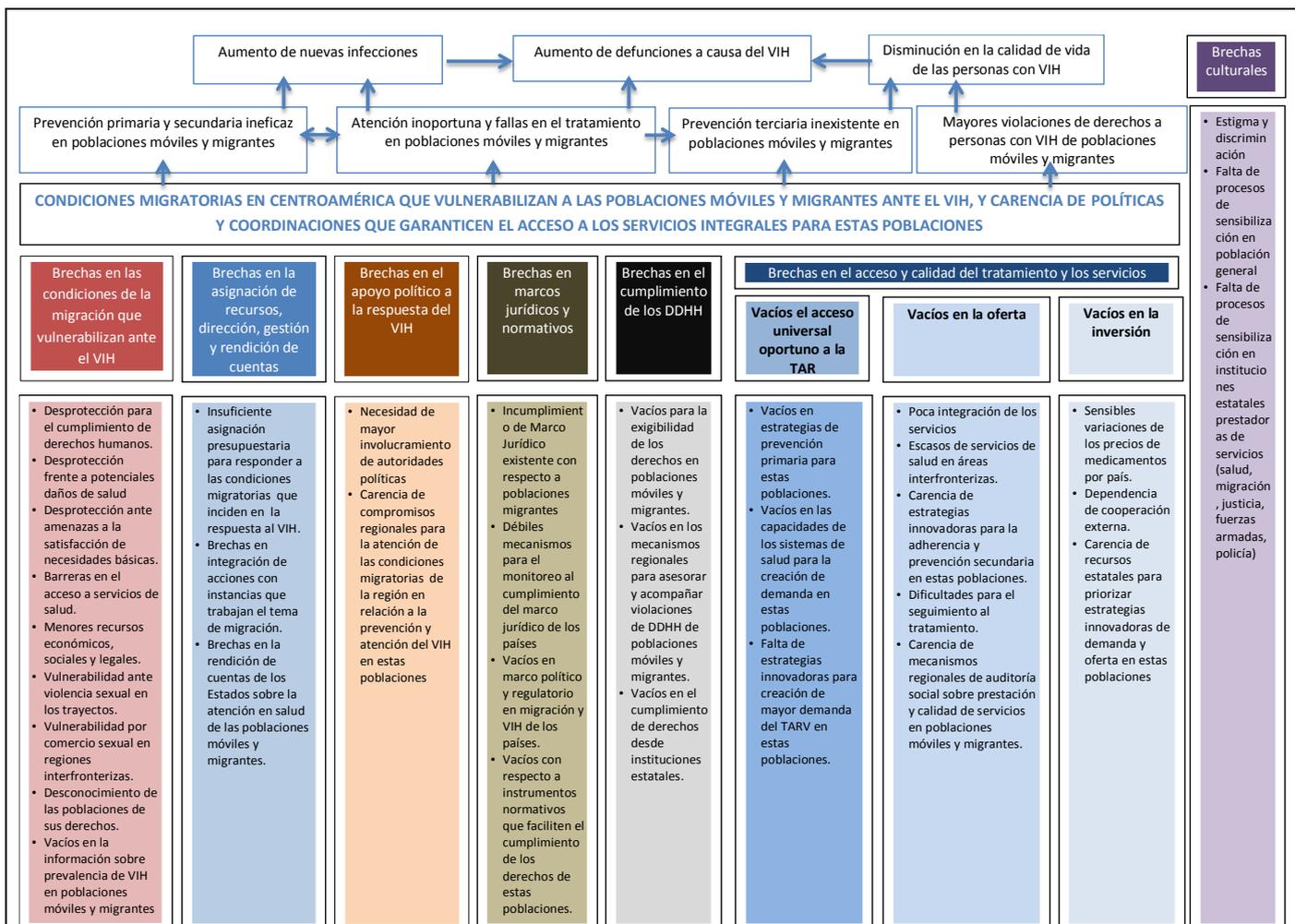
e. Llamado a la Acción (“Call to Action”)⁴⁴. (Anexo 5). Durante mayo del 2014, se celebró en la Ciudad de México el “Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención. Del diagnóstico al tratamiento efectivo: optimizando las etapas en el continuo de la atención”. El objetivo de este foro era contribuir a la expansión y sostenibilidad de la respuesta al VIH y en particular de la atención integral a través de una alianza entre programas nacionales, servicios de salud, médicos expertos en el tema y representantes de organizaciones de la sociedad civil, a partir de una plataforma consensuada de estrategias y medidas que permitan la reducción de nuevas infecciones y alcanzar el mayor número posible de personas con supresión efectiva y sostenida del virus.

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.

Se propuso que para lograr las metas, la respuesta de América Latina y el Caribe, debe garantizar una serie de aspectos, entre ellos que todos los compromisos asumidos para el cumplimiento del continuo de la cascada 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.

vi. Principales brechas identificadas

La situación epidemiológica y contexto descrito, lleva a la identificación de una serie de brechas en la prevención y atención del VIH en poblaciones móviles y migrantes en la Región Centroamericana, que se plantean en el siguiente esquema:



2. LA PROPUESTA ESTRATÉGICA DEL MCR

El MCR tiene interés en contar con un financiamiento de **USD 3.982.415**.

Con este dinero, el MCR **implementaría una estrategia regional que garantice el acceso a servicios integrales de calidad relacionados al VIH, a las poblaciones móviles y migrantes**. Esta garantía debe lograrse con **la implementación de acciones orientadas a generar cambios sostenibles por los Estados de la Región**.

La estrategia se enmarca en un momento en que la Región Centroamericana canaliza importantes esfuerzos en lograr la sostenibilidad del acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y apoyo relacionados con el VIH para la población Centroamericana. Es por tanto, un momento de oportunidad para garantizar que las necesidades en prevención y atención del VIH de la población móvil y migrante centroamericana (con la vulnerabilidad que sus condiciones les implican), quede visibilizada. **Es actuar anticipadamente, preparando a la Región para que en este momento político y económico crítico para la sostenibilidad de la respuesta en Centroamérica, las necesidades de esta población queden atendidas por los países.**

En concordancia con los pilares del Tratamiento 2.0, esta propuesta busca que los sistemas se adapten a las necesidades y circunstancias de estas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad ante el VIH:

1. generando acciones estratégicas desde los Estados, destinadas a aumentar la demanda de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH en poblaciones móviles y migrantes;
2. movilizndo recursos de los Estados de la Región, para agilizar la ampliación de la oferta de servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento en estas poblaciones;
3. implementando acciones estratégicas destinadas a cerrar brechas en el continuo del tratamiento del VIH de poblaciones móviles y migrantes de la Región.

En contribución al progreso hacia las metas “90-90-90”, la propuesta contribuiría a la expansión del acceso a prevención, diagnóstico, vinculación y retención en la atención, cobertura de tratamiento y supresión viral.

Población clave: La propuesta contemplará acciones que beneficiarán a las poblaciones móviles y migrantes en la Región

Centroamericana. Esto implica el planteamiento de acciones orientadas a crear las condiciones para mejorar la prestación de servicios en migrantes temporales, migrantes permanentes, transmigrantes, migrantes no acompañados, migrantes irregulares, documentados o indocumentados⁴⁵ y poblaciones de retorno.

En este sentido, se deben hacer las siguientes precisiones con respecto a la aproximación:

1. Se define a la población móvil como la población que se traslada por vía terrestre a través de la Región Centroamericana que traspasa o tiene intención de traspasar al menos una frontera que se mantiene fuera de su lugar de origen al menos una noche.
2. Se define a la población migrante como aquellas personas que por diversas razones económicas y personales se movilizan de su lugar de origen a un destino con la intención de establecerse en él de forma temporal o permanente⁴⁶.
3. Se considerarán los determinantes de la salud que afectan la vulnerabilidad ante el VIH y el acceso a tratamiento en todos los puntos del proceso de migración (origen, tránsito, destino y retorno).
4. Los aspectos sociales (clase, género, etnia, orientaciones sexuales), biológicos (sexo y edad) y las condiciones estructurales del contexto (cultura, política, economía) que determinan la vulnerabilidad social de una persona o grupo, serán contempladas transversalmente en la implementación de toda la propuesta.

i. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y METAS

El **objetivo general** de la propuesta es **reducir las condiciones de vulnerabilidad ante el VIH ocasionadas por las barreras en el acceso a servicios de salud, en la población móvil y migrante en la región centroamericana.**

La **meta** a alcanzar tras tres años de implementación del proyecto, sería que la **Región Centroamericana garantice de manera sostenible, el acceso a servicios integrales de prevención y atención al VIH, de población móvil y migrante.**

Estrategia para alcanzar el objetivo general y la meta. El MCR ha diseñado una estrategia que:

1. Se enmarca en la realidad contextual y en las prioridades y estrategias planteadas en la Región a través del Plan Estratégico Regional de VIH y sida 2010-2015, la Estrategia de Sostenibilidad de Centroamérica y República Dominicana, de las metas establecidas en “Llamado a la Acción” y de los principios rectores y objetivos de la Política de Salud del SICA.
2. Responde a un enfoque de derechos humanos y de salud pública.
3. Retoma las esferas prioritarias de acción que acogen y amparan la perspectiva global de la OIM frente a los temas de migración y la salud⁴⁷
4. Fortalecería la respuesta regional al VIH para las poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica en concordancia con los pilares de Tratamiento 2.0.

Así, la estrategia que se implementaría con la presente propuesta intervendría de manera directa en tres grandes áreas:

1. **Marco político y jurídico en la región**, para la garantía de acceso y prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.
2. **Fortalecimiento de coordinación y alianzas regionales** para mejorar el acceso y la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.
3. **Monitoreo de la situación de salud con respecto al VIH**, de las personas móviles y migrantes.

Se esperaría que las tres intervenciones anteriores, alcanzaran una efectividad tal, que tras tres años de implementación, **se empiecen a reconocer cambios concretos en el suministro de servicios de salud y respuesta institucional** en centros seleccionados como centros de referencia en cada país, para facilitar y promover el acceso equitativo de las personas migrantes a servicios de atención en salud y VIH.

Objetivos específicos:

1. Cumplir con marcos políticos y legales en la región, que garanticen la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.
2. Establecer procesos regionales de coordinación, cooperación y concertación entre sectores, para mejorar el acceso y la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.
3. Fortalecer mecanismos regionales para vigilar, monitorear y evaluar la situación de salud con respecto al VIH de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica.

Objetivos Específicos	Estrategia	Resultados esperados
Objetivo 1: Cumplir con marcos políticos y legales en la región, que garanticen la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.	1. Establecer estándares mínimos legales que deben cumplir los países de la región, para garantizar la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.	1.1 Marcos normativos en salud de los países de la región CA, integran acuerdos regionales para la prestación de servicios integrales del VIH a poblaciones móviles y migrantes en condición de vulnerabilidad. 1.2 Países rindiendo cuentas sobre la implementación de marcos normativos y acuerdos regionales orientados a la prestación de servicios integrales del VIH a poblaciones móviles y migrantes.
Objetivo 2: Establecer procesos regionales de coordinación, cooperación y concertación entre sectores, para mejorar el acceso y la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.	2. Fortalecer los procesos de articulación regional entre sectores, para incidir en cambios en la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes en condición de vulnerabilidad.	2.1 Fortalecido el trabajo articulado entre los diferentes sectores y actores regionales, para garantizar la prevención y atención del VIH con poblaciones móviles y migrante. 2.2 Implementados acuerdos y declaratorias regionales orientadas a garantizar el acceso a los servicios integrales del VIH para poblaciones móviles y migrantes de Centroamérica. 2.3 Implementadas mejoras para fortalecer el continuo de la atención de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica.
Objetivo 3: Fortalecer mecanismos regionales para vigilar, monitorear y evaluar la situación de salud con respecto al VIH de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica	1. Creación de mecanismos regionales de monitoreo y evaluación sobre poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica, y su situación de salud con respecto al VIH.	1.1 Región Centroamericana cuenta con y utiliza, información estratégica sobre poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica y su situación de salud con respecto al VIH. 1.2 Región Centroamericana cuenta con un la integración de redes regionales en mecanismos de vigilancia para el seguimiento y la atención integral a personas con VIH.

ii. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES.

OBJETIVO 1: Cumplir con marcos políticos y legales en la región, que garanticen la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

ESTRATEGIA 1: Establecer estándares mínimos legales que deben cumplir los países de la región, para garantizar la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

INTERVENCIÓN 1.1 Desarrollo y aplicación de legislación, estrategias y políticas de salud

Actividad 1.1.1 Análisis del marco político y normativo sobre migración y VIH en Centroamérica. En Centroamérica se han llevado a cabo estudios sobre el Marco Jurídico sobre VIH y Derechos Humanos. Sin embargo, el tema de migración ha sido siempre evaluado en términos de la prohibición o no de realizar la prueba o bien una constancia de salud (de no poseer enfermedades infecto contagiosas) como requisito migratorio, y se ha demostrado que aunque el marco legal de la Región es bastante favorable para el acceso a la salud en esta poblaciones, se presentan grandes vacíos en su implementación. Se requiere por tanto realizar un análisis detallado sobre el cumplimiento del derecho a la salud y en específico en prevención y atención al VIH, en personas móviles y migrantes, de manera que se pueda identificar qué exactamente debe ser cambiado en los marcos políticos y normativos de los países (leyes específicas, creación de instrumentos normativos, políticas, decretos, lineamientos u otros que eliminan barreras de acceso y garanticen el cumplimiento de los derechos).

Actividad 1.1.2 Definición de estándares mínimos legales que deben cumplir los países de la región, para garantizar la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes. A partir de la actividad anterior, se contará con suficientes elementos para poder definir en un proceso de trabajo conjunto de revisión y análisis con actores clave de la Región (en procesos interpaís y regionales), cuáles serían los estándares mínimos legales con los que deberían cumplir los países en esta materia y cuáles serían las normativas que deben ser modificadas. En estos procesos se esperaría la participación de al menos los siguientes actores:

1. Instancias políticas regionales: Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA), Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), y Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos (CCPDH).
2. Sistema de Naciones Unidas y Agencias de Cooperación.

Los estándares mínimos definidos, deben considerar la atención integrada de servicios (con especial atención en la vinculación de TB-VIH), y las necesidades particulares según cada subpoblación (de retorno, tránsito o destino; según género, edad, características culturales) como hitos fundamentales para la garantía de la atención de calidad.

Actividad 1.1.3 Promover y apoyar procesos de modificación de marcos normativos. Esta actividad implica tres acciones clave:

1. **Modificación de marcos políticos y normativos.** La modificación propiamente de los marcos políticos y normativos de acuerdo a los estándares mínimos definidos (cambios en leyes, políticas, normativas, de los países, según corresponda). Implica:
 - a. Abogacía y lobby político para la modificación de marcos políticos y normativos.
 - b. Apoyo técnico para que los países puedan elaborar instrumentos políticos o legales necesarios para la modificación de sus marcos normativos (para elaboración según corresponda, de una propuesta de ley, de una política, de un lineamiento, etc).
2. **Implementación de marcos normativos.** Se definirán al menos dos centros de salud en cada país (definidos de acuerdo a criterios establecidos previamente según las características del tipo de migración predominante en el país y vacíos detectados en la atención), donde se monitoreará la implementación del marco político y legal.

INTERVENCIÓN 1.2 Seguimiento de la ejecución de leyes y políticas.

Actividad 1.2.1 Definición e implementación del mecanismo de monitoreo y rendición de cuentas del cumplimiento de marcos políticos y normativos. Se plantea para esta actividad, la definición e implementación de mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas por parte del MCR, que partan de mecanismos ya existentes a nivel regional. Es decir, se trata de 1. la incorporación del tema de VIH a mecanismos ya existentes en el tema de movilidad y migración; y 2. la incorporación del tema de movilidad y migración, en mecanismos ya existentes para dar seguimiento a compromisos y acuerdos en VIH en la región

OBJETIVO 2: Establecer procesos regionales de coordinación, cooperación y concertación entre sectores, para mejorar el acceso y la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

ESTRATEGIA 2: Fortalecer los procesos de articulación regional entre sectores, para incidir en cambios en la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes en condición de vulnerabilidad.

INTERVENCIÓN 2.1 Articulación y cooperación regional.

Actividad 2.1.1 Generación de diálogo político entre instancias regionales sobre el tema de la prevención y atención del VIH con poblaciones móviles y migrantes en la Región. Esta actividad está orientada a promover la cooperación bilateral y multilateral entre los países de la Región Centroamericana en materia de salud y VIH de las poblaciones móviles y migrantes. Implica acciones orientadas a:

1. El posicionamiento del tema en instancias regionales.
2. La apertura de procesos de diálogo con dichas instancias.
3. Lograr acuerdos y declaraciones de carácter regional.
4. Crear e implementar mecanismos para el seguimiento a los acuerdos y declaratorias producto de los diálogos políticos.

Las instancias regionales de interés para la propuesta, serían:

1. Instancias políticas regionales: Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA) y Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA)
2. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos (CCPDH)

Actividad 2.1.2 Fortalecimiento de espacios de articulación del MCR con diferentes instancias que intervienen regionalmente, en la atención integral y cumplimiento de derechos de poblaciones móviles y migrantes. Esta actividad estaría orientada a buscar que el MCR articule y coordine sus acciones de manera más fuerte y consistente con la cooperación que trabaja los temas de migración y la que trabaja el tema de VIH en la región, para promover de manera conjunta la agenda de prevención y atención del VIH de las poblaciones móviles y migrantes. En especial, se trataría de fortalecer estos procesos del MCR con la OIM.

Implicaría además, un fortalecimiento de la articulación regional del MCR con instancias que atiendan el tema desde la sociedad civil organizada, en específico, las organizaciones que trabajan con poblaciones móviles y migrantes.

Actividad 2.1.3 Implementación de una estrategia de comunicación permanente. Se implementaría una estrategia de comunicación dirigida a las instancias regionales con dos propósitos: 1. Mantener informados sobre avances en el tema en la región, datos epidemiológicos en estas poblaciones, implementación de acciones del proyecto, entre otros; y 2. Implementación de una estrategia de comunicación política y estratégica que facilite el posicionamiento del tema en los espacios de articulación regional.

INTERVENCIÓN 2.2 Articulación de acciones regionales para fortalecer el continuo de la atención en poblaciones móviles y migrantes.

Actividad 2.2.1 Generación de información estratégica sobre calidad de la atención y acceso a servicios integrales para la prevención y atención en VIH de poblaciones móviles y migrantes (Continuo de la atención). Para determinar de mejor manera cuáles son los cambios requeridos en la región para garantizar la atención de calidad y libre de estigma y discriminación en los servicios integrales para la prevención y atención en VIH a poblaciones móviles y migrantes, es necesario conocer qué sucede en la práctica en esta prestación de servicios. Para generar esta información, desde el proyecto se construiría la cascada de atención para poblaciones móviles y migrantes en la Región, y se buscará entender como la condición de migración/movilidad impacta en la provisión de servicios de prevención, atención y tratamiento, y eventualmente en la cascada nacional.

Actividad 2.2.2 Implementación de acciones para el fortalecimiento del continuo de la atención. Los resultados de la revisión de la provisión de servicios de prevención, atención y tratamiento, deben ser discutidos ampliamente por los representantes de los Programas de los países, de manera que se logren acuerdos sobre los cambios fundamentales que deben implementar los países para mejorar el continuo de la atención. Desde el proyecto se apoyará el proceso de diálogo regional para definir los cambios necesarios y establecer los compromisos regionales. Los países deben comprometerse a implementar los acuerdos logrados.

OBJETIVO 3: Fortalecer mecanismos regionales para vigilar, monitorear y evaluar la situación de salud con respecto al VIH de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica.

ESTRATEGIA 3: Establecer mecanismos regionales de vigilancia, monitoreo y evaluación sobre poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica, y su situación de salud con respecto al VIH.

INTERVENCIÓN 3.1 Implementación del monitoreo y la evaluación y la vigilancia regional, sobre poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica, y su situación de salud con respecto al VIH.

Actividad 3.1.1 Diseño e implementación de un sistema regional para la generación de información estratégica. Una de las grandes brechas en el tema de poblaciones móviles y migrantes y VIH, es la carencia de información. Por tanto, esta actividad se orienta a establecer un sistema de información regional que:

1. permita obtener, documentar e intercambiar información y prácticas óptimas para atender las necesidades con respecto a salud y VIH, de los migrantes y poblaciones móviles en los países de origen o retorno, tránsito y destino;
2. que apoye el desarrollo de evaluaciones regionales sobre el estado de salud y VIH de personas migrantes y su acceso a la atención en salud;
3. que difunda y utilice estratégicamente la información que se genera;
4. que se articule con los sistemas ya existentes. Se trata de articularse con los sistemas nacionales ya existentes, para que en estos se recopile la información necesaria sobre poblaciones móviles y migrantes y VIH y que esta información a su vez, pueda fluir hacia las instancias regionales.

Actividad 3.1.2 Diseño e implementación de mecanismos de vigilancia regional para la atención integral. Una de las mayores brechas en este tema, es el seguimiento a los pacientes. Esta actividad se orienta a establecer mecanismos que permitan la integración de redes regionales para el abordaje de las personas con VIH en condiciones de movilidad/migración de forma oportuna y efectiva en la región.

INTERVENCIÓN 3.2 Evaluaciones

Actividad 3.3.1 Evaluaciones

El proyecto incluiría evaluaciones de Línea Base, Línea Media Línea Final.

2. ¿Qué resultados y repercusiones se espera lograr? (Descríbalos de la manera más precisa posible) En los casos en los que este programa regional se vaya a basar en un programa regional vigente (incluida una subvención del Fondo Mundial en curso), ¿qué resultados y repercusiones se han logrado hasta la fecha? (Haga referencia específica a cualquier evaluación o revisión pasada y/o a las lecciones extraídas).

Después de 3 años de implementación, se considerará que la implementación **ha sido exitosa** si en cumplimiento a su objetivo general, se ha logrado **reducir las condiciones de vulnerabilidad ante el VIH en la población móvil y migrante en la región centroamericana, ocasionadas por las barreras en el acceso a servicios de salud.**

Este resultado se verá expresado de manera concreta, en cambios en la prestación de servicios y seguimiento que se brinde a estas poblaciones. En específico, se esperaría poder determinar cambios orientados a aumentar el diagnóstico temprano e integración a los servicios de manera **oportuna de poblaciones móviles y migrantes, en los centros de salud seleccionados en cada país para brindar seguimiento desde el proyecto.**

Evaluación. Para evaluar el cumplimiento del objetivo, se prevería la realización de estudios de línea base, línea media, y final. Para cada objetivo, se prevén además los siguientes resultados:

Objetivo 1: Cumplir con marcos políticos y legales en la región, que garanticen la atención de calidad y libre de estigma y discriminación, en los servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

Resultados esperados:

- 1.1 Marcos normativos en salud de los países de la región CA, integran acuerdos regionales para la prestación de servicios integrales del VIH a poblaciones móviles y migrantes en condición de vulnerabilidad.
- 1.2 Países rindiendo cuentas sobre la implementación de marcos normativos y acuerdos regionales orientados a la prestación de servicios integrales del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

Objetivo 2: Establecer procesos regionales de coordinación, cooperación y concertación entre sectores, para mejorar el acceso y la prestación de servicios integrales para la prevención y atención del VIH a poblaciones móviles y migrantes.

Resultados esperados:

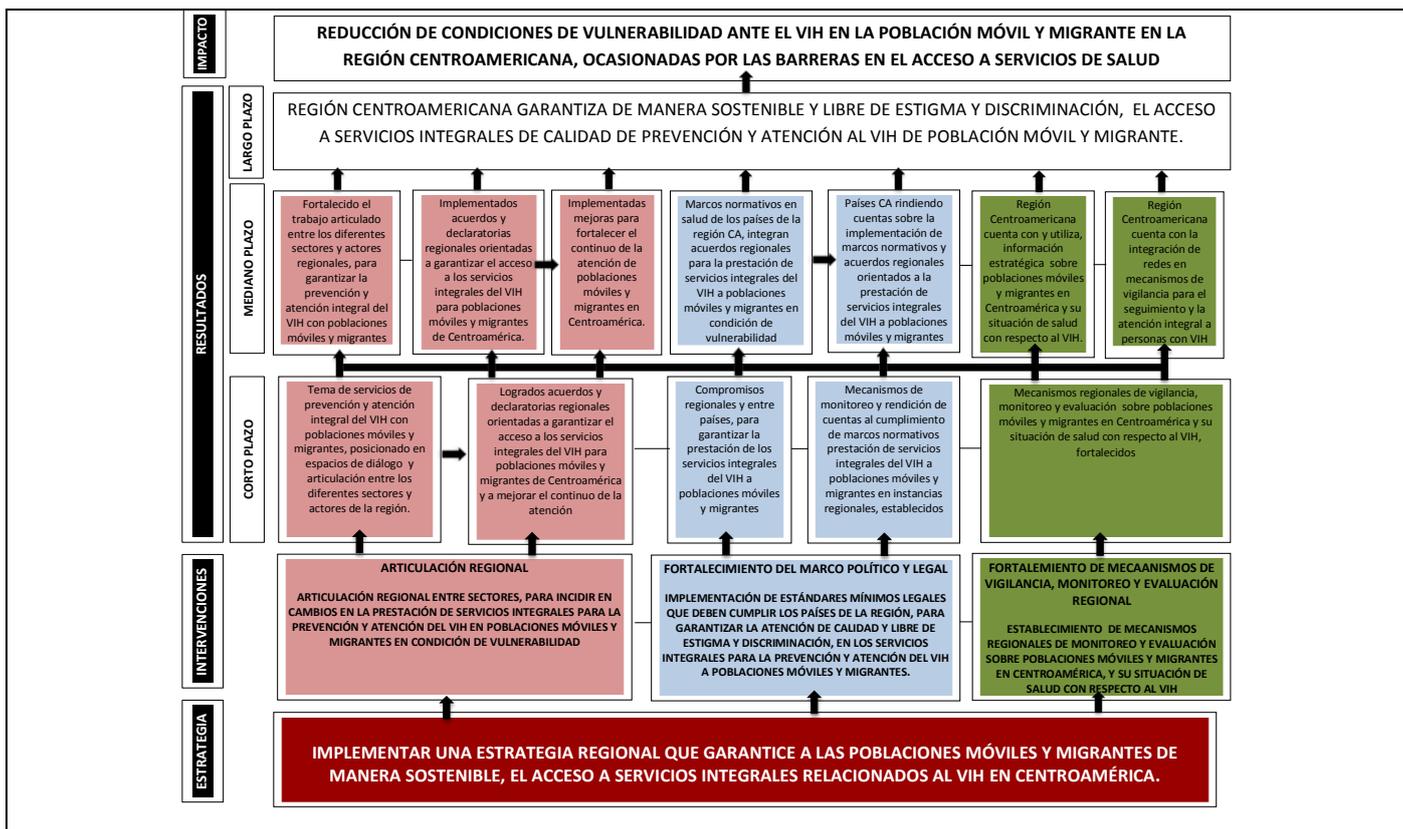
- 2.1 Fortalecido el trabajo articulado entre los diferentes sectores y actores regionales, para garantizar la prevención y atención del VIH con poblaciones móviles y migrante.
- 2.2 Implementados acuerdos y declaratorias regionales orientadas a garantizar el acceso a los servicios integrales del VIH para poblaciones móviles y migrantes de Centroamérica.
- 2.3 Implementadas mejoras para fortalecer el continuo de la atención de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica.

Objetivo 3: Fortalecer mecanismos regionales para vigilar, monitorear y evaluar la situación de salud con respecto al VIH de poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica.

Resultados esperados:

- 3.1 Región Centroamericana cuenta con y utiliza, información estratégica sobre poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica y su situación de salud con respecto al VIH.
- 3.2 Región Centroamericana cuenta con la integración de redes en mecanismos de vigilancia para el seguimiento y la atención integral a personas con VIH.

El siguiente esquema, presenta los resultados esperados:



3. ¿Cuál es el valor añadido del enfoque regional? ¿Cómo complementa, sin duplicar en ningún caso, las actividades nacionales y/o regionales vigentes en la región y/o los esfuerzos de las principales partes interesadas?

La Región Centroamericana ha tenido importantes avances en la articulación y coordinación de acciones. El planteamiento y seguimiento de estrategias, políticas, planes y metas compartidas, son reflejo de este proceso. La presente propuesta se alinea con estos planteamientos regionales para responder a las situaciones relacionadas con migración, movilidad y VIH. Este enfoque regional, permitirá que:

- Exista una articulación de acciones entre países en un tema que de no tratarse de manera conjunta, seguirá afectando la región.
- Se busque, en una región caracterizada por la inequidad, impulsar un cambio más equitativo para el acceso universal a la salud y el cumplimiento de los derechos humanos de las poblaciones móviles y migrantes.
- Se logre generar información estratégica a nivel regional sobre la situación de las poblaciones móviles y migrantes con respecto a su acceso a los servicios de prevención y atención al VIH. Si bien este es siempre un valor agregado, lo es especialmente en este caso por el tema en cuestión por el movimiento geográfico a nivel regional que se da en estas poblaciones.
- Se logren los acuerdos que permitan establecer un sistema de vigilancia regional, que facilitará el seguimiento a pacientes que han sido diagnosticados.
- Se logren a través de procesos conjuntos de diálogo y trabajo, acuerdos regionales que a través de los compromisos de los países, busquen la sostenibilidad de las acciones.
- El MCR, a través de su coordinación con el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), está en capacidad de articular directamente con los jefes de programa nacionales
- Potenciar lo que ya se ha avanzado con proyectos regionales anteriores subvencionados tanto por el Fondo Mundial como por el Banco Mundial

Complemento, no duplicidad. Las actividades nacionales vigentes en la región, están centradas en prevención y atención para hombres que tienen sexo con hombres, personas trans femeninas y trabajadoras sexuales. Se están estableciendo además procesos para mejorar la atención integral a las personas con VIH. Sin embargo, no se han desarrollado políticas ni se implementan prácticas institucionales que de manera proactiva, atiendan las necesidades de las poblaciones móviles y migrantes. En los planes y estrategias nacionales de los países de la región no son poblaciones priorizadas, pero sí poblaciones clave.

Debe agregarse que los proyectos actuales del Fondo Mundial en los países, están enfocados en las poblaciones establecidas como priorizadas, no en otras poblaciones clave como las móviles y migrantes.

4. ¿Cómo va a promocionar la sostenibilidad y a aprovechar los recursos de los gobiernos nacionales y de otros donantes el programa regional?

La propuesta está completamente orientada a la sostenibilidad de las acciones. Los recursos disponibles estarían dirigidos a poner en agenda política regional el tema de poblaciones móviles y migrantes, y con ello, a propiciar cambios estructurales en la Región (en los marcos normativos y políticos, en la articulación de acciones y la generación de sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación), creando así las bases para que los países asuman sus compromisos. En este sentido, el presupuesto no está orientado a la implementación de acciones de los países, sino que a facilitar los procesos regionales necesarios que faciliten que los países asuman las inversiones necesarias para la implementación de los compromisos adquiridos.

PARTE 3: ARREGLOS DE APLICACIÓN Y RIESGOS PREVISTOS (se sugiere utilizar 1-2 páginas)

5. Si se conocen, ¿qué arreglos de aplicación se han previsto para este programa regional y cómo interactuará el programa con los mecanismos de coordinación de país (MCP), los programas nacionales y otras partes interesadas clave del país para ejecutar sus actividades? ¿Se ha identificado ya a un posible Receptor Principal?

No se ha seleccionado aún un Receptor Principal. Sin embargo, de ser aprobada la expresión de interés, el MCR elaborará términos de referencia para iniciar un proceso transparente de elección de Receptor Principal.

Sobre otros arreglos de implementación, se puede decir que el MCR facilitará procesos de articulación política y vigilará que las acciones del proyecto se implementen exitosamente. El RP deberá contratar y supervisar la asistencia técnica necesaria. Si bien se mencionó antes, debe subrayarse que los mecanismos de monitoreo que se establecerán, partirán de mecanismos ya creados en los países y la región, pero serán implementados por el MCR.

Por otro lado, se debe subrayar que la implementación de las acciones para el cumplimiento de compromisos y acuerdos, será asumida por los ministerios e instituciones correspondientes en cada país.

El Mecanismo de Coordinación Regional-MCR es el Grupo Técnico Asesor en VIH, Tuberculosis y Malaria de El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana - COMISCA; de acuerdo a la resolución No. 5, literales a, b y c de la Reunión Extraordinaria del 22 de febrero 2008, celebrada en Ciudad de Panamá, Panamá; la cual considera a el MCR como una instancia regional para homologar y armonizar la cooperación regional y extra-regional en el tema de VIH/SIDA; así como en su resolución No. 4 de la XXXVIII celebrada en San José de Costa Rica, el 27 y 28 de junio de 2013, se resuelve ampliar el mandato del MCR para que además de VIH, incorporen acciones contra Tuberculosis y Malaria. De esta manera, el MCR es desde el 2007, por encargo de los Ministros de Salud de la Región de Centroamérica y República Dominicana, el ente de coordinación técnica regional en los asuntos relacionados al VIH-Sida. Desde este rol se facilitará la coordinación para la implementación de la propuesta, ya que:

1. el MCR es responsable del proceso de homologación y armonización de toda la cooperación Regional en el tema para facilitar su funcionamiento y ejecución de sus competencias de coordinación;
2. el MCR trabaja coordinadamente con el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) a través de los jefes de programa nacionales y de la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA). Está por tanto, en una posición que le permite la interacción con los mecanismos de coordinación de país para la ejecución de actividades;
3. el MCR tiene el mandato de El COMISCA de hacer el análisis de situación, la divulgación de resultados y aplicación de los mismos a recomendaciones técnicas para fortalecer la respuesta al VIH en el Marco del Plan de Salud de Centroamérica, el Plan Estratégico Regional de VIH y la Estratégica Regional de Sostenibilidad de VIH; así como proponer un plan de implementación en coordinación con la SE-COMISCA, con acciones de corto, mediano y largo plazo, involucrando autoridades competentes con el financiamiento público, agencias de cooperación técnica y financiera y otros socios estratégicos, así como organizaciones de la sociedad civil, empresa privada y poblaciones afectadas; según resolución 1 y 3 de la XXXVIII Reunión de El COMISCA, celebrada en San José de Costa Rica, el 27 y 28 de junio de 2013.

6. ¿Cómo se conseguirá la participación significativa de las organizaciones y/o redes de las poblaciones clave, tanto durante el proceso de elaboración del programa como en su futura ejecución y seguimiento?

La condición de irregularidad que rodea la situación de poblaciones móviles y migrantes, dificulta su participación en este tipo de procesos. Sin embargo, el MCR tiene claridad en que por ello, se deben plantear metodologías que respondan a estas circunstancias para propiciar la participación real de las poblaciones. De ser aprobada la expresión de interés, el MCR:

1. establecerá un proceso de consulta que incluya poblaciones clave de la propuesta, y
2. promoverá la participación de poblaciones clave o/sus representantes (organizaciones que trabajen con estas poblaciones) en el diseño de la propuesta

Adicionalmente, durante la ejecución se velará porque en las sesiones de trabajo conjunto para la definición de estándares mínimos y para la creación de acuerdos, declaraciones y compromisos, se cuente con la participación de poblaciones móviles o migrantes y que se incorporen organizaciones que trabajen con estas poblaciones. Los mecanismos que se establezcan para velar por el cumplimiento de los acuerdos y compromisos, deben contemplar además la participación de las poblaciones en estas evaluaciones.

El MCR cuenta ya con vínculos establecidos con organizaciones que trabajan con poblaciones móviles y migrantes, pues con la implementación del "Proyecto Mesoamericano de atención integral para poblaciones móviles: reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/Sida en Centroamérica" y Proyecto Regional de VIH-Sida del Banco Mundial (implementado por la SISCA), el MCR trabajó con más de 50 organizaciones de base comunitaria, quienes participaron activamente en el desarrollo de acciones en áreas fronterizas, obteniendo resultados significativos en las zonas intervenidas.

7. ¿Existen riesgos significativos previstos (incluidos aquellos relacionados con el aval de los mecanismos de coordinación de país) que pudieran afectar a la elaboración y futura ejecución del programa regional?

La propuesta cuenta con la ventaja de que al ser el MCR una instancia técnica de trabajo regional ya establecida y respaldada políticamente, los riesgos disminuyen. A esto se suma que el proyecto implementaría procesos participativos, de construcción conjunta, de diálogo hacia la búsqueda de acuerdos, coordinaciones y cooperación, de manera que el compromiso con las acciones por parte de las partes involucradas se incremente.

Los riesgos que se ha identificado se presentan en la siguiente tabla:

Momento del proceso	Riesgo	Acción	Calificación de Riesgo
Elaboración de la propuesta	Debido a que los Jefes de Programa forman parte de MCR, no se prevén dificultades relacionados a los avales de los MCP	El MCR sostendrá coordinación estrecha con los MCP de los países para poder implementar y dar seguimiento a las actividades	BAJO
Contexto	Cambios de gobiernos en los países.	La SISCA y SE COMISCA mantendrán el seguimiento de los acuerdos regionales con las autoridades políticas para el cumplimiento de las acciones en las sub región	MEDIO
	Eventos de Desastres.	Se deberá de implementar acciones en caso de desastres a población especifica si estas están vulnerabilizadas	MEDIO
	El surgimiento de otras epidemias en los países de la región, que ocasione la re-dirección de fondos	Se debe de dar prioridad a esta población vulnerable para los procesos	MEDIO
Riesgos en la implementación	Asuntos de índole burocrático que afecten el cumplimiento de acuerdos, declaraciones, marcos normativos y políticos, de los países en el tiempo esperado para la propuesta	El MCR, la SISCA y la SE COMISCA deberá de coordinar efectivamente	ALTO

¹ 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>

² UNAIDS (2013). UNAIDS Report on Global HIV Epidemic 2013. Anexo: Epidemiología. Tabla: Personas con VIH. (p.A-10). En: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

³ Mecanismo de Coordinación Regional de la Respuesta al VIH (MCR)-COMISCA (2013). 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. (p. 2).

⁴ Mecanismo de Coordinación Regional de la Respuesta al VIH (MCR)-COMISCA (2013). 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. (pp-1-2)

⁵ USAID | PASCA. (2013). Las poblaciones de la diversidad sexual. Situación y temas clave para la incidencia política en VIH (p.3).

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

⁷ Movilidad de la Población y Sida. (2001). Actualización Técnica. ONUSIDA.

⁸ Kendall, T. (2005). Migración, VIH/SIDA y otros temas relacionados. Population Council.

⁹ OPS/OMS (2005). Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015.

¹⁰ Kendall, T. (2005) Migración, VIH/SIDA y otros temas relacionados. Population Council.

¹¹ Infante, C., Et al. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México.

¹² Moya y Uribe. (2007). Migración y VIH/sida en América Latina y el Caribe. OPS/OMS Representación en México.

¹³ Canizales, N. (2009) "Mapeo Analítico y Propositivo para el compendio de productos de conocimiento/recolección de materiales sobre proyectos e iniciativas relacionadas con la Migración y Salud". El Salvador.

¹⁴ Alarid-Escudero, Fernando et al. (2013). Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/Sida en migrantes en Centroamérica. Artículo Original. Revista de Salud Pública de México, Vol.55, suplemento 1, 2013. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914404/>

- ¹⁵ La Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/Sida (IMPSIDA); Proyecto Regional de VIH SICA/SISCA/BM; Proyecto Mesoamericano de atención integral para poblaciones móviles; Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- ¹⁶ Bronfman, M. et al. (2002). Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS* 2002, 16 (suppl 3):S42–S49.
- ¹⁷ Leyva R y Quintino F, Infante C. (2009). Migración y salud sexual y reproductiva. Informe Técnico 2009. Proyectos: UNFPA y CONACYT. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- ¹⁸ Leyva-Flores R, Aracena-Genao B, Serván-Mori E. (2014). Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):143–9. (p.4) En: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n3/01.pdf>
- ¹⁹ Infante, C. et al. (2013). Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública Méx* 2013; Vol. 55(sup 1):58-64
- ²⁰ Documento expositivo de la OIM sobre El VIH/SIDA y la Migración, 2002. En: http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/es/council/84/Mcinf252.pdf
- ²¹ Leyva-Flores, R.; Guerra, G. (2011). Fronteras y Salud En América Latina: Migración, VIH-Sida, Violencia Sexual y Salud Sexual y Reproductiva. INSP 1ª. Edición. 2011 http://umys.insp.mx/docs/publicaciones/Fronteras_America.pdf
- ²² Arámbula, A.; Santos Villarreal G. (2007). El flujo migratorio centroamericano hacia México. Centro de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Exterior. Congreso de la República, México. <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spe/SPE-ISS-19-07.pdf>
- ²³ Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA). (2014). Las migraciones intrarregionales en Centroamérica y República Dominicana.
- ²⁴ Arámbula, A.; y Santos Villarreal, G. (2007). El flujo migratorio centroamericano hacia México. Centro de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Exterior. Congreso de la República, México. En: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spe/SPE-ISS-19-07.pdf>
- ²⁵ Rojas, L. (2010). Flujos Migratorios laborales regionales: situación actual, retos y oportunidades en Centro América y R. Dominicana. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_194005.pdf
- ²⁶ Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA). (2014). Las migraciones intrarregionales en Centroamérica y República Dominicana.
- ²⁷ Morales, A.; Kandel, S.; et al. (2011). Trabajadores migrantes y megaproyectos en América Central. PNUD, UCA. http://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/UNDP_SV_TRABAJADORES_MIGRANTES_2011.pdf
- ²⁸ Rojas L. Flujos (2010). Migratorios laborales regionales: situación actual, retos y oportunidades en Centro América y R. Dominicana. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_194005.pdf
- ²⁹ Morales, A. (2002). Situación de los trabajadores migrantes en América Central. Estudios sobre Migraciones Internacionales. OIT. http://www.crmsv.org/documentos/Trabajadores_centroamericanos.pdf
- ³⁰ Morales, A., Kandel, S.; et al. (2011). Trabajadores migrantes y megaproyectos en América Central. PNUD, UCA. http://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/UNDP_SV_TRABAJADORES_MIGRANTES_2011.pdf
- ³¹ Morales, A. (2002). Situación de los trabajadores migrantes en América Central. Estudios sobre Migraciones Internacionales. OIT. http://www.crmsv.org/documentos/Trabajadores_centroamericanos.pdf
- ³² Morales, A; Kandel, S. et al. (2011) Trabajadores migrantes y megaproyectos en América Central. PNUD, UCA. http://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/UNDP_SV_TRABAJADORES_MIGRANTES_2011.pdf
- ³³ Rojas L. (2010). Flujos Migratorios laborales regionales: situación actual, retos y oportunidades en Centro América y R. Dominicana. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_194005.pdf
- ³⁴ Secretaría de la Integración Social Centroamericana. (2014). Migración laboral Centroamericana y los desafíos en materia de seguridad social.(p.44)
- ³⁵ Leyva-Flores R, Aracena-Genao B, Serván-Mori E. Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):143–9. (p.5)
- ³⁶ Secretaría de la Integración Social Centroamericana. (2014). Migración laboral Centroamericana y los desafíos en materia de seguridad social.(p.49).
- ³⁷ OPS/OMS (2013). Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
- ³⁸ Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2918. <http://www.sicasalud.net/sites/default/files/documentos/agendaSalud.pdf>
- ³⁹ Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) (20014). Política Regional de Salud del SICA 2015-2022
- ⁴⁰ Consejo de la Integración Social Centroamericana (CIS). (2013). Planteamiento Estratégico de la Dimensión Social de la Integración Centroamericana.
- ⁴¹ Plan Estratégico Regional de VIH y SIDA de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015. <http://www.pasca.org/sites/default/files/per.pdf>
- ⁴² Proyecto Mesoamericano de atención integral para poblaciones móviles: reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/SIDA en Centroamérica <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/MAM-405-G01-H>
- ⁴³ Estrategia de Sostenibilidad de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento, y el Apoyo relacionados con el VIH. En: <http://www.mcr-comisca.org/sites/default/files/files/MCR%202013%20Estrategia%20de%20Sostenibilidad%20en%20VIH%20Abril%202022.pdf>
- ⁴⁴ Call to action. "First Latin American and Caribbean Forum on the Continuum of Care." Mexico. May 26th-28th, 2014.
- ⁴⁵ Definiciones basadas en OIM, UNFPA, AECID (2012) Manual de Referencia.Migración Saludable en América Central. P.9
- ⁴⁶ OIM, UNFPA, AECID (2012) Manual de Referencia.Migración Saludable en América Central. P.9
- ⁴⁷ <http://www.oim.org.co/programas/migracion-y-salud.html>