



**GCTH**

**GRUPO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL  
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN VIH/SIDA**

## **FORTALECIMIENTO DE LAS RESPUESTAS NACIONALES AL VIH/SIDA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

*ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE EL LOGRO DE ACCESO  
UNIVERSAL EN LOS PAISES DE LA REGIÓN*



El Salvador



Guatemala



Honduras



Nicaragua



Panamá



Costa Rica



Ecuador



Perú



Colombia



Uruguay



Bolivia



Argentina



México



República Dominicana



Cuba

**Diciembre 2010**

Fortalecimiento de las Respuestas Nacionales al VIH/sida en AMERICA LATINA Y EL CARIBE “Análisis de situación sobre el logro de Acceso Universal en los Países de la Región” Primera edición Panamá GCTH, 2010.

151 P.

1. VIH 2. SIDA 3. ACCESO UNIVERSAL 4. AMERICA LATINA

2010 Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/sida GCTH.

Patrocinio de ONUSIDA.

Secretaría Técnica Administrativa permanente, en Panamá.

Ciudad del Saber casa de Naciones Unidas, ONUSIDA.

Edificio 128 Panamá.

La reproducción, traducción, cita o reseña de este documento, se podrá realizar libremente en parte o íntegramente, siempre y cuando se mencione su procedencia, no está permitido el uso del mismo para fines de lucro, comerciales o venta, sin la aprobación previa y documentada por parte del GCTH.

La recopilación de información, sistematizada y analizada en el presente documento, no implica la aseveración categórica de contener datos completos y absolutamente confiables, por lo que el GCTH no se responsabiliza de ninguna condición jurídica que causare daño como resultado de su utilización.

Coordinación general de la edición: Dr. Ronny Málkon Rossel Navarro

*Magister en Salud Pública. Epidemiólogo de Campo.*

*Secretario Técnico Administrativo GCTH*

Revisión y edición técnica final: Dr. Gustavo Rosell De Almeida

*Magister en Salud Pública. Epidemiólogo de Campo.*

*Soc. María Luz Osimani*

*Presidenta del GCTH*

*Impreso en Panamá*

*Primera Edición: Enero 2011*

**FORTALECIMIENTO DE LAS RESPUESTAS NACIONALES AL VIH EN  
AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

---

**ANALISIS DE SITUACION SOBRE EL LOGRO DEL ACCESO  
UNIVERSAL EN LOS PAISES DE LA REGIÓN**

**GRUPO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL DE AMERICA  
LATINA Y EL CARIBE EN VIH/SIDA**

---

**Consultores**

---

**Dr. Ronny Málkon Rossel Navarro**

**Dr. Gustavo Rosell de Almeida**

**Diciembre 2010**

## INDICE

GLOSARIO DE TERMINOS _____	v
PREFACIO _____	vi
AGRADECIMIENTOS _____	viii
RESUMEN EJECUTIVO _____	ix
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN _____	1
1. OBJETIVO GENERAL _____	2
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	2
3. METODOLOGIA _____	3
a) Identificación del objetivo, objetivos o preguntas claves. _____	3
b) Asegurar que se puede actuar sobre el objetivo, objetivos o preguntas elegidas. _____	3
c) Identificar fuente de datos y recolectar información de base. _____	3
d) Refinar preguntas de investigación _____	4
e) Recoger datos _____	4
f) Hacer observaciones de cada conjunto de datos _____	5
g) Anotar tendencias a lo largo del conjunto de datos y formular hipótesis. _____	5
h) Refinar Hipótesis. _____	5
i) Identificar datos adicionales _____	5
j) Resumir hallazgos y obtener conclusiones. _____	6
k) Comunicar resultados y recomendaciones. _____	6
l) Definir próximos pasos _____	6
4. PLANIFICACION ESTRATEGICA EN LA REGION _____	7
Capítulo I. Centro América, integración de las metas de UNGASS, Acceso Universal, ODMs, y Marco de Resultados de ONUSIDA x país (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Costa Rica) _____	7
a) Análisis de antecedentes socio-demográficos _____	7

b) Análisis de aspectos jurídico legales y políticos básicos (Indicadores relacionados con la séptima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA).	9
c) Análisis de planificación estratégica previa.	11
d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica)	14
e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN.	24
f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN	26
g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN	28
h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión.	30
i) Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicadores reporte UNGASS.	32
j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS.	33
k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS.	34
l) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS.	35
ll) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS.	36
m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte ICPN.	37
n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA.	38
5. Capítulo II. Sud América, integración de las metas de UNGASS, Acceso Universal, ODMs, y Marco de Resultados de ONUSIDA x país (Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Bolivia, Argentina)	41
a) Análisis de antecedentes socio-demográficos	41
b) Análisis de aspectos jurídico legales y políticos básicos (Indicadores relacionados con la séptima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA).	44
c) Componente de análisis de planificación estratégica previa.	46

d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica) _____	48
e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN. _____	55
f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, Indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN. _____	58
g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN _____	60
h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión. _____	62
i) Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicadores reporte UNGASS. _____	64
j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	65
k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	66
l) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	67
ll) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	68
m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte ICPN. _____	69
n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA. _____	70
6. Capítulo III. Norte América y El Caribe análisis e integración de metas UNGASS, Acceso Universal, ODM y Marco de Resultados de ONUSIDA por País (México, Republica Dominicana, Cuba) _____	73
a) Análisis de antecedentes socio-demográficos _____	73
b) Análisis de aspectos jurídico legales y políticos (Indicadores relacionados con la séptima área del marco de resultados ONUSIDA). _____	75
c) Componente de análisis de planificación estratégica previa. _____	77
d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica) _____	79
e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN. _____	84

f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN. _____	86
g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA contrastado con ICPN _____	88
h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión. _____	90
i) Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicadores reporte UNGASS. _____	91
j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	92
k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	94
l) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	95
ll) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte UNGASS. _____	95
m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA, contrastado con indicador reporte ICPN. _____	96
n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA. _____	97
7. Capítulo IV. Complementación Estadística referencial, análisis de integración de indicadores trazadores de Acceso Universal en Latino América y el Caribe_ <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
8. ANALISIS COMPLEMENTARIO ICPN UNGASS. _____ <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
9. CONCLUSIONES _____ <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
10. RECOMENDACIONES _____ <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
11. BIBLIOGRAFIA _____ <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	

## GLOSARIO DE TERMINOS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
CEPAL	Comisión Económica Para América Latina y el Caribe.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas contra el VIH/SIDA.
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
UNGASS	Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.
PEN	Plan Estratégico Nacional.
M&E	Monitoreo y Evaluación.
ICPN	Índice Compuesto de Políticas Nacionales.
MEGAS	Medición de Gastos en Sida.
NN.UU	Naciones Unidas.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
LAC	Latino América y el Caribe.
IDH	Índice de Desarrollo Humano.
CONASIDA	Consejo Nacional del SIDA.
CONISIDA	Consejo Nicaragüense del SIDA.
CONAMUSA	Consejo Nacional Multisectorial en Salud.
CONAVIH	Consejo Nacional de VIH.
MCP	Mecanismo Coordinador de País.
ONG	Organismo No Gubernamental.
ASAP	Estrategia y Plan Contra el SIDA.
DD.HH	Derechos Humanos.
PVVS	Personas que Viven con el Virus del SIDA.
TB	Tuberculosis.
CAP	Comportamientos Actitudes y Practicas.
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres.
TS	Trabajadoras/es Sexuales.
ARV	Antirretrovirales.
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación, Vigilancia Epidemiológica.
GOPEL	Grupo Operativo Para el Enfrentamiento y Lucha Contra el Sida.
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida

## PREFACIO

El grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe, en VIH/sida, con ya casi 15 años de existencia, en una dinámica de cambios estructurales profundos desde el punto de vista político, socio-económico, cultural, medio ambiental y demográfico en el mundo y con particularidades especiales en América Latina y el Caribe, que inciden y afectan el curso de la epidemia del VIH/sida, se ha propuesto también incursionar en un proceso de transición y fortalecimiento institucional, dándole al GCTH entre otros muchos objetivos, el carácter protagónico para la contribución con productos de análisis técnico regionales, que expresen de alguna manera los logros y dificultades que tienen nuestros países, en procura de alcanzar los compromisos internacionales que pactaron, como es el caso del Acceso Universal, Los compromisos para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, el UNGASS y otros.

En consideración a que muchos plazos de estos acuerdos se están cumpliendo y se avocinan procesos de evaluación y avance en función de resultados, el GCTH a través de su Secretaria Técnica Administrativa, con sede permanente en Panamá, a liderizado este esfuerzo, para recopilar, sistematizar, analizar y divulgar este aporte, buscando identificar nudos críticos para el logro del Acceso Universal en los países de la región, procurando prioritariamente el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH en América Latina y el Caribe.

Es evidente que por factores de tiempo limitado y falta de información en algunos países, tomamos como referente en este trabajo una muestra representativa de países compuesto por seis de Centro América, seis de Sud América, uno de Norte América y dos del Caribe, que nos permite acercarnos a una revisión, sistemática y metódica de los documentos integrados por, sus Planes Estratégicos Nacionales, los Reportes UNGASS, Los instrumentos ICPN, el Marco de resultados de ONUSIDA y documentos complementarios que aportan a la construcción del mismo.

El GCTH pretende que este documento se constituya en un ejercicio en permanente construcción y mejoramiento, motivo por el cual estamos seguros que las próximas ediciones contemplaran la incorporación del análisis de todos los países miembros, así como también de la participación de nuestros aliados y socios estratégicos las Redes Latinoamericanas. (REDESLAC).

El trabajo expresa objetivamente un análisis de los hallazgos encontrados en los documentos revisados de cada país, de tal manera que se manifieste una realidad tal cual está planteada y escrita, las hipótesis, preguntas, interrogantes propuestas, son el desafío reflexivo para seguramente en algunos casos replantear los procesos de planificación estratégica, y en otros para reafirmarlas, por lo tanto el documento no pretende emitir un juicio de valor favorable o desfavorable, sino mas bien conclusiones y recomendaciones generales para apoyar en la toma de decisiones.

La lógica del análisis plantea en todo caso mejorar los procesos de planificación estratégica, consecuentemente mejorar las respuestas, enmarcándonos siempre en un ámbito de flexibilidad.

Aspiramos a que esta dinámica de análisis de nuestras realidades sea permanente, en un ámbito de reflexión constructiva y de beneficio para nuestros países, en el marco de la cooperación horizontal.

Agradezco muy particularmente el apoyo de ONUSIDA, en la persona de su Director Regional Para Latino América, Dr. Cesar Núñez que constantemente acompaña al GCTH en sus emprendimientos, posibilitado y aportado además, para realizar el presente trabajo.

Soc. María Luz Osimani  
PRESIDENTA GCTH

## AGRADECIMIENTOS

Este documento refleja el esfuerzo compartido y comprometido entre GCTH/ONUSIDA mediante su oficina Regional para América Latina, quienes a través de sus responsables ejecutivos, Presidenta del GCTH Soc. María Luz Osimani, Director Regional Para Latino América de ONUSIDA Dr. Cesar Núñez, concertaron este esfuerzo, en la línea de un permanente fortalecimiento institucional del GCTH, institución que trabaja y aporta en la lucha contra la epidemia del VIH/sida en la Región.

Es gratificante también haber recibido aportes de la Dra. Rosalía Rodríguez responsable regional de la estrategia ASAP por el Banco Mundial para LAC.

La Secretaria Técnica Administrativa con sede permanente en Panamá, ha asumido por mandato institucional el liderazgo de este proceso, por intermedio de su responsable, el Dr. Ronny Máikon Rossel Navarro, con el apoyo del Dr. Gustavo Rosell de Almeida, en el trascurso del mismo se han involucrado con un apoyo permanente y solidario, el equipo técnico de ONUSIDA, Dr. Raúl Boyles, Dra. Andrea Boccardi, Hege Wogan, Marjolein Jacobs, Claudia Velásquez, Victoria Bendaud, Alicia Sánchez.

Una mención especial a quienes forman la institución, aportan y brindan su apoyo, los representantes de los Programas Nacionales de VIH/sida y/u homólogos de cada País, por Argentina Dr. Claudio Bloch, Bolivia Dra. Carola Valencia, Brasil Dr. Dirceu Greco, Chile Licda. Andrea Peña Otarola, Colombia Dr. Ricardo Luque, Costa Rica Licda. Alejandra Acuña, Cuba Dra. María Isela Lantero, Ecuador Dr. Luis Morales, El Salvador Dra. Isabel Nieto Gómez, Guatemala Dra. Claudia Samayoa, Honduras Dr. Héctor Galindo, México Dr. José Antonio Izazola, Nicaragua Dr. Luis Carballo Palma, Panamá Dr. Aurelio Núñez, Paraguay, Dr. Nicolás Aguayo, Perú Dr. José Luis Sebastián, Republica Dominicana Dr. Luis E. Feliz Báez, Uruguay Soc. María Luz Osimani, Venezuela Dra. Deisy Matos.

## RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del presente documento es contribuir con el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH mediante recomendaciones que responden a las brechas y desafíos identificados durante un análisis de los Planes Estratégicos Nacionales (PEN). La información fue recopilada de los Planes Estratégicos Nacionales involucrados en el estudio, los informes UNGASS (2008 – 2009), el documentos de Acceso Universal publicados por ONUSIDA, para posteriormente, en matrices previamente estructuradas, vaciar los datos, agrupándolos con un criterio de elección prioritaria referida a objetivos, variables, indicadores y metas comunes realizando un ejercicio complejo pero inferencial a todos estos criterios, con la premisa de integrar, una revisión amplia de datos.

La información revisada corrobora que en los últimos años la mayoría de los países de América Latina muestran progresos sustanciales en la cobertura de tratamiento (más del 50% en promedio) de las personas que viven con VIH (porcentaje de adultos y niños con infección avanzada que reciben terapia antirretroviral entre las necesidades estimadas), sin embargo existen enormes disparidades entre los países.

De Centro América, se han tomado seis países (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Costa Rica) y de Sud América también seis países (Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Bolivia y Argentina) de Norte América (México) y del Caribe (Republica Dominicana y Cuba) para un análisis en profundidad. Si bien cada uno de los países tienen aspectos específicos tanto epidemiológicamente como en sus respuestas nacionales, en general las epidemias son concentradas con prevalencias relativamente altas en grupos vulnerables HSH y en menor proporción en TS, asimismo se evidencia un crecimiento significativo en la notificación de casos desde el inició de los Planes a la fecha, lo cual puede ser explicado en parte por la mejora de los sistemas de notificación.

El gasto en VIH/Sida en los países de Latinoamérica es mayormente en atención y tratamiento de las PVVS, si bien no existen parámetros para definir qué proporción se debiera invertir en prevención, ya que esto depende de los costos inmersos en cada una de las actividades, incluyendo recursos humanos, medicamentos, insumos, equipos, etc.; es pertinente recalcar que la base fundamental para evitar en mayor grado la expansión de la epidemia del VIH/sida, es la prevención, por lo tanto se requiere de mayor inversión en este rubro, y sobre todo dar sostenibilidad a las acciones costo efectivas que permitan prevenir las nuevas infecciones tanto por transmisión sexual como por transmisión vertical y parenteral.

De acuerdo a lo reportado en los informes de Acceso Universal y a las percepciones y brechas identificadas en los informes UNGASS, los países de Latinoamérica y el Caribe enfrentan dificultades para coberturar adecuadamente a las PVVS, no sólo por la falta de servicios suficientes sino a las limitaciones en recursos humanos, problemas de desabastecimiento de medicamentos, acceso a pruebas de laboratorio, etc.; a lo cual se suma un posible incremento de la demanda dadas las nuevas recomendaciones de inicio de tratamiento hecha por la OMS (CD4<350)

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La epidemia del VIH/SIDA continúa siendo un problema social, de salud y político, en los países Latinoamericanos y del Caribe. En el 2008 se produjeron un estimado de 170,000 nuevas infecciones en América Latina, lo cual incrementa el número total de personas viviendo con VIH en la región a 2 millones.<sup>1</sup>

En esta región, el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH, al igual que otros grupos de poblaciones vulnerables, genera una limitación del acceso a los servicios de educación y salud y el desarrollo de actividades de prevención.

Lo anteriormente indicado, repercute en el aumento del número de defunciones relacionadas con el SIDA, que para el 2008 llegaron a 77,000 personas en América Latina.<sup>2</sup>

El informe de CEPAL sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2010) señala que “Superar la inequidades en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y apoyo y la eliminación del estigma y la discriminación sobre la base de la diversidad sexual y el estado serológico, es un reto crucial que debemos enfrentar”.<sup>3</sup>

A pesar de esto, es cierto que se ha alcanzado un mayor acceso a los medicamentos antirretrovirales en los países más pobres, al registrarse un aumento en la cobertura de tratamiento antirretroviral (55% en 2008), pero aún siguen existiendo grandes barreras que impiden el Acceso Universal y la consecución de los ODM. El aumento de personas infectadas que acceden al tratamiento a puesto en evidencia la fragilidad de los sistemas de salud y la dificultad para garantizar la sostenibilidad de los programas de salud relacionados al VIH.

Con miras a la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a la Consulta Regional sobre Acceso Universal a celebrarse próximamente, ONUSIDA ha pedido a todos los países que evalúen los progresos realizados y las barreras que hay que superar para alcanzar los objetivos nacionales de Acceso Universal y el logro de los ODM, iniciando un proceso consultivo abierto e inclusivo que una a gobiernos, asociados para el desarrollo, organizaciones de la sociedad civil y redes de personas que viven con el VIH con vistas a evaluar los progresos y desafíos de las respuestas nacionales al VIH.

El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), como mecanismo creado por los Programas Nacionales de ITS/Sida para el intercambio de conocimientos y experiencias en diversas áreas, integrado por los coordinadores/directores de los programas nacionales de VIH y otras ITS de los Países de la región, juega un papel importante en este proceso de recolección y análisis de información facilitando el intercambio de conocimientos, políticas, buenas prácticas y experiencias en esta área, con el propósito de fortalecer las respuestas nacionales y regionales al VIH en América Latina y El Caribe..

---

<sup>1</sup> *Situación de la Epidemia del Sida. ONUSIDA. Diciembre 2009.*

<sup>2</sup> *Idem.*

<sup>3</sup> *El progreso de América latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Desafíos para lograrlos con igualdad. Capítulo VI, página 43.*

Con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA y la participación protagónica del GCTH a través de la Secretaría Técnica Administrativa con sede permanente en Panamá, se han elaborado y validado instrumentos y herramientas que servirán de insumos para desarrollar un análisis comprensivo de la situación actual de los países, no sólo en cuanto al Acceso Universal y la planificación estratégica de las respuestas nacionales, sino también herramientas que permitan evaluar las oportunidades para el fortalecimiento de la cooperación técnica horizontal entre los países de la región.

En este contexto, se hace evidente la necesidad de incursionar en la realización de un análisis a profundidad que permita identificar las brechas que existen para lograr el Acceso Universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en base a la revisión documental y análisis de los Planes Estratégicos Nacionales, los reportes UNGASS y las líneas estratégicas del Marco de Resultados de ONUSIDA.

Para contribuir a desarrollar este proceso de análisis de situación e identificación de brechas, que deleve los avances y retos de las respuestas nacionales para la consecución del Acceso Universal de cara al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la facilitación de la cooperación horizontal entre los países de la región, el GCTH mediante su Secretaria Técnica Administrativa, con el apoyo del equipo Regional de ONUSIDA para América Latina propone a través del presente documento un aporte cualitativo al fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH de los Países de América Latina.

## **1. OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer las respuestas nacionales al VIH mediante recomendaciones que responden a las brechas y desafíos identificados durante un análisis de los Planes Estratégicos Nacionales (PEN).

## **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.- Revisar los Planes Estratégicos Nacionales de cada país para identificar brechas, desafíos y logros de las respuestas nacionales a través de:

- a. un análisis del nivel de integración de las metas de UNGASS, Acceso Universal, ODMs, y Marco de Resultados de ONUSIDA basado en las prioridades nacionales en cada país.
- b. Un mapeo de las líneas estratégicas definidas en relación a las áreas prioritarias del Marco de Resultados de ONUSIDA.

2.- Identificar las políticas en términos de apoyo político, prevención, tratamiento, cuidados/apoyo y temas transversales como MyE, derechos humanos y fortalecimiento de los sistemas de salud establecidas en el Plan Estratégico Nacional que se encuentren reflejadas en las repuestas al ICPN.

- c. un análisis del grado de implementación del PEN basado en informes de progreso donde estén disponibles.

3.- Brindar recomendaciones para fortalecer los Planes Estratégicos Nacionales y responder a las brechas y desafíos identificados.

### 3. METODOLOGIA

Gestión orientada por resultados<sup>4</sup>: El proceso metodológico de esta investigación se estructura fundamentalmente en el ciclo de planificación evaluativa de la gestión por resultados.

El proceso de manera secuencial desarrolla los siguientes pasos de la Gestión orientada por resultados para este trabajo.

a) Identificación del objetivo, objetivos o preguntas claves.

El planteamiento del objetivo general y los específicos, se sustenta en la necesidad de fortalecer el carácter representativo del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe, en VIH/sida, buscando fundamentalmente un aporte técnico de reflexión cualitativa en relación al curso de la epidemia y la respuesta de los países de La región, en dirección a la elaboración de recomendaciones, tendientes a consolidar de manera acelerada, la consecución del acceso universal, articulado al cumplimiento de los compromisos internacionales de lograr las metas del milenio, utilizando para el efecto, todos los instrumentos disponibles en función de fuente de datos, a ser inferidos en logros y resultados alcanzados hasta el momento.

b) Asegurar que se puede actuar sobre el objetivo, objetivos o preguntas elegidas.

No obstante de lo heterogéneo de la información, la disponibilidad parcial de algunos datos, las dificultades comparativas de los indicadores, las características y necesidades particulares de cada país, el esfuerzo es practicable, como un ejercicio de líneas de base diversas comprobadas y documentadas.

c) Identificar fuente de datos y recolectar información de base.

El desafío de articular información de varios países, (15 países) de una región con similitudes socio demográficas, culturales y epidemiológicas, comunes y diversas a la vez, contempla dificultades, que se identifican en cada uno de sus procesos de planificación estratégica, que si bien define una metodología sistemática, en la práctica, se refleja con múltiples formas de presentación e interpretación de la información, sin embargo el doble esfuerzo por tratar de uniformar criterios para un análisis comparativo en algunos casos, es practicable, es por eso que se han utilizado como fuentes de información los Planes Estratégicos Nacionales de cada país, intentando reflejar lo que objetivamente contienen los mismos, los reportes UNGASS (2006-2007) y (2008-2009), las encuestas ICPN (2009), los reportes MEGASS (2008), manuales de países relacionados con los sistemas de monitoreo y evaluación, Análisis de la Base de Datos y Referencias para uso de Información desarrollados en varios países con la metodología ASAP, Marco de resultados y estimación de costos realizado con la misma metodología en la región datos de reuniones de consultas de acceso universal regionales y por país desarrolladas (2010), marco de resultados de

---

<sup>4</sup> *Planificación y Gestión Orientada a Resultados del Banco Mundial/ONUSIDA (septiembre 2007).*

ONUSIDA, Hacia el acceso Universal: evaluación por el programa conjunto de NN.UU sobre el VIH/sida de la ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH (marzo 2006), declaración política sobre el VIH/sida NN.UU (Junio del 2010), El informe de Acceso Universal – Progresos 2010 (OMS, UNICEF, y ONUSIDA), objetivos de desarrollo del milenio y otros.

d) Refinar preguntas de investigación

Dada la multiplicidad de información, en muchos casos poco comparable en otros inexistente en función de indicadores, que integren un análisis multiprogramático, como está planteado en el objetivo, se vio la necesidad de replantear, permanentemente las variables con mayor probabilidad de ser comparables, inferibles a indicadores probados y reportados, además de, en algunos casos establecer una línea de base de elaboración propia pero ligada al resultado esperado en términos de metas.

e) Recoger datos

Esta tarea tiene como sustento, una iniciativa de la actual gestión técnico administrativa del GCTH para la recopilación de información de documentos producidos por los países miembros, con el propósito de tenerlos disponibles en la página Web<sup>5</sup> de la institución enriqueciendo la misma con estos productos a inicios de la gestión 2010, se emitieron circulares a todas las Jefaturas de Programas Nacionales, solicitando el envío de los Planes Estratégicos Nacionales, los informes UNGASS país gestiones (2006 – 2007) (2008 – 2009), otros documentos de relevancia, tal es el caso de investigaciones, proyectos, experiencias exitosas etc. muchos de los 21 países miembros, enviaron los documentos, otros autorizaron bajar de sus páginas Web y en casos excepcionales, aun no existe información, este primer insumo es utilizado para recopilar los datos del presente trabajo.

Por otro lado ya en la dinámica de construcción de este documento, a principios del mes de octubre se acudieron a fuentes primarias y secundarias diversas, tal es el caso del apoyo de ONUSIDA regional que a través de sus técnicos facilito información complementaria referida a los informes UNGASS los ICPN y documentos de consultas nacionales y regionales realizadas, con miras a la reunión de evaluación de Acceso Universal en VIH/sida, a desarrollarse próximamente en la región.

Estos insumos mas los de fuente secundaria, como la declaración del Programa Conjunto de NN.UU en VIH/sida, respecto a la ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, emitido en marzo del 2006, la declaración política sobre VIH/sida aprobada por la asamblea de NN.UU mediante resolución 60/262, de Junio del 2006, el marco de resultados propuesto por ONUSIDA, la declaración de los Objetivos del Milenio, el documento de compromiso de los informes UNGASS y algunos referenciales mas, sirven para tener un paquete de información que oriente el enfoque metodológico de este trabajo.

---

<sup>5</sup> [www.gcth-sida.org](http://www.gcth-sida.org)

f) Hacer observaciones de cada conjunto de datos

Para tener un criterio claro y formado de la información recolectada, se procedió en primera instancia a la lectura de los 15 Planes Estratégicos Nacionales involucrados en el estudio, los 15 informes UNGASS (2008 – 2009), una revisión de menor rigor a los documentos UNGASS (2006 – 2007) y en general a toda la documentación descrita en el acápite anterior, para posteriormente, en matrices previamente estructuradas, vaciar los datos, agrupándolos con un criterio de elección prioritaria referida a objetivos, variables, indicadores y metas comunes realizando un ejercicio complejo pero inferencial a todos estos criterios, con la premisa de integrar, una revisión amplia de datos de PENs, UNGASS, ICPN, mapeo del Marco de resultados de ONUSIDA, indicadores de acceso Universal, ODMs, como se describe en los objetivos planteados, tratando de cumplir con el rigor científico y metodológico de este tipo de trabajos, los tres primeros capítulos tienen un enfoque de análisis de índole más cualitativo, para posteriormente ingresar complementariamente en un análisis estadístico cuantitativo de las respuestas.

g) Anotar tendencias a lo largo del conjunto de datos y formular hipótesis.

Conforme se fue estructurando el diseño metodológico del trabajo, en cruce de variables, la aplicación de indicadores y el relacionamiento con los componentes planteados en los objetivos, se fueron identificando las tendencias en algunos casos comparativas entre los países y entre grupos de países (Centro América, Sud América, Norte América y El Caribe) en otros tendencias particularizada, además de efectuar el análisis a cada variables o grupo de variables, infiriendo en cada una de ellas, en el marco de una reflexión constructiva, Hipótesis, Preguntas y/o interrogantes, que permitieron elaborar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

h) Refinar Hipótesis.

Para evitar sesgos de interpretación subjetiva de los autores y coautores del presente trabajo, se acudió a extraer las preguntas, Hipótesis o interrogantes de los planteamientos propios efectuados, por una parte, en el documento de la declaración política del VIH/sida efectuada por los Jefes de Estado, de Gobierno y/o sus representantes (Junio 2006), del Marco de resultados propuesto por ONUSIDA, del documento de ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, producto de la, evaluación por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, dirigidas hacia el Acceso Universal. (Marzo 2006)

i) Identificar datos adicionales

Fuentes alternativas de recopilación de datos, fueron también reportes de la CEPAL respecto a identificación de Inequidades aplicando la Tasa de Pobreza en países de América Latina y el Caribe (reporte 2009), pagina Web oficial del Fondo Mundial, Manual de Planificación y Gestión Orientada a Resultados del Banco Mundial/ONUSIDA (septiembre 2007).

Por otro lado y en función de una participación amplia y democrática, buscando la apropiación del documento, se emitieron circulares a todos los Jefes de Programas Nacionales, de VIH/sida, miembros del GCTH enviando avances del documento, para recibir aportes, opiniones y retroalimentación de lo avanzado.

j) Resumir hallazgos y obtener conclusiones.

Metodológicamente el planteamiento de diseño del trabajo, permitió tener análisis personalizado a cada variable e indicador propuesto, en cuatro capítulos, el primero agrupando a seis países de Centro América, el segundo a seis países de Sud América, el tercero a tres países, uno de Norte América mas dos de El Caribe y un cuarto que propone una revisión estadística de indicadores trazadores, obtenida de reportes oficiales como es el caso de: Cobertura estimada basadas en las Guías 2006 y 2010 de la OMS hacia el acceso universal y el documento de Progreso Ampliación Prioritaria contra el VIH / SIDA en el sector de la salud - 2010 ONUSIDA La epidemia de SIDA: noviembre de 2009, este proceso de recolección y revisión y análisis, facilito la extracción de resúmenes, que aportaron a la elaboración de las conclusiones.

k) Comunicar resultados y recomendaciones.

El trabajo ha sido elaborado con un gran esfuerzo técnico por la magnitud del objetivo planteado, en el tiempo previsto, entregándose los productos pactados a la Presidencia del GCTH y el Financiador ONUSIDA, quedando establecido que el mismo se presentara como un aporte del GCTH con el patrocinio de ONUSIDA en la reunión de evaluación de acceso universal, próximamente a realizarse, así como su análisis en el marco de la próxima Asamblea General del GCTH.

l) Definir próximos pasos

Aspiramos a que este producto tengo utilidad práctica, apoyando a los países miembros del GCTH y a la institución propia, en la identificación de brechas, priorización de acciones emergentes a corto mediano y largo plazo, para una mejor respuesta al a epidemia del VIH/sida en nuestra región, de la misma forma creemos que es un instrumento de reflexión también para la sociedad civil en su conjunto, grupos vulnerables y organismos de cooperación, que aporte a la identificación de puntos nodales críticos y acciones correctivas subsecuentes.

Para continuar con el fortalecimiento del GCTH deseamos que estos ejercicios de análisis y reflexión técnica, sean una constante en el futuro particularizando otros aportes que hagan realmente práctica la cooperación horizontal entre los países.

#### 4. PLANIFICACION ESTRATEGICA EN LA REGION

Capítulo I. Centro América, integración de las metas de UNGASS, Acceso Universal, ODMs, y Marco de Resultados de ONUSIDA x país (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Costa Rica)

##### a) Análisis de antecedentes socio-demográficos

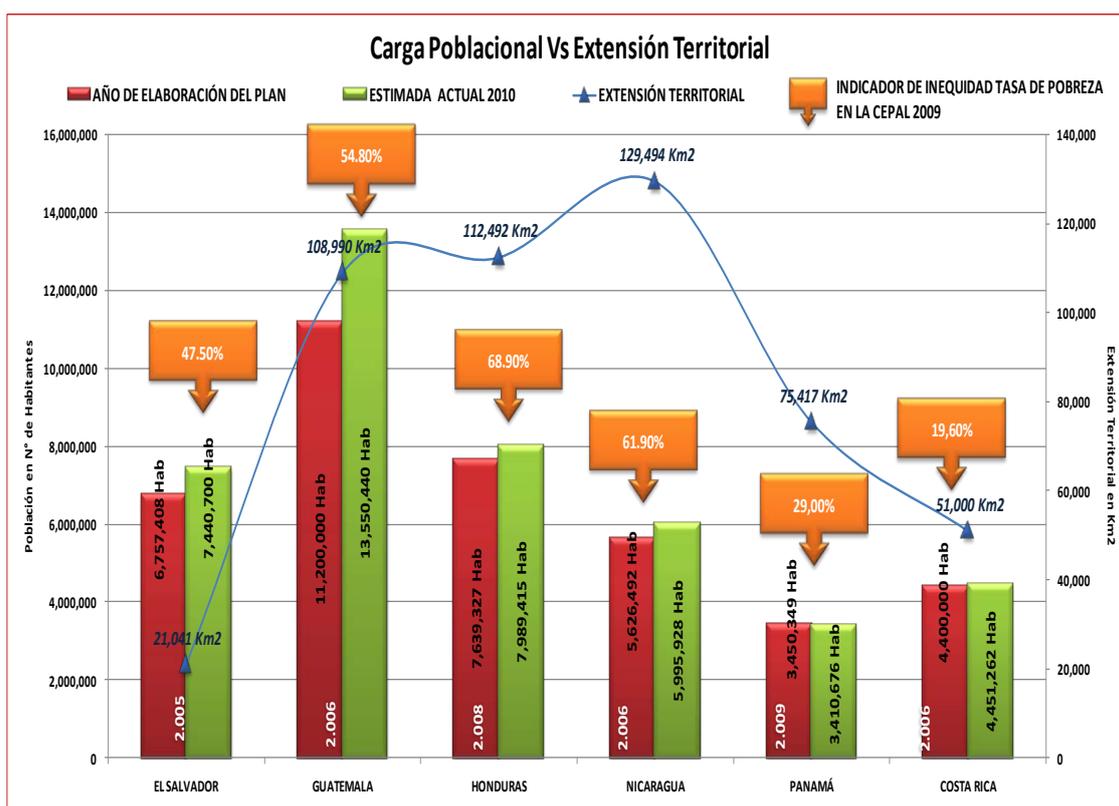
MAPA N° 1  
CENTRO AMERICA



Ref. Mapa elaboración propia, datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

De los 6 países Centroamericanos que conforman esta subregión de la América Latina, todos han sido incorporados en este estudio, facilitando el análisis didáctico comparativo, objeto del estudio son: (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Costa Rica), que tienen una ubicación geográfica común, con características medio ambientales similares, pero con diferencias significativas en función de extensión territorial, carga poblacional y crecimiento demográfico, los factores socioculturales, son determinantes importantes en su estructura, que marcan estratos socioeconómicos bien identificados, en condición de pobreza y extrema pobreza, factores coadyuvantes para el crecimiento del curso de la Epidemia del VIH/sida en la región.

GRAFICO N° 1



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, informe CEPAL 2009.

Este proceso de revisión documental relacionado con la evolución de la epidemia de VIH/sida en la región de LAC y particularmente en este capítulo de Centro América, tendiente a contribuir en la identificación de progresos alcanzados, así como también dificultades aun no superadas, busca sistemáticamente analizar en el marco de la planificación estratégica y la gestión orientada a resultados, variables e indicadores que respondan a una explicación lógica de eventos, que determinen también la generación de hipótesis y/o preguntas, como un método contributivo al análisis de la epidemia de VIH/sida, la integración de estos criterios, nos muestra en la gráfica, una descripción mas cualitativa que con rigor estadístico, un crecimiento demográfico comparativo entre el año de elaboración del PEN de cada país y la proyección poblacional al 2010, con características más sobresalientes en Guatemala donde se aprecia un crecimiento poblacional más acelerado, en relación a los demás países, aquí nos planteamos una primera pregunta o Hipótesis.

¿Los programas de salud sexual y reproductiva, con referencia a la planificación familiar y control de la fertilidad, se aplican y tiene similitudes entre los países?

La reflexión se hace aun más compleja cuando apreciamos que las extensiones territoriales de los países, tienen marcadas diferencias, apreciándose cargas poblacionales “proporcionales” como el caso de Nicaragua y cargas poblacionales de “gran volumen”, como el caso de El Salvador, inferir estas características a un indicador de inequidad, como plantea la Tasa de Pobreza, publicada por la CEPAL el 2009<sup>6</sup>, muestra que los países más afectados son Honduras, Nicaragua, Guatemala y El Salvador, en ese orden, Panamá y Costa Rica, que a propósito son los dos país de

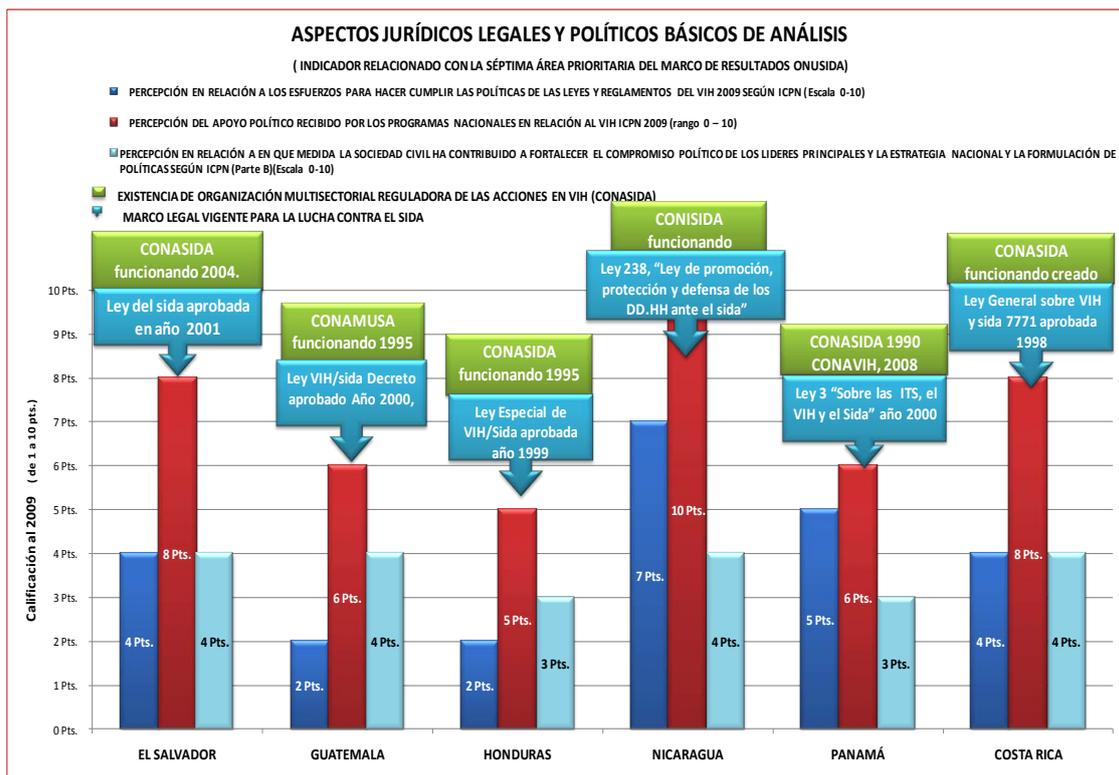
<sup>6</sup> CEPAL, *Interamerican Dialogue, Política Social, pobreza y desigualdad en América Latina, Noviembre 2009.*

este grupo, calificado por el Banco Mundial con un IDH alto, a diferencia de los demás IDH medio, muestra un aparente equilibrio entre su territorialidad, volumen poblacional y Tasa de Pobreza, no por ello quedan exentos aun de inequidades, y por supuesto de un nivel de epidemia del VIH/sida en franco crecimiento.

¿Se ratifica que las inequidades e índices de pobreza son determinantes para el crecimiento acelerado de la Epidemia del VIH/sida?

**b) Análisis de aspectos jurídico legales y políticos básicos (Indicadores relacionados con la séptima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA)<sup>7</sup>.**

**GRAFICO N° 2**



Ref: Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, ICPN 2009

Prosiguiendo con la revisión de la información recolectada de los instrumentos y documentos descritos en la metodología de la investigación, consideramos importante el análisis de antecedentes del marco legal y político, histórico retrospectivo con que se cuenta, para ello tomamos como referentes descritos en los PENs, la existencia de una ley contra el VIH/sida o para el SIDA, estando presente este instrumento jurídico legal en todos los países objeto del estudio, con similitudes en la temporalidad de su aprobación (Rango medio de aprobación año 2.000, 10 años de vigencia) Otra institución referente como es el CONASIDA o con diferente nominación en otros Naciones, CONISIDA en Nicaragua, CONAVIH en Panamá, etc., en el caso de los países de análisis existen estas organizaciones con una data promedio de funcionamiento de aproximadamente 12 años, en los PENs y reportes UNGASS, se describe una amplia información respecto a instrumentos jurídico legales adicionales, y organizaciones importantes comprometidas con la lucha contra la epidemia (MCP,

<sup>7</sup> Podemos acabar con las leyes punitivas, las políticas, las prácticas el estigma y la discriminación, que obstaculizan la aplicación de respuestas eficaces al sida.

ONGs, Sociedad civil organizada, etc.), sin embargo en todos ellos, se manifiesta que la aplicación y cumplimiento de las leyes no condice con lo esperado, de igual manera se describe al CONASIDA, en algunos casos, como líderes de la respuesta en los países y en otros sin operatividad plena, con debilidades de coordinación, o simplemente no operativos, para acercarnos a una evaluación de este componente, verificamos en los documentos ICPN de cada país, para determinar:

“Cual fue la respuesta desde la perspectiva de la sociedad civil, para hacer cumplir las políticas y leyes referidas al VIH/sida”, el rango promedio de resultado es de 4 puntos entre todos.

En referencia al “respaldo político recibido por los Programas Nacionales de VIH/sida por parte del Estado o Gobierno”, el promedio de calificación es de 7, con puntajes ideales como es el caso de Nicaragua por ejemplo 10 puntos.

Otro indicador que inferimos en este análisis es el que pregunta “en qué medida la sociedad civil ha contribuido para fortalecer el compromiso político de los líderes, en la respuesta nacional al VIH/sida y la formulación de políticas”, el rango promedio de calificación esta en 3,6 puntos, estas valoraciones nos plantean nuevas interrogantes.

¿Es necesario que se continúe insistiendo en la formulación de nuevas leyes e instrumentos legales para la lucha contra el VIH/sida?

¿El liderazgo de la sociedad civil es el adecuado para incidir en el diseño de políticas públicas respecto al VIH/sida en los países?

**CUADRO N° 1**

<b>ASPECTOS JURÍDICOS LEGALES Y POLÍTICOS DE ANÁLISIS</b> (INDICADOR RELACIONADO CON LA SÉPTIMA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA)						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON EL PLAN DE GOBIERNO	Plan de gobierno 2004 – 2009 “País Seguro”	“Política Pública de ITS, VIH/SIDA” Acuerdo Gubernativo	Plan de gobierno	Plan Nacional de Desarrollo	Plan Nacional de desarrollo	Política Nacional de Salud,
RELACIONAMIENTO CON EL PLAN SECTORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DESCRIPTIVO DEL PEN CON EL UNGASS	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La secuencia descriptiva de nuestra investigación, prosigue, con la revisión del contenido de los PENs, de los países, para determinar el grado de sensibilización en relación a los compromisos internacionales pactados, (ODMs, UNGASS, Acceso Universal) y la incorporación descriptiva de estos postulados en el proceso de

construcción del PEN, además de relacionarlos con los planes generales de gobierno y los planes sectoriales en salud.

Prácticamente todos realizan una descripción amplia de estos postulados, haciendo referencia además a que en base a estos compromisos están descritos los objetivos, actividades y metas de sus respectivos planes

**c) Análisis de planificación estratégica previa.**

**CUADRO N° 2**

<b>COMPONENTES DE ANÁLISIS DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PREVIA</b>						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
PLANIFICACIÓN PREVIA Y NIVEL DE PARTICIPACIÓN PEN ACTUAL	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN
ANTECEDENTE DE UTILIZACIÓN DE GUÍA PARA FORMULACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS DE ONUSIDA.	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN Metodología ASAP	SI se identifica esta referencia en el PEN
RESPONSABLE DE DESARROLLO DEL PEN	M. S. P. y Asistencia Social, Programa Nacional VIH-SIDA e ITS, asesoría de CONASIDA.	Ministerio de Salud Pública a través del programa nacional de VIH/sida	Ministerio de salud a través del programa nacional de VIH en coordinación con el CONASIDA	Ministerio de salud, CONISIDA Programa nacional de VIH/sida	Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de SIDA CONAVIH	Ministerio de Salud asumiendo la corresponsabilidad y asesoría con el CONASIDA
DETERMINACIÓN DE INDICADORES Y METAS CUANTIFICADAS A ALCANZAR EN EL NUEVO PEN	Indicadores si metas no descritas en el plan	Indicadores si, metas no descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan
ANTECEDENTE DE DISEÑO DE UN PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL NUEVO PEN.	SI ASAP	SI ASAP	SI ASAP	SI ASAP	SI ASAP	SI

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

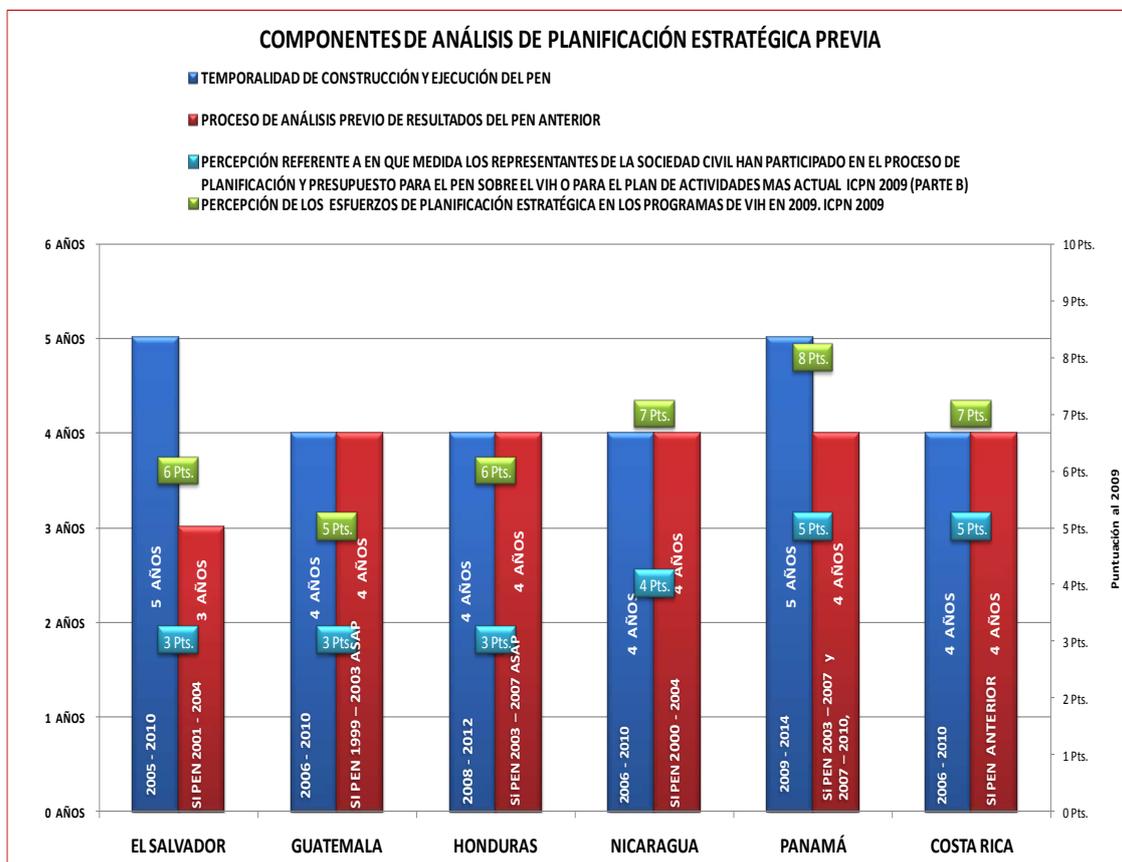
Otros aspectos relevantes en relación al proceso de construcción de los PENs, en los países, se describen como satisfactorios, tal es el caso de la etapa de planificación previa, que en todos ha existido, además con el asesoramiento y el acompañamiento técnico financiero de ONUSIDA, cuyos instrumentos de planificación, como la guía de formulación de planes estratégicos, o la metodología ASAP a través del Banco Mundial, han estado presentes en la etapa previa de diseño metodológico del plan, no obstante de ello, se encuentra en el contenido metodológico de algunos PENs, la no descripción en algunos casos de los indicadores, en otros las metas cuantificadas.

Se verifica también que en el marco de la estrategia de los “tres unos”, a partir de una autoridad nacional, los Ministerios de Salud y/u homólogos de cada país a través de

los Programas Nacionales de VIH/sida, lideran la responsabilidad de elaboración y aplicación de estos PENs, en algunos casos con una corresponsabilidad protagónica con los CONASIDA o MCP.

La referencia de la existencia de un plan de monitoreo y evaluación adicional en cada PEN es también evidente en la descripción teórica del plan.

**GRAFICO N° 3**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La revisión programática en relación a la temporalidad de construcción de los planes estratégicos nacionales, nos muestra que los mismos, fueron elaborados para ejecutarlos en un periodo de tiempo de 5 años en la mayoría de los casos, a excepción de Honduras y Panamá cuyos planes tienen un periodo diferente y estarán vigentes hasta el 2012 en Honduras y el 2014, en el caso de Panamá.

Se advierte también que han sido evaluados los planes estratégicos nacionales anteriores a este último como parte del desarrollo de planificación previa, estos documentos tuvieron a diferencia de los últimos planes, una temporalidad de duración promedio de 4 años.

Para tener una percepción de evaluación cuantitativa en referencia al proceso de planificación de los Planes Estratégicos en sus diferentes etapas, acudimos al referente del ICPN, que valora desde el punto de vista de los Estados y Gobiernos, la:

“percepción de los esfuerzos realizados en la planificación estratégico de los programas nacionales de VIH/sida”, dando como resultado una calificación promedio en Centro América de 6,5 puntos.

Relacionado con la “percepción respecto a en qué medida la sociedad civil ha participado de este proceso de planificación estratégica y elaboración de presupuestos, del Plan Estratégico Nacional de VIH/sida”.

La evaluación nos muestra una calificación promedio de los seis Países de 3,8 puntos, con particularidades en el caso de Nicaragua, Panamá y Costa Rica cuya calificación esta 1 y 2 puntos por encima de la media, nuestra pregunta en este acápite reflexiona sobre lo siguiente:

¿Es necesario armonizar una participación más equilibrada en los procesos de planificación y toma de decisiones entre los gobiernos y sociedad civil?

**d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica)**

**CUADRO N° 3**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
<b>VISIÓN</b>	Reducción de la prevalencia y el impacto social del VIH-SIDA e ITS en la población salvadoreña bajo un solo marco de acción nacional, que basado en el enfoque de derechos pueda eliminar toda forma de discriminación y estigmatización, especialmente hacia los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.	La reducción de la transmisión de las infecciones de transmisión sexual y la mitigación del impacto de la epidemia, será producto del ejercicio de las “mejores prácticas” para la prevención de la transmisión y atención integral de las ITS, VIH y SIDA. Serán de dominio general en la población y se empezará a hablar del tema con amplitud y libertad. Como consecuencia de este ejercicio, del reconocimiento general de la igualdad de todas las personas ante la ley y de la nueva amplitud que adquiere la sociedad para enseñar, comentar y enfrentar el tema, se habrá reducido la estigmatización y la discriminación para quienes viven con VIH. Además, los actores del tema de VIH y SIDA habrán aprendido a trabajar en conjunto, a cooperar y unir esfuerzos; lo que redundará en resultados provistos de sinergia.	Incorporar un enfoque renovado en derechos humanos, sexuales y reproductivos, equidad de género, la ausencia de estigma y discriminación, con el fin de disminuir la prevalencia de VIH y mitigar su impacto.	Nicaragua ha modificado favorablemente los factores individuales y sociales que condicionan el comportamiento epidemiológico de las ITS, el VIH y el Sida; ha asegurado el derecho de las personas viviendo con VIH o Sida y sus familias a una atención integral y ha mitigado el impacto de la epidemia, atendiendo la diversidad de su población, de manera integral y multisectorial	Panamá, para el año 2014, habrá logrado disminuir el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad y de poblaciones más expuestas <sup>42</sup> que se infectan por el VIH; habrá disminuido el porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nazcan de madres infectadas; así como habremos aumentado el porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúan tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral y habremos disminuido la tasa de mortalidad por VIH/Sida; y contará con una sola Autoridad Nacional (CONAVIH) multisectorial, multidisciplinaria con apoyo político y financiero y alta capacidad técnica, que coordine todos los esfuerzos nacionales de la respuesta a la epidemia de VIH y Sida, plasmadas en el Plan Estratégico Multisectorial con un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación ejecutándose.	En Costa Rica, para el 2010, se habrá disminuido la morbi-mortalidad por VIH y sida, por medio de una gestión sostenible que promueva la prevención y una atención integral, intersectorial, interdisciplinaria, respetuosa de los derechos humanos y la diversidad sexual

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

La descripción que realizan los países respecto a la visión de cada uno de ellos concuerda en casi todos, con aspectos comunes referidos a la reducción del impacto de la epidemia consecuente con el objetivo 6 de desarrollo del milenio correspondiente a VIH/sida señalan coincidentemente también aspectos que contemplan la atención integral, el respeto a los DD.HH, podemos entonces concluir que, son consecuentes con los principios de Acceso Universal para conseguir programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el año 2010.

CUADRO N° 4

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL						
	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
<b>MISIÓN DE LOS PENS</b>	Optimizar la coordinación y participación de todos los sectores sociales en la respuesta nacional al VIH-SIDA, que en el marco de los derechos humanos y la equidad de género incremente los conocimientos de la población, fortalezca las medidas de prevención y protección, amplíe la oferta y cobertura de los servicios de atención integral con énfasis en los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad	Los actores del tema, proactivamente integrarán la respuesta nacional sobre las ITS, VIH y SIDA, fortalecerán la autoridad nacional y mejorarán su capacidad de priorizar, coordinar y normar las acciones de la respuesta. Implementarán y ejercerán un proceso sistematizado de monitoreo y evaluación del ejercicio de la respuesta. El PNS, en su calidad de rector nacional, Coordinará las acciones en dirección al cumplimiento del PEN; fomentará la descentralización y la flexibilidad de la ejecución según las necesidades locales bajo la normativa nacional de prevención y atención integral.	Realizar un trabajo multi-sectorial, planificado y coordinado, armonizando los esfuerzos nacionales para brindar los servicios de atención integral, promoción de la salud, prevención, apoyo social a las personas para el bienestar en la población; con particular énfasis en aquellos grupos en mayor condición de vulnerabilidad.	Armonizar la respuesta nacional en un esfuerzo concertado entre las instituciones del Estado, la sociedad civil, la comunidad y las personas viviendo con el VIH o el sida, encaminada a generar acciones para la promoción de la salud y la prevención de las ITS /VIH, así como la atención integral no discriminatoria de las personas que viven con el VIH o el sida.	Orientar los esfuerzos nacionales hacia la intensificación de las acciones de prevención, particularmente hacia aquellos grupos cuya contribución a la dinámica expansiva de la epidemia es mayor; aumentar y asegurar la atención integral de calidad para las Personas que Viven con VIH y los usuarios del Sistema de Salud; aumentar el diagnóstico temprano del VIH, para población general; facilitar el acceso a los servicios de atención y tratamiento de ITS; aumentar la cobertura efectiva de los servicios de salud y prevención a mujeres embarazadas	En Costa Rica se estimula y apoya la implementación de una política integrada que se refleja en el desarrollo de programas y proyectos sostenibles, equitativos y eficientes para el abordaje integral del VIH y sida, basada en el enfoque de derechos, con énfasis en los grupos vulnerabilizados.

Ref. Datos de los PENS y UNGASS últimos de cada país

La misión en la mayoría de los Países, asume como una premisa la participación multisectorial, de la sociedad civil y actores protagónicos, junto al gobierno para una respuesta efectiva en procura de la atención integral de la problemática del VIH/sida, excepción de Panamá que describe más un componente de atención con enfoque preventivo promocional y asistencialista, nos planteamos una nueva interrogante respecto a:

¿La Misión descrita en los PENS, refleja la percepción del grado de concurrencia en los procesos de planificación y decisión de la sociedad civil descrito en la calificación del ICPN?

**CUADRO N° 5**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSA</b>						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
<b>EJES ESTRATÉGICOS DE LOS PEN</b>	1.-Eje de DDHH: 2.-Eje articulador (Tres Unos) 3-Marco jurídico nacional e internacional vigente en el país. 4-Apego a los acuerdos internacionales. 5-Fortalecer los sistemas sanitarios para garantizar el acceso a los servicios de atención, prevención y promoción de la salud. 6- Universalidad de la información, educación y comunicación sobre el VIH-SIDA.	1.-Eje prevención. 2.-Eje atención integral 3.-Eje entorno 4.-Eje monitoreo, evaluación y vigilancia Epidemiológica 5.-Eje fortalecimiento institucional	1.-Política pública y gestión social 2.-Promoción de la salud para la prevención del VIH 3.-Atención integral. 4.-Sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.	1.-Respuesta nacional concertada. 2.-Atención Integral. 3.-Prevención. 4.-Monitoreo y evaluación	1.Fortalecimiento Institucional 2.Prevencción 3.Atención Integral 4.Monitoreo y Evaluación	1.Organización y gestión 2.Promoción de la salud y prevención de nuevas infecciones 3.Vigilancia epidemiológica 4.Atención clínica a las personas 5.Derechos humanos 6.Educación y gestión académica

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

En líneas generales los ejes estratégicos que incorporan los países en su respectivo Plan Estratégico Nacional, en distinto orden, pero coincidentes responden a las prioridades fundamentales para encarar la respuesta a la epidemia del VIH/sida, son comunes a todos las líneas de Atención Integral, Prevención, Monitoreo & Evaluación y Fortalecimiento Institucional, en el caso de El Salvador y Costa Rica se incorpora como prioritario el enfoque de DD.HH, el marco jurídico nacional e internacional y el apego a los compromisos internacionales, es evidente también el hallazgo de estas dos últimas prioridades, en otros acápite de la descripción de los Planes Estratégicos de los demás países, por ejemplo en la descripción de Objetivos, actividades y metas, la pregunta es:

¿La Epidemia impacta en una amplia gama de sectores sociales, económicos, educativos, de salud, culturales etc. Estas acciones del PEN comprenden e incluyen la multisectorialidad?

CUADRO N° 6

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
<b>OBJETIVOS GENERALES DE LOS PEN</b>	<p>1.- Establecer un marco estratégico que guíe la respuesta nacional congruente con la realidad situacional de la epidemia de VIH-SIDA en el país.</p> <p>2.- Fortalecer la respuesta multisectorial a la epidemia de VIH-SIDA y a las ITS.</p> <p>3.- Incrementar la calidad y cobertura de los servicios integrales de VIH-SIDA e ITS.</p>	<p>1.- De la responsabilidad del Estado Fortalecer el compromiso del Estado para que vele eficientemente por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, atención integral y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.</p> <p><b>2.- De la responsabilidad individual</b> Reconocer que la responsabilidad personal es la respuesta clave para lograr la mitigación efectiva y de fondo, de corto y largo plazo de las ITS, VIH y SIDA. Fomentar la idea que en la medida en que todos los actores aporten su esfuerzo individual, se logrará vivir en una Guatemala próspera.</p> <p><b>3.- De la igualdad de todas las personas ante la ley</b> Garantizar el acceso de todos los habitantes de</p>	<p>1. Garantizar el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas, con la debida corresponsabilidad en el cumplimiento de deberes, bajo un concepto de seguridad humana integral; dando respuesta estatal progresiva en el marco de los tratados y convenios nacionales e internacionales suscritos y ratificados por el Estado Hondureño.</p> <p>2. Facilitar los procesos de coordinación, concertación y armonización de acciones, políticas y de movilización de recursos entre las diferentes instancias del Estado, que generen consensos; así como la promoción y homologación en el ordenamiento jurídico nacional coherente con los lineamientos de la política pública en VIH y Sida.</p> <p>3.-Desarrollar capacidades de promoción de la salud para la prevención del VIH en el marco de los derechos humanos, a través de la educación sexual y de medidas específicas para la adopción de prácticas sexuales seguras, el cumplimiento de medidas de bioseguridad, prevención de la transmisión del VIH y la sífilis de madre a hijo(a), detección y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual y estándares óptimos de sangre segura, promoción del uso correcto y consistente del condón, uso de jeringas estériles, que integre las diferentes instituciones y organizaciones desde el ámbito municipal hasta el nivel nacional.</p> <p>4.-Mejorar el acceso a los servicios de</p>	<p>1.-Contener la incidencia de las ITS /VIH/Sida y mitigar los efectos de la epidemia, mediante el desarrollo de una respuesta nacional integral, equitativa, efectiva y multisectorial, que incorpore acciones para la promoción de comportamiento s individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad; la prevención de todas las formas de transmisión de las ITS y el VIH, así como el acceso al tratamiento específico de los casos positivos.</p>	<p>1.-Fortalecimiento de una Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la Epidemia de VIH – Sida.</p> <p>2.- Prevención de la transmisión del VIH con énfasis en poblaciones en mayor riesgo, sustentada en evidencias y con acciones programáticas que identifican la participación de actores estratégicos.</p> <p>3.- Fortalecimiento de una Atención Integral que facilite el acceso a TARV y a pruebas de control, pruebas diagnósticas, tratamiento de infecciones oportunistas, prevención secundaria; que, además, facilite el acceso a todos los</p>	<p>1. Desarrollar un proceso sostenido de gestión de las acciones que realizan las diferentes instancias nacionales e internacionales en el campo del VIH y sida en Costa Rica para la reducción de la epidemia.</p> <p>2. Promover condiciones, comportamientos, actitudes, prácticas seguras y saludables, orientadas a la salud integral, al ejercicio y al disfrute de la sexualidad, en el marco de los derechos humanos, con un enfoque de equidad, con énfasis en ciclo de vida, género y diversidad sexual, que contribuyan a reducir los factores de riesgo y vulnerabilidad</p> <p>3. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que permita la toma de decisiones y la implementación de acciones estratégicas de atención integral del VIH y sida.</p> <p>4. Garantizar diagnóstico, tratamiento, seguimiento, atención y apoyo, que permita mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y sida.</p> <p>5. Promover la defensa de los</p>

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
		Guatemala a los medios de información, educación, prevención y rehabilitación; sin dejar espacio alguno para prácticas discriminatorias o que atenten contra los derechos humanos, en este caso de las personas afectadas y expuestas al riesgo del VIH y SIDA.	atención integral, destinada a optimizar las condiciones generales y la calidad de vida de las personas con VIH, previniendo la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas, mentales y emocionales. 5. Fortalecer el desarrollo de la coordinación inter programática e inter sectorial entre los diferentes actores del sector salud, que brindan servicios de atención a las personas con VIH y Sida, para asegurar atención integral de calidad con calidez.		servicios de salud y que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de PVVS. 4.- Fortalecimiento de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación	Derechos Humanos en relación con el VIH y sida, con enfoque de edad, género y diversidad sexual 6. Fortalecer el sistema nacional de educación formal en torno a la prevención del VIH y sida desde un eje transversal y multidisciplinario

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

Nuevamente encontramos en la descripción de los Objetivos Generales de los PENs de países Centro Americanos, similitudes teóricas que responden ciertamente a las recomendaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida, de “elaborar objetivos ambiciosos para la respuesta, acelerar el ritmo de la respuesta, buscar objetivos y metas lo más aproximado posible al Acceso Universal, procurando un equilibrio en la sostenibilidad de los programas desde el punto de vista financiero, el fortalecimiento institucional, desde la perspectiva de la atención integral y la prevención masiva”<sup>8</sup>.

Se encuentra como interesante el planteamiento de objetivos de Guatemala por ejemplo que plantea responsabilidad compartida en función de objetivos, caracterizándolos desde el ámbito de responsabilidad del estado, de la responsabilidad individual y colectiva y desde el enfoque de igualdad de todos ante la Ley, nos preguntamos,

¿Todos estos postulados en materia de objetivos se están cumpliendo y aproximando al acceso universal en nuestros países?

<sup>8</sup> Asamblea General NN.UU, vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones, Ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, Marzo 2006.

CUADRO N° 7

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL**

	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS PEN</b>	<p>1.- Coordinación de la Respuesta Nacional con la Participación de organizaciones gubernamentales, no Gubernamentales, privadas, PVVS y otros Grupos.</p> <p>2.- Incremento de la oferta y cobertura de los servicios integrales de atención y prevención del VIH-SIDA e ITS en El Salvador.</p> <p>3.- Reducción de la prevalencia de VIH-SIDA e ITS a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.</p> <p>4.- Incremento de los conocimientos</p>	<p>1.-Objetivo estratégico: Fortalecer, en el sector formal de la educación, las acciones de prevención de ITS, VIH y SIDA. Énfasis en poblaciones más vulnerables.</p> <p>2.- Promover prácticas de prevención de la transmisión de las ITS, VIH y SIDA en la población, priorizando a grupos más vulnerables de acuerdo con el monitoreo del comportamiento de la epidemia.</p> <p>3.-Descentraliza y administrativamente los servicios de atención integral, destinados a la mejora del entorno de las personas que viven con VIH o SIDA.</p> <p>4.- Generar el entorno favorable para la respuesta del VIH y</p>	<p>1.- Asegurar la implementación y el cumplimiento de la política pública en VIH, que operacionalice el plan estratégico y la normativa jurídica vigente, a fin de asegurar el pleno disfrute de los derechos humanos.</p> <p>2.- Ampliar y armonizar la respuesta nacional ante el VIH a través de las acciones de gestión social, con el propósito de asegurarla inclusión de los lineamientos del Pensida III en los planes y programas, con criterios de descentralización y desconcentración de recursos financieros, para el sector gubernamental y no gubernamental.</p> <p>3.- Fortalecer Conasida para el cumplimiento de su rol, funciones y operatividad de acuerdo a la normativa jurídica vigente y su ley orgánica.</p> <p>4.- Promover por parte de la Conasida una agenda de discusión pública en el tema de VIH a nivel nacional.</p>	<p>1.-Armonizar de manera efectiva la actuación multisectorial del Estado, la Sociedad Civil y la Comunidad, en una respuesta nacional concertada ante la ITS, VIH y Sida que cuente con el acompañamiento coordinado de la Comunidad Internacional.</p> <p>2.-Incrementar el acceso a servicios de atención integral a través de articular las capacidades existentes en el país, tanto públicas como privadas, de la sociedad civil y las comunidades.</p> <p>3.-Reducir los comportamientos</p>	<p>1.- Reforzar las Organizaciones Gubernamentales y la Sociedad Civil en sus capacidades institucionales para las acciones de promoción, prevención, abogacía y atención en ITS VIH y Sida.</p> <p>2.- Mejorar la capacidad técnica y operativa de CONAVIH.</p> <p>3.-Fortalecimiento de la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada.</p> <p>4.-Promover un ambiente político y legal que favorezca la implementación efectiva de la respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida.</p> <p>2.1.-Prevenir la transmisión sexual del ITS/VIH.</p> <p>2.2.-Prevenir la transmisión materno infantil del VIH y de otras</p>	<p>1. Fortalecer y reestructurar la instancia rectora nacional en el tema del VIH y sida (CONASIDA) con la participación de los diferentes sectores sociales.</p> <p>2. Fortalecer las acciones de planificación, organización y coordinación de las diversas instancias vinculadas con el trabajo en VIH y sida.</p> <p>3. Establecer una perspectiva de trabajo en red, que vincule las diversas áreas de trabajo que realizan las diferentes instituciones, organizaciones y grupos que trabajan en VIH y sida.</p> <p>4. Incluir el tema de VIH y sida como una acción prioritaria del quehacer de las diversas instituciones gubernamentales, no gubernamentales, privadas y comunitarias.</p> <p>1. Promover y fortalecer espacios seguros y saludables en el ámbito familiar, educativo, comunal, laboral, recreativo y social, que contribuyan con el ejercicio de una salud sexual segura y responsable, desde una perspectiva de derechos humanos.</p> <p>2. Impulsar estrategias de comunicación, que permitan desarrollar cambios de comportamiento, así como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y actitudes para la vida, que reduzcan los factores de riesgo y vulnerabilidad.</p> <p>1. Diseñar e implementar instrumentos</p>

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
	<p>para la aplicación de medidas de protección, atención y control del VIH-SIDA e ITS.</p> <p>5.- Optimización del sistema de vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA e ITS para la toma de decisiones en la respuesta nacional.</p> <p>6.- Fortalecimiento del Sistema integrado de Monitoreo y Evaluación de VIH-SIDA e ITS funcionando en El Salvador.</p> <p>7.- Incremento al respeto de los derechos humanos y la equidad de género en la prevención, atención y control del VIH-SIDA.</p> <p>8.- Aplicación de un marco legal y normativo que</p>	<p>SIDA.</p> <p>5.- Implementar un sistema multisectorial permanente de monitoreo y evaluación.</p> <p>6.- Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información de las características de la epidemia en Guatemala, de manera oportuna, confiable y representativa.</p> <p>7.- Fortalecer la capacidad técnica del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, en el ámbito nacional para obtener una mejor coordinación de la respuesta.</p> <p>8.- una instancia nacional multisectorial representativa que dirija y coordine la respuesta a las ITS.</p> <p>9.- la respuesta multisectorial a las ITS, VIH y SIDA en los niveles departamentales y municipales.</p> <p>10.- Fortalecer y</p>	<p>5.- Aumentar el conocimiento adecuado en materia de prevención de VIH en zonas geográficas y poblaciones diferenciadas.</p> <p>6.- Aumentar en la población meta el acceso y utilización de los servicios de prueba de VIH con consejería, calidad y calidez.</p> <p>7.- Fomentar los factores protectores para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual con enfoque de derechos humanos, sensibilidad cultural y genero.</p> <p>8.- Aumentar a nivel nacional el acceso a servicios de promoción y prevención de la transmisión del VIH.</p> <p>9.- Mantener óptimos estándares de calidad para sangre segura.</p> <p>10.- Aumentar la cobertura nacional de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia.</p> <p>11.- Incorporar el enfoque de atención integral en infecciones de transmisión sexual y VIH en los servicios diferenciados para la prevención de la transmisión madre a hijo (a), niñez y la adolescencia.</p>	<p>de riesgo tanto sexuales, como discriminatorios y de prácticas institucionales frente a la epidemia de las ITS, VIH y Sida, a través de la ejecución de acciones de promoción y prevención efectivas.</p> <p>4.- Propiciar el desarrollo de políticas públicas que contribuyan de manera efectiva al abordaje integral de la epidemia a través de procesos de abogacía basados en una amplia participación ciudadana que fortalezcan de manera sistemática el estado de derecho.</p> <p>5.-Fortalecer el carácter intercultural y autonómico de la</p>	<p>ITS.</p> <p>2.3.-Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud.</p> <p>2.4.-Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento.</p> <p>2.5.-Fortalecer la cobertura de prevención del VIH entre los jóvenes.</p> <p>2.6.-Fortalecer Programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección y rechazar ideas erróneas que además promueven el estigma y la discriminación.</p> <p>3.1.- Mejorar el acceso oportuno e ininterrumpido a la Terapia Antirretroviral, con la debida adherencia a los medicamentos.</p> <p>3.2.- Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento del Sida.</p> <p>3.3.-Fortalecer y mejorar la calidad de los servicios brindados a PVVS en las instalaciones de salud</p>	<p>para la vigilancia, así como la definición de unidades notificadoras y el flujo de datos epidemiológicos sobre el VIH y sida dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>2. Fortalecer las comisiones locales y regionales, para los procesos de vigilancia, análisis e interpretación de la información epidemiológica sobre VIH y sida para la toma de decisiones oportuna.</p> <p>3. Fortalecer el sistema de información del VIH y sida.</p> <p>1. Garantizar la prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud públicos y privados.</p> <p>2. Garantizar la seguridad sanguínea y transfusional en todos los servicios de salud públicos y privados.</p> <p>3. Garantizar el acceso universal y oportuno para toda persona que solicita la prueba del VIH, de acuerdo a la normativa nacional.</p> <p>4. Promover un servicio de calidad en la atención biopsicosocial de las personas que viven con el virus del VIH y el SIDA de acuerdo con la norma nacional de atención clínica.</p> <p>5. Elaborar un "protocolo de atención de exposición ocupacional" en los centros de salud públicos, privados y el Poder Judicial.</p> <p>1. Desarrollar estrategias que promuevan los derechos de la persona de las personas con VIH y sida, familiares y allegados.</p> <p>2. Fortalecer los mecanismos que</p>

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
	responda a las necesidades de la población ante el VIH-SIDA.	fomentar la participación activa y coordinada de la sociedad civil organizada en la respuesta nacional.	12.- Fortalecer el manejo y la vigilancia de casos de personas con coinfección TB-VIH. 13.- Aumentar la cobertura de personas con VIH elegibles según normas nacionales para Targa.	respuesta a la epidemia del VIH/Sida en las regiones de la Costa Caribe de Nicaragua.	(atención en todos los niveles: medicina general, odontología, laboratorios, especialidades, cirugía, hospitalización, tecnología médica, nutrición, psicología - siquiatría). 4.1.-Implementar un sistema multisectorial permanente de Monitoreo y Evaluación de la respuesta Nacional, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones acertadas para el logro de los objetivos estratégicos de la respuesta nacional.	garanticen el cumplimiento de los Derechos Humanos en torno al VIH y sida. 1. Desarrollar programas de estudio que incluyan el tema de VIH y sida desde un eje transversal, de forma multidisciplinaria y con enfoque de género, derechos humanos y diversidad sexual y que responda a las particularidades y según el nivel de Educación: primaria, secundaria, técnica y superior. 2. Promover en las universidades públicas y privadas el desarrollo multidisciplinario en VIH y sida y que integre el conocimiento en acciones en docencia, investigación y acción social. 3. Fortalecer los programas de educación continua para los educadores.

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

Las características descriptivas de los objetivos específicos planteados en los PENs de los países de Centro América, tienen similitudes conceptuales al igual que en la descripción de los objetivos Generales, el orden y la cantidad de objetivos planteados varia, pero el propósito esta fundamentalmente estructurado en una planificación que responde a prioridades como: la atención integral con calidad, el acceso a servicios de prevención, promoción y educación , el acceso a tratamiento, la aplicación de la normativa legal para el ejercicio pleno de los DD.HH, el fortalecimiento de la prestación de servicios, la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de servicios, especificaciones sobre estrategias de actuación en grupos más vulnerables, co-infección VIH/TB, atención integral a PVVs, prioridades de atención a mujeres gestantes, niños, adolescentes, coordinación y fortalecimiento multisectorial, aspectos todos que han ido identificándose en el curso de la epidemia como prioritarios, surge la pregunta.

¿Se está focalizando en el contexto de las epidemias concentradas de nuestros países los objetivos y acciones en las poblaciones vulnerables?

**CUADRO N° 8**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
ANTECEDENTE DE EXISTENCIA DE MANUALES Y NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/sida	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Se inicia un proceso de actualización, en algunos caso construcción de manuales	Se inicia un proceso de actualización, en algunos caso construcción de manuales	No se describe en el PEN
EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA COMO LÍNEA DE BASE PARA LA PRIORIZACIÓN DEL NUEVO PEN	No descrita en el PEN	1.- Estudios de cero prevalencia en HSH, TSC mujeres gestantes, VIH + y coinfección TB 2.- Estudios de conocimientos y comportamientos	1.- Estudios CAP y prevalencia del VIH e ITS en HSH, garifunas y trabajadoras del sexo, 2.- estudios CAP y prevalencia de VIH e ITS en mujeres embarazadas, 3.- estudios cualitativos en TS, 4.- Estudios de resistencia a los ARV. 5.- Comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes adultos en trabajadores de Honduras.	1.- Estudios de prevalencia en HSH y TSC mujeres embarazadas.	1.- Estudios de prevalencia en HSH y TSC mujeres embarazadas. 2.- Estudios de comportamiento uso del condón	Desde 1987 y hasta la fecha se han realizado investigaciones y encuestas CAP en poblaciones con relación al VIH y sida. Las instituciones públicas, privadas y ONG's han contribuido con investigaciones sobre el conocimiento de la sexualidad de la mujer, Sondeos de opinión sobre el sida y el abordaje de la pandemia en las cárceles, investigaciones en el campo del comportamiento y cultura sexual en los HSH y bisexuales.

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

Para encarar una respuesta efectiva al VIH/sida de la magnitud propuesta, en la declaración política sobre el VIH/sida y para alcanzar el Acceso Universal en los países, un paso fundamental en la organización interna es la disponibilidad de manuales, guías, normas nacionales para la atención tecnificada, eficaz y eficiente de la población en general y de los grupos vulnerables en particular, los PENs describen la existencia de estos instrumentos, sin embargo en algunos casos están desactualizados, en otros, no existen los suficientes, habiéndose iniciado su actualización y construcción, sin embargo:

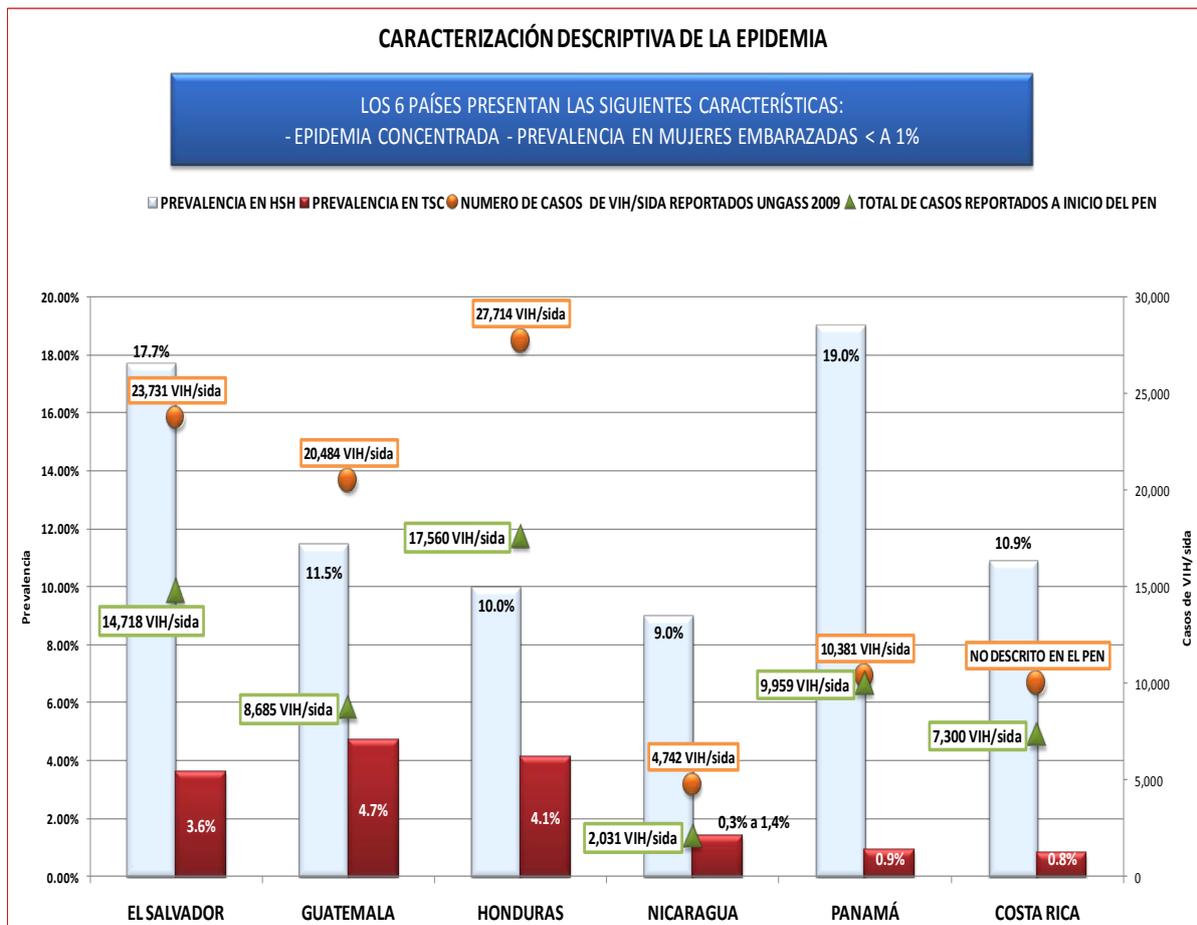
¿Es necesario generar cada vez mas normas y manuales de atención diferenciados para poblaciones vulnerables y expuestas, a la vez de capacitar al RR.HH en el manejo de los mismos?

Por otra parte se describe la existencia de estudios e investigaciones, parciales, como evidencia científica, en algunos no está descrito este capítulo, vital para la toma de decisiones y el cumplimiento de la premisa de que, “todo PENs debe estar fundado en pruebas representativas y creíbles”

¿Es suficiente la evidencia científica con la que contamos para que se pueda encarar una respuesta nacional más eficaz ante a la epidemia del VIH/sida?

e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN.

GRAFICO N° 4



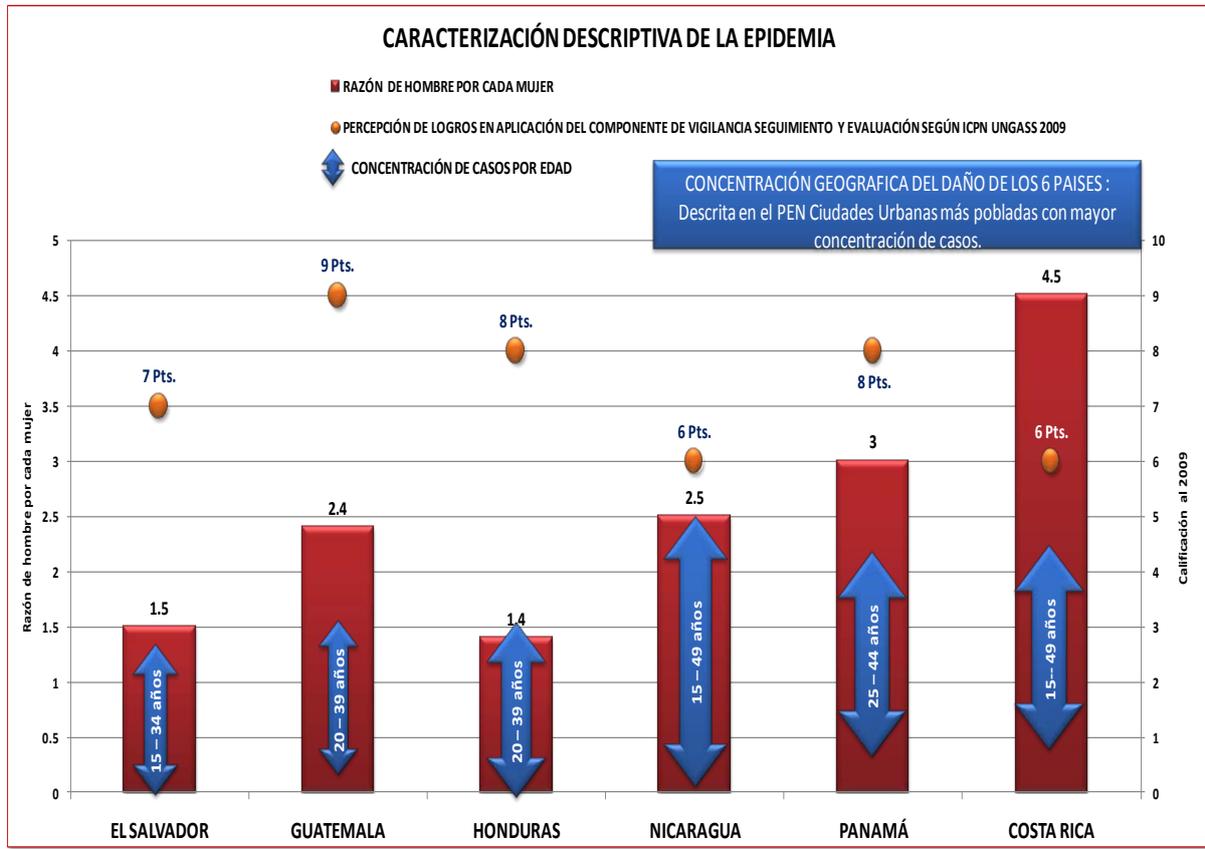
Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

El perfil epidemiológico descrito en cada uno de los PENs país, tiene características similares, narrándose sistemáticamente, el tipo de epidemia, concentrada en todos, las prevalencias e incidencias en población general, poblaciones más afectadas, la notificación de casos de VIH/sida, la concentración de la epidemia según edad, sexo, las formas de transmisión, tendencias y proyecciones, sin embargo, proponemos una línea de base para el análisis, identificando las prevalencias en HSH y en TS, descritas en los PENs, que en la mayoría de los casos al inicio de construcción del Plan de cada país, son referencias obtenidas de estudios parciales, en algunos casos con muestras representativas, pero que en definitiva, fueron realizados en su gran mayoría por otras organizaciones involucradas en la temática, en muy pocos casos liderizado por el propio sistema de salud, estos insumos sin embargo demuestran fehacientemente que la concentración de la epidemia esta evidentemente en HSH y TS. La cantidad de casos reportados de VIH/sida, nos muestra también un crecimiento exponencial importante desde el momento del inicio del PEN hasta el reporte UNGASS en el 2010.

Concluimos entonces en que la epidemia en la región es concentrada, con prevalencias altas en grupos vulnerables HSH y TS, y con un crecimiento en la notificación de casos.

¿Es necesario desarrollar nuevos estudios tendientes al mejor y mayor conocimiento del perfil de la epidemia en nuestros países, procurando disgregar los cálculos poblacionales, según diversidad, orientación sexual y género?

GRAFICO N° 5



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Otros datos referenciales del perfil de la epidemia, descritos en los Planes Estratégicos Nacionales de los países de Centro América, nos muestran que la Razón Hombre Mujer en relación a la notificación de casos, ha ido estrechándose cada vez más, para el momento de la construcción de los PENs, el promedio de los 6 países de Centro América era de 2.55 hombres por cada mujer, la concentración de casos según edad, coincide con el grupo etareo de 15 a 49 años, rangos de edad de afectación en población adolescente, joven, en edad productiva y gestacional plena.

Las referencias del perfil epidemiológico de los países en estudio, nos han permitido proponer una evaluación inferencial a la encuesta ICPN 2009, donde la pregunta expresa la:

“percepción de logros en la aplicación del componente de vigilancia seguimiento y evaluación” cuya calificación y puntuación desde la perspectiva de los gobiernos está por encima de 5 puntos, con un promedio de 7,3 puntos, asumiéndose como una evaluación satisfactoria en este tema.

**f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA<sup>9</sup> contrastado con ICPN**

**CUADRO N° 9**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA SEXTA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>						
<b>GRUPOS POBLACIONALES PRIORIZADOS EN LOS PENs</b>						
	<b>EL SALVADOR</b>	<b>GUATEMALA</b>	<b>HONDURAS</b>	<b>NICARAGUA</b>	<b>PANAMÁ</b>	<b>COSTA RICA</b>
1.- Trabajadores sexuales, masculinos y femeninos (TSC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)	✓	✓	✓	✓	✓	✗
3.- Adolescentes y jóvenes	✓	✗	✗	✓	✓	✓
4.- Privados de libertad,	✓	✓	✗	✓	✓	✗
5.- Jóvenes miembros de pandillas,	✓	✗	✗	✗	✗	✓
6.- Población móvil,	✓	✗	✗	✓	✓	✗
7.- Mujeres gestantes/atención prenatal	✓	✓	✗	✓	✓	✓
8.- Población de uniformados.	✓	✗	✗	✓	✓	✗
9.- Clientes de los trabajadores y las trabajadoras sexuales	✗	✓	✗	✗	✓	✗
10.- Poblaciones indígenas y afro descendientes/Garifuna	✗	✗	✓	✓	✓	✗
11.- Personas que Viven con VIH y Sida.	✗	✗	✓	✗	✓	✓
12.- Niños y niñas víctimas de violencia	✗	✗	✗	✓	✗	✗
13.- Niños y niñas en explotación sexual	✗	✗	✗	✓	✗	✗
14.- Huérfanos por causa del sida.	✗	✗	✗	✓	✓	✗
15.- Pacientes de Tuberculosis.	✗	✗	✗	✗	✓	✗
16.- Población General.	✗	✗	✗	✗	✓	✗
17.- Trabajadores del Sector Público y Privado.	✗	✗	✗	✗	✓	✗
18.- Personas con discapacidad	✗	✗	✗	✗	✓	✗
19.- Usuarios de drogas	✗	✗	✗	✗	✓	✗

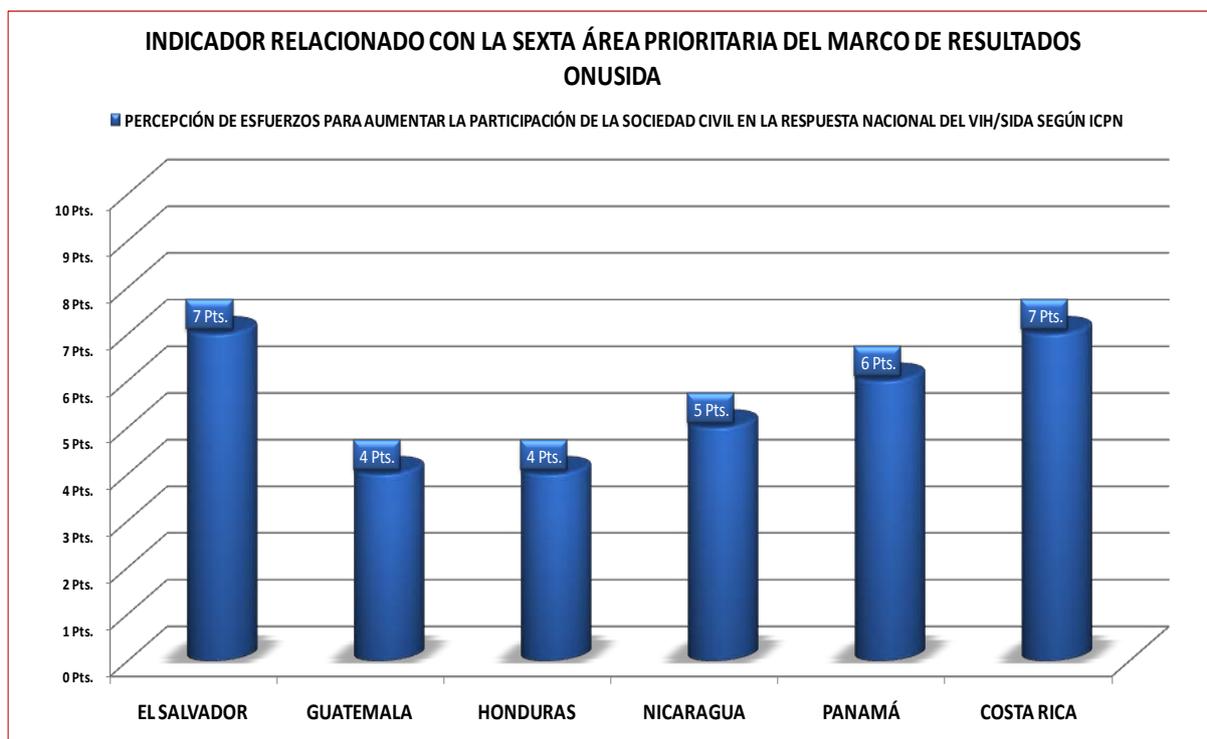
Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Otro capítulo fundamental para encarar la lucha contra la epidemia de VIH/sida, se constituye la priorización de poblaciones a las cuales estarán dirigidas las mayores atenciones y acciones en cada país, recogemos, todas las poblaciones descritas en los 6 PENs, determinando finalmente que las más prioritarias son: HSH, TS, Mujeres gestantes, privados de Libertad, población de uniformados, adolescentes y jóvenes, poblaciones móviles, poblaciones indígenas y afro-descendientes, personas que viven con VIH/sida, clientes de TS, niños huérfanos, y otras poblaciones, en ese orden.

<sup>9</sup> Podemos capacitar a los HSH, a los profesionales de sexo, y a los transexuales para que puedan protegerse de la infección por el VIH y puedan acceder al tratamiento ARV sin restricciones.

¿La priorización de poblaciones responde a las políticas de mayor atención a poblaciones más vulnerables en los países de Centro América?

**GRAFICO N° 6**



Ref. Datos ICPN 2009 de cada país.

La valoración de priorización de poblaciones más vulnerables y expuestas, en el anterior análisis, nos permite verificar desde la perspectiva de la sociedad civil, según el ICPN, el:

“grado de satisfacción sobre los esfuerzos realizados por los países, para aumentar su participación en la respuestas nacionales del VIH/sida”.

El rango de calificación tiene una respuesta más positiva en el caso de Costa Rica, El Salvador y Panamá, que superan los 5 puntos, los otros países, tienen una calificación 1 y 2 puntos inferior, aplicando un promedio entre todos los países el mismo es de 5.5.

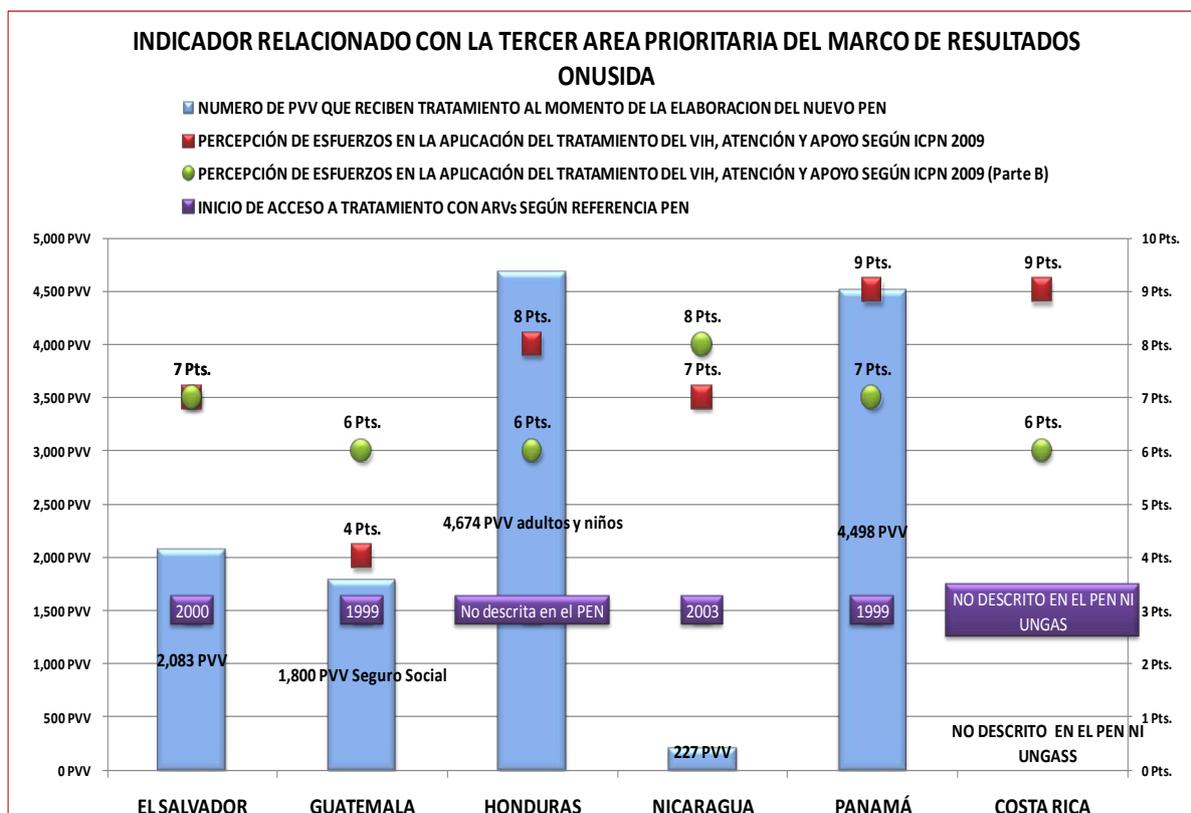
No obstante de que las recomendaciones emitidas por organismos internacionales, para incrementar la participación de la sociedad civil en las respuestas nacionales, y las reivindicaciones propias de estos sectores representados, es la misma, en Centro América se advierte que la sociedad civil está medianamente conforme con su participación.

¿Están integradas y representadas todas las poblaciones priorizadas en las respuestas nacionales al VIH/sida en los Países Centro Americanos, participando plenamente en el proceso?



**g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA<sup>10</sup> contrastado con ICPN**

**GRAFICO N° 7**



Ref. Datos de los PENs e ICPN últimos de cada país.

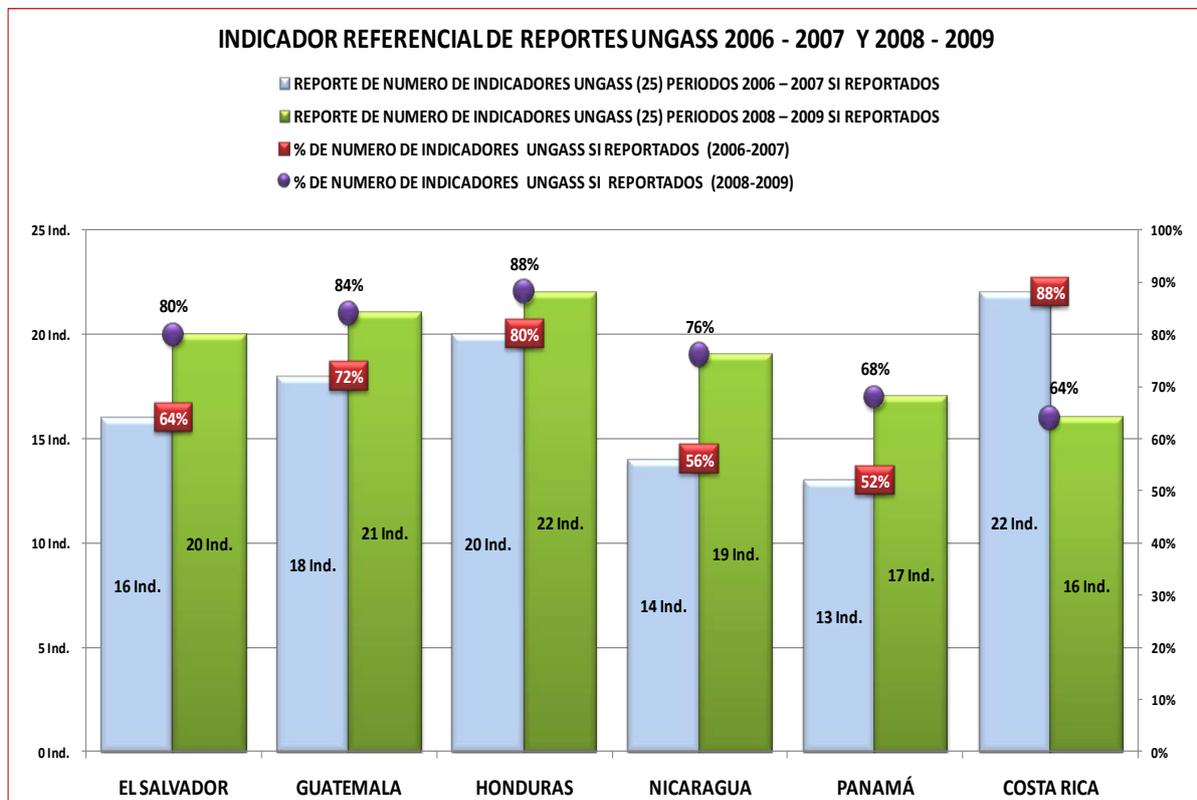
Un componente esencial de la respuesta al VIH/sida para lograr acceso universal, es sin duda el tratamiento a las personas afectadas, la relación de datos encontrados en los PENs probablemente en algunos casos sean reportes parciales (el caso de Nicaragua o Guatemala) en el caso de Costa Rica, no identificamos este dato, pues la metodología descriptiva, no define en ninguno de los planes, una forma aproximada a la estandarización para tener datos más confiables, algunos también describen desde cuando se ha iniciado la aplicación de terapia antirretroviral otros no (Honduras Costa Rica), sin embargo es un parámetro para tener una aproximación a la cantidad de PVVs en tratamiento al inicio de la construcción de los PENs, las líneas de base son más amplias en cantidad de personas tratadas con ARV en Honduras y Panamá, menor cantidad en El Salvador y Guatemala, y mucho menos en Nicaragua, podemos asumir como un promedio también que los tratamientos con ARVs en estos países se inicia en el año 2000. Resulta paradójico el aplicar el ICPN respecto a la percepción tanto de los Gobiernos como la Sociedad Civil dirigidos a “los esfuerzos realizados en la aplicación de tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida”, tomando en cuenta que, en Guatemala y Nicaragua por ejemplo, los puntajes de calificación del Gobierno son menores a los de la sociedad civil, en El Salvador el puntaje es igualitario, en Honduras, Panamá y Costa Rica, la percepción del gobierno supera la opinión de la sociedad civil, lo que nos lleva a pensar que la sociedad civil está de acuerdo con los esfuerzos realizados en este aspecto, aplicando promedios, la opinión de la sociedad civil

<sup>10</sup> Podemos garantizar que las personas que padecen VIH reciban tratamiento.

alcanza un puntaje de 6,6 y la opinión del gobierno 7,3 puntos. Acudimos al marco de resultados propuesto por ONUSIDA, en su tercera área prioritaria que dice

¿Podemos garantizar que las personas que padecen VIH/sida reciban tratamiento?<sup>11</sup>

**GRAFICO N° 8**



Ref. Datos de los reportes UNGASS últimos de cada país.

Un dato complementario que permite calificar de una manera objetiva el grado de avance de los reportes UNGASS, comparativamente entre uno anterior y el último reportado, son la cantidad de indicadores informados por cada país, en la mayoría de los casos, excepto Costa Rica, los países han incrementado la cantidad de indicadores reportados, nuevamente aplicando un promedio advertimos que el UNGASS 2006 – 2007 muestra un promedio porcentual de reporte de 68,6% de 25 indicadores y del UNGASS 2008 – 2009 de 76,6% concluyendo en un incremento de notificación de 8%.

¿El incremento en el reporte de indicadores UNGASS de un periodo a otro, refleja objetivamente un parámetro de avance confiable de la respuesta a la epidemia de VIH/sida?

<sup>11</sup> Marco de Resultados de ONUSIDA



**h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión.**

**CUADRO N° 10**

INDICADOR RELACIONADO CON LA TERCER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA						
	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
<b>DEBILIDADES ENCONTRADAS EN PEN ANTERIOR</b>	1.-Limitada participación en la ejecución del plan Falta de coordinación 2.- Falta de seguimiento del plan. 3.- Sistema de vigilancia epidemiológica con información parcial. 4.- Débil proceso de prevención y educación. 5.- Descentralización de servicios limitada para atención de PVV	1.- Falta de apropiación del Plan Estratégico en el estado y sociedad civil. 2.- Asignación de recursos económicos insuficientes. 3.- Escasa formación y capacitación del personal	1.- Falta de una línea de base. 2.- Debilidad en monitoreo y evaluación para generar información estratégica. 3.- Débil estimación de Costos de PESIDA II, 4.- CONASIDA con poca coordinación entre los sectores involucrados. 5.- Carencia de planes operativos anuales. 6.- PEN sin costeo.	1. Dificultades en el compromiso político, difusión y aplicación de normas. 2.- Falta de aplicación de políticas educativas masivas 3.Asignación financiera interna insuficiente, 4.-Bajo liderazgo del CONASIDA. 5.- Limitado conocimiento de la magnitud y distribución de la epidemia. 6. persistencia de prácticas sexuales de riesgo. 7.- Atención integral insuficiente en Cantidad y Calidad, 8.- limitada articulación de las políticas públicas para el tratamiento efectivo de la epidemia.	1.- El año 2003, se presentan el Plan Estratégico multisectorial de ITS VIH y Sida 2003 – 2007, el cual careció de un proceso de monitoreo efectivo que evidenciara algún nivel de ejecución del mismo. 2.- En noviembre del año 2006 se presenta un nuevo Plan Estratégico Multisectorial de ITS VIH Sida 2007 – 2010 que al año siguiente evoluciona a un Plan revisado denominado “Prioridades 2007 – 2010” y ambos no muestran evidencia de implementación. 3.- El año 2008 se elabora un Plan Operativo que no se llega a ejecutar.	Acciones fragmentadas no logran esclarecer alianzas y división de funciones, Fortalecer el tema en otros sectores sociales (laboral y el educativo) Capacidad de respuesta de las instituciones está limitada a sus funciones y a su organización, no están capacitadas y no tienen recursos Vacios en la legislación sobre VIH y sida que impiden una intervención expedita Esfuerzos concentrados mas en atención que en la prevención Escasa coordinación entre instituciones de gobierno. Gestión de los recursos aún es débil (SVE) del VIH y sida de primera generación y pasivo

Ref. Datos de los PENs últimos de cada país.

La descripción de las debilidades encontradas en el análisis del proceso de aplicación anterior al actual, de los PENs, nos muestra un panorama similar en la mayoría de los Países, se identifican como problemas comunes, la participación limitada en el proceso, sistemas de vigilancia epidemiológica débiles, dificultades financieras, débil proceso de monitoreo y evaluación, liderazgos disminuidos institucionales (CONASIDA), déficit en la capacitación del RR.HH en salud, programas de prevención insipientes, atención integral insuficiente, entre las dificultades más notables, en el caso de Panamá, se hace referencia a la existencia de varios Planes, pero por su inaplicabilidad en alguno, su falta de aprobación en otro, la falta de implementación, y otras causas, no fueron evaluados de la mejor manera.



### CUADRO N° 11

INDICADOR RELACIONADO CON LA TERCER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA						
	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ	COSTA RICA
<b>DEBILIDADES REPORTADAS EN EL INFORME UNGASS 2009</b>	<p>1.-En la respuesta nacional predomina el enfoque salubrista que privilegia la atención a las determinantes sociales económicas y culturales.</p> <p>2.-El Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE), no ha generado informes periódicos.</p> <p>3.-Importante sub-registro de personas VIH positivas.</p> <p>4.-La Base de Datos de personas en TAR no está depurada.</p>	<p>1.-No se cuenta con suficientes estudios de vigilancia de segunda generación o estudios centinela para monitorear de mejor manera la epidemia en grupos específicos.</p> <p>2.-Hace falta sistematizar las denuncias sobre prevención y atención en DDHH en los organismos competentes del Estado. También hace falta socializar esta información.</p> <p>3.-Los sistemas de información aun no ofrecen datos sobre otros grupos más expuestos al margen de HSH y TSC.</p> <p>4.- En acceso a medicamentos persisten problemas con ciertos medicamentos.</p>	<p>1.-El incremento cada vez mayor de los niveles de pobreza en el país.</p> <p>2.-La fragilidad del sistema institucional y democrático del país que limita la promoción y defensa de los DD.HH en los grupos vulnerables y en la población en general.</p> <p>3.- El estigma y la discriminación hacia PVIH, Gtttb, TS y garífunas.</p> <p>4.- Ausencia en PENSIDA II de un plan de MyE que permitiera generar información estratégica para evaluar el logro de las metas.</p> <p>5.- El cambio constante en puestos claves del sector gubernamental que son miembros de la CONASIDA provoca vacíos de liderazgo en la toma de decisiones para agilizar respuestas.</p>	<p>1.- Continúa pendiente la Evaluación del Impacto del VIH y Sida en el desarrollo socio económico lo que impide la asignación de recursos dirigidos a resolver el impacto de prioridades.</p> <p>2.- La falta de investigación o encuestas comportamentales en los grupos más vulnerables, limita la retroalimentación de indicadores para una respuesta más efectiva.</p> <p>3.- Las estimaciones y previsiones de los tamaños de los grupos de poblaciones vulnerables no disponen de indicadores nacionales que permitan una mejor aproximación a la realidad.</p> <p>4.- Falta de atención psico-social familiar y domiciliar, especialmente con la niñez en situación de orfandad.</p>	<p>1.- Existe un débil sistema de información, a nivel nacional.</p> <p>2.- La mayoría de los miembros del equipo interdisciplinario de las clínicas de terapia ARV cumple con otras funciones dentro de sus sitios de trabajo.</p> <p>3.-Logística de medicamentos no diferenciada de las compras misceláneas</p>	<p>Poco avance en el costeo e implementación del plan de M&amp;E por la Comisión conformada en el año 2007. La no operativización del SINVIH ha dificultado la recolección oportuna de los datos y la Sistematización de la información. Algunos sectores señalan la poca comprensión en la redacción de los indicadores UNGASS. Las metodologías sugeridas por ONUSIDA para proyecciones y estimaciones no son las más apropiada para Costa Rica, pues el país cuenta con proyecciones basadas en datos ciertos. En costa Rica no contamos con sitios centinela, en los procesos de capacitación y elaboración de proyecciones y estimaciones no percibimos un apoyo amigable por el equipo de expertos en estimaciones.</p>

Ref. Datos de los UNGASS últimos de cada país.

El reporte ultimo de UNGASS producido por los países, nos permite, identificar comparativamente que problemáticas son comunes, se repiten con relación al inicio de la construcción del último PENS de cada país y persisten las debilidades de los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación, la asignación insuficiente de recursos económicos, el acceso a medicamentos y terapia ARV, el avance pausado de nuevas investigaciones y estudios científicos para el mejor conocimiento del perfil de la epidemia, la alta rotación de personal, la persistencia del estigma y la discriminación, la inestabilidad política en algún caso particular.



**i) Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>12</sup>, contrastado con indicadores reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 12**

INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
EL SALVADOR	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES EN POBLACIONES CLAVE	% DE POBLACIONES MAS EXPUESTAS QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH Y RECHAZAN LAS PRINCIPALES IDEAS ERRONEAS SOBRE LA TRANSMICION DEL VIRUS. SEGÚN UNGASS 2009 INDICADOR 14	Fortalecer las intervenciones a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad. Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC)	52,35 % de los HSH respondieron correctamente todas las preguntas.
GUATEMALA			Promover prácticas de prevención de la transmisión de las ITS, VIH y SIDA en la población, priorizando a grupos más vulnerables de acuerdo con el monitoreo del comportamiento de la epidemia.	No reportado por falta de datos.
HONDURAS			Priorizar esfuerzos para alcanzar poblaciones específicas de HSH, TSC, Presos, poblaciones móviles.	Garífunas Menores 25 V: 39% M: 42% 25 o más V: 33% M: 35% HSH < de 25 años 9% 25 o más 6% TS < de 25 años 23% 25 a más 33%
NICARAGUA			Para el 2010, entre las poblaciones vulnerables se registrará un incremento del 60 % del uso declarado de preservativos en el último contacto sexual de riesgo.	No reportado la ENDESA no contempla estas poblaciones más expuestas, ni estas preguntas.
PANAMÁ			IECC - Uso del condón - Diagnostico y tratamiento de las ITS - Servicios de prevención dirigido a las PVVS, Facilitadores capacitados en educación de pares	TS 91.4% HSH Muestra: 285 77.5% Fuente PASMO en 2006/2007
COSTA RICA			Impulsar estrategias de comunicación, que permitan desarrollar cambios de comportamiento, desarrollo y fortalecimiento de habilidades y actitudes para la vida, que reduzcan los factores de riesgo y vulnerabilidad.	273/311= 88% HSH

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

El contenido de los distintos PENs, nos muestran una cantidad importante de información, que nos amplía una perspectiva de análisis, de gran volumen, que sin embargo por un criterio didáctico tratamos de resumir, buscando como “Fortalezas” los Objetivos, Actividades y/o Resultados Esperados, descritas en la estrategia de construcción del documento, más representativas e importantes, ligadas además al objetivo del trabajo, (Metas del Milenio ODM, Indicadores de Acceso Universal, Indicadores UNGASS 2010, ICPN), esta fortalezas en relación a la reducción de vulnerabilidades en población clave, aplicamos como efecto directo, relacionamos el indicador y los puntos de referencia identificados en los PENs, en algunos casos como objetivos, resultados esperados o actividades, datos que expresan una meta alcanzada, que en algunos casos, no ha sido informada, en otros con resultados efecto de encuestas por muestreo en poblaciones más vulnerables, clasificadas por grupos etareos, no encontramos parámetros estandarizados de

<sup>12</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

reporte para clarificar de mejor manera estos resultados, se aprecia en todo caso que el porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, es aun baja en El Salvador y Honduras, mucho mejor en Costa Rica y Panamá, no existiendo datos en Guatemala y Nicaragua.

¿Estamos en el buen camino para poder capacitar a los jóvenes y particularmente a las poblaciones más vulnerables, para que se protejan del VIH?<sup>13</sup>

**j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>14</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 13**

INDICADOR RELACIONADO CON LA PRIMER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
<b>EL SALVADOR</b>	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN RIESGO	% DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ULTIMOS 12 MESES Y DECLARO HABER USADO PRESERVATIVO DURANTE LA ULTIMA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 17	Formular un Plan de IEC en VIH-SIDA e ITS dirigido a la población general con énfasis en los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.	Mujeres 80,8% Hombres Dato no disponible
<b>GUATEMALA</b>			Promover prácticas de prevención de la transmisión de las ITS, VIH y SIDA en la población, priorizando a grupos vulnerables, en función del monitoreo del comportamiento de la epidemia.	Mujeres: 25% Hombres: 60%
<b>HONDURAS</b>			Incrementar en un 40%, en relación a la línea de base, la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y la prevención del VIH en los diferentes grupos de población.	Hombre 38% Mujer 26%
<b>NICARAGUA</b>			Para finales del 2006 contar con una campaña masiva de comunicación social para el incremento de la percepción de riesgo y movilización social alrededor de la problemática de las ITS /VIH/Sida.	Solo mujeres 15-19 Años 12,2% 20-24 Años 30,1% 25 A 49 Años 15,9%
<b>PANAMÁ</b>			IECC - Facilitadores capacitados en educación de pares - Uso del condón - Diagnostico y tratamiento de las ITS	Total: 14% Varones: 25%; Mujeres: 9% (ENASSER). Año 2009.
<b>COSTA RICA</b>			Promover cambios de comportamiento que permitan el desarrollo de habilidades y actitudes para la vida, tomando en cuenta el tema de valores que reduzcan los factores de vulnerabilidad.	NO REPORTADO

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

En la misma línea de análisis del cuadro anterior, identificamos fortalezas, como efectos directos, en relación a la promoción de comportamientos sexuales sin riesgo, utilizando como indicador el número 17 del UNGASS 2010, los puntos de referencia identificados en los PENs y descritos en el cuadro, encontrando como meta alcanzada, que en principio, no reporto el indicador Costa Rica, todos los otros países reportaron el indicador, los

<sup>13</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

<sup>14</sup> Podemos reducir la transmisión sexual del VIH.



porcentajes encontrados respecto a la declaración de uso del preservativo en su última relación sexual, son variables, con una muy baja percepción del riesgo en Panamá, Nicaragua, Honduras, Guatemala, este último país en el caso de los hombres sube significativamente el porcentaje, en El Salvador, donde el dato disponible solo es en mujeres el porcentaje se lo puede catalogar de bueno.

¿Podemos reducir la transmisión sexual del VIH?<sup>15</sup>

**k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>16</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 14**

INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
EL SALVADOR	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN ADOLESCENTES Y JOVENES.	PORCENTAJE DE ESCUELAS QUE IMPARTIO EDUCACION SOBRE EL VIH, BASADAS EN APTITUDES PARA LA VIDA DURANTE EL ULTIMO CURSO ACADEMICO, SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 11	Promover la adecuación e integración de los contenidos de educación sexual y VIH-SIDA en la curricula de la educación formal pública y privada, con un enfoque científico.	2008 100% 2009 100% de escuelas
GUATEMALA			Fortalecer, en el sector formal de la educación, las acciones de prevención de ITS, VIH y SIDA.	Primaria: 0.87% Básico: 7.02% Encuesta. Diversificado 3.21%
HONDURAS			Incrementar en un 50%, de acuerdo a línea de base, los centros educativos que imparten educación en salud sexual y reproductiva para la prevención de ITS y VIH.	2008: 24% 2009: 18% Fuente encuesta
NICARAGUA			Para finales del 2006 contar con una campaña masiva de comunicación social para el incremento de la percepción de riesgo y movilización social alrededor de la problemática de las ITS /VIH/Sida.	2009 =9.408 100%
PANAMÁ			IECC · Docentes capacitados en el sector de educación · Escuelas que cumplen con la Curricula en educación sexual · Facilitadores capacitados en educación de pares	No reportado
COSTA RICA			1. Desarrollar programas de estudio con contenidos relativos al VIH y sida, salud sexual y reproductiva., que respondan a las características de la educación primaria, secundaria, técnica y superior.	Primaria: 4049/4859 = 83% Secundaria: 810/4859= 17 %

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Continuando con el análisis, en la dinámica propuesta, otro efecto directo, planteado como fortaleza en la descripción de los PENs, está referido a la prevención del VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, utilizamos como indicador el número 11 del UNGASS de los países en estudio, con los puntos de referencia descritos, los resultados obtenidos son: Un país que no reporta el indicador Panamá, un resultado optimo en El Salvador 100% de las escuelas imparten educación sobre el VIH, Costa Rica muestra resultados satisfactorios en nivel primario, en secundaria no tan buenos, Guatemala, Honduras, reportan porcentajes bajos logrados, además según la descripción en cursos primarios y básicos, no condice con el indicador que plantea la educación del VIH en el último curso académico y Nicaragua reporta resultados de una encuesta por muestreo donde el 100% de las personas señala

<sup>15</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

<sup>16</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

haber recibido educación sobre el VIH/sida en la escuela, nuevamente encontramos que la notificación de estos resultados, no tienen un parámetro estandarizado y comparativo preciso para una mayor confiabilidad del dato.

¿La utilidad práctica de los reportes UNGASS en términos de estandarización de resultados a través de sus indicadores, refleja la situación real de los países en la respuesta al VIH/sida?

**I) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>17</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 15**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA SEGUNDA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>					
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>	
<b>EL SALVADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH EN MUJERES GESTANTES	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben medicamentos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	Promover la realización de la prueba voluntaria VIH en población general con énfasis en mujeres embarazadas	Año 2008 94% Año 2009 No reportado	
<b>GUATEMALA</b>			Implementar el protocolo de atención para la prevención de la transmisión madre a hijo/a vertical del VIH.	2008 497 / 2,000 24.85% 2009 440 / 2,060 21.35%	
<b>HONDURAS</b>			A 2012 la atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a, se habrá aumentado de 90 a 100%	Año 2008: 27% Año 2009: 28% Estudio de vigilancia centinela	
<b>NICARAGUA</b>			Desarrollar acciones para la prevención del VIH en las mujeres embarazadas mediante intervenciones basadas en la familia y la comunidad.	2008 53 100% 2009 63 100% Según calculo spectrum	
<b>PANAMÁ</b>			Indicador 5 UNGASS:2009	Prevenir que las Madres mueran por causa del VIH y que los hijos lleguen a infectarse con VIH.	2008 153/206= 74.3% 2009 118/215= 54.9%
<b>COSTA RICA</b>				Acceso a la prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud.	31/39 = 80%

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Otro componente de análisis, está referido a la prevención y atención del VIH en mujeres gestantes, aplicamos para este efecto directo, el indicador número 5 del UNGASS 2009, los puntos de referencia son consecuentes con el indicador, los resultados son: Reporte parcial de El Salvador, dato con porcentaje alto para el 2008, no reportado el 2009, Guatemala y Honduras con resultados en porcentualidad baja (Vigilancia centinela), Nicaragua con porcentajes más altos (calculo Spectrum), Panamá con mejor resultado el 2008 en relación al 2009, (Vigilancia centinela), Costa Rica con un porcentaje alto de reducción de riesgo.

¿Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH?<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH.

<sup>18</sup> Marco de resultados de ONUSIDA



**II) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>19</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 16**

INDICADOR RELACIONADO CON LA CUARTA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA					
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada	
<b>EL SALVADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE LA COINFECCIÓN VIH/TB	INDICADOR 6 UNGASS:2009	Fortalecer el sistema de Control de Calidad interno y externo de los Laboratorios que realizan pruebas para VIH, ITS y Tuberculosis	Casos 74 50% en Tto Hombres 42% Mujeres 86%	
<b>GUATEMALA</b>			Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la Tuberculosis y el VIH.	Estandarizar los protocolos de atención integral, orientación y manejo de ITS, VIH y SIDA	2008 326 / 3,246 10.0% 2009 342 / 3,246 10.5%
<b>HONDURAS</b>			Al 2012 la coinfección TB-VIH ha disminuido a menos de 14%.	Incremento del pesquiasaje activo del VIH en la población general, focalizando en grupos específicos (TCS, HSH, embarazadas, etcétera).	2008 33.3% 2009 52.8%
<b>NICARAGUA</b>					No reportado
<b>PANAMÁ</b>				Aumenta la cobertura PVVS con TB que reciben TAR y tratamiento para TB.	2009 171/483= 35.4% MINSA
<b>COSTA RICA</b>				Garantizar el acceso a la atención integral a todas las personas que viven con el VIH y sida, en dependencia de su edad, género y diversidad sexual, según la normativa y el protocolo de atención nacional.	36/36 = 100%

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

La evaluación realizada por ONUSIDA a solicitud de NN.UU, hacia el acceso universal, incluye un análisis de los obstáculos comunes y las recomendaciones para superarlos mediante un enfoque excepcional en el que se integran la prevención, el tratamiento la atención y el apoyo respectivo del VIH, con servicios sanitarios y sociales más amplios, contemplando entre ellos el tratamiento de la co-infección VIH/Tuberculosis.

Precisamente en esa dirección el efecto directo de este componente es la prevención de la co-infección VIH/TB, cuyo indicador se relaciona con el número 6 del UNGASS, los puntos de referencia responden al indicador, y los resultados obtenidos reflejan porcentajes de tratamiento VIH/TB, bajos en Guatemala, Honduras y Panamá, algo mejorados en El Salvador, se aprecia que los datos de Guatemala son del 2008 no se reporta el 2009, Nicaragua no reporta el indicador, Costa Rica con cobertura optima.

¿Podemos evitar que las personas que viven con el VIH, mueran a causa de la Tuberculosis?<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Podemos evitar que las personas que viven con VIH, mueran a causa de la Tuberculosis.

<sup>20</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

**m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>21</sup>, contrastado con indicador reporte ICPN.**

**CUADRO N° 17**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA DECIMA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>EL SALVADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROTECCION SOCIAL PARA LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH.	PERCEPCIÓN GENERAL EN RELACIÓN A COMO CALIFICARIA LAS POLITICAS LEYES Y REGLAMENTOS VIGENTES PARA PROMOVER Y PROTEGER LOS DD.HH EN RELACIÓN CON EL VIH EN 2009. ICPN (parte B) (Rango de puntos 0 – 10)	Promover el cumplimiento de los derechos humanos en la prevención, atención y control del VIH-SIDA.	Calificación año 2009 (7) puntos
<b>GUATEMALA</b>			Fortalecer los mecanismos e instancias disponibles para garantizar los DD.HH de las poblaciones que manifiestan prácticas de riesgos ubicándolos como una población más vulnerable al VIH	Calificación año 2009 (5) puntos
<b>HONDURAS</b>			Al 2012 se ha formulado e institucionalizado la Política Pública en materia de VIH, transversalizado el enfoque de DDHH, de equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana.	Calificación año 2009 (4) puntos
<b>NICARAGUA</b>			Promoción y Defensa Pública de la prevención de las ITS, el VIH y Sida y de los DD.HH de las PVVS.	Calificación año 2009 (8) puntos
<b>PANAMÁ</b>			Revisión y actualización de las normas, protocolos, guías y políticas de Atención Integral asegurando la incorporación de un enfoque en alta calidad y respeto a los DD.HH.	Calificación año 2009 (5) puntos
<b>COSTA RICA</b>		Desarrollar estrategias que promuevan y garanticen el cumplimiento de los derechos humanos con respecto al VIH y sida.	Calificación año 2009 (8) puntos	

Ref. Datos de los PENs y UNGASS ICPN últimos de cada país.

Fundamentamos este indicador, recordando la declaración política sobre el VIH/sida, mediante resolución aprobada por la asamblea general de NN.UU, donde los jefes de estado y gobierno y/o sus representantes declaran “reafirmar que la plena realización de todos los DD.HH y las libertades fundamentales para todos es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/sida y reconocemos que hacer frente al estigma y la discriminación también es un elemento fundamental en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/sida”.

La protección social para las personas afectadas por el VIH, es un componente clave en la respuesta a la epidemia, un indicador que consideramos sensible para responder a esta problemática es la “percepción de la sociedad civil en relación a cómo calificaría las políticas leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los DD.HH en relación con el VIH” (según ICPN 2009 parte B) los puntos de referencia corresponden a los descritos en los PENs de los países, y la calificación como meta alcanzada refleja un promedio de 6 en una escala de 10 entre todos, con particularidades significativas y rangos extremos como el caso de Honduras donde la calificación es de 4, Nicaragua y Costa Rica con calificación de 8.

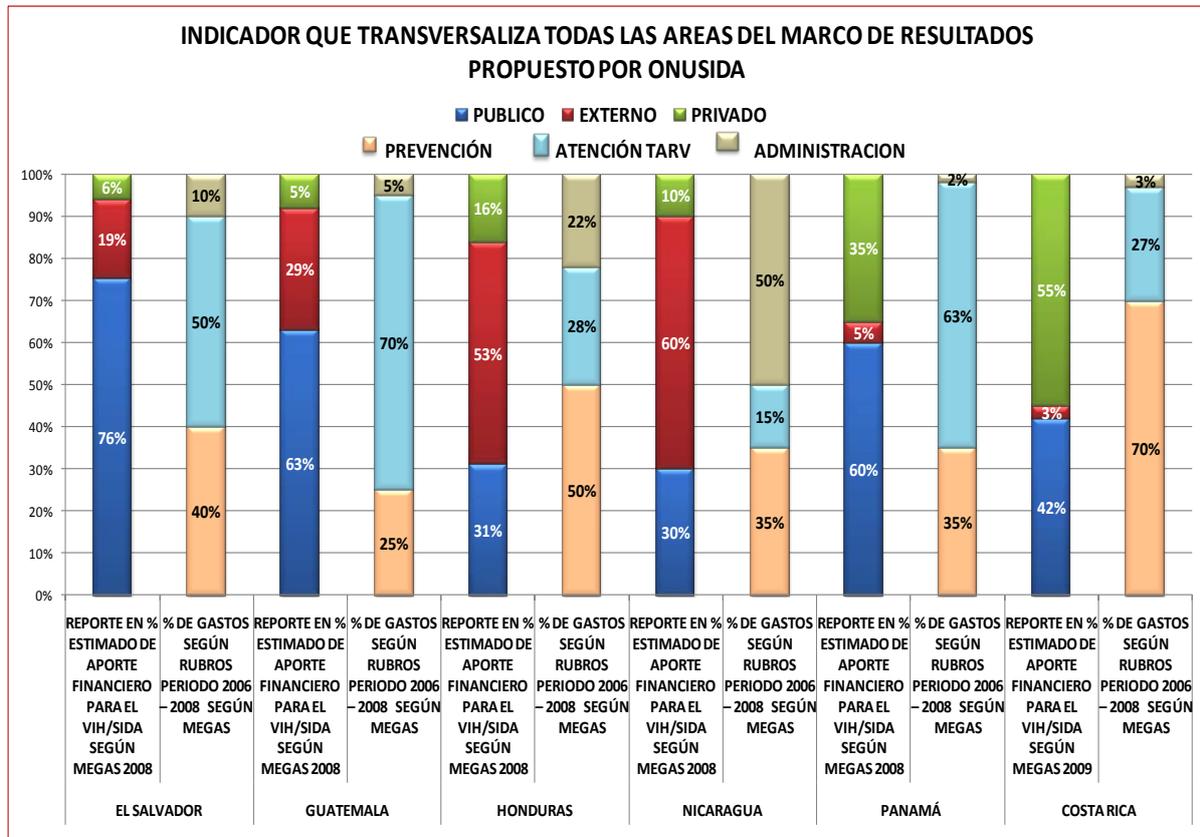
¿Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH?<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.

<sup>22</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA.

GRAFICO N° 9



Ref. Datos de los PENs, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

Según las recomendaciones de las consultas nacionales, regionales y mundiales, desarrolladas por ONUSIDA, en un esfuerzo por determinar los principales obstáculos, para incrementar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo respecto del VIH, se identifican los principales requisitos para superar estos obstáculos, estas recomendaciones contemplan que: “Todo Plan Nacional serio, presupuestado, basado en información demostrada, inclusivo y sostenible contra el SIDA debería contar con financiamiento”<sup>23</sup>.

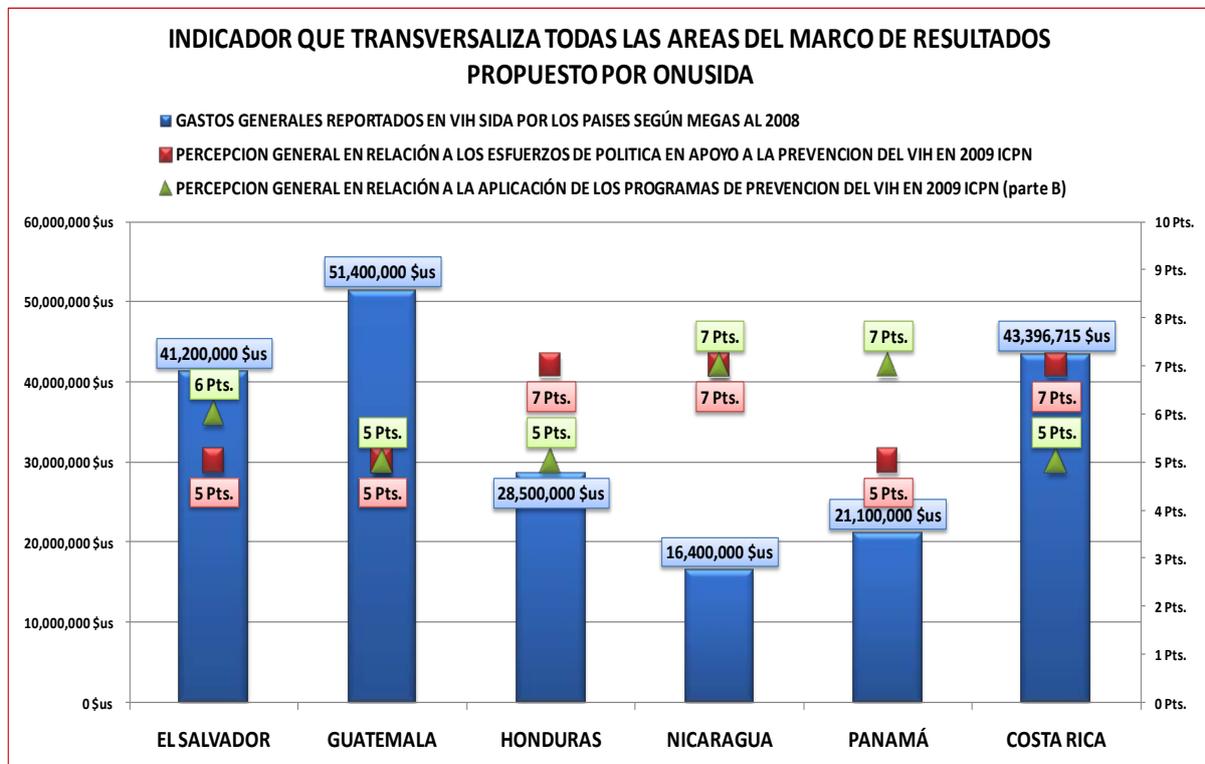
Los hallazgos identificados en el rubro de financiamiento extractados de los PENs y otros documentos como el MEGAS, nos muestran inicialmente que los datos de costeo del plan no están incorporados en el documento de los Planes de Guatemala y Nicaragua, asumimos que podrían estar contenidos en anexos u otro documento complementario.

En líneas generales se aprecia que los recursos provienen en mayor cantidad del aporte de los estados en El Salvador, Guatemala, Panamá y Costa Rica, el aporte es mayor por fuente de financiamiento externo en el caso de Honduras y Nicaragua, el aporte privado es en mayor proporción en, Costa Rica, Panamá, Honduras y Nicaragua, la mayor cantidad de recursos es utilizado para el rubro de atención y tratamiento en Guatemala, Panamá y El Salvador en ese orden, en menor proporción en Honduras y Nicaragua, llama la atención en

<sup>23</sup> Asamblea General de NN.UU Ampliación de las actividades de prevención tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, hacia el Acceso Universal marzo 2006.

este último país, que el rubro de utilización en administración sea del 50 %, en el ámbito de prevención Costa Rica es el que más destina recursos 70%, en los otros países, bordea un promedio del 35%, con excepción de Honduras, que destina el 50% de los recursos para prevención.

**GRAFICO N° 10**



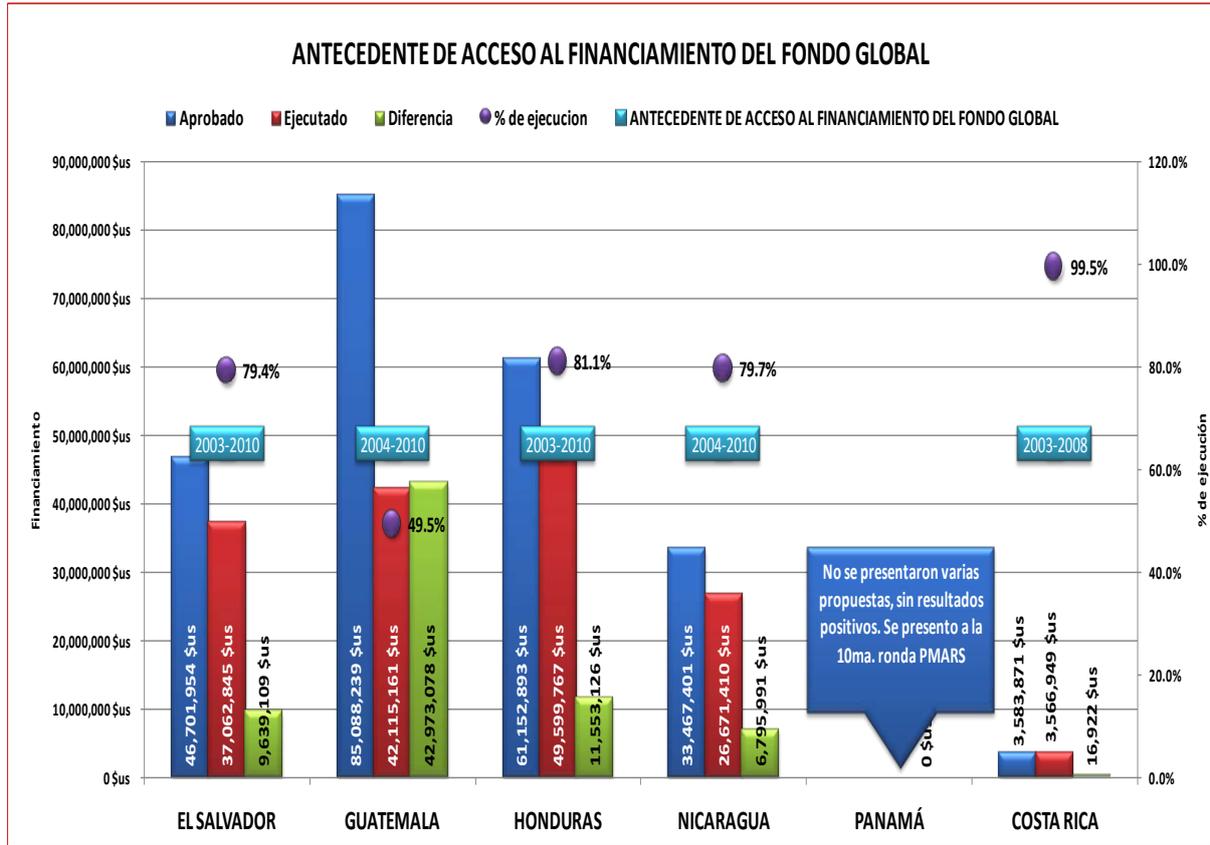
Ref. Datos de los PENs, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

Las cifras como gastos generales para VIH/sida reportada en los MEGAS 2008 de cada país, nos muestra un panorama general, diferenciado en cuanto a disponibilidad de recursos, Guatemala con una cantidad mayor de recursos, le siguen Costa Rica, El Salvador, luego Honduras, Panamá y Nicaragua en ese orden.

Es pertinente en este capítulo significar que la base fundamental para evitar en mayor grado la expansión de la epidemia del VIH/sida, es la prevención, por lo tanto se requiere de mayor inversión en este rubro, por ese motivo aplicamos como un indicador de evaluación, la “percepción de los gobiernos, respecto a los esfuerzos realizados en la aplicación de políticas de prevención del VIH/sida por los países según ICPN 2009, encontrando un promedio de puntaje de aprobación de 6 en una escala de 10 y la “percepción en relación a la aplicación de programas de prevención del VIH/sida” según ICPN 2009 parte B, muestra un promedio similar general de 6 puntos.

¿Los recursos económicos con los que cuentan los países están distribuidos equitativamente y son suficientes, para alcanzar los objetivos de acceso universal y al mismo tiempo ayudar a conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

**GRAFICO N° 11**



Ref. Datos de [theglobalfun.org](http://theglobalfun.org) portafolio de subvenciones del Fondo Mundial.

Un dato complementario adicional extractado de informes del Fondo Mundial, nos ofrece un panorama referencial importante, para apreciar que todos los países excepción hecha de Panamá, han obtenido subvenciones del Fondo Mundial, cuyos montos en el caso de Costa Rica se ejecutaron hasta el 2008, en el caso de los otros países aun siguen ejecutándose en lapsos de tiempo comprendidos entre el 2003 al 2010, en todo lo largo de este periodo el que más financiamiento recibió fue Guatemala seguido de Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, el que mejor ejecución tubo es Costa Rica, luego Honduras seguido de Nicaragua y El Salvador, Guatemala aun no sobrepasa el 50 % de ejecución, Panamá por su condición clasificada de país de IDH alto, no recibió subvenciones, pese a que presento en varias oportunidades propuestas, en la última convocatoria para subvenciones de propuestas PEMARs se ha presentado, no conociéndose aun el resultado.

5. Capítulo II. Sud América, integración de las metas de UNGASS, Acceso Universal, ODMs, y Marco de Resultados de ONUSIDA x país (Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Bolivia, Argentina)

a) Análisis de antecedentes socio-demográficos

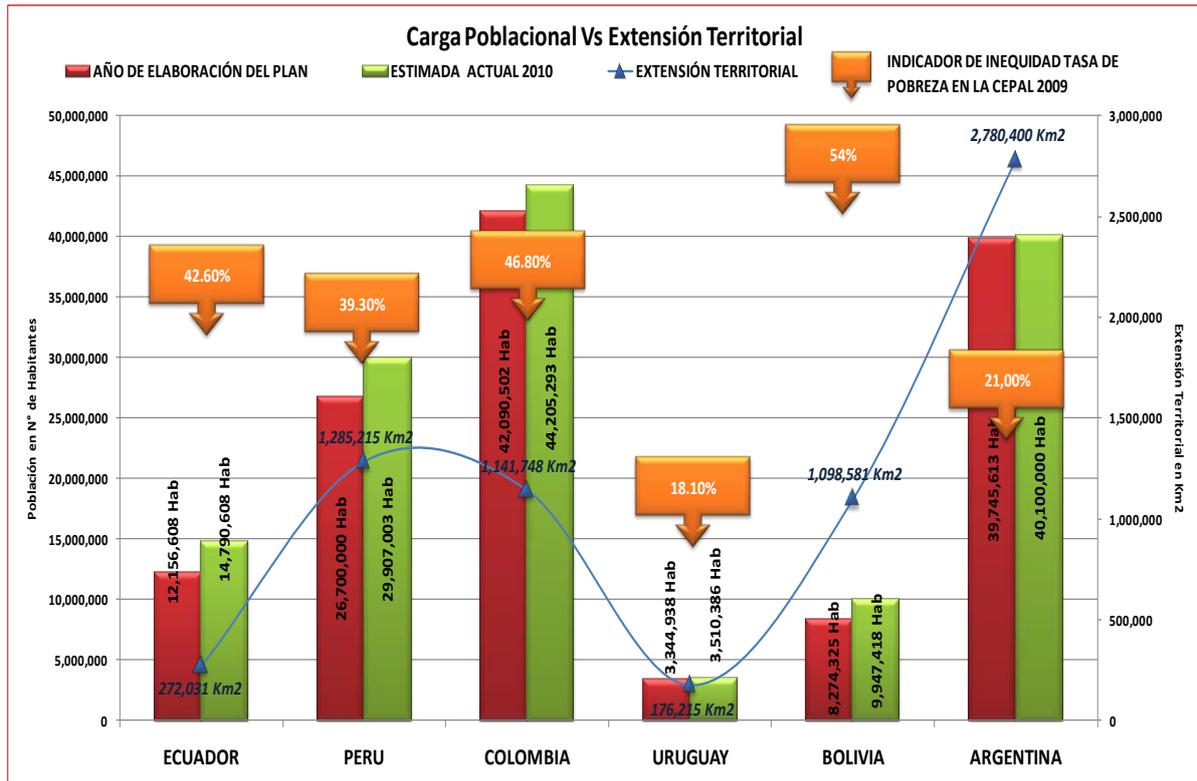
MAPA N° 2



Ref. Mapa elaboración propia, datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

Sud América está integrada por 10 países, cubriendo una gran parte del territorio Latinoamericano, tanto en extensión territorial como en cantidad de Población, para encontrar parámetros comparativos se han tomado también 6 países en este estudio (Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Bolivia y Argentina) al igual que en el caso de Centro América, tienen una ubicación geográfica de, vecindad compacta, las características medio ambientales tienen particularidades especiales en cada país, en función de altura sobre el nivel del mar, (Países andinos con zonas de cordilleras montañosas importantes, Bolivia, Perú, Ecuador, y países con amplios territorios costeros Colombia, Uruguay y Argentina) también con diferencias significativas en función de extensión territorial, carga poblacional y crecimiento demográfico, los factores socioculturales, son también diversos, en este ámbito de descripción general, la epidemia del VIH/sida está presente y en crecimiento constante.

GRAFICO N° 12



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, informe CEPAL 2009.

Buscando utilizar de la mejor manera la amplia información recolectada de la documentación producida por los países, y en un esfuerzo por encontrar aspectos comparativos referenciales en un ámbito de gran diversidad, que nos permita ofrecer una nueva perspectiva de análisis en relación a la Epidemia del VIH/sida en nuestra región, interpretamos la grafica, al igual que la de Centro América, con un crecimiento demográfico comparativo entre el año de elaboración del PEN y la proyección poblacional al 2010, con características propias en cada Nación. Más sobresaliente en Colombia con un crecimiento poblacional más acelerado, en relación a los demás países, seguida de Argentina Perú y Ecuador, las extensiones territoriales, también tienen diferencias, apreciándose que Argentina tiene más de dos millones de kilómetros cuadrados, Perú, Colombia y Bolivia, superan el millón de kilómetros cuadrados, contrastando con territorios más pequeños en Ecuador y Uruguay.

La tasa de Pobreza, publicada por la CEPAL el 2009<sup>24</sup>, como parámetro para medir inequidad muestra que los países más afectados son Bolivia, Colombia y Ecuador en ese orden, se aprecian mejores condiciones respecto a este indicador en Uruguay, Argentina y Perú, los dos primeros de este grupo clasificado por el Banco Mundial con un IDH alto desde antes de la construcción de su nuevo PEN de VIH/sida, hasta el último informe emitido por el Banco Mundial, a diferencia de los otros países (Ecuador, Perú y Colombia) que pasaron de ser catalogados a inicios de la construcción de su PEN como de IDH medio, pasando en el último informe del Banco Mundial a países de IDH alto, el único que mantiene su condición de IDH Medio en ambos momentos es Bolivia.

<sup>24</sup> CEPAL, *Interamerican Dialogue, Política Social, pobreza y desigualdad en América Latina, Noviembre 2009*



No obstante de que aplicar un parámetro comparativo utilizando el criterio estadístico de un promedio o media, para dimensionar la epidemia del VIH/sida en escenarios diferentes referidos a extensión territorial y población entre países de Centro América y Sud América, es complejo, nos atrevemos a realizar este ejercicio, encontrando que el total de la extensión territorial de los 6 países de Centro América incluidos en este estudio, alcanza a una cifra de 498.434 Km<sup>2</sup> en el caso de los seis países de Sud América, la extensión territorial total alcanza a 6.753,790 Km<sup>2</sup>, es decir que el total del territorio de los países Centro Americanos del estudio, representa aproximadamente el 7% del total del territorio de los seis países de Sud América, o interpretado de otra manera el territorio total de los 6 países incluidos en el estudio de Sud América es aproximadamente 14 veces más extenso en relación a los 6 países de Centro América.

En relación a la proporción de población proyectada al 2010, los 6 países de Centro América, con un total de 42.838,420 millones de habitantes, representan aproximadamente el 30% del total de la población de los 6 Países de Sud América que es de 142.460,708 millones de habitantes, o por aproximación, los 6 países de Sud América tiene un poco más de tres veces la cantidad de población de los países Centro Americanos.

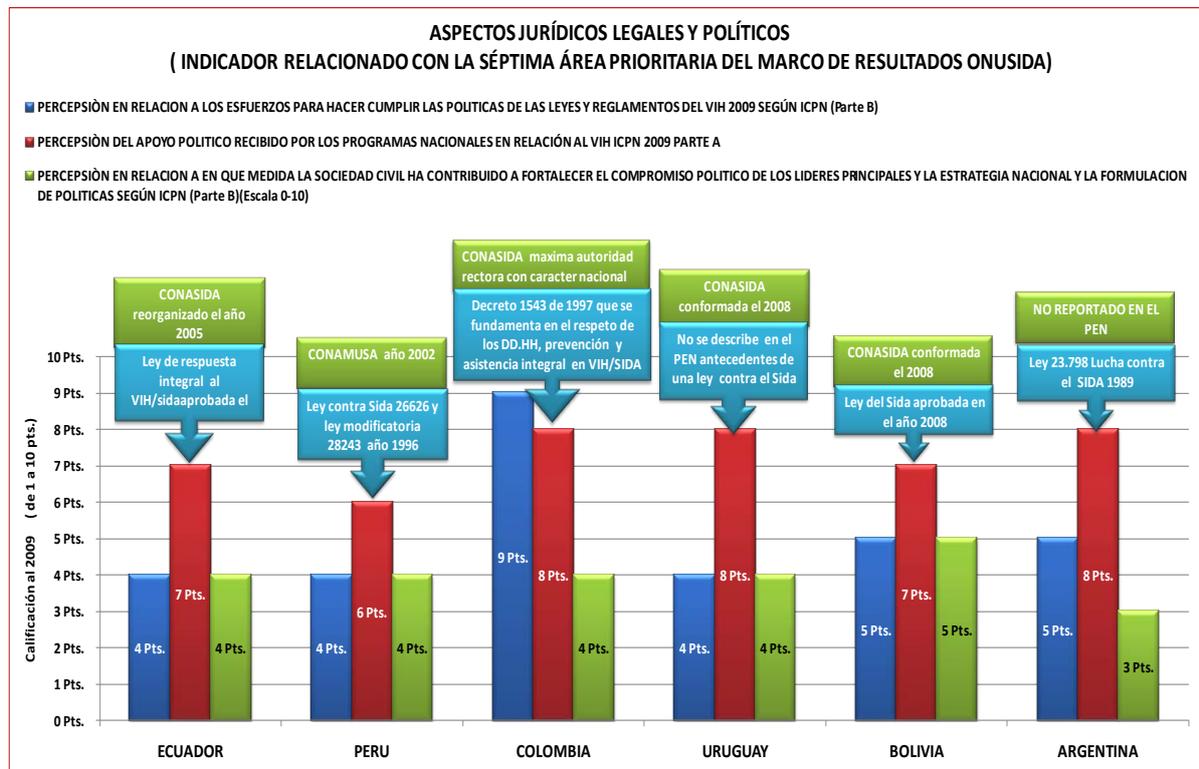
Las particularidades respecto a la aplicación del indicador de inequidad, tasa de pobreza, en cada grupo de países se aprecian con claridad en el análisis específico, sin embargo el promedio de inequidad entre los seis países de Centro América es de 46,95 más alto en relación a los seis países de Sud América que es de 36,96.

Concluimos que el escenario de la epidemia de VIH/sida en Centro América, se desenvuelve en un ámbito de extensión territorial y población mucho menor con relación a Sud América además de una perspectiva de mayor inequidad y niveles de pobreza.

¿Es pertinente reconocer que en nuestra región la propagación del VIH/sida es causa y efecto de la pobreza y que la lucha efectiva contra el VIH/sida es esencial para alcanzar los objetivos y las metas de desarrollo del milenio?

**b) Análisis de aspectos jurídico legales y políticos básicos (Indicadores relacionados con la séptima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA)<sup>25</sup>.**

**GRAFICO N° 13**



Ref: Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, ICPN 2009

En la misma dinámica de análisis que establecimos en el capítulo de Centro América, para el componente jurídico, encontramos la existencia de una ley contra el VIH/sida o para el SIDA, en todos los países de Sud América objeto del estudio, excepto en Uruguay, con temporalidades diferentes en su aprobación, (Ecuador con 10, Perú y Colombia y Argentina con más de 10 años de vigencia, la ley más recientemente aprobada es de Bolivia hace 2 años).

El otro referente institucional, la existencia del CONASIDA o CONAMUSA en PERÚ, también se encuentran vigentes, con más antigüedad en Perú, Colombia y Ecuador y de relativa reciente creación en Uruguay y Bolivia, no encontramos este antecedente en los documentos de Argentina, al igual que en Centro América en los PENs y reportes UNGASS de los países se describe una amplia información respecto a instrumentos jurídico legales adicionales, y organizaciones importantes comprometidas con la lucha contra la epidemia (MCP, ONGs, Sociedad civil organizada, etc.), sin embargo en todos ellos, se manifiesta que la aplicación y cumplimiento de las Leyes no se cumple a cabalidad, de igual manera se describe al CONASIDA, en algunos casos, como líderes de la respuesta en los países y en otros sin operatividad plena, con debilidades de coordinación, o simplemente no operativos.

Una aproximación de evaluación de este componentes, se constituye el ICPN de cada país, donde podemos determinar, "Cual fue la respuesta desde la perspectiva de la sociedad civil, para hacer cumplir las políticas y leyes referidas al VIH/sida", el rango promedio de

<sup>25</sup> Podemos acabar con las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que obstaculizan la aplicación de respuestas eficaces al sida.



resultados es de 5,1 entre todos los países, en referencia al “respaldo político recibido por los Programas Nacionales de VIH/sida por parte del Estado o Gobierno”, el rango promedio es de 7.3, otro indicador que inferimos en este análisis es el que pregunta a la sociedad civil, “en qué medida la sociedad civil ha contribuido para fortalecer el compromiso político de los líderes, en la respuesta nacional al VIH/sida y la formulación de políticas”, el rango promedio de calificación es de 3.8 puntos, comparativamente con los resultados obtenidos en Centro América, aparentemente existiría una relativa mejor evaluación, en Sud América.

Recordamos un acápite de la declaración política sobre el VIH/sida, emitida por los jefes de estado en la Asamblea General de NN.UU de mayo 2006 que manifiesta.

¿Estamos convencidos que sin una voluntad política renovada, un liderazgo enérgico y un compromiso continuo y coordinado de todos los interesados de los distintos niveles, incluidas las personas que viven con el VIH, la sociedad civil y los grupos vulnerables, y sin aumento de los recursos, el mundo no conseguirá poner fin a la pandemia?<sup>26</sup>

**CUADRO N°18**

<b>ASPECTOS JURÍDICOS LEGALES Y POLÍTICOS DE ANÁLISIS ( INDICADOR RELACIONADO CON LA SÉPTIMA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA)<sup>27</sup></b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTIN A</b>
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON EL PLAN DE GOBIERNO	Plan de gobierno a través de la Política nacional de salud	Plan de Gobierno a través de la Política Nacional de Salud	Plan Nacional de Desarrollo	Plan de gobierno a través del sistema nacional integrado de salud SNIS	Plan General de Desarrollo Económico Social “Bolivia digna soberana y productiva”	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO CON EL PLAN SECTORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DESCRIPTIVO DEL PEN CON EL UNGASS	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

El contenido de los PENs, para determinar el grado de sensibilización en relación a los compromisos internacionales pactados, (ODMs, UNGASS, Acceso Universal) y la incorporación descriptiva de estos postulados en el proceso de construcción del PEN, además de relacionarlos con los planes generales de gobierno y los planes sectoriales en salud, tienen una descripción amplia en los documentos revisados, haciendo referencia además a que en base a estos compromisos están descritos los objetivos, actividades y metas de sus respectivos planes

<sup>26</sup> Asamblea de NN.UU Resolución (A/60/L.57) Declaración Política sobre el VIH/SIDA

<sup>27</sup> Podemos acabar con las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que obstaculizan la aplicación de respuestas eficaces al sida.



**c) Componente de análisis de planificación estratégica previa.**

**CUADRO N°19**

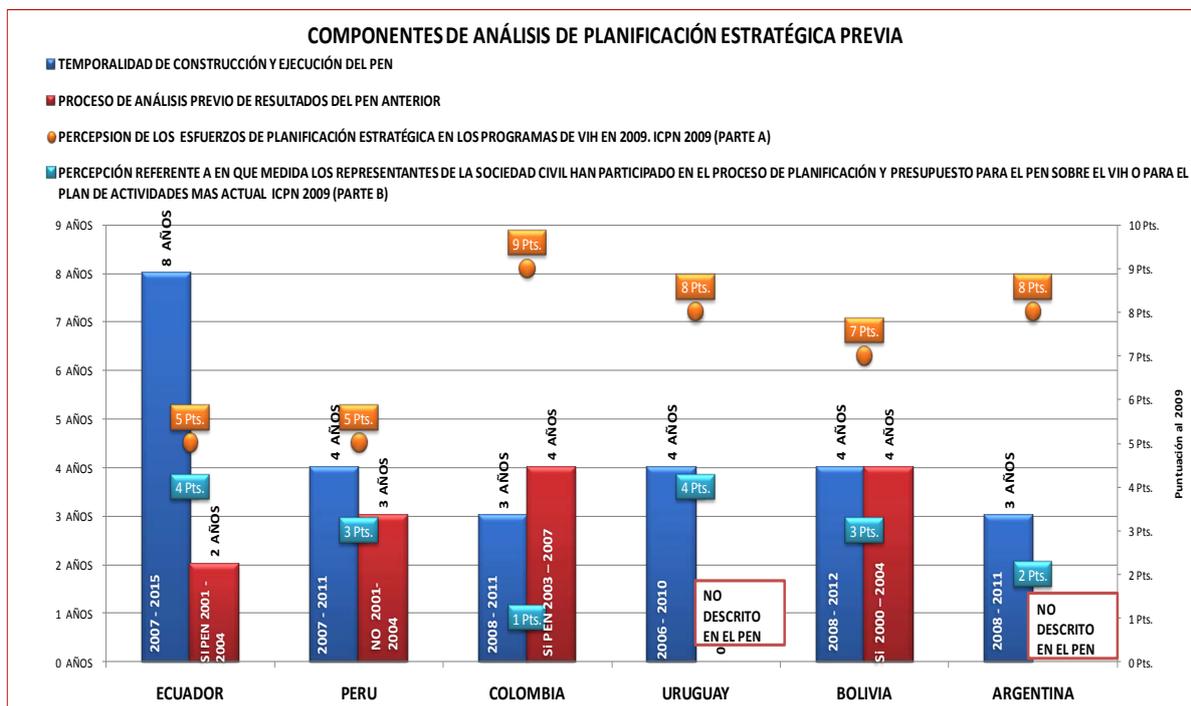
<b>COMPONENTES DE ANÁLISIS DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PREVIA</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
PLANIFICACION PREVIA Y NIVEL DE PARTICIPACION PEN ACTUAL	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN
ANTECEDENTE DE UTILIZACIÓN DE GUÍA PARA FORMULACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS DE ONUSIDA.	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN	SI se identifica esta referencia en el PEN Metodología ASAP	SI se identifica esta referencia en el PEN
RESPONSABLE PARA IMPLEMENTAR EL PEN	Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	El (MINSA), a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA	Ministerio de la protección Social de Colombia	Ministerio de Salud Pública a través del Programa Prioritario de ITS/VIH/sida	Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de VIH/sida	Dirección de Sida y ETS define y coordina las políticas de prevención y atención del VIH-sida. Coordina con Programas Provinciales, sociedad civil y organismos cooperantes
DETERMINACION DE INDICADORES Y METAS CUANTIFICADAS A ALCANZAR EN EL NUEVO PEN	Indicadores si metas si descritas en el plan	Indicadores si metas si descritas en el plan	Indicadores si metas si descritas en el plan	Indicadores si metas si descritas en el plan	Indicadores si metas si descritas en el plan	Indicadores si metas si descritas en el plan
ANTECEDENTE DE DISEÑO DE UN PLAN DE M&E DEL NUEVO PEN.	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La progresión de los procesos de construcción de los PENs, en los países de Sud América, al igual que en Centro América se describen como satisfactorios, la planificación previa, que en todos los países a existido, además con el asesoramiento y el acompañamiento técnico financiero de ONUSIDA, cuyos instrumentos de planificación, como la guía de formulación de planes estratégicos, o la metodología ASAP a través del Banco Mundial, han estado presentes en la etapa previa de diseño metodológico del Plan, la amplia participación de actores protagónicos, incluidos la sociedad civil, grupos afectados y vulnerables, se verifica también que en el marco de la estrategia de los “tres unos”, partiendo de una autoridad nacional, los Ministerios de Salud y/u homólogos de cada País a través de los Programas Nacionales de VIH/sida, lideran la responsabilidad de elaboración y aplicación de estos PENs, en algunos casos con una corresponsabilidad protagónica con los CONASIDA o MCP, la referencia de la existencia de un plan de monitoreo y evaluación adicional en cada PEN es también evidente en la descripción teórica del Plan.



### GRAFICO N° 14



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La revisión programática en relación a la temporalidad de construcción de los planes estratégicos nacionales, nos muestra un panorama similar al de Centro América, promedio de ejecución de 4 a 5 años, con un periodo más largo en el caso de Ecuador. 8 años, excepto Uruguay y Argentina que no describe una evaluación del anterior PEN en su documento, los demás países han evaluado los planes estratégicos nacionales anteriores.

Aplicando el mismo criterio de percepción de evaluación cuantitativa en referencia al proceso de planificación de los Planes Estratégicos en sus diferentes etapas, esta vez en los seis países de Sud América, incluidos en el estudio, acudimos al referente del ICPN, que valora desde el punto de vista de los Estados y Gobiernos, la “percepción de los esfuerzos realizados en la planificación estratégico de los programas nacionales de VIH/sida”, dando como resultado una calificación promedio de 7 puntos, este indicador relacionado con la “percepción respecto a en qué medida la sociedad civil ha participado de este proceso de planificación estratégica y elaboración de presupuestos, del Plan estratégico Nacional de VIH/sida”, nos muestra una calificación promedio de 2.8 puntos, mantenemos para este grupo de países nuestra pregunta:

¿Es necesario armonizar una participación más equilibrada en los procesos de planificación y toma de decisiones entre los gobiernos y sociedad civil?

**d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica)**

**CUADRO N° 20**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>VISIÓN</b>	Al 2015, en Ecuador se ha disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA	En el año 2011, se ha reducido a menos de la mitad el número de personas que se contagian el VIH o que se contagian una ITS. Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, a tratamiento antirretroviral y a atención integral de calidad. Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludable y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor riesgo de exposición al VIH. Ninguna persona es discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual. Esto como resultado de que todos los peruanos y peruanas, la sociedad civil, los organismos del estado y de la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.	No descrita en el PEN	Nuestro compromiso es con las personas. Queremos que la incidencia de las ITS y del VIH, las prácticas discriminatorias y sus efectos negativos hayan disminuido, para ello implementaremos políticas públicas pautadas por la ética, el respeto a la diversidad sexual, racial étnica, de edad y de género, priorizando a la población socialmente vulnerable. Promoveremos la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, construyendo ciudadanía para lograr una respuesta global e integral a la epidemia, junto con otros organismos públicos y departamentales, ONGs, grupos de PVVS, redes de América Latina y organismos internacionales. Este Programa entonces procura relevar aquellos aspectos del Plan Estratégico, de la respuesta nacional a las ITS/VIH desde las acciones de los prestadores de servicios en su trabajo en esta área	En Bolivia, para el 2012, se habrá disminuido la incidencia de ITS/VIH/SIDA y la morbi-mortalidad por VIH/SIDA, por medio de una gestión sostenible a través de la capacitación integral del personal de salud y la capacidad de movilización comunitaria que promueva la prevención y una atención integral universal, intersectorial, interdisciplinaria, respetuosa de los derechos humanos y las diversidades sexuales; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los bolivianos y las bolivianas en el ejercicio pleno de sus derechos.	NO DESCRITO

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

La descripción que realizan los Países Sud Americanos respecto a la Visión de cada uno de ellos concuerda con aspectos comunes referidos a la reducción del impacto de la epidemia consecuente con el objetivo 6 de desarrollo del milenio correspondiente a VIH/sida, con excepción de Colombia y Argentina que no describe una visión en la documentación revisada, los demás señalan coincidentemente también aspectos que contemplan la atención integral, y la aplicación de políticas con enfoque de DD.HH y eliminación del estigma y la discriminación, podemos entonces concluir que también son consecuentes con los principios de Acceso Universal para conseguir programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en perspectiva futura.

**CUADRO N°21**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>MISIÓN DEL PEN</b>	Enfrentamos la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador como un problema de desarrollo impulsando una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas públicas desde nuestro rol como ciudadanos, organizaciones sociales e instituciones públicas	No descrito en el plan	No descrita en el PEN	Al final del quinquenio, el país contará con una nueva política pública integral: sustentada en la equidad y el ejercicio de los Derechos Humanos, focalizada especialmente en las poblaciones en situación de vulnerabilidad, con normativas y protocolos que faciliten el acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS/ Sida, su implementación incluirá la participación de la sociedad civil organizada y de las personas con VIH, la articulación intersectorial e interministerial en el diseño y ejecución de las actividades así como con la cooperación Internacional.	El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA tiene como propósito lograr la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA, disminuyendo la vulnerabilidad a la infección, garantizando una atención integral de calidad potenciando y coordinando los esfuerzos y el uso eficiente de los recursos de las instituciones Nacionales e Internacionales, involucrando plenamente a la sociedad, considerando su diversidad sexual, cultural, género, generacional y respetando los derechos humanos, mediante la implementación del Plan Estratégico.	No Descrito

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

La misión no está descrita en los PENs de Perú, Colombia y Argentina, en los otros países, se plantea, como un esfuerzo de aplicación de Políticas Publicas Prioritarias, para lograr un desarrollo integral, asumen también como una premisa la participación multisectorial, de la sociedad civil y actores protagónicos, junto al gobierno para una respuesta efectiva en procura de la atención integral de la problemática del VIH/sida, nos planteamos la misma interrogante propuesta en el capítulo del grupo de países de Centro América:

¿La Misión descrita en los PENs, refleja la percepción del grado de participación en los procesos de planificación y decisión de la sociedad civil descrito en calificación del ICPN?

**CUADRO N°22**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>EJES ESTRATÉGICOS DE LOS PEN</b>	1.- Atención Integral 2.- Prevención 3.- Promoción 4.- Inclusión 5.- Monitoreo y evaluación	1.- Promoción y prevención 2.- atención Integral 3.- Fortalecimiento Institucional 4.- Protección social 5.- Monitoreo y evaluación	1.- Promoción y Prevención. 2.- Atención Integral. 3.- Apoyo y Protección Social. 4.- Seguimiento y Evaluación de la respuesta	1.- Rectoría. 2.- Atención integral 3.- Derechos Humanos, 4.- Promoción y prevención 5.- Intersectorialidad.	1.- Rectoría 2.- Atención Integral 3.- Derechos Humanos 4.- Promoción y prevención 5.- Monitoreo y evaluación	1. Vigilancia y Evaluación 2. Prevención 3. Atención Integral 4. Fortalecimiento Institucional

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

Las particularidades descritas en relación a los ejes estratégicos que incorporan el grupo de países de Sud América en su respectivo Plan Estratégico Nacional, en distinto orden, pero coincidentes con lo que encontramos en los países de Centro América respondiendo a las prioridades fundamentales para encarar la respuesta a la epidemia del VIH/sida, son comunes, en todos identificamos Atención Integral, Prevención, Monitoreo & Evaluación y fortalecimiento institucional, en el caso de Uruguay se incorpora como prioritario y específico, el enfoque de DD.HH, nos preguntamos.

¿El componente de Monitoreo & Evaluación es vital en la implementación de Programas y planes Nacionales de VIH/sida, en este sentido es evidente y uniforme el avance logrados entre los países de nuestra región?

**CUADRO N°23**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES DE LOS PEN</b>	Fortalecer el Sistema Nacional de Salud para garantizar que, el número de casos VIH detectados se aproxime a las estimaciones de prevalencia y su inclusión en los programas de atención integral (se realizan exámenes y controles de laboratorio periódicos, reciben profilaxis y tratamiento farmacológico y psicosocial)	No descrito en el PEN	1.- -lograr dar cumplimiento a las Metas del Milenio. 2.- lograr el acceso universal para la población de personas con VIH incluido el tratamiento antirretroviral a aquellos que lo necesiten, a partir de la participación comprometida de los diferentes actores involucrados en el tema.	1.- Favorecer el desarrollo de una respuesta nacional visible, integral y coordinada hacia el acceso universal en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS/sida 2.- Fortalecer la capacidad de gerencia y gestión de la atención integral en las ITS/Sida implementando una cultura de monitoreo y evaluación.	Reducir la ocurrencia de nuevas infecciones por ITS y VIH, la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/SIDA	Incrementar progresivamente el acceso de la población y en especial de las personas viviendo con el VIH/sida, a la prevención, tratamiento, atención y apoyo.

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

No encontramos descripción de objetivo general en el PEN de Perú, en los otros cinco países los Objetivos Generales de los PENs, muestran similitudes teóricas que responden ciertamente a las recomendaciones del Programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida, de “elaborar objetivos ambiciosos para la respuesta, acelerar el ritmo de la respuesta, buscar objetivos y metas lo más aproximado posible al Acceso Universal, procurando un equilibrio en la sostenibilidad de los programas desde el punto de vista financiero, el fortalecimiento institucional, desde la perspectiva de la atención integral y la prevención masiva”<sup>28</sup>, en el caso de Colombia se prioriza el cumplimiento de las metas del milenio y es común en todos el lograr acceso Universal a la atención del VIH/sida,

¿Todos estos postulados en materia de objetivos se están cumpliendo y aproximando al acceso universal en nuestros países?

<sup>28</sup> Asamblea General NN.UU, XXIII periodo extraordinario de sesiones, Ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, Marzo 2006.

**CUADRO N° 24**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL**

	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS PEN</b>	<p>1.-Construcción de una autoridad nacional para la respuesta al VIH/SIDA</p> <p>2.-Garantizar y promover la vigencia de los DDHH, el respeto de las PVVS y poblaciones vulnerables enmarcando su accionar en marcos legales y evidencias científicas actualizadas</p> <p>3.-Sistematizar y socializar las experiencias de prevención y comunicación exitosas que tomen en cuenta la diversidad y la multiculturalidad; y, construir un modelo que parta de una estructura causal del problema y el análisis de sus características y tendencias.</p> <p>4.-Promover la participación ciudadana en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en el campo del VIH/SIDA</p> <p>5.-Generar una conciencia social nacional sobre la importancia y gravedad de la epidemia y la necesidad de una respuesta multisectorial, con enfoque de DDHH y de género.</p> <p>6.-Asegurar la disponibilidad de condones, masculinos y femeninos, de calidad y de bajo costo para las poblaciones más expuesto y fomentar su uso consistente para la población en general.</p> <p>7.-Contar con información</p>	<p>1: Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.</p> <p>2: Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011</p> <p>3: Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.</p> <p>4: Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011</p> <p>5: Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011</p> <p>6: Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad</p> <p>7: Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las</p>	<p>1.- Promover en toda la población los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera.</p> <p>2.- Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y Sida, con énfasis en poblaciones específicas</p> <p>3.- Ampliar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención integral con calidad de las personas infectadas y/o afectadas por el VIH y el Sida.</p>	<p>1.- Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/VIH.</p> <p>2.- Lograr accesibilidad universal de salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS.</p> <p>3.- Lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH y de Sífilis congénita</p> <p>4.- Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH SIDA al interior de la sociedad uruguaya.</p> <p>5.- Potenciar el sistema de vigilancia e información</p>	<p>1.- Fortalecer la rectoría, liderazgo y la capacidad operativa del sector salud que permita garantizar una respuesta multisectorial amplia y coordinada en los diferentes niveles de gestión para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.</p> <p>2.- Fortalecer y ampliar los sistemas de información, vigilancia y monitoreo y evaluación a nivel nacional y departamental</p> <p>3.- Garantizar la atención integral multidisciplinaria sostenible a personas viviendo con VIH/SIDA (niños, niñas y adultos hombres y mujeres) sus familias y su entorno.</p> <p>4.- Reducir la transmisión sanguínea de VIH e ITS.</p> <p>5.- Reducir la transmisión de ITS/VIH de madre a hijo</p> <p>6.- Garantizar la atención integral y la adopción actitud y prácticas sostenibles que favorezcan la reducción de ITS, VIH y Sida en poblaciones más expuesta al VIH como ser: Colectivo GLBT, TSC, niños en situación de calle, PPL y Personas con VIH.</p> <p>7.- Realizar la atención integral y adopción de actitudes y prácticas sostenibles que favorezcan la reducción de ITS/VIH/SIDA en población general, adolescentes</p>	<p>1 mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de nuestra epidemia de VIH/sida a nivel del país, como de las provincias y municipios desde sus particularidades.</p> <p>2. garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH: psp, pud, phsh, hg, ts, ppl, trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, pueblos originarios.</p> <p>3. garantizar de manera integral el acceso a una atención calificada por equipos multidisciplinarios, la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psicosocial de las personas afectadas por el VIH y el sida.</p>

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL

	ECUADOR	PERU	COLOMBIA	URUGUAY	BOLIVIA	ARGENTINA
	oportuna sobre las características y las tendencias de la epidemia para ampliar la conciencia sobre la presencia de la epidemia en el espacio nacional, fundamentar con evidencia científica la política y la distribución de la respuesta. 8.-Garantizar por parte de los tomadores de decisión, la reflexión participativa sobre la marcha del Plan Estratégico, la generación de aprendizajes, la obtención de lecciones, el control y regulación de la respuesta sobre la base de indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad 9.-Garantizar recursos humanos, materiales y financieros suficientes para la ejecución del Plan Estratégico Nacional del presupuesto nacional y de los asociados así como la calidad del gasto en todo el período.	comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS. 8: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA. 9: Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.	4.- Reducir el impacto social y económico de la epidemia de VIH y Sida mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las PVV y familias afectadas, especialmente de las más desprotegidas. 5.- Disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia, y de la respuesta nacional en todos los ejes del plan nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cumplimiento de las metas propuestas.	que permita diseñar políticas en salud, monitorearlas y hacer una evaluación de las mismas	y jóvenes considerando la multiculturalidad y aspectos de género. 8.- Promover el conocimiento y la defensa de los Derechos Humanos para disminuir el estigma y la discriminación hacia los grupos vulnerables: PVVS, Colectivo GLBT, TSC, mujeres, niños de la calle, y otros grupos transversalizando la multiculturalidad, diversidad sexual y de género. 9.- implementación de los Derechos Humanos, especialmente los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – DESC en un enfoque multisectorial que permita la inclusión de los grupos vulnerables, de manera activa en la sociedad para eliminar el estigma y la discriminación con enfoque de género e interculturalidad.	4. a nivel del sector público y la sociedad civil, de los municipios, de las provincias y de la nación, desarrollar los recursos humanos, fortalezas organizacionales, las capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas y las competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, sida e its.

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

Sud América representada por este grupo de países incluidos en el estudio, asume como Objetivos Específicos, prioridades como: la atención integral con calidad, priorizando el componente de prevención, promoción y educación, el acceso a tratamiento, la aplicación de la normativa legal para el ejercicio pleno de los DD.HH, el fortalecimiento de la prestación de servicios, la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de servicios, especificaciones sobre estrategias de actuación en grupos más vulnerables, atención integral a PVVs, prioridades de atención a mujeres gestantes, niños, adolescentes, coordinación y fortalecimiento multisectorial, es particular la descripción que realiza Perú, planteando sus objetivos en términos de Metas cuantificadas, mantenemos nuestra interrogante en relación al grupo de países Centro Americanos

¿Están nuestros países en la capacidad de responder a este amplio bagaje de objetivos en los tiempos previstos?

**CUADRO N° 25**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>ANTECEDENTE DE EXISTENCIA DE MANUALES Y NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/sida</b>	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Si se describe la existencia de manuales básicos en el PEN	Se inicia un proceso de actualización.	Se inicia un proceso de actualización, en algunos caso construcción de manuales	Si descrito en el PEN
<b>EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA COMO LÍNEA DE BASE PARA LA PRIORIZACIÓN DEL NUEVO PEN</b>	<p>1.- Estudio de cero prevalencia en HSH. 4% y 23.4%.                  2.-En personas privadas de libertad, el 1.23%                  3.- En trabajadoras sexuales, entre el 0.5% y el 1.7%.                  4.-En embarazadas, entre el 0% y el 1.05% según ciertas fuentes, el 0.3% a nivel nacional y el 0.6% en Guayas PNS – MSP en 136.000 gestantes de octubre del 2005 a octubre del 2006.                  5.-En miembros de las Fuerzas Armadas, el 0.16% y Policía Nacional, el 0.064%.</p>	<p>1.- Se han desarrollado varios estudios transversales de vigilancia en la población HSH a través de los últimos años: 1998 (PROCETSS), 2000 (PROCETSS-OGE), 2002 (OGE-IMPACTA), 2006 (OGE-PREVEN-IMPACTA).                  2.- Vigilancia Centinela en Trabajadoras Sexuales (TS). Los estudios transversales de vigilancia se han desarrollan desde el año 1998 (PROCETSS-NMRCD). Los últimos estudios de vigilancia centinela fueron implementados en el 2002 (OGE-PREVEN) y 2005 (PREVEN). 3.- Vigilancia Centinela en Clientes de Trabajadoras Sexuales. 4.- Vigilancia centinela en gestantes                  5.- Estudios de Prevalencia, encuesta domiciliaria de ITS y conducta sexual, PREVEN 2002.</p>	<p>1.- VI Estudio Nacional Centinela en prevalencias.                  2.- Otros.</p>	<p>1.-Estudio CAPS. en Población General: 2007, 2008, equipos Mori.                  2.- Proporción de población que reconoce como preventivas conductas ante el VIH/SIDA (Fuente: Encuesta Nacional RBSPU 2004-2005)</p>	<p>1.-Estudios de vigilancia centinela en población general                  2.-Uso del condón en grupos de población general                  3.-Parejas sexuales nuevas y en periodos de tiempo                  4.-Edad de inicio de la relación sexual                  5.-Sexualidad en Población Indígena                  6.-Conocimiento sobre el tema de ITS/VIH/SIDA                  7.- Estudios CAP en adolescentes de El Alto                  8.-Estudio CAP en población joven                  9.-Estudios CAP en transportistas                  Estudios CAP en adolescentes migrantes de El Alto                  10.- Estudios CAP en los sitios centinela                  11.-Estudio de resistencia a la Gonorrea                  12.-Estudio en hombres que tienen sexo con hombres en cines pornográficos                  13.-Estudio de calidad de atención de ITS en farmacias                  14.-Estudio de comportamiento de mujeres que asisten a los CDVIR El Alto, La Paz, Cochabamba y Santa Cruz</p>	<p>Varones homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres                  Se analizó un total de seis estudios, cinco de los cuales contaban con datos de prevalencia.                  Población trans, se analizaron cuatro estudios con datos de seroprevalencia, en dos de los cuales se obtuvieron datos en áreas geográficas diferentes de Buenos Aires y Capital Federal                  Usuarios de drogas                  Para la población de usuarios de drogas (UD) se analizaron cinco estudios, de los cuales tres midieron prevalencia                  Trabajadoras y trabajadores sexuales                  En esta población se analizaron cuatro estudios. Dos de ellos midieron prevalencia y ninguno informó incidencia</p>

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Para encarar una respuesta efectiva al VIH/sida de la magnitud propuesta, en la declaración política sobre el VIH/sida y para alcanzar el Acceso Universal en los países, un paso fundamental en la organización interna es la disponibilidad de manuales, guías, normas nacionales para la atención tecnificada, eficaz y eficiente de la población en general y de los grupos vulnerables en particular, los PENs describen la existencia de estos instrumentos, sin embargo en algunos casos están desactualizados, en otros, no existen los suficientes, habiéndose iniciado su actualización y construcción, sin embargo nos preguntamos.

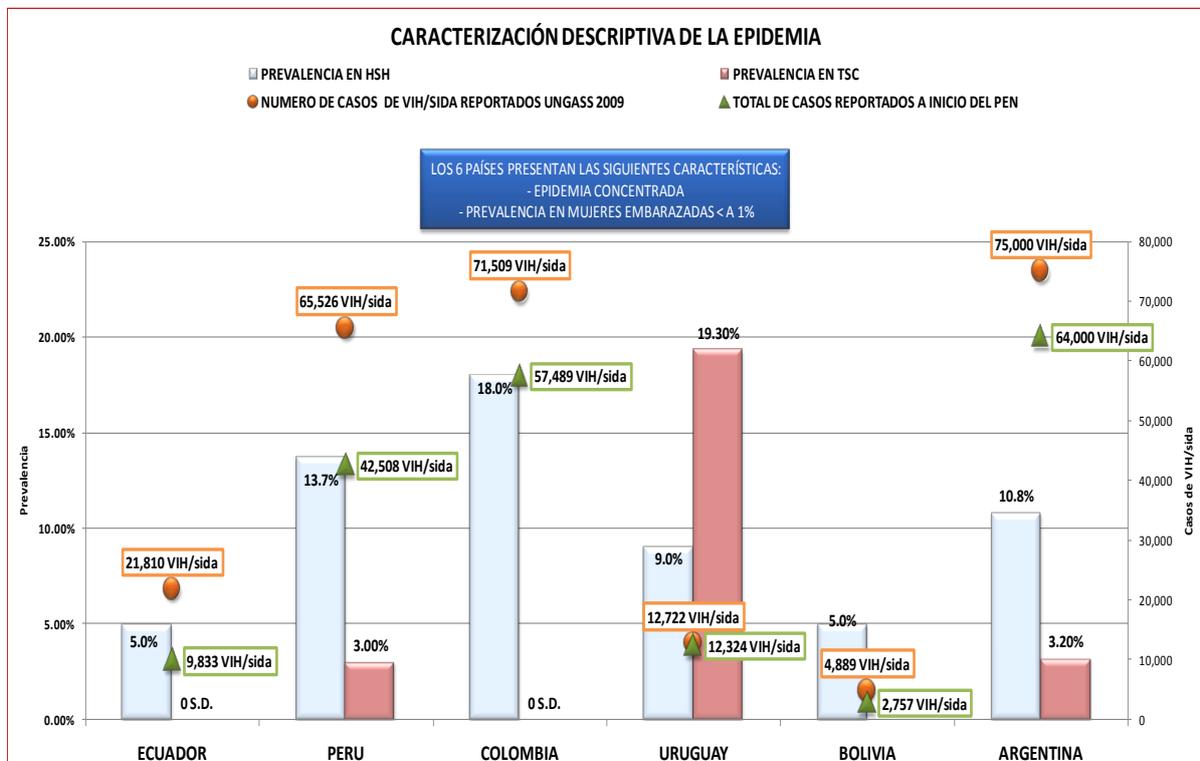
¿Es necesario generar cada vez mas normas y manuales de atención diferenciados para poblaciones vulnerables y expuestas, a la vez de capacitar al RR.HH en el manejo de los mismos?

Por otra parte se describe la existencia de estudios e investigaciones, parciales, como evidencia científica de conocimiento del perfil de la epidemia en cada país, además de ser vital para la toma de decisiones y el cumplimiento de la premisa de que, “todo PENs serio debe estar fundado en información demostrada”<sup>29</sup>.

¿Es suficiente la evidencia científica con la que se cuenta para encarar una respuesta seria y efectiva a la epidemia del VIH/sida?

**e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN.**

**GRAFICO N° 15**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

<sup>29</sup> Asamblea General de NN.UU Ampliación de las actividades de prevención tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, hacia el Acceso Universal marzo 2006.

La metodología descriptiva del perfil epidemiológico en el grupo de países de Sud América, tiene características similares a la de Centro América, narrándose sistemáticamente, el tipo de epidemia, concentrada en todos los países, las prevalencias e incidencias en población general, poblaciones más afectadas, la notificación de casos de VIH/sida, la concentración de la epidemia según edad, sexo, las formas de transmisión, tendencias y proyecciones, en el caso de este grupo de países las prevalencias en HSH y en TS descritas en los PENs, se han obtenido de estudios referenciales, identificando como un problema importante, la imposibilidad de tener datos más estructurados y actualizados, en el caso de Ecuador, Colombia y Bolivia, no se identifican reportes precisos en referencia a prevalencias en Trabajadoras/es Sexuales por ejemplo, de igual manera que en Centro América, es innegable sin embargo, que la concentración de la epidemia esta evidentemente en HSH y otros grupos vulnerables, Uruguay reporta una prevalencia alta en TS, asumimos que se incluyen los trabajadores sexuales..

La cantidad de casos reportados de VIH/sida, nos muestra en la grafica también un crecimiento exponencial importante desde el momento del inicio del PEN hasta el reporte UNGASS en el 2010. Concluimos entonces al igual que en Centro América, que la epidemia en la región es concentrada, con prevalencias altas en grupos vulnerables HSH y otros, y con un crecimiento en la notificación de casos.

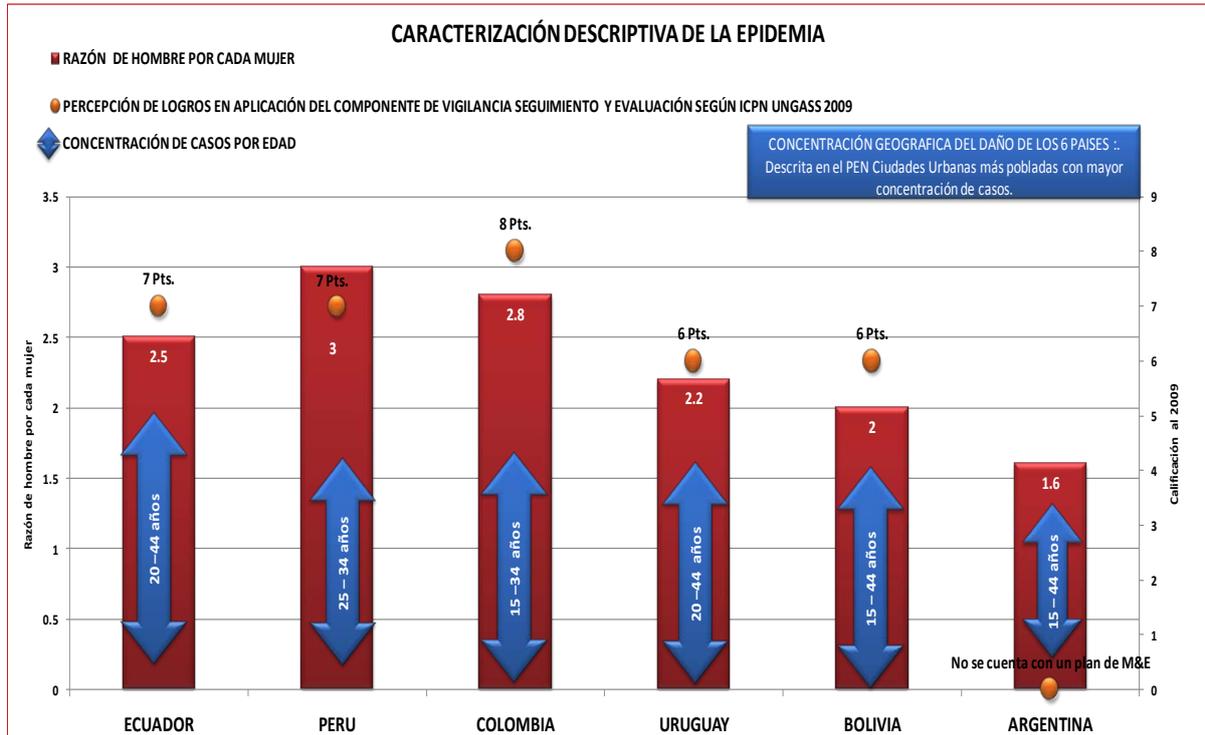
En este análisis planteamos también, un ensayo estadístico comparativo general entre los perfiles epidemiológicos de las dos sub-regiones analizando, un promedio de prevalencia de VIH en HSH reportada en los PEN, encontrando que en el grupo de seis países de Sud América, es de 10,25 %, en el caso de Centro América de 13 %, para las/os Trabajadoras/es Sexuales en Sud América tomando en cuenta solo los reportes de Perú, Uruguay y Argentina, el promedio es de 8,5 para Centro América es de 2,58%.

Los casos notificados en la documentación revisada, al inicio de la construcción del PEN respectivo, totaliza para los países de Sud América una cantidad de 188.911 casos de VIH/sida, con relación a lo notificado en el reporte UNGASS 2010 de 251.456 casos de VIH/sida, la diferencia de notificación de este periodo es de 62.545 casos más reportados, significando en un incremento del 25% del total de casos reportados al inicio de la elaboración de los PENs con relación al último reporte UNGASS.

Para Centro América, los casos reportados a inicios de la construcción de sus PENs, son de 60.249 casos, en relación a los reportados en el último informe UNGASS de 87.052 casos de VIH/sida (sin el reporte de Costa Rica), se evidencia un incremento de 26.803 nuevos casos en este periodo, representando un 31% más proporcional al tiempo transcurrido en este periodo.

¿Considerando que los escenarios de la epidemia del VIH/sida tienen diferentes particularidades en las sub-regiones estudiadas, se puede afirmar que la aceleración de la misma es mayor en Centro América con relación a Sud América?

**GRAFICO N° 16**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

La Razón Hombre Mujer en relación a la notificación de casos, en Sud América se va estrechando cada vez más, para el momento de la construcción de los PENs, el promedio de los seis países fue de 2,35 con relación al grupo de países de Centro América que fue de 2.55 hombres por cada mujer.

La concentración de casos según edad, coincide con el grupo etareo de 15 a 49 años, rangos de edad de afectación en población Adolescente, joven, en edad productiva y gestacional plena.

Las referencias del perfil epidemiológico de los países en estudio, nos han permitido proponer una evaluación inferencial a la encuesta ICPN 2009, donde la pregunta expresa la:

“percepción de logros en la aplicación del componente de vigilancia seguimiento y evaluación”

Cuya calificación y puntuación promedio en Sud América desde la perspectiva de los gobiernos es de 6,8 (sin contemplar la puntuación de Argentina que no reporta este indicador) comparativamente con la de Centro América que es de 7,3 puntos promedio, asumiéndose como una evaluación satisfactoria en este tema para ambas subregiones.

Inferimos a este análisis una nueva reflexión extractada de la Declaración Política sobre VIH/sida efectuado por los Jefes de Estado y de Gobierno y/o sus representantes en NN.UU junio 2006.

¿Seguimos profundamente preocupados por la expansión global y la feminización de la pandemia y por el hecho de que las mujeres representan actualmente el 50% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo?<sup>30</sup>

**f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, Indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA31 contrastado con ICPN.**

**CUADRO N° 26**

INDICADOR RELACIONADO CON LA SEXTA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA						
GRUPOS POBLACIONALES PRIORIZADOS EN LOS PENs						
	ECUADOR	PERU	COLOMBIA	URUGUAY	BOLIVIA	ARGENTINA
1.- Trabajadores sexuales, masculinos y femeninos (TSC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.- Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.	✓	✓	✗	✓	✓	✗
4.- Privados de libertad,	✓	✓	✓	✓	✗	✓
6.- Población móvil,	✓	✗	✓	✓	✗	✗
7.- Mujeres gestantes/atención prenatal	✓	✓	✗	✗	✓	✓
8.- Población de uniformados.	✓	✗	✓	✗	✗	✗
9.- Clientes de los trabajadores y las trabajadoras sexuales.	✓	✗	✗	✓	✓	✗
11.- Personas que viven con VIH y Sida.	✓	✓	✓	✗	✓	✓
12.- Niños y niñas víctimas de violencia	✗	✓	✗	✗	✗	✗
13.- Niños y niñas en explotación sexual	✗	✓	✗	✗	✗	✗
14.- Huérfanos por causa del sida.	✓	✗	✗	✗	✗	✗
15.- Población General.	✓	✓	✗	✗	✓	✓
16.- Indigentes	✗	✗	✓	✓	✗	✓
17.- Donadores de sangre	✓	✗	✗	✗	✗	✗
18.- Usuario de sustancias psicoactivas y/o alcohol	✗	✗	✗	✓	✗	✓

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Los hallazgos encontrados en este grupo de países, respecto a la priorización de poblaciones a las cuales estarán dirigidas las mayores atenciones y acciones en cada país, indican que, en orden de importancia están: HSH, TS, niñas niños adolescentes y jóvenes, personas que viven con VIH/sida, privados de Libertad, un grupo posterior presente en al

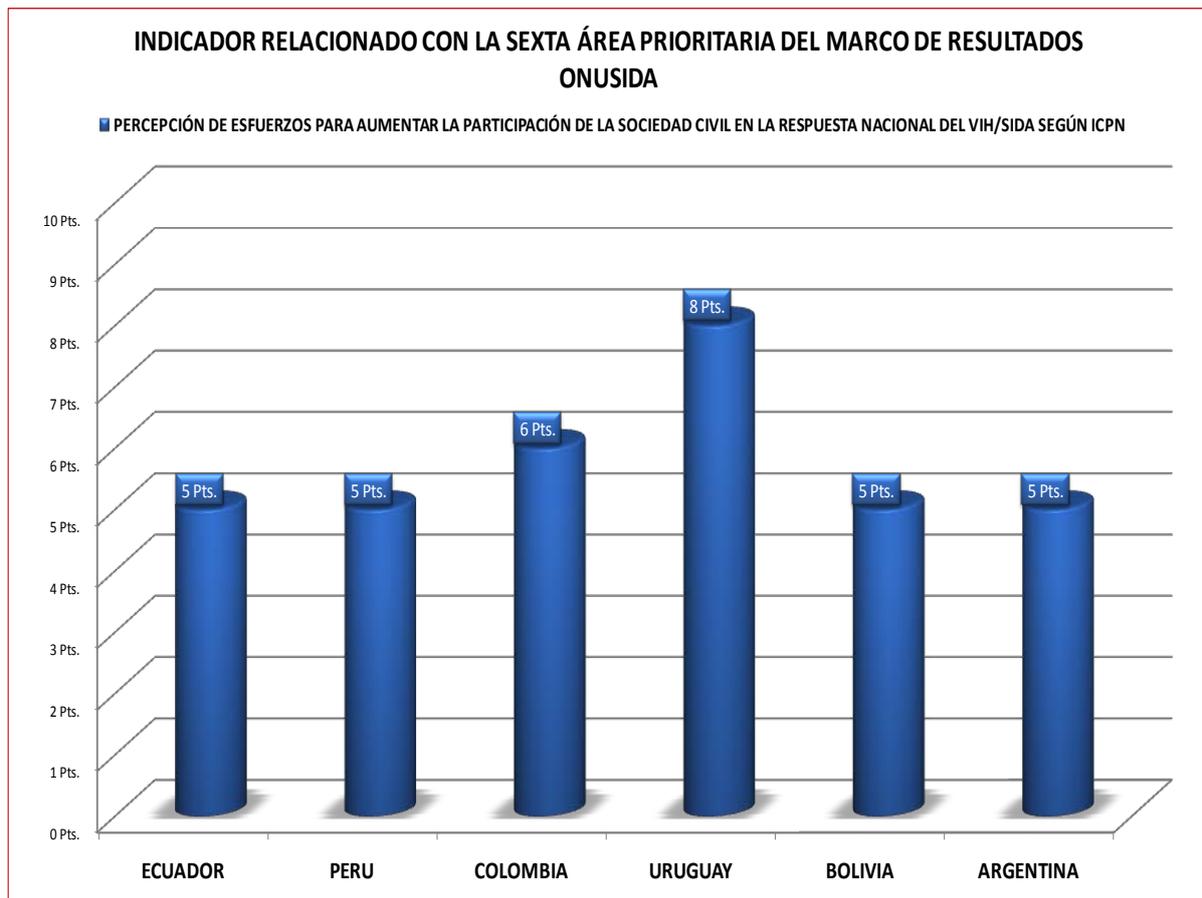
<sup>30</sup> Asamblea de NN.UU Resolución (A/60/L.57) Declaración Política sobre el VIH/SIDA

<sup>31</sup> Podemos capacitar a los HSH, a los profesionales del sexo y a los transexuales para que puedan protegerse de la infección por el VIH y puedan acceder a tratamiento ARV sin restricciones.

menos 3 países con (población general, mujeres gestantes atención prenatal, poblaciones móviles, clientes de TS), y otras poblaciones.

¿La priorización de poblaciones responde a las políticas de mayor atención a poblaciones más vulnerables en los países de Sud América?

**GRAFICO N° 17**



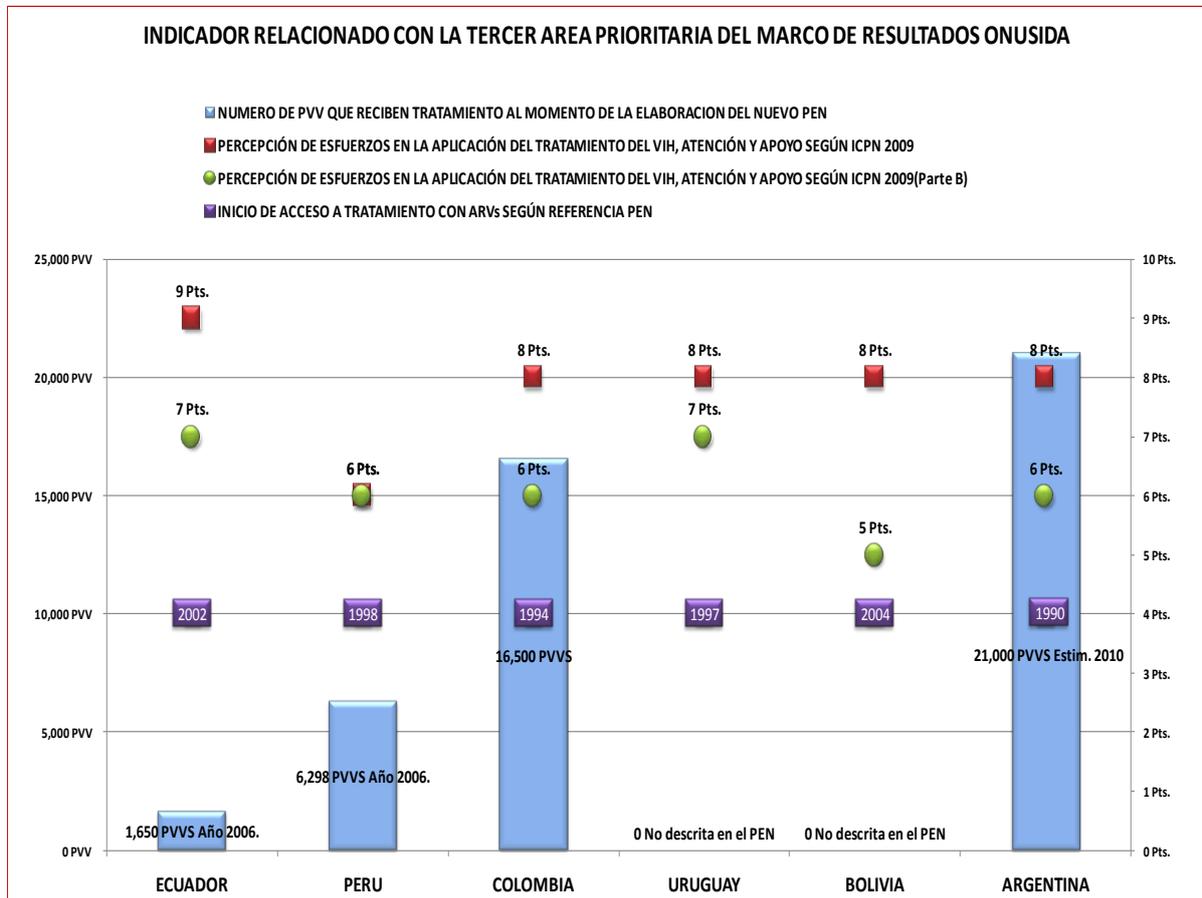
Ref. Datos ICPN 2009 de cada país.

Aplicando en mismo criterio de valoración de priorización de poblaciones mas vulnerables y expuestas, que en el capítulo de Centro America, según ICPN el “grado de satisfacción sobre los esfuerzos realizados por los países, para aumentar la participación de la sociedad civil en la respuestas nacionales del VIH/sida”, nos muestra un panorama un poco mas favorable en Uruguay y Colombia, el promedio entre todos los países de este grupo es de 5.6 comparativamente el grupo de países de Centro America tiene un promedio de 5.5 puntos.

¿Están integradas y representadas todas las poblaciones priorizadas en las respuestas nacionales al VIH/sida en los países Sud Americanos, participando plenamente en el proceso?

**g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA<sup>32</sup> contrastado con ICPN**

**GRAFICO N° 18**



Ref. Datos de los PENs e ICPN últimos de cada país.

Los datos para el capítulo de tratamiento a las personas afectadas, extractados de los PENs del grupo de países de Sud América, en el caso de Uruguay y Bolivia no están descritos, o por lo menos no están contenidos con precisión, sin embargo en los otros países el parámetro para tener una aproximación a la cantidad de PVVs en tratamiento al inicio de la construcción de los PENs está presente, las líneas de base son más amplias en cantidad de personas tratadas con ARV en Argentina, Colombia y Perú, menor cantidad en Ecuador, el inicio de la aplicación de tratamiento en estos países es variable comenzó en Argentina el 1990 Colombia el año 1994 posteriormente en años subsecuentes en Uruguay, Perú, Ecuador y Bolivia.

El ICPN respecto a la percepción tanto de los Gobiernos como la Sociedad Civil dirigidos a “los esfuerzos realizados en la aplicación de tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida”, nos indica que en promedio la sociedad civil califica en 6,1 el puntaje y la perspectiva de los Gobiernos 7.8 puntos, comparativamente con los países del grupo de Centro América, las

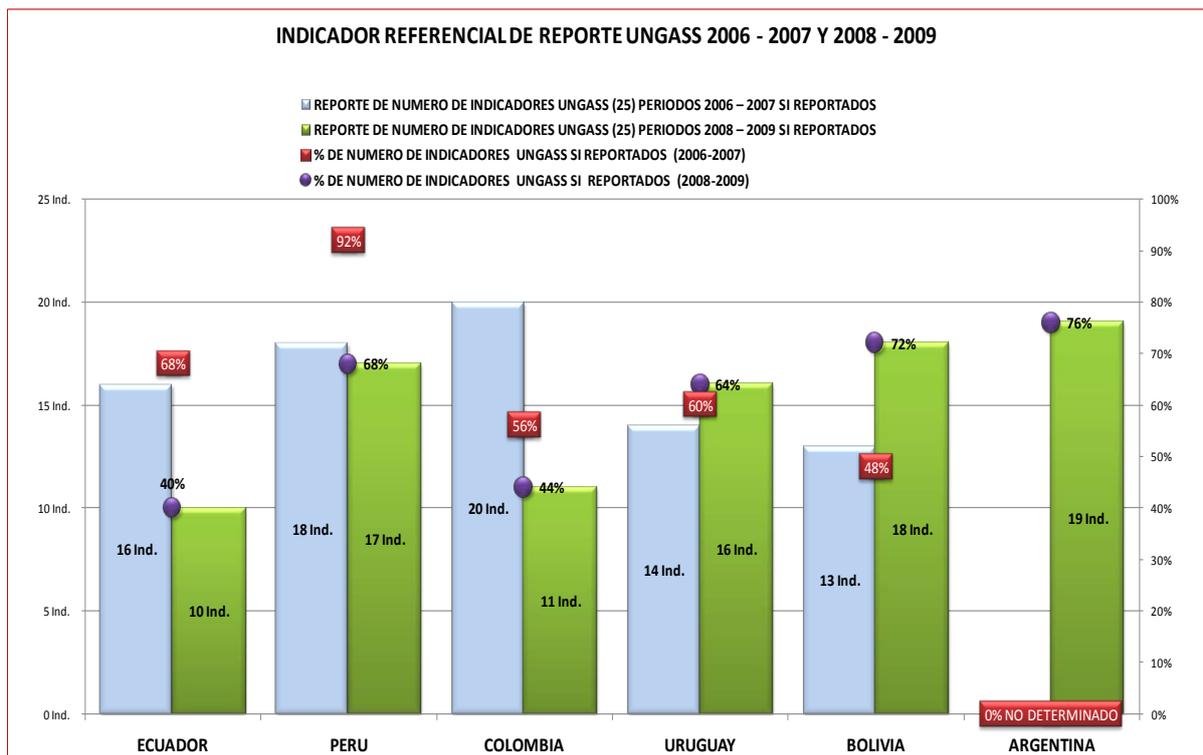
<sup>32</sup> Podemos garantizar que las personas que padecen VIH reciban tratamiento.

diferencias no son muy significativas, 6,6 puntaje calificado por sociedad civil y 7,3 por el Gobierno corroboramos que la sociedad civil y el gobierno en ambas sub-regiones están de acuerdo con los esfuerzos realizados en este aspecto.

Ratificamos el postulado del marco de resultados propuesto por ONUSIDA, en su tercera área prioritaria que dice

¿Podemos garantizar que las personas que padecen VIH/sida reciban tratamiento?<sup>33</sup>

**GRAFICO N° 19**



Ref. Datos de los reportes UNGASS últimos de cada país.

En el grupo de países de Sud América, los reportes UNGASS, comparativamente entre uno anterior y el último reportado, muestran en la cantidad de indicadores informados por cada país, a la inversa de lo que analizamos en Centro América, que varios países han disminuido la cantidad de indicadores reportados, es el caso de Ecuador, Perú y Colombia, se incrementó el reporte de indicadores en Uruguay y Bolivia, no se identifica en los documentos revisados el dato del UNGASS 2006-2007 de Argentina.

Aplicando un promedio advertimos que el UNGASS 2006 - 2007 muestra un reporte porcentual de 64,8% con relación a los 25 indicadores solicitados y del UNGASS 2008 - 2009 de 60,6% concluyendo en un decremento de notificación de - 4.2%.

¿El decremento en el reporte de indicadores UNGASS de un periodo a otro, refleja objetivamente un parámetro de retroceso en la respuesta a la epidemia de VIH/sida?

<sup>33</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

**h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión.**

**CUADRO N° 27**

<b>HALLANGOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS PENs PRODUCTO DE LA EVALUACION DE PROCESOS ANTERIOR AL ULTIMO PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE CADA PAIS</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>DEBILIDADES REPORTADAS EN PEN ANTERIOR</b>	<p>1.- El Sistema Epidemiológico Nacional no ha logrado generar datos suficientes, en representatividad, consistencia y continuidad. Tampoco ha podido responder a los requerimientos del UNGASS, ni crear un sistema nacional de indicadores</p> <p>2.- asignación insuficiente de recursos por parte del estado.</p> <p>3.- priorización de intervención solo en grupos vulnerables, se requiere fortalecer aquellas orientadas a los grupos vulnerables e iniciar una intervención decidida en otros sectores afectados y en la población en general.</p> <p>4.- programas de prevención y tratamiento funcionan, pero debido a su poca cobertura y baja inversión han tenido una escasa repercusión sobre la epidemia</p> <p>5.- instancias de coordinación legalmente constituidas han quedado trancos como el CONASIDA o el INSIDA.</p>	<p>La respuesta sectorial a las ITS/VIH/SIDA en el Perú, tiene tres momentos:</p> <p>1.- El primero (1983 – 1995), abarcó trece años y se caracterizó por una débil planificación, a la vez que una marcada concentración intrasectorial asentada en hospitales.</p> <p>2.-Un segundo momento de siete años (1995 - 2000) de respuesta se caracterizó por una fuerte planificación subsectorial, crecimiento y organización en torno a servicios de salud y estrategias sobre todo biomédicas dirigidas fundamentalmente a los grupos vulnerables, pero con persistencia de una incipiente multisectorialidad y articulación con la sociedad civil.</p> <p>3.- Un tercer momento de respuesta (entre el 2001 - 2003) caracterizada por la ruptura de las políticas y retrocesos de las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA.</p>	<p>1. Persistencia de factores de vulnerabilidad, intolerancia, estigma, discriminación, violación a los derechos.</p> <p>2.- El gasto en acciones colectivas de prevención y prevención de la salud es bajo y la focalización en grupos más vulnerables es aun mas exigua</p> <p>3.-Se gasta más en tratamiento con ARV, en contraste con un bajo gasto en diagnóstico y seguimiento.</p> <p>4.-En el marco de la descentralización los gobiernos subnacionales, no siempre cuentan con una política de priorización de poblaciones vulnerables.</p>	<p>1.- Feminización creciente de la epidemia de VIH</p> <p>2.-Vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia.</p> <p>3. Concentración territorial de la epidemia en áreas Urbanas.</p> <p>4.-la alta prevalencia del VIH, en las poblaciones con prácticas de riesgo sexual y/o por uso de material punzante contaminado, que pone al descubierto poblaciones con alto riesgo de infección (en particular los hombres que tienen sexo con hombres, los gay/homosexuales, los hombres con practicas bisexuales, los trabajadores sexuales masculinos y travestis, usuarios de drogas y las personas privadas de libertad,</p> <p>5.- baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya, en particular en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH -Sida</p>	<p>1.- Detección tardía de la infección del VIH o SIDA.</p> <p>2.- Baja percepción de riesgo personal y uso del condón.</p> <p>3.- Factores socioculturales .</p> <p>4.-Alta Prevalencia de ITS.</p> <p>5.-Alta dependencia de la cooperación externa.</p> <p>6.-Alta Rotación del personal de salud.</p> <p>7.-Altos niveles de estigma y discriminación.</p> <p>8.-Pobre evidencia científica para conocer el impacto real de la epidemia.</p>	<p>.Legislación tardía a la información:</p> <p>-Representación:</p> <p>2.-Baja</p> <p>-Sistematización de las denuncias y respuesta a ellas:</p> <p>-Relación Programa Nacional y Programas Provinciales</p> <p>-Asignación presupuestaria a acciones de la Sociedad Civil</p> <p>-No contempla la ley de identidad de género TRANS.</p> <p>-La transfobia se manifiesta en algunas jurisdicciones en cuanto a la existencia de cuerpos normativos donde se penalizan con arresto a las personas que “visten con ropas contrarias al sexo”.</p> <p>-Personas privadas de libertad: La política penitenciaria entra en contradicción práctica con la Ley Nacional de Sida y lleva a prácticas parciales de políticas existentes.</p> <p>-Niños y adolescentes: disparidad en cuanto a la reglamentación de VIH. No es lo mismo en cuanto acceso al testeo, como se aplica en algunas jurisdicciones del país, En el mismo sentido se marcó una disparidad en cuanto a la modalidad de aplicar una política de prevención.</p>

Ref. Datos de los PENs últimos de cada país.

Se identifican como problemas comunes, sistemas de vigilancia epidemiológica débiles, dificultades financieras, liderazgos disminuidos institucionales (CONASIDA), déficit en la capacitación del RR.HH en salud, programas de prevención insipientes, atención integral

insuficiente, falta de multisectorialidad, rupturas políticas, altos índices de estigma y discriminación, falta de evidencia científica, en el caso de Bolivia alta dependencia de la cooperación externa, alta rotación de personal, entre los problemas más comunes.

**CUADRO N° 28**

<b>HALLANGOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS INFORMES UNGASS 2008 - 2009 DE CADA PAIS</b>						
	<b>ECUADOR</b>	<b>PERU</b>	<b>COLOMBIA</b>	<b>URUGUAY</b>	<b>BOLIVIA</b>	<b>ARGENTINA</b>
<b>DEBILIDADES REPORTADAS EN EL INFORME UNGASS 2009</b>	1.- Dificultades en la disponibilidad permanente de insumos y medicamentos. 2.- mejoramiento del sistema de información, el perfeccionamiento de las estrategias, 3.-el incremento de recursos humanos y financieros para una respuesta adecuada al VIH 4.-Débil coordinación interinstitucional e intersectorial 5.-Limitado cumplimiento de las leyes e insuficiencia de mecanismos de exigibilidad. 6.- Dificultades en alcanzar cobertura universal 7.- Problemas políticos al interior del Mecanismo de Coordinación de País para los proyectos del FM 8.- Falta de Operativización de las leyes para garantizar el acceso de todos los grupos	1. Sólo se toma en cuenta aspectos epidemiológicos en la Respuesta al VIH/sida. Es necesario tomar en cuenta, además, aspectos de Vulnerabilidad social como son la exclusión social, el estigma y la discriminación, la violencia y la pobreza y la falta de educación en materia de sexualidad. 2.-La nomenclatura HSH no permite la visibilización de las poblaciones donde se concentra la epidemia, 3.- No existen cifras oficiales de prevalencia e incidencia en Trans, probablemente con mayor prevalencia. 4.-Hay indicios de un progresivo incremento en poblaciones indígenas, que necesita ser estudiada.	1.-Lograr impulsar estudios de prevalencia, 2.-La respuesta a la epidemia aun está enfocado en garantizar la asistencia integral y suministro de medicamentos 3.- Rezago histórico en prevención y promoción, principalmente en población vulnerable. 4. Alta rotación de personal. 5.- Los datos de mortalidad provienen de registros de estadísticas vitales, reportados con dos años de retraso.	1.-Las intervenciones preventivas para poblaciones vulnerables no se han realizado en forma continua ni con cobertura nacional. 2.-Las ONGs que trabajan con poblaciones en situación vulnerable son pequeñas, con pocos recursos humanos y financieros. 3.- La consejería antes y después de la prueba de detección del VIH no siempre sigue las normativas nacionales. 4.-No se han realizado acciones de prevención secundaria de la coinfección VIH/TB, 5.-Existen serios problemas en la distribución de Condones. 6.- Persiste aun la falta de una política integradora que trabaje VIH /,ITS, violencia y SSRR como dimensiones que impactan en la vida y salud de las personas 7.- Débil sistema de M&E.	1.-Alta rotación del personal en Salud. 2.- Reducción del PIB, por ende afecta la distribución de recursos en salud. 3.-Informes UNGASS poco conocidos y difundidos. 4.- Continúa el estigma y la discriminación en varios ámbitos de la sociedad. 5.- Multiplicidad de instrumentos e indicadores en VIH/sida. 6.- Los bancos de sangre de la seguridad social y privados, no realizan control de calidad externo. 7.-Número reducido de centros de salud donde se atienden a personas con TB que no ofrecen la prueba de VIH. 7.- Solo el 30% de los y las TSC están registrados en los servicios de atención.	1.- No se trabaja en la actualidad en políticas preventivas dirigidas a niñas, jóvenes y mujeres adultas. 2.- Solo se ofrece el test de VIH a mujeres gestantes 3.-Atención centralizada en grandes ciudades 4.-Falta de estudios epidemiológicos 5.-Sistema de salud expulsivo, represivo y discriminatorio, lo que dificulta el acceso sumado a los problemas económicos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad extrema. 6.-Falta de Equipos Multidisciplinarios y articulación entre los mismos 7.- Capacitación y articulación del personal de salud 8.-Mayor compromiso del Estado en las políticas educativas de prevención 9.- El presupuesto público en VIH es escaso Persisten los problemas en la logística de distribución de medicamentos.

Ref. Datos de los UNGASS últimos de cada país.

La mayor parte de la problemática descrita en el PEN de cada país, con relación al último reporte UNGASS muestra un panorama similar, añadiéndose la falta de insumos y medicamentos, falta de cumplimiento de leyes, un insipiente seguimiento del componente de co-infección VIH/TB, sistemas débiles de monitoreo y evaluación, falta de exploración de la epidemia en poblaciones indígenas, comparativamente con la problemática descrita en el

grupo de países de Centro América concluimos que las debilidades encontradas son similares en ambos grupos.

i) **Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>34</sup>, contrastado con indicadores reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 29**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicador</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>			Al 2010, se cuenta con la normativa para la disponibilidad asegurada de condones y el diseño del sistema de adquisiciones de condones, almacenamiento y distribución en función de los resultados de los estudios así como con un plan piloto ejecutado en 5 provincias.	No reportado
<b>PERU</b>	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES EN POBLACIONES CLAVE	% DE POBLACIONES MAS EXPUESTAS QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH Y RECHAZAN LAS PRINCIPALES IDEAS ERRONEAS SOBRE LA TRANSMISION DEL VIRUS. SEGÚN UNGASS 2009 INDICADOR 14	Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.	1/20 (Mujeres) 6.79% (Mujeres) 11/50 (Varones) 22.17% (varones) ENDES, INEI
<b>COLOMBIA</b>			Para 2009 la prevalencia de VIH y Sida será inferior a 12 % en HSH, al 3% en trabajadoras sexuales y al 1% en población carcelaria.	Muestra 4714 23,7%
<b>URUGUAY</b>			Trabajar focalizadamente sobre las estrategias de prevención en especial en las relaciones sexuales y el uso del preservativo.	Muestra TS 313 80,2% Muestra 309 HSH 91,6%
<b>BOLIVIA</b>			Fortalecer y ampliar los servicios de consejería y de atención integral de ITS y VIH a colectivos GLBT, TSC, niños en Situación de calle, PPL y Personas con VIH.	Muestra 1019 55% HSH 183 TS 485
<b>ARGENTINA</b>			Desarrollar e implementar un plan de IEC con enfoque de cambio de comportamiento	HSH 96,09% 295/307 T.sex 95,66% 397/415

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Desarrollando la misma propuesta de análisis del grupo de países de Centro América, en Sud América, no encontramos parámetros estandarizados de reporte para clarificar de mejor manera estos resultados, se aprecia en todo caso que “el porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus”, no ha sido reportado en el Ecuador, en Perú el porcentaje es bajo mas en mujeres que en hombres, 7% y 11% respectivamente, en Colombia sobre una muestra general se reporta un 23%, en Uruguay promedio de 85,9%, Bolivia 55% mejoran estos porcentajes con muestreos en HSH y TS y Argentina que reporta los porcentajes más altos tanto en HSH como en TS.

¿Estamos en el buen camino para poder capacitar a los jóvenes y particularmente a las poblaciones más vulnerables, para que se protejan del VIH?

<sup>34</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>35</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.

**CUADRO N°30**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA PRIMER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicador</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN RIESGO	% DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ULTIMOS 12 MESES Y DECLARO HABER USADO PRESERVATIVO DURANTE LA ULTIMA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 17	Plan nacional sobre la Sexualidad y el Amor, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA e ITS en el currículo vigente de la educación	No reportado
<b>PERU</b>			Promoción de uso adecuado y provisión de condones	39/157 (mujeres) 24.84% (mujeres) 547/762(varones) 71.78% (varones)
<b>COLOMBIA</b>			Para el 2,009 los jóvenes entre 15 y 24 años habrán incrementado en 5 % el uso de condón en la última relación sexual penetrativa.	No reportado
<b>URUGUAY</b>			Realizar intervenciones en promoción, prevención y atención, encaradas desde la perspectiva de género, edad, etnia y diversidad sexual considerando las condiciones de mayor vulnerabilidad de esa población.	Muestra 1.502 67,6%
<b>BOLIVIA</b>			Asegurar la planificación, adquisición y distribución de condones y lubricantes, a nivel nacional, departamental y municipal, para servicios de atención pública y estrategia PEPs.	No disponible
<b>ARGENTINA</b>			Promover todas las practicas de prevención de ITS, VIH y sida, promoción y distribución del condón, campañas masivas	611/745 82,01%.

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

En relación a la promoción de comportamientos sexuales sin riesgo, utilizando como indicador el número 17 del UNGASS 2009, los puntos de referencia identificados en los PENs se describen en el cuadro, encontrando meta alcanzada, que solo reportaron este indicador Perú, Uruguay y Argentina, no lo hicieron, Ecuador Colombia y Bolivia, los porcentajes encontrados respecto a la declaración de uso del preservativo en su última relación sexual, son muy bajas en mujeres en Perú 25%, mejorada en hombres 72%, el reporte de Uruguay muestra un 68% de uso de preservativo en una muestra de 1.502 personas, el porcentaje de Argentina es el más alto reportado, 82%.

¿Podemos reducir la transmisión sexual del VIH?<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Podemos reducir la transmisión sexual del VIH.

<sup>36</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

**k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>37</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N°31**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicador</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN ADOLESCENTES Y JOVENES.	PORCENTAJE DE ESCUELAS QUE IMPARTIO EDUCACION SOBRE EL VIH, BASADAS EN APTITUDES PARA LA VIDA DURANTE EL ULTIMO CURSO ACADEMICO, SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 11	Al 2010, un 60% de las adolescentes y jóvenes, escolarizados y un 30% de los no escolarizados, han recibido información y educación sobre sexualidad responsable. Y, al 2015, el 90% y 60%, respectivamente.	Año 2009 19586/31155 63%
<b>PERU</b>			Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.	No reportado
<b>COLOMBIA</b>			Para el 2,009 el 40% de las instituciones de educación formal utilizarán un modelo de educación para la sexualidad que posibilita la educación en DDHH con énfasis en el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la equidad de géneros y el respeto por la diversidad sexual.	No reportado
<b>URUGUAY</b>			Contribuir a promover a nivel territorial, instancias de información, educación, habilidades y destrezas en salud sexual y prevención de ITS/sida en niños/as y adolescentes en coordinación con el Sistema Educativo Formal y las organizaciones comunitarias.	89.9%
<b>BOLIVIA</b>			Inclusión de la temática VIH/SIDA en el sistema de educación nacional a nivel primario secundario y superior.	No reportado
<b>ARGENTINA</b>			Implementación del "currículum nacional que incluye salud sexual y reproductiva, ITS, VIH y sida, estigma y discriminación en los niveles de educación secundaria.	451/13159 3.43 %

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

La fortaleza en la descripción de los PENs, está referida a la prevención del VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, utilizamos como indicador el número 11 del UNGASS 2009 de los países en estudio, con los puntos de referencia descritos, los resultados obtenidos son: Perú, Colombia y Bolivia, no reportaron el indicador, Ecuador reporta datos de una encuesta por muestreo donde el 63% refiere haber recibido educación sobre el VIH en una institución educativa, Uruguay reporta un 90 % de cobertura, no se especifican grados académicos, lo mismo que en Argentina, que tiene una cobertura muy baja.

¿La utilidad práctica de los reportes UNGASS en términos de estandarización de resultados a través de sus indicadores, refleja la situación real de los países en la respuesta al VIH/sida?

<sup>37</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

¿Expresamos profunda preocupación por el hecho de que la mitad de los nuevos infectados por el VIH sean niños y jóvenes menores de 25 años y que los jóvenes carezcan de información y conocimientos en relación con el VIH/sida?<sup>38</sup>

**I) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>39</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 32**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA SEGUNDA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH EN MUJERES GESTANTES	PORCENTAJE DE EMBARAZADAS VIH-POSITIVAS QUE RECIBEN MEDICAMENTOS ARV PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL INDICADOR 5 UNGASS: 2009	Al 2010, el 60% de las mujeres embarazadas tienen acceso a Asesoría y Prueba Voluntaria y 90%, al 2015.	Año 2008 reportado 277/572=48% Año 2009 reportado 477/562=85% MSP
<b>PERU</b>			Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011	550/982=56.0%
<b>COLOMBIA</b>			Para el 2,009 se reducirá en 5% la incidencia de transmisión perinatal, en comparación con el año 2,005.	519/ 1.681 = 31%
<b>URUGUAY</b>			Implementar la formación continua de los Trabajadores de la Salud en relación a las normativas vigentes y los procedimientos a realizar en sífilis y VIH, en la mujer embarazada, su pareja sexual y recién nacida/o.	90.9%
<b>BOLIVIA</b>			Capacitación del personal de salud en procesos normados de tamizaje de sífilis y VIH en mujeres gestantes y niños.	105/387 = 27%
<b>ARGENTINA</b>			Revisión, actualización y recomendaciones para la aplicación de la normativa nacional	2039/2266 90%

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Aplicamos como efecto directo en relación a la prevención y atención del VIH en mujeres gestantes, el indicador número 5 del UNGASS 2009, los puntos de referencia son consecuentes con el indicador, los resultados son: Ecuador, que informa como porcentaje del 2008, 48% de cobertura, notablemente mejorado el 2009 85% sobre un muestreo sitio centinela, Uruguay y Argentina reportan las coberturas más altas 91 y 90 % respectivamente, y la más baja Bolivia 27%. Nuevamente se identifica que los parámetros de reporte no están estandarizados.

¿Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH?<sup>40</sup>

<sup>38</sup> Asamblea de NN.UU Resolución (A/60/L.57) Declaración Política sobre el VIH/SIDA

<sup>39</sup> Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH.

<sup>40</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

**II) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>41</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 33**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA CUARTA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>			Del total de las estimaciones del PNS de PVVS, un 40% de nuevos casos son identificadas al 2010, y el 60% hasta el 2015. Con acceso universal a las pruebas diagnósticas y detección sistemática del VIH/SIDA en personas con TB, ITS y otros factores predisponentes.	No existen datos para este indicador
<b>PERU</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE LA COINFECCIÓN VIH/TB	PORCENTAJE DE CASOS ESTIMADOS DE COINFECCIÓN POR EL VIH Y TUBERCULOSIS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH. INDICADOR 6: UNGASS: 2009	Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad	529/750 = 70%
<b>COLOMBIA</b>			Para el 2009 se asegurará que el 100 % de APB del SGSSS y las redes de prestación de servicios responsables de la atención en VIH han implementado las guías de práctica clínica para el VIH establecidas por el MPS.	No reportado
<b>URUGUAY</b>			Disminuir la carga (o incidencia) de TB en PVVS,	18.4%
<b>BOLIVIA</b>			Realización de estudios de vigilancia epidemiológica de VIH en pacientes con TB.	94/185 = 51%
<b>ARGENTINA</b>			Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los diversos niveles de atención para co-infección TB/VIH	250/300 83,33 %

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

El efecto directo de este componente es la prevención de la co-infección VIH/TB, cuyo indicador se relaciona con el número 6 del UNGASS 2009 de cada país, los puntos de referencia responden al indicador, y los resultados obtenidos reflejan porcentajes de tratamiento VIH/TB, relativamente altos en Argentina y Perú 83% y 70%, bajos en Uruguay 18,4%, y Bolivia 51%, no reportan el indicador Ecuador y Colombia.

¿Podemos evitar que las personas que viven con el VIH, mueran a causa de la Tuberculosis?<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Podemos evitar que las personas que viven con el VIH, mueran a causa de la Tuberculosis

<sup>42</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>43</sup>, contrastado con indicador reporte ICPN.

**CUADRO N° 34**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA DECIMA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>ECUADOR</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROTECCION SOCIAL PARA LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH.	PERCEPCIÓN GENERAL EN RELACIÓN A COMO CALIFICARIA LAS POLITICAS LEYES Y REGLAMENTOS VIGENTES PARA PROMOVER Y PROTEGER LOS DD.HH EN RELACIÓN CON EL VIH EN 2009. ICPN(parte B) (Rango de 0 – 10)	Al 2010, Ley Antidiscriminación y Reglamento aprobados y al 2015, un 80% de la población general alcanzada por campañas de difusión de la ley.	Calificación año 2009 (7) puntos
<b>PERU</b>			Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH,TS y PPL) y PVVIH	Calificación año 2009 (5) puntos
<b>COLOMBIA</b>			Para el 2009 el 40% los departamentos y distritos han trabajado en DD HH conjuntamente con OBC que tengan experiencia en VIH y Sida, en proyectos de apoyo y protección social.	Calificación año 2009 (8) puntos
<b>URUGUAY</b>			Disminuir el estigma y la discriminación al interior de la sociedad uruguaya	Calificación año 2009 (5) puntos
<b>BOLIVIA</b>			Promover el conocimiento y la defensa de los Derechos Humanos para disminuir el estigma y la discriminación hacia los grupos vulnerables: PVVS, Colectivo GLBT, TSC, mujeres, niños de la calle, y otros grupos transversalizando la multiculturalidad, diversidad sexual y de género.	Calificación año 2009 (5) puntos
<b>ARGENTINA</b>			Fortalecer la Red de derechos humanos y VIH para la promoción, captación y seguimiento de las denuncias; reportadas	Calificación año 2009 (6) puntos

Ref. Datos de los PENs y UNGASS ICPN últimos de cada país.

La protección social para las personas afectadas por el VIH, es un componente clave en la respuesta a la epidemia, un indicador que consideramos sensible para responder a esta problemática es la “percepción de la sociedad civil en relación a cómo calificaría las políticas leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los DD.HH en relación con el VIH” (según ICPN 2009 parte B) los puntos de referencia corresponden a los descritos en los PENs de los países, y la calificación como meta alcanzada refleja un promedio de 6 puntos en una escala de 10, comparativamente con lo encontrado entre el grupo de países de Centro América, el promedio es similar.

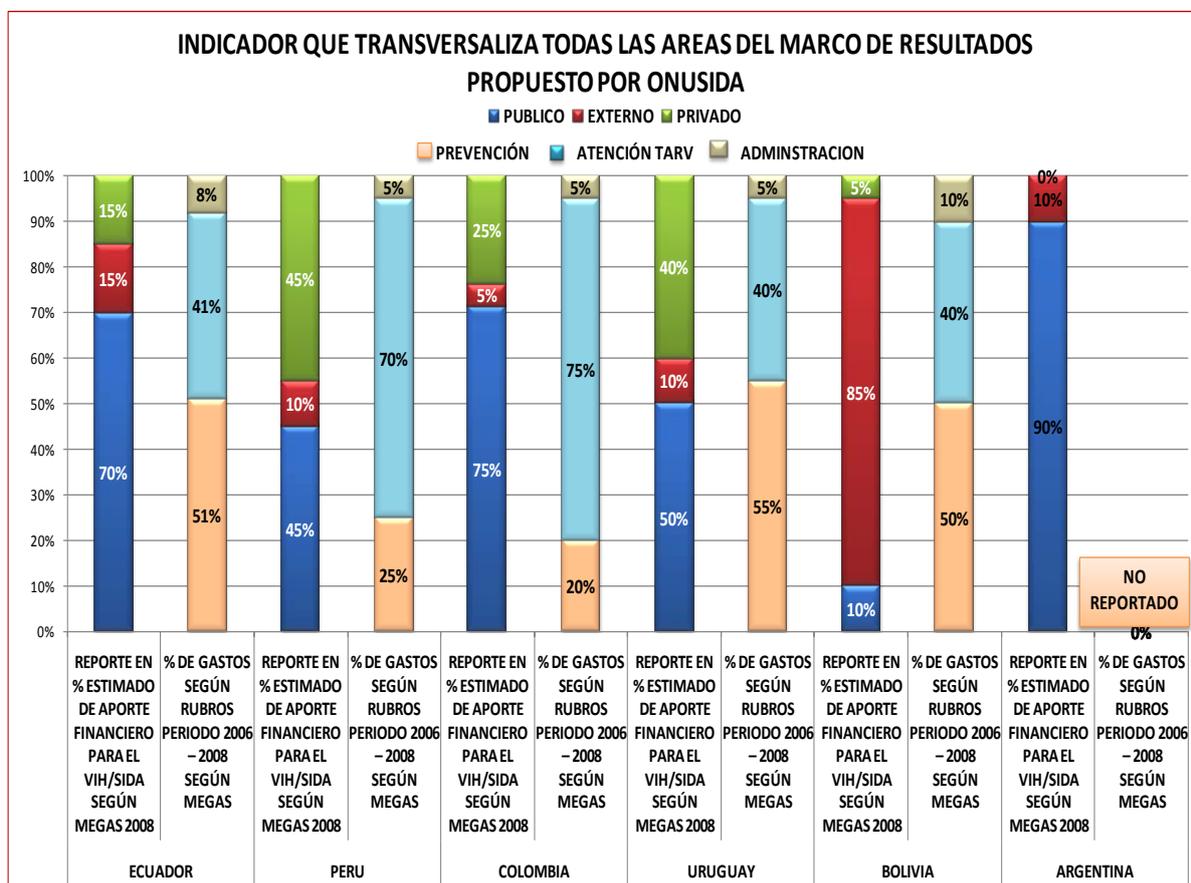
¿Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH?<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH

<sup>44</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA.

GRAFICO N° 20

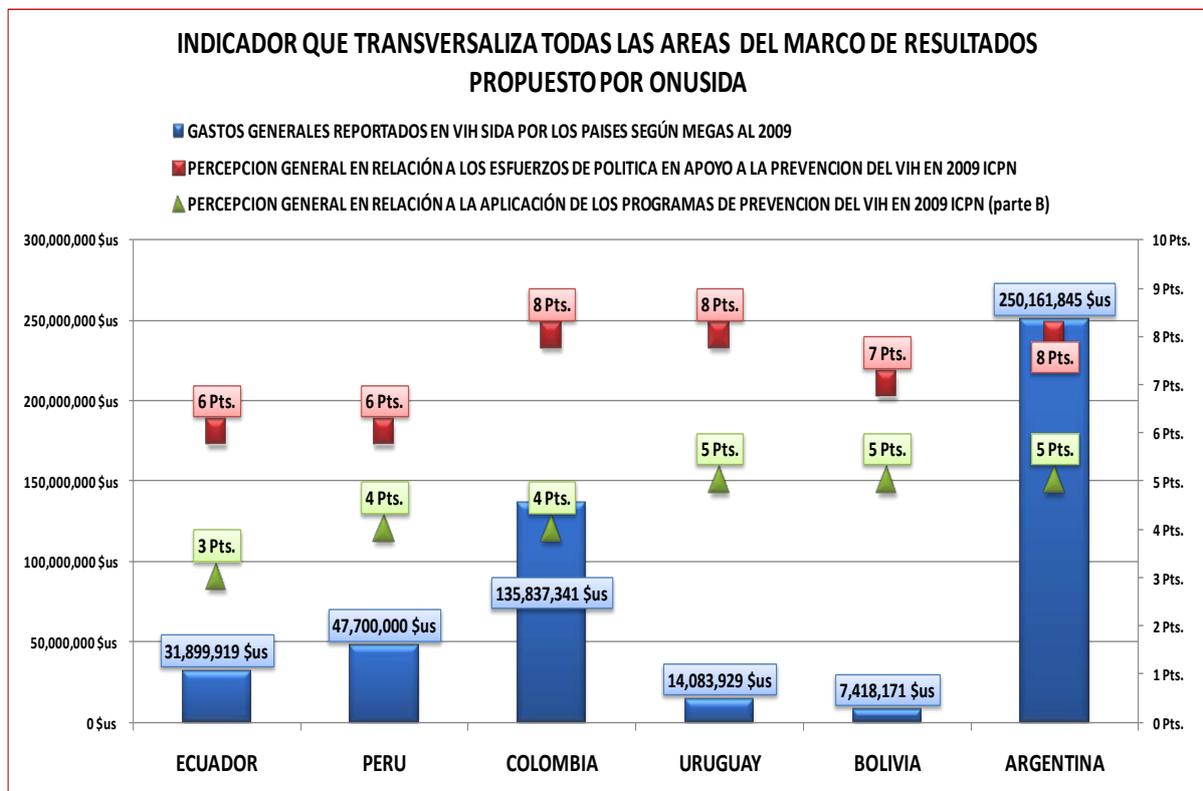


Ref. Datos de los PENs, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

Los hallazgos identificados en el rubro de financiamiento extractados de los PENs y otros documentos como el MEGAS, nos muestran inicialmente que los datos de costeo del plan no están incorporados en el documento de los Planes de Ecuador y Uruguay, asumimos que podrían estar contenidos en anexos u otro documento complementario.

En líneas generales se aprecia que los recursos provienen en mayor cantidad del aporte Público en Argentina, Colombia, Ecuador y Uruguay, le sigue Perú y un aporte muy bajo en Bolivia donde la mayor cantidad de recursos es de la cooperación externa, el sector privado tiene aportes importantes en Perú, Uruguay y Colombia, la mayor cantidad de recursos es utilizado para el rubro de Prevención en Uruguay, Ecuador y Bolivia, atención y tratamiento en Colombia y Perú ese orden, no menos importante, pero en menor proporción en los otros tres países, datos complementarios en los documentos de Argentina no se han identificado.

**GRAFICO N° 21**



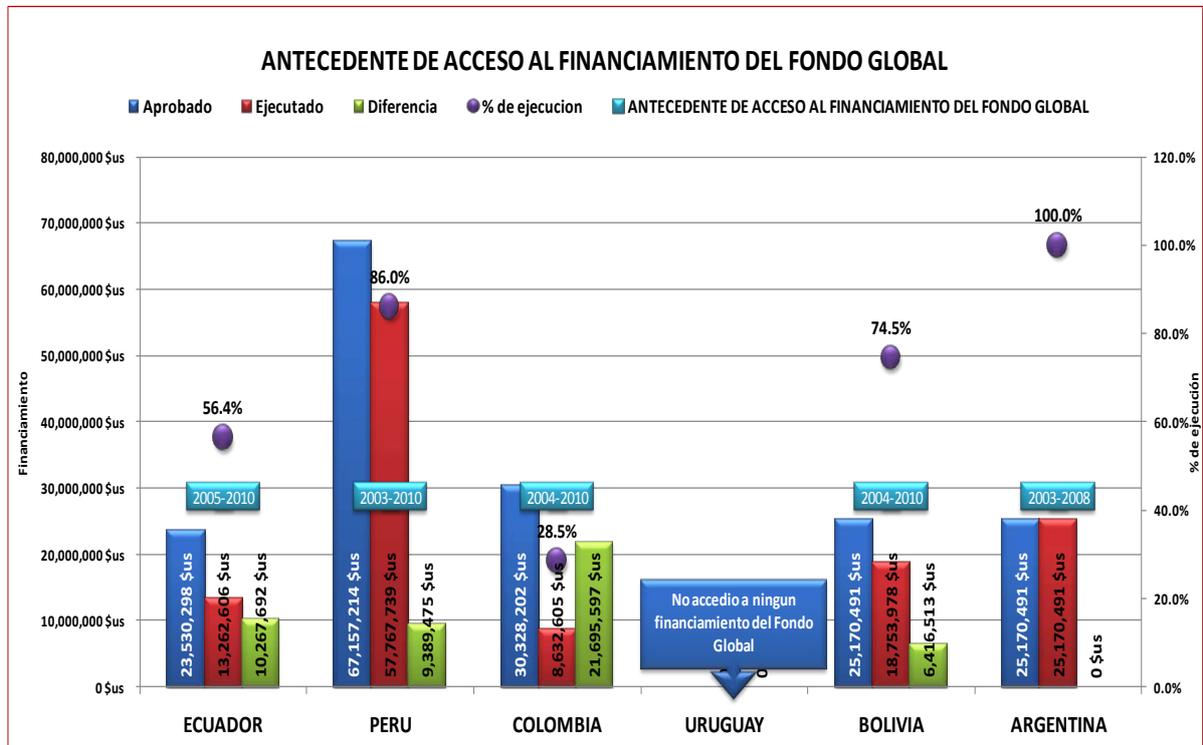
Ref. Datos de los PENs, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

Las cifras de inversión financiera para VIH/sida reportada en los MEGAS de cada país, nos muestra un panorama general, diferenciado en cuanto a disponibilidad de recursos, Argentina, seguido de Colombia con una cantidad mayor de recursos, luego Perú, un grupo con menor disponibilidad de recursos, Ecuador, Uruguay y Bolivia en ese orden.

Es pertinente en este capítulo significar que la base fundamental para evitar en mayor grado la expansión de la epidemia del VIH/sida, es la prevención, por lo tanto se requiere de mayor inversión en este rubro, por ese motivo aplicamos como un indicador de evaluación, la “percepción de los gobiernos, respecto a los esfuerzos realizados en la aplicación de políticas de prevención del VIH/sida por los países según ICPN 2009, encontrando un promedio de puntaje de aprobación de 7 en una escala de 10 y la “percepción en relación a la aplicación de programas de prevención del VIH/sida” según ICPN 2009 parte B, resultando un promedio general de 4.3 puntos, la diferencia comparativa con el grupo de países de Centro América refleja que la percepción de la sociedad civil en Sud América no aprueba este esfuerzo, en Centro América con una puntuación por encima de 5 si lo aprueban.

¿Los recursos económicos con los que cuentan los países están distribuidos equitativamente y son suficientes, para alcanzar los objetivos de acceso universal y al mismo tiempo ayudar a conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

**GRAFICO N° 22**



Ref. Datos de [theglobalfun.org](http://theglobalfun.org) portfolio de subvenciones del Fondo Mundial.

Un dato complementario adicional extractado del Fondo Mundial, nos ofrece un panorama referencial importante, para apreciar que todos los países excepción hecha de Uruguay, han obtenido subvenciones del Fondo Mundial, cuyos montos aun siguen ejecutándose (excepto Argentina que cumplió su subvención el 2008), en lapsos de tiempo comprendidos entre el 2003 al 2010, en todo lo largo de este periodo el que más financiamiento recibió fue Perú seguido de Colombia, Bolivia, Argentina y Ecuador, el que mejor ejecución realizó es Perú seguido de Bolivia, Ecuador y finalmente Colombia, no recibió subvenciones Uruguay, en la última convocatoria para financiamiento de propuestas PEMARs se ha presentado, no conociéndose aun el resultado.

## 6. Capítulo III. Norte América y El Caribe análisis e integración de metas UNGASS, Acceso Universal, ODM y Marco de Resultados de ONUSIDA por País (México, Republica Dominicana, Cuba)

### a) Análisis de antecedentes socio-demográficos

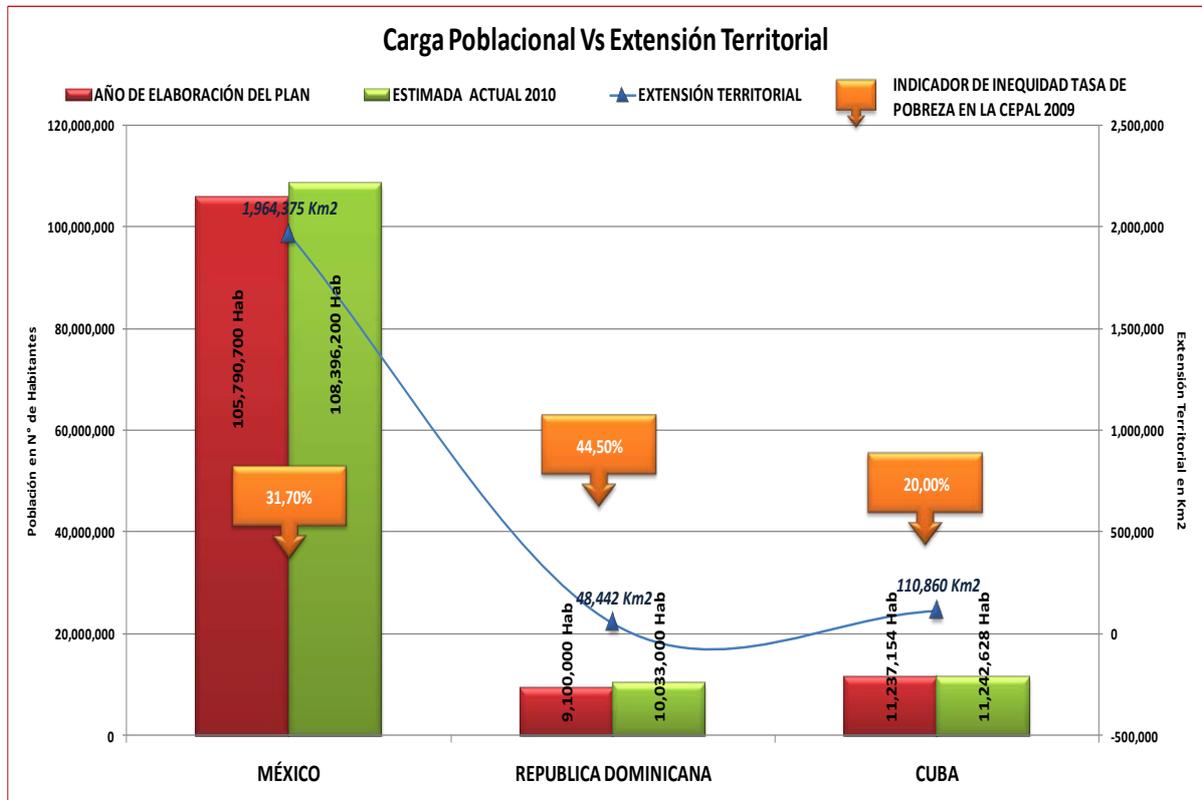
MAPA N° 3



Ref. Mapa elaboración propia, datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Otro grupo de países componentes del GCTH, parte integrante de América latina y el Caribe, son los tres que describimos a continuación, México que por sus características socio-culturales medio ambientales y de integración geográfica, es parte de este continente, Republica dominicana y Cuba, con características peculiares geográficas, compactan plenamente la composición representativa de este estudio.

GRAFICO N° 23



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, informe CEPAL 2009.

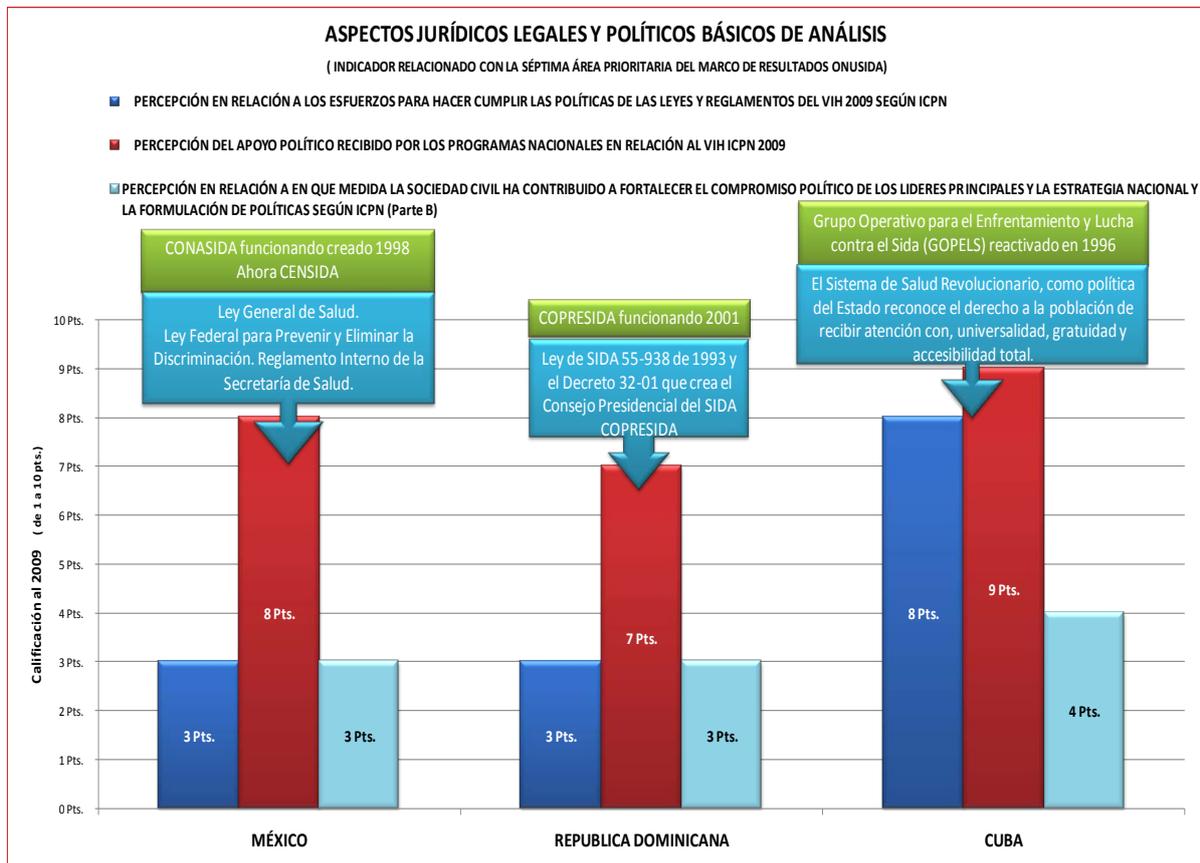
La descripción comparativa de estos países no se aleja de la ya realizada para los dos grupos anteriores, observándose en este caso que la epidemia del VIH/sida, se desarrolla también en un ámbito de diversidad geográfica, mostrándonos en el caso de México una extensión territorial que bordea los dos millones de kilómetros cuadrados, a diferencia de República Dominicana y Cuba, cuyos territorios son más pequeños 48.442 y 110.860 Kilómetros cuadrados respectivamente.

De igual manera apreciamos un crecimiento demográfico poblacional de gran volumen en México aproximándose a casi 109.000,000 millones de habitantes, comparando con los grupos anteriormente analizados, apreciamos que solo México, tiene más del 50% de la población total de los 6 países Centro Americanos y aproximadamente el 25% menos de la población total de los 6 países Sud Americanos, proporcionalmente con los Países del Caribe, la población de República Dominicana y Cuba, se acerca más a los promedios de países de Centro América y algunos de Sud América (10.000,000 millones de habitantes), los dos países del Caribe juntos, en cuanto a población se refiere, representan aproximadamente el 20 % de la población total de México.

De acuerdo al reporte de la CEPAL, las tasas de pobreza para estos países, nos muestran un panorama de mayor desarrollo en Cuba, le sigue México y con mayores dificultades al respecto República Dominicana

b) **Análisis de aspectos jurídico legales y políticos (Indicadores relacionados con la séptima área del marco de resultados ONUSIDA)<sup>45</sup>.**

**GRAFICO N° 24**



Ref: Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país, ICNP 2009

Consecuentes con el análisis de los capítulos previos, en este grupo de países, encontramos, para el componente jurídico, la existencia de una ley contra el VIH/sida o para el SIDA, en República Dominicana desde el 1993, México describe la aplicación de políticas respecto al VIH/sida, respaldado en la Ley General de Salud y Ley Federal, para prevenir y eliminar la discriminación, además de reglamentos internos y Normas Mexicanas para la atención, en el caso de Cuba, se logra identificar una Política Sanitaria de Estado, que define el derecho a la atención universal y gratuita de toda la población.

El otro referente institucional, la existencia del CONASIDA o CENSIDA en México, COPRESIDA en República Dominicana y GOPELS en Cuba, también se encuentran vigentes, con más antigüedad en Cuba, luego México y República Dominicana, al igual que en los grupos anteriormente analizados, en los PENs y reportes UNGASS de los países se describe una amplia información respecto a instrumentos jurídico legales adicionales, y organizaciones importantes comprometidas con la lucha contra la epidemia (MCP, ONGs,

<sup>45</sup> Podemos acabar con las leyes punitivas, las políticas, las prácticas y el estigma y la discriminación que obstaculizan la aplicación de respuestas eficaces al sida.

Sociedad civil organizada, etc.), sin embargo, has sufrido reestructuraciones y reactivaciones importantes en el tiempo, existen dificultades también en el cumplimiento de las Leyes, particularmente en México y República Dominicana, de igual manera se describe al CONASIDA, en algunos casos, como líderes de la respuesta en los países y en otros sin operatividad plena, con debilidades de coordinación.

Una aproximación de evaluación de este componentes, se constituye el ICPN de cada país, donde podemos determinar, “Cual fue la respuesta desde la perspectiva de la sociedad civil, para hacer cumplir las políticas y leyes referidas al VIH/sida”, el rango promedio de resultados es de 4,6 entre todos los países, es importante mencionar sin embargo que Cuba tiene una evaluación muy favorable con 8 puntos calificados, en referencia al “respaldo político recibido por los Programas Nacionales de VIH/sida por parte del Estado o Gobierno”, el rango promedio es de 8, otro indicador que inferimos en este análisis es el que pregunta a la sociedad civil, “en qué medida la sociedad civil ha contribuido para fortalecer el compromiso político de los líderes, en la respuesta nacional al VIH/sida y la formulación de políticas”, el rango promedio de calificación es de 3.3 puntos, los dos primeros parámetros tienen una valoración más satisfactoria con relación a los dos grupos de países analizados anteriormente, en caso del último, la ponderación es similar.

Recordamos nuevamente un acápite de la declaración política sobre el VIH/sida, emitida por los jefes de estado en la Asamblea General de NN.UU de mayo 2006 que manifiesta.

¿Estamos convencidos que sin una voluntad política renovada, un liderazgo enérgico y un compromiso continuo y coordinado de todos los interesados de los distintos niveles, incluidas las personas que viven con el VIH, la sociedad civil y los grupos vulnerables, y sin aumento de los recursos, el mundo no conseguirá poner fin a la pandemia?<sup>46</sup>

### CUADRO N°35

<b>ASPECTOS JURÍDICOS LEGALES Y POLÍTICOS DE ANÁLISIS ( INDICADOR RELACIONADO CON LA SÉPTIMA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA)</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON EL PLAN DE GOBIERNO	Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2007- 2012,	Si descrito en el PEN	Planes de Salud a largo plazo
RELACIONAMIENTO CON EL PLAN SECTORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD	El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DESCRIPTIVO DEL PEN CON EL UNGASS	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN
RELACIONAMIENTO DEL PEN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

El marco de resultados de ONUSIDA, describe en su séptima prioridad, la posibilidad de acabar con leyes punitivas, las políticas, las practicas y el estigma y la discriminación, que

<sup>46</sup> Asamblea de NN.UU Resolución (A/60/L.57) Declaración Política sobre el VIH/SIDA

obstaculizan la aplicación de respuestas eficaces al sida, este aspecto tiene mucho que ver con la voluntad política de los países de elaborar planes estratégicos para el VIH/sida, que se relacionen e inserten en los planes nacionales de desarrollo, además de los sectoriales y por supuesto sensibilizándose con los compromisos asumidos en acuerdos internacionales.

El contenido de los PENs, para determinar el grado de sensibilización en relación a los compromisos internacionales pactados, (ODMs, UNGASS, Acceso Universal) y la incorporación descriptiva de estos postulados en el proceso de construcción del PEN, además de relacionarlos con los planes generales de gobierno y los planes sectoriales en salud, tienen una descripción amplia en los documentos revisados.

Sin embargo es fundamental que esta construcción teórica de intenciones deba plasmarse en la aplicación práctica de lo planificado.

### c) Componente de análisis de planificación estratégica previa.

**CUADRO N°36**

<b>COMPONENTES DE ANÁLISIS DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PREVIA</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
PLANIFICACIÓN PREVIA Y NIVEL DE PARTICIPACIÓN PEN ACTUAL	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN	Se describe una amplia participación en el PEN
ANTECEDENTE DE UTILIZACIÓN DE GUÍA PARA FORMULACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS DE ONUSIDA.	Si se identifica esta referencia en el PEN	Si se identifica esta referencia en el PEN	Si se identifica esta referencia en el informe UNGASS
RESPONSABILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DEL PEN	Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA, en coordinación con CONASIDA.	Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)	Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida
DETERMINACIÓN DE INDICADORES Y METAS CUANTIFICADAS A ALCANZAR EN EL NUEVO PEN	Indicadores y metas descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan	Indicadores y metas descritas en el plan
ANTECEDENTE DE DISEÑO DE UN PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL NUEVO PEN.	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN	Si descrito en el PEN

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

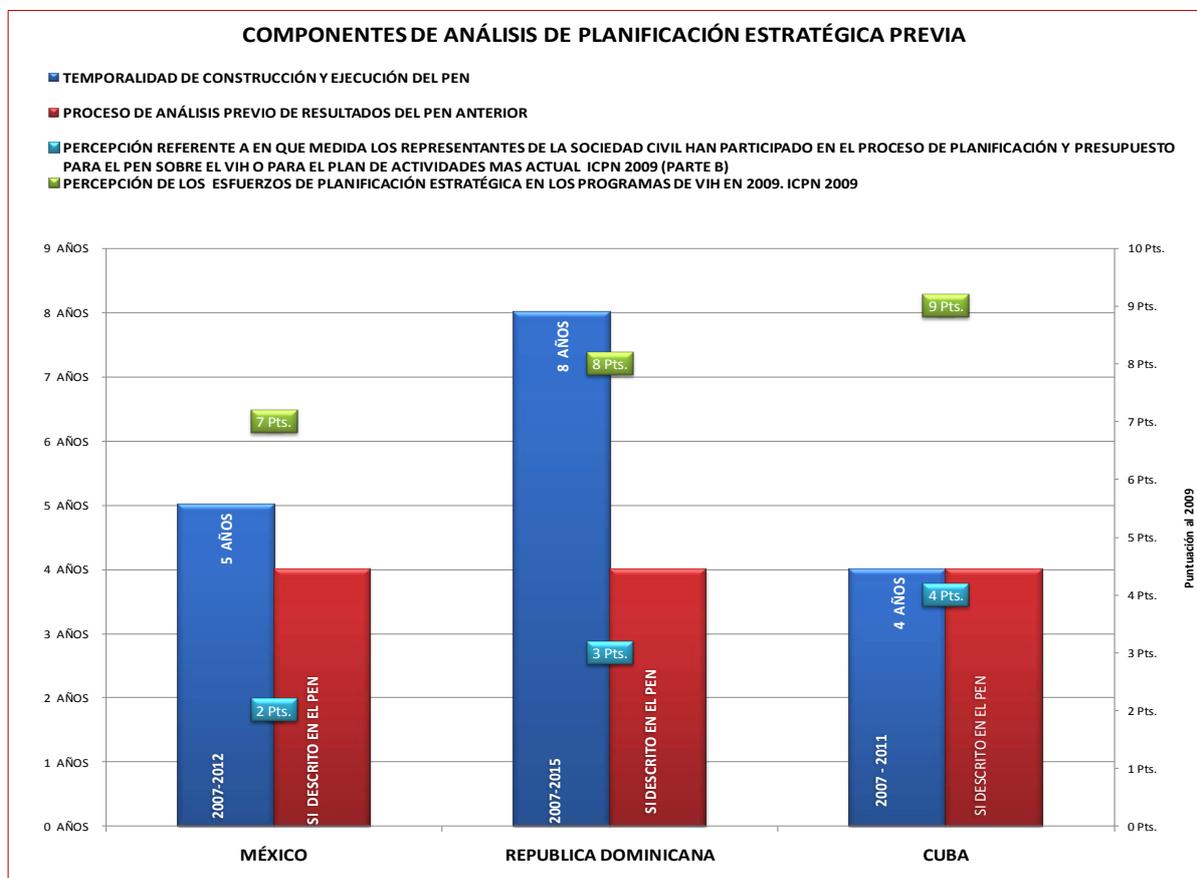
La dinámica de construcción de los PENs, en los países de este tercer grupo, al igual que en Centro América y Sud América, se describen como satisfactorios, la planificación previa, que en todos los países a existido, además con el asesoramiento y el acompañamiento técnico financiero de ONUSIDA, cuyos instrumentos de planificación, como la guía de formulación de planes estratégicos, o la metodología ASAP a través del Banco Mundial, han estado presentes en la etapa previa de diseño metodológico del Plan, la amplia

participación de actores protagónicos, incluidos la sociedad civil, grupos afectados y vulnerables, esta también descrita.

Es evidente también que en el marco de la estrategia de los “tres unos”, partiendo de una autoridad nacional, los Ministerios de Salud y/u homólogos de cada País a través de los Programas Nacionales de VIH/sida, lideran la responsabilidad de elaboración y aplicación de estos PENs, en algunos casos con una acción protagónica como en el caso del CENSIDA en México y COPRESIDA en Republica Dominicana los, no menos importante los GOPELS en Cuba.

La referencia de la existencia de un plan de monitoreo y evaluación adicional en cada PEN es también evidente en la descripción teórica del Plan.

**GRAFICO N° 25**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La temporalidad de construcción de los planes estratégicos nacionales, nos muestra un panorama especial en este grupo de países, planes estratégicos nacionales aun en vigencia, en el caso de México y Cuba hasta el 2012 y 2011 respectivamente promedio de ejecución de 4 a 5 años, con un periodo más largo en el caso de Republica Dominicana. 8 años, se describe una evaluación del anterior PEN en sus documentos.

Aplicando el mismo criterio de percepción de evaluación cuantitativa en referencia al proceso de planificación de los Planes Estratégicos en sus diferentes etapas, esta vez con tres países, el referente del ICPN, valora desde el punto de vista de los Estados y

Gobiernos, la “percepción de los esfuerzos realizados en la planificación estratégico de los programas nacionales de VIH/sida”, dando como resultado una calificación promedio de 8 puntos, este indicador relacionado con la “percepción respecto a en qué medida la sociedad civil ha participado de este proceso de planificación estratégica y elaboración de presupuestos, del Plan estratégico Nacional de VIH/sida”, nos muestra una calificación promedio de 3 puntos, mantenemos para este grupo de países nuestra pregunta:

¿Es necesario armonizar una participación más equilibrada en los procesos de planificación y toma de decisiones entre los gobiernos y sociedad civil?

**d) Análisis comparativo de los planes estratégico nacionales relacionados al Acceso Universal en su descripción estratégica (Misión, visión, ejes estratégicos objetivo general, objetivos específicos, manuales y normas, evidencia científica)**

**CUADRO N° 37**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>VISIÓN</b>	En el 2012, será un Programa consolidado que logra una clara tendencia a la disminución de la prevalencia del VIH e ITS, con acceso a los servicios de prevención y la mayoría de la población con prácticas sexuales protegidas o seguras; las personas afectadas acceden a la atención integral de alta calidad, sustentable, eficiente en ambientes libres de estigma y discriminación; con participación multisectorial y de la sociedad civil, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	“En la República Dominicana, acciones articuladas y sostenibles entre las instancias de los poderes del Estado y la sociedad civil, reducen las ITS, el VIH y el SIDA y su impacto en la población”	El Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida juega un papel integrador de todas las acciones intersectoriales en la prevención, enfrentamiento y control a la epidemia, logra el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios a todos los niveles, servicios descentralizados brindando una atención integral de calidad, moviliza a los grupos vulnerables y la comunidad participando activamente en las acciones del programa disminuyendo la morbilidad y mortalidad de estas infecciones en el país.

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

La Visión de cada uno de los países con referencia a sus PENs, tiene coincidencias con aspectos comunes referidos a la reducción del impacto de la epidemia consecuente con el objetivo 6 de desarrollo del milenio correspondiente a VIH/sida, señalan coincidentemente también aspectos que contemplan la atención integral, y la aplicación de políticas con enfoque de DD.HH y eliminación del estigma y la discriminación, podemos entonces concluir que también son consecuentes con los principios de Acceso Universal para conseguir programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en perspectiva futura.

**CUADRO N° 38**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>MISIÓN DEL PEN</b>	Es un Programa que promueve la prevención y el control de la epidemia del SIDA, mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia para disminuir la transmisión del VIH e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, en un marco de respeto a los derechos de toda la población.	No descrita en el Plan.	Lograr disminuir las ITS/VIH/Sida para que no constituyan un problema de salud en nuestro país, minimizando los factores de vulnerabilidad de los diferentes grupos poblacionales a través de acciones integradas, así como garantizar una atención descentralizada y de calidad, a través de las acciones establecidas en el Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

La misión no está descrita en el PENs de Republica Dominicana, en los otros dos países, se plantea, como un esfuerzo de aplicación de Políticas Públicas Prioritarias, para lograr un desarrollo integral, asumen también como una premisa la promoción y prevención de la salud, procurando la atención integral descentralizada de la problemática del VIH/sida, basados en evidencia fundamentalmente en grupos vulnerables:

**CUADRO N° 39**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>EJES ESTRATÉGICOS DE LOS PEN</b>	1. Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA 2. Prevenir y controlar las ITS 3. Prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH. 4. Fortalecer las acciones de promoción de la salud sexual. 5. Impulsar políticas para la disminución del estigma, discriminación, violaciones a derechos humanos y homofobia en poblaciones clave. 6. Fortalecer la coparticipación multisectorial, social y ciudadana en la formulación de políticas en VIH/SIDA	1.- Políticas Públicas. 2.- Movilización Social. 3.- Promoción y Prevención. 4.- Atención Integral.	1.- Fortalecimiento Institucional. 2.- Prevención de la salud. 3.- Participación comunitaria. 4.- Atención integral. 5.- Investigación. 6.- Monitoreo y evaluación.

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país*

Nuevamente en este grupo de países al igual que en los anteriores la descripción de los ejes estratégicos coinciden respondiendo a las prioridades fundamentales para encarar la respuesta a la epidemia del VIH/sida, en todos identificamos Atención Integral, Prevención, Monitoreo & Evaluación y fortalecimiento institucional, en el caso de México se incorpora como prioritario y específico, el enfoque de DD.HH, disminución del estigma y la discriminación, además del fortalecimiento de coparticipación multisectorial.

**CUADRO N° 40**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES DE LOS PEN</b>	Disminuir el crecimiento y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS en el país, a través del fortalecimiento de la respuesta y la experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones clave, a servicios de prevención y atención, para incrementar sus capacidades en el auto cuidado de la salud sexual.	Dar una respuesta multisectorial y multidisciplinaria a la epidemia del VIH y SIDA y otras ITS, tomando en cuenta el proceso de Reforma y Modernización del Estado Dominicano, en especial, del sector salud y de capitalizar la oportunidad que dicho proceso ofrece para la toma de decisiones a nivel local	Reducir la incidencia de las ITS/VH/Sida en un período de 5 años (2007-2011).

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

En los tres países los Objetivos Generales de los PENs, muestran similitudes conceptuales que responden ciertamente a las recomendaciones del Programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida, de “elaborar objetivos ambiciosos para la respuesta, acelerar el ritmo de la respuesta, buscar objetivos y metas lo más aproximado posible al Acceso Universal, procurando un equilibrio en la sostenibilidad de los programas desde el punto de vista financiero, el fortalecimiento institucional, desde la perspectiva de la atención integral y la prevención masiva”<sup>47</sup>, en el caso de México y Cuba, se privilegia la disminución y reducción del impacto de la epidemia, en el caso de Republica Dominicana, el enfoque esta mas dirigido a una respuesta multisectorial, ligada a la reforma de salud del estado.

**CUADRO N° 41**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS PEN</b>	Garantizar que las personas con VIH cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos constitucionales, con énfasis en su derecho a la salud, en un marco de respeto a su dignidad y a la diversidad sexual. •Promover la sustentabilidad de estrategias que han permitido que no se generalice la epidemia en el país. • Mejorar el acceso y la calidad de la atención integral por personal calificado a	1.- Adecuación y Cumplimiento del marco legal, leyes, normas, reglamentos, protocolos y políticas públicas 2.- Mejoramiento del ambiente institucional para aplicar política de relación binacional (Dominicana/ Haití). 3.- Gestión de políticas públicas a través de la integración y la participación social. 4.-Mejoramiento y expansión de programas integrales de reducción de factores de vulnerabilidad a las ITS, el VIH y el SIDA 5.- Inclusión en el Plan Básico de Salud de las PVVS 6.- Identificación y optimización de los recursos financieros. 7.- Fortalecimiento del Sistema de monitoreo y evaluación del desarrollo de la epidemia y la Respuesta Nacional en ITS, VIH y SIDA. 8.- Definición e implementación de políticas públicas y normas nacionales para el fortalecimiento de la capacidad de Gestión del Conocimiento e Investigación de la Respuesta Nacional a las ITS, VIH y SIDA. 9.- Movilización de la sociedad en la veeduría de	1.- Fortalecer una Respuesta Nacional Ampliada a la epidemia con participación y movilización activa de todos los sectores de la comunidad 2.- Intensificar la participación de los grupos vulnerables en las acciones de intervención comunitaria vinculadas al VIH/Sida. 3.- Impulsar la estrategia de descentralización de la atención integral de las personas con VIH/Sida

<sup>47</sup> Asamblea General NN.UU, XXIII periodo extraordinario de sesiones, Ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, Marzo 2006.

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL**

	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
	<p>todas las personas con VIH y otras ITS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fortalecer la participación de la sociedad civil y las personas con VIH en los programas de prevención, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia en poblaciones clave.</li> <li>• Fortalecer la coordinación, capacitación, y movilización de los recursos necesarios en los servicios de atención prenatal, para interrumpir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis.</li> </ul>	<p>los programas.</p> <p>10.- Organización e integración de la sociedad civil y los gobiernos locales en planes y programas de ITS, VIH y SIDA a nivel local.</p> <p>11.- Fortalecimiento de la Sociedad Civil en ITS, VIH y SIDA.</p> <p>12.- Fortalecimiento y aplicación de programas multisectoriales en el nivel Nacional, provincial y municipal en actividades de Promoción y Prevención en ITS, VIH y SIDA desde una perspectiva de género, ciclo de vida, nivel de educación, multicultural, de respeto a la diversidad y a los DDHH.</p> <p>13.- Implementación de Programas de información, educación y comunicación (IEC).</p> <p>14.- Programas integrales de Salud Sexual reproductiva para NNA escolarizados, no escolarizados y otros grupos priorizados.</p> <p>15.- Fortalecimiento de programas en Bioseguridad y de Sangre Segura.</p> <p>16.- Fortalecimiento del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV).</p> <p>16.- Fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación en acciones de Promoción y Prevención en ITS, VIH y SIDA</p> <p>17.- Accesibilidad a Servicios de Calidad en la Atención Integral de las PVVS.</p>	<p>4.- Expansión y fortalecimiento de la red nacional para el diagnóstico y la vigilancia</p> <p>5.- Fortalecer un plan de investigaciones cuyo resultado de respuesta al curso de la epidemia en el país</p> <p>6.- Fortalecer la línea de condones para la sostenibilidad de las acciones.</p>

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

En concordancia con los dos grupos de países anteriores, se asume como Objetivos Generales, en México y los dos países del Caribe, prioridades como: la atención integral con calidad, priorizando el componente de prevención, promoción y educación, el acceso a tratamiento, la aplicación de la normativa legal para el ejercicio pleno de la salud y los DD.HH, el fortalecimiento de la prestación de servicios en un ámbito de descentralización, la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de servicios para acceso a la atención con calidad, especificaciones sobre estrategias de actuación en grupos más vulnerables, atención integral a PVVs, prioridades de atención a mujeres gestantes, niños, adolescentes, coordinación y fortalecimiento multisectorial, dar continuidad a estrategias exitosas que han permitido que no se generalice la epidemia en los países.

**CUADRO N° 42**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES, RELACIONADOS AL ACCESO UNIVERSAL**

	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>ANTECEDENTE DE EXISTENCIA DE MANUALES Y NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/sida</b>	SI DESCRITO EN EL PEN	SI DESCRITO EN EL PEN	SI DESCRITO EN EL PEN
<b>EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA COMO LÍNEA DE BASE PARA LA PRIORIZACIÓN DEL NUEVO PEN</b>	<p>1. Gayet-Cecilia y Magis-Carlos [et al]. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS-CENSIDA y FLACSO. México: 2007.</p> <p>2. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Encuesta a Poblaciones Vulnerables. México. Datos a nivel nacional al 31 de diciembre de 2007.</p> <p>3. SS/DGE. Encuestas Centinelas 1991-1997. México.</p> <p>4. SS/INSP. Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000). Jóvenes de 12 a 19 años que declararon haber usado condón en su primera relación sexual.</p> <p>5. SS/INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). México, 2007.</p> <p>6. SG/CONAPO. Proyecciones de la población de México 1990-2050. Versión definitiva, Noviembre 2006.</p> <p>7. SS/DGE. SUIVE 2000-2006.</p> <p>8. Magis RC, Ruiz BA, Ortiz MR, Loya SM, Bravo PMJ, Lozada RR. "Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de Tijuana B. C." Journal of Border Health. 1997; II (3): 31-35.</p> <p>9. Magis Rodríguez, C. "Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México". Forum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina e do Caribe en HIV/Aids e DST. Brasil, 2000: II: 223.</p> <p>10. SS/CENSIDA. Prevalencia y vigilancia de comportamiento en VIH/SIDA en: HSH, MTSC, HTSC, y UDI 2003. Secretaría de Salud. México, 2005.</p> <p>11. Construcción SS/CENSIDA, a partir de: Infante César. M en C.M en Fil., Zarco Ángel y cols. "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México". Salud Pública de México. Vol.48-No.2, marzo-abril-de 2006</p>	<p>Encuestas centinela VIH en tres grupos poblacionales: embarazadas, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales. Asimismo, desde el año 2002, la República Dominicana realiza en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002) una medición de serología para el VIH.</p>	<p>En 1996 se realizó en el país la primera encuesta de indicadores de Sida, la que posteriormente fue realizada en 2001. A partir del 2003 como parte de la evaluación de resultados e impacto del Proyecto del Fondo Mundial, estas encuestas son realizadas cada 2 años.</p>

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país

La disponibilidad de manuales, guías, normas nacionales para la atención tecnificada, eficaz y eficiente de la población en general y de los grupos vulnerables en particular, los PENs describen la existencia de estos instrumentos, sin embargo en algunos casos están desactualizados, en otros, no existen los suficientes, habiéndose iniciado su actualización y construcción.

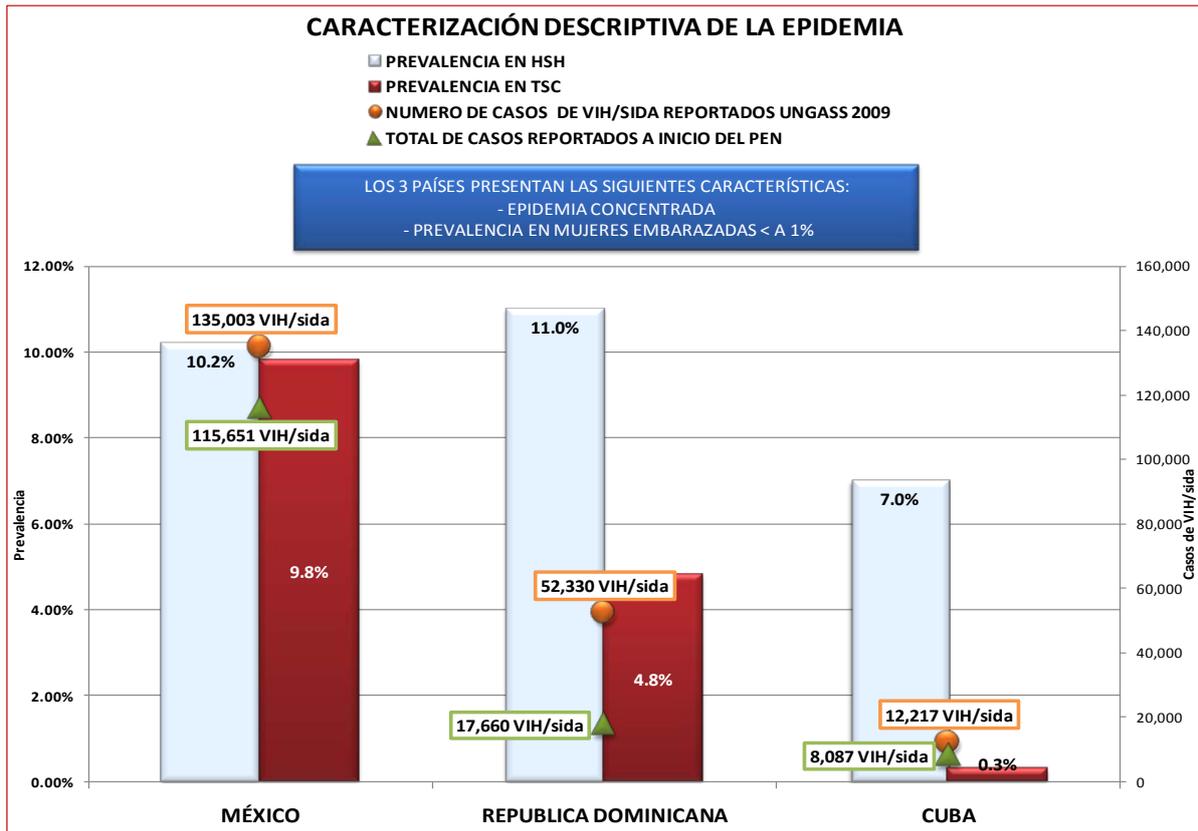
Por otra parte se describe la existencia de estudios e investigaciones, con una amplitud más detallada en México, en el caso de Republica Dominicana y Cuba, mencionan como referentes más importante la realización de encuestas nacionales de demografía y salud y

encuestas nacionales del sida en específico, la evidencia científica de conocimiento del perfil de la epidemia en estos países tiene esos antecedentes.

¿Es suficiente la evidencia científica con la que se cuenta para encarar una respuesta seria y efectiva a la epidemia del VIH/sida?

**e) Caracterización descriptiva de la Epidemia contrastado con ICPN.**

**GRAFICO N° 26**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

La tendencia en la descripción del tipo de epidemia en estos países, es también concentrada, se describen las prevalencias e incidencias en población general, poblaciones más afectadas, la notificación de casos de VIH/sida, la concentración de la epidemia según edad, sexo, las formas de transmisión, tendencias y proyecciones, mas específicamente las prevalencias en HSH y en TS descritas en los PENs, nos muestran un panorama similar a los otros países estudiados, prevalencia promedio de 9,3 % entre los tres países para HSH, una alta prevalencia en TS, en México, menor en Republica Dominicana y baja en Cuba, la concentración de la epidemia también en estos países esta en HSH y otros grupos vulnerables.

La cantidad de casos reportados de VIH/sida, nos muestra en la grafica también un crecimiento exponencial importante desde el momento del inicio del PEN hasta el reporte UNGASS en el 2010. Concluimos entonces al igual que en los otros grupos, que la epidemia en la región es concentrada, con prevalencias altas en grupos vulnerables HSH y otros, y con un crecimiento en la notificación de casos.

Los casos notificados en la documentación revisada, al inicio de la construcción del PEN respectivo, totaliza para los países de este grupo, una cantidad de 141.398 casos de VIH/sida, con relación a lo notificado en el reporte UNGASS 2010 de 199.550 casos de VIH/sida, la diferencia de notificación de este periodo es de 58.152 casos más reportados, significando en un incremento del 30% del total de casos reportados al inicio de la elaboración de los PENs con relación al último reporte UNGASS, porcentaje similar al del grupo de países de Centro América y un 5% más que Sud América.

**GRAFICO N° 27**



Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

La Razón Hombre Mujer en relación a la notificación de casos, conforme pasa el tiempo, en el Caribe y México, se va estrechando cada vez más, para el momento de la construcción de los PENs, el promedio de los tres países fue de 2,86 con relación a los anteriores grupos de países la situación es similar.

La concentración de casos según edad, coincide con el grupo etareo de 15 a 49 años, rangos de edad de afectación en población Adolescente, joven, en edad productiva y gestacional plena.

La inferencia a la encuesta ICPN 2009, donde la pregunta expresa la:

“percepción de logros en la aplicación del componente de vigilancia seguimiento y evaluación”

Refleja una puntuación promedio en México y países del Caribe de 8 puntos desde la perspectiva de los gobiernos es de, comparativamente con Centro América y Sud América un punto por encima de ambas calificaciones, asumiéndose como una evaluación satisfactoria en este tema para ambas subregiones.

**f) Grupos poblacionales priorizados en los PENs, indicador relacionado con la sexta área del marco de resultados de ONUSIDA<sup>48</sup> contrastado con ICPN.**

**CUADRO N° 43**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA SEXTA ÁREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>			
<b>GRUPOS POBLACIONALES PRIORIZADOS EN LOS PENs</b>			
	MÉXICO	REPUBLICA DOMINICANA	CUBA
1.- Trabajadores sexuales, masculinos y femeninos (TSC)	✓	✓	✓
2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)	✓	✓	✓
3.- Adolescentes y jóvenes	✓	✓	✗
4.- Privados de libertad,	✓	✓	✗
5.- Población móvil,	✓	✓	✗
6.- Mujeres gestantes/atención prenatal	✓	✗	✗
7.- Poblaciones indígenas y afro descendientes/Garifuna	✓	✓	✗
8.- Personas que Viven con VIH y Sida.	✗	✓	✗
9.- Niños y niñas víctimas de violencia	✗	✓	✗
10.- Niños y niñas en explotación sexual	✗	✓	✗
11.- Población General.	✗	✗	✓
12.- Personas con discapacidad	✗	✓	✗
13.- Usuarios de drogas	✓	✓	✗

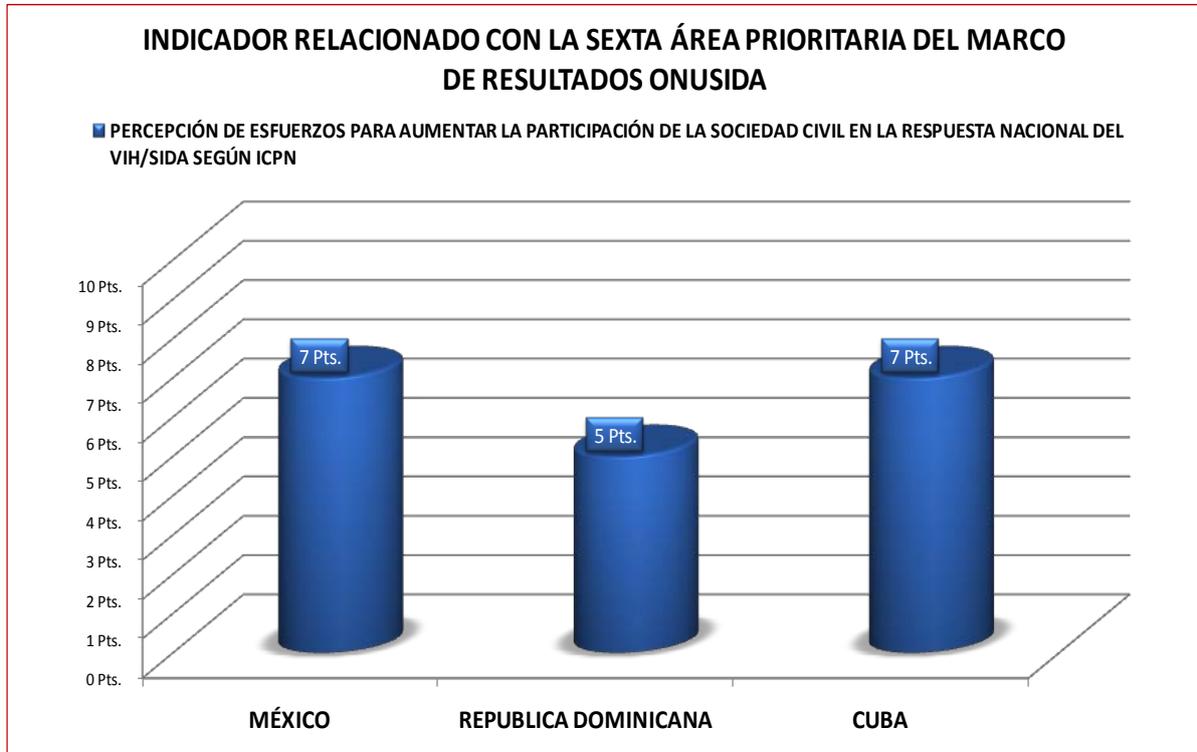
*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

Los hallazgos encontrados en este grupo de países, respecto a la priorización de poblaciones a las cuales estarán dirigidas las mayores atenciones y acciones en cada país, indican que, en orden de importancia están: HSH, TS, niñas niños adolescentes y jóvenes, personas que viven con VIH/sida, privados de Libertad, usuarios de drogas, en el caso de Cuba, generaliza una atención a toda la población en General, pero con prioridad a HSH y TS.

<sup>48</sup> *Podemos capacitar a los HSH, a los profesionales del sexo y a los transexuales para que puedan protegerse de la infección por el VIH y puedan acceder al tratamiento ARV sin restricciones.*

¿La priorización de poblaciones responde a las políticas de mayor atención a poblaciones más vulnerables en los países de descritos?

**GRAFICO N° 28**



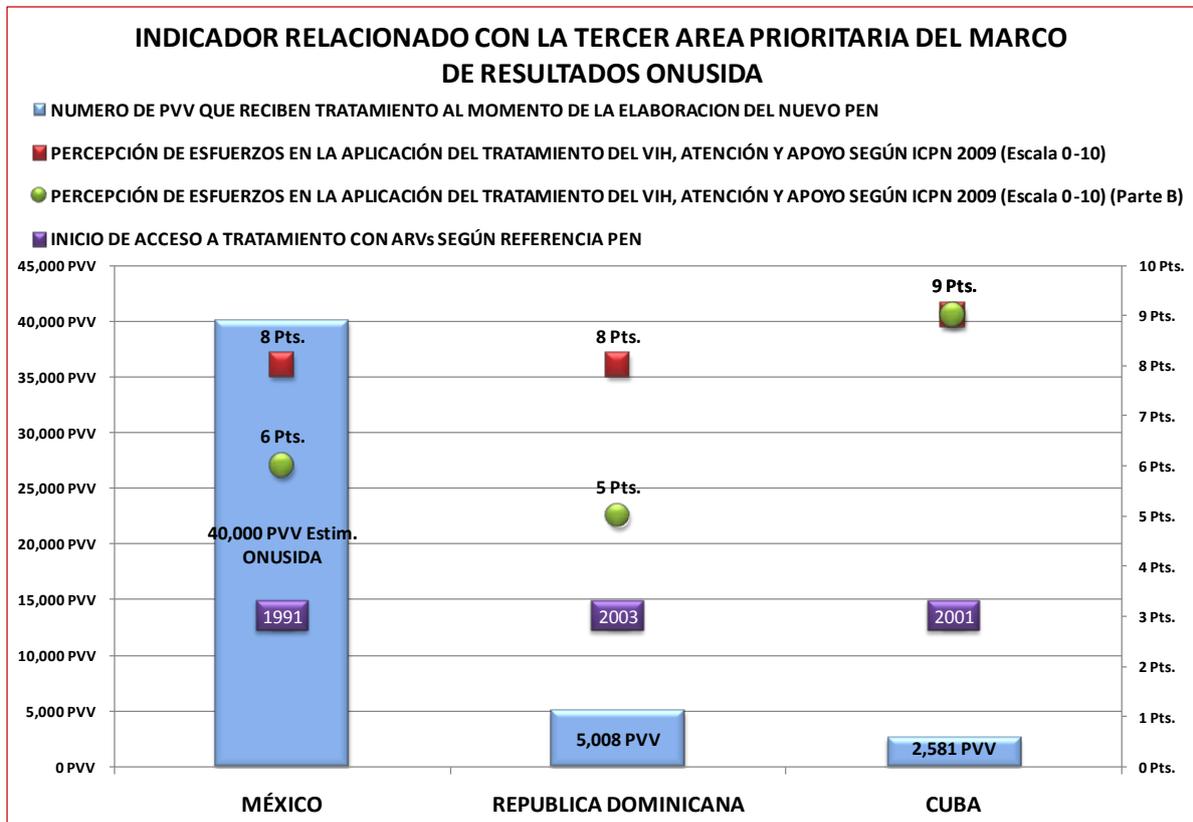
Ref. Datos ICPN 2009 de cada país.

La valoración de priorización de poblaciones más vulnerables y expuestas, en el capítulo que incorpora a estos países, según ICPN el “grado de satisfacción sobre los esfuerzos realizados por los países, para aumentar la participación de la sociedad civil en las respuestas nacionales del VIH/sida”, refleja un panorama más favorable en México y Cuba, el promedio entre todos los países de este grupo es de 6.3 comparativamente con los otros grupos de países de Centro América y Sud América la calificación es mejorada.

¿Están integradas y representadas todas las poblaciones priorizadas en las respuestas nacionales al VIH/sida en los países, participando plenamente en el proceso?

g) Tratamiento a PVV, indicador relacionado con la tercera área prioritaria del marco de resultados de ONUSIDA<sup>49</sup> contrastado con ICPN

GRAFICO N° 29



Ref. Datos ICPN 2009 de cada país.

El parámetro para tener una aproximación a la cantidad de PVVs en tratamiento al inicio de la construcción de los PENs está presente, las líneas de base son más amplias en cantidad de personas tratadas con ARV en México, menor cantidad en República Dominicana y Cuba, el inicio de la aplicación de tratamiento en estos países varió comenzando en México aproximadamente el 199, en Cuba el 2001 y República Dominicana el 2003.

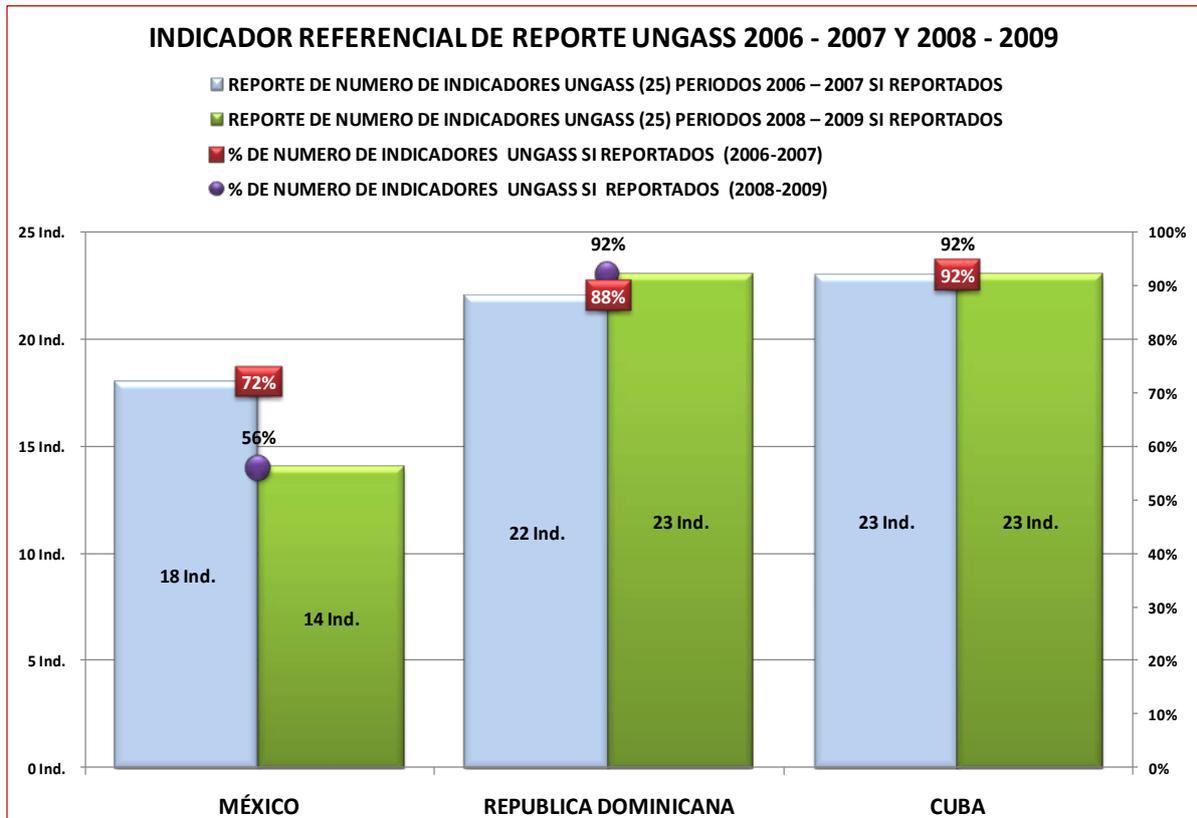
El ICPN respecto a la percepción tanto de los Gobiernos como la Sociedad Civil dirigidos a “los esfuerzos realizados en la aplicación de tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida”, nos indica que en promedio la sociedad civil califica en 6,6 el puntaje y la perspectiva de los Gobiernos 8.3 puntos, comparativamente con los países del grupo de Centro América y Sud América, las diferencias reflejan una mejor calificación, corroboramos que la sociedad civil y el gobierno están de acuerdo con los esfuerzos realizados en este aspecto.

¿Podemos garantizar que las personas que padecen VIH/sida reciban tratamiento?<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Podemos garantizar que las personas que padecen VIH/sida reciban tratamiento

<sup>50</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

**GRAFICO N° 30**



Ref. Datos de los reportes UNGASS últimos de cada país.

En el grupo de países del Caribe y México, los reportes UNGASS, comparativamente entre uno anterior y el último reportado, muestran en la cantidad de indicadores informados por cada país, que Cuba mantiene el número de indicadores reportados en ambos periodos, Republica Dominicana incrementa el reporte de un indicador, y México ha disminuido su notificación en 4 indicadores.

Aplicando un promedio advertimos que el UNGASS 2006 – 2007 muestra un reporte porcentual de 84 % con relación a los 25 indicadores solicitados y del UNGASS 2008 – 2009 de 80 % concluyendo en un decremento de notificación de 4 %.

¿El decremento en el reporte de indicadores UNGASS de un periodo a otro, refleja objetivamente un parámetro de retroceso en la respuesta a la epidemia de VIH/sida?

**h) Análisis de los hallazgos más relevantes encontrados en los PENs y reportes UNGASS en relación a debilidades de los procesos de gestión.**

**CUADRO N° 44**

<b>HALLANGOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS PENs PRODUCTO DE LA EVALUACION DE PROCESOS ANTERIOR AL ULTIMO PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE CADA PAIS</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>DEBILIDADES ENCONTRADAS EN PEN ANTERIOR</b>	<p>Avanzar hacia la atención integral, manteniendo el acceso universal a tratamiento ARV; y mejorando la calidad de la atención integral en SIDA.</p> <p>-Focalizar en la prevención, destinando mayor financiamiento e impulso.</p> <p>-Fortalecer y modernizar los sistemas de información vigentes que proporcionen datos más oportunos y de mejor calidad.</p> <p>-Sensibilización social y mitigación del daño, Reforzar la concientización sobre los DDHH.</p> <p>-Educación en sexualidad, se requiere incrementar acciones en áreas externas al sector salud</p> <p>Promover reformas para crear marcos legales, normativos y reglamentarios adecuados que faciliten las estrategias de atención y prevención.</p>	<p>1.- Conocer la situación inmunológica de las PVVS</p> <p>2.-Aumentar la accesibilidad a los servicios.</p> <p>3.-Mejorar la accesibilidad al a los servicios</p> <p>4.- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia</p> <p>5.-Establecimiento, expansión y fomento de programas de educación permanente a los proveedores de servicios y uso de la supervisión como medio de capacitaciones en servicios.</p> <p>6.- Definir el rol y desempeño.</p> <p>7.-Realizar actualizaciones periódicas de las normas y protocolos de tratamiento.</p> <p>8.-Acceso a pruebas diagnosticas de TB y VIH gratuitas.</p> <p>9.- Fortalecer la asistencia integral de niños/as, adolescentes y jóvenes.</p> <p>10.- Asegurar la cadena de suministro de insumos preventivos, medicamento y reactivos</p> <p>11.- Promoción masiva de los servicios de salud que se brindan a la comunidad</p> <p>3.-Escasa formación y capacitación del personal</p>	<p>1.- Fortalecimiento de las acciones del programa de control: fundamentalmente el sistema de vigilancia epidemiológica en todos los niveles como base para implementar acciones oportunas de intervención.</p> <p>2.- Continuar fortaleciendo el componente educativo enfatizando en el desarrollo de una estrategia de comunicación social en ITS/VIH/Sida con participación de todos los sectores sociales dirigida a grupos vulnerables y perfeccionar la estrategia nacional de mercadeo social de condones.</p> <p>3.- Reforzar las acciones en la atención primaria de salud con un enfoque verdaderamente integral: perfeccionar la atención medica de las PVS, descentralizar los servicios de salud y realización de pruebas de seguimiento y evaluación, y preparación desde el punto de vista técnico al personal médico para la administración de tratamiento ARV.</p> <p>4.- Perfeccionar y ampliar la producción de medicamentos ARV en el país como vías para garantizar el acceso a estos de todas las PVS que lo necesiten.</p> <p>5.- Fortalecer el trabajo de los (GOPELS), donde se materializa toda la planeación y las estrategias de desarrollo económico-social del país, para en base a la experiencia internacional modificar favorablemente este pronóstico.</p>

Ref. Datos de los PENs últimos de cada país

Se identifican como problemas comunes, sistemas de vigilancia epidemiológica débiles, dificultades financieras, fortalecer los liderazgos institucionales multisectoriales, déficit en la capacitación del RR.HH en salud, programas de prevención débiles con escaso financiamiento, altos índices de estigma y discriminación, falta de evidencia científica, alta rotación de personal, entre los problemas más comunes.

**CUADRO N° 45**

<b>HALLANGOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS INFORMES UNGASS 2008 - 2009 DE CADA PAIS</b>			
	<b>MÉXICO</b>	<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	<b>CUBA</b>
<b>DEBILIDADES REPORTADAS EN EL INFORME UNGASS 2009</b>	1.- En la respuesta nacional predomina el enfoque salubrista que privilegia la atención a las determinantes sociales económicas y culturales. 2.- El Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE), no ha generado informes periódicos. 3.- Importante sub-registro de personas VIH positivas. 4.- La Base de Datos de personas en TAR no está depurada.	1.- No se cuenta con suficientes estudios de vigilancia de segunda generación o estudios centinela para monitorear de mejor manera la epidemia en grupos específicos. 2.- Hace falta sistematizar las denuncias sobre prevención atención y apoyo en DDHH en los organismos competentes del Estado. También hace falta socializar esta información. 3.- Los sistemas de información aun no ofrecen información sobre otros grupos más expuestos al margen de HSH y TSC. 4.- EN acceso a medicamentos persisten problemas con ciertos medicamentos.	1.- Mantener e incrementar la preparación de los sectores sociales en materia de prevención con énfasis en hombres que tienen sexo con otros hombres.  2.- Superar tabúes culturales, mitos y prejuicios en la población relacionados con los Hombres que tienen sexo con hombres.  3.- Continuar incrementando los niveles de adherencia y asistencia sistemática de PVs a consultas de seguimiento.

Ref. Datos de los UNGASS últimos de cada país.

La mayor parte de la problemática descrita en el último reporte UNGASS se refiere a, sistema de salud con enfoque salubrista, debilidad en los sistemas de M&E, subregistro, bases de datos TAR no depuradas, acceso a medicamentos, falta de cumplimiento de leyes, falta de exploración de la epidemia para la evidencia científica, continuar con el fortalecimiento de estrategias de prevención, superar tabús respecto a poblaciones vulnerables HSH, comparativamente con la problemática descrita en el grupo de países de Centro América y Sud América, concluimos que las debilidades encontradas son similares en todos los grupos.

**i) Indicadores relacionados con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>51</sup>, contrastado con indicadores reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 46**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>MÉXICO</b>	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES EN POBLACIONES CLAVE	% DE POBLACIONES MAS EXPUESTAS QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH Y RECHAZAN LAS	Lograr que las 32 entidades federativas cuenten con una estrategia permanente de IEC, dirigida específicamente a hombres gay y otros HSH.	No reportado

<sup>51</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
REPUBLICA DOMINICANA		PRINCIPALES IDEAS ERRONEAS SOBRE LA TRANSMISION DEL VIRUS. SEGÚN UNGASS 2009 INDICADOR 14	Incremento en el número personas de grupos vulnerables incluidas bajo programa de atención integral.	GTH= Pareja fiel: 86.9%, Condón: 98.12%, Saludable: 97.51%, Mosquito: 100%, Alimento: 100% TRSX= Pareja fiel: 71.26%, Condón: 94.26%, Saludable: 92.33%, Mosquito: 99.8%, Alimento: 99.6%
CUBA			Desarrollar campañas de comunicación social: Campaña de Verano Campaña dirigida a grupos vulnerables (adolescentes y jóvenes, mujeres), Campaña para Hombres.	PPST 59,7% Varones 61,7% Mujeres 55,6% *HSH 58,8% <25 64,7% >25 57,0%

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Nuevamente encontramos parámetros de reporte diferentes en este grupo de países, se aprecia que “el porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus”, no ha sido reportado en México, en el caso de Republica Dominicana, se reporta el indicador desglosado por preguntas, con porcentajes altos de conocimientos en distintos grupos vulnerables, Cuba, reporta porcentajes de conocimiento en HSH y TS, con un promedio aproximado al 60% tanto en hombres como en mujeres.

¿Estamos en el buen camino para poder capacitar a los jóvenes y particularmente a las poblaciones más vulnerables, para que se protejan del VIH?

**j) Indicador relacionado con la primer área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>52</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 47**

INDICADOR RELACIONADO CON LA PRIMER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
MÉXICO	FORTALEZAS MAS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS	% DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ULTIMOS 12 MESES Y DECLARO HABER	Incrementar al 70% el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes, incluyendo jóvenes indígenas.	Para este indicador sucede lo mismo que con el anterior. Los datos son la encuesta 2003, que a la fecha no se ha repetido y no se dispone de datos nuevos de fuentes alternas.

<sup>52</sup> Podemos reducir la transmisión sexual del VIH

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA PRIMER AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>	SEXUALES SIN RIESGO	USADO PRESERVATIVO DURANTE LA ULTIMA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 17	Fortalecer y ampliar la cobertura del Programa de Mercadeo Social del Condón.	Porcentaje= 43.81% (45% hombres y 34.9% mujeres) Mujeres 15-19=37,25%, 20-24=31,35%, 25-49=36,21% Hombres 15-19=71,62%, 20-24=56,72%, 25-49=42,26%
<b>CUBA</b>			Fortalecer las acciones de comunicación en el personal de salud para contribuir a la formación de actitudes y cambio de comportamientos en la adopción de conductas sexuales responsables y protegidas con equidad de género.	Todos 45,4% Varones 48% Mujeres 37,6% 15 a 19 74,7% 20 a 24 62,7% 25 a 49 35,7%

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

En relación a la promoción de comportamientos sexuales sin riesgo, utilizando como indicador el número 17 del UNGASS 2009, los puntos de referencia identificados en los PENs se describen en el cuadro, encontrando como meta alcanzada, que solo reportaron este indicador Cuba y Republica Dominicana, México no lo hizo, los porcentajes encontrados respecto a la declaración de uso del preservativo en su última relación sexual, promedian el 45 % en hombre y 35 % en mujeres en ambos países.

¿Podemos reducir la transmisión sexual del VIH?<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

**k) Indicador relacionado con la novena área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>54</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.**

**CUADRO N° 48**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA NOVENA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
<b>País</b>	<b>Efectos directos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos de referencia</b>	<b>Meta alcanzada</b>
<b>MÉXICO</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN ADOLESCENTES Y JOVENES.	PORCENTAJE DE ESCUELAS QUE IMPARTIO EDUCACION SOBRE EL VIH, BASADAS EN APTITUDES PARA LA VIDA DURANTE EL ULTIMO CURSO ACADEMICO, SEGÚN REPORTE UNGASS 2009 INDICADOR N° 11	Coordinar con la Secretaria de Educación Pública en forma permanente una campaña sobre educación y salud sexual	México, no cuenta con una encuesta escolar que dé cuenta de este indicador. Asimismo, la revisión de los planes de estudio nacionales de estudio tiene su grado de complejidad
<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>			Capacitar a docentes como multiplicadores en el ámbito escolar.	Numerador= 835 Denominador= 13560 Porcentaje= 6.16%
<b>CUBA</b>			Fortalecer las acciones de Preparación de profesores y personal no docente comunicación en los centros escolares, (Ministerio de Educación).	Todas 93,6% Primaria 92,0% Secundara 100%

*Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.*

Para la prevención del VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, utilizamos como indicador el número 11 del UNGASS 2009 de los países en estudio, con los puntos de referencia descritos, los resultados obtenidos son: México no reportaron el indicador, Republica Dominicana expresa un porcentaje muy bajo, Cuba reporta datos de primaria y secundaria, con porcentajes altos de escuelas que imparten educación sobre el VIH/sida.

¿La utilidad práctica de los reportes UNGASS en términos de estandarización de resultados a través de sus indicadores, refleja la situación real de los países en la respuesta al VIH/sida?

<sup>54</sup> Podemos capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH.

I) Indicador relacionado con la segunda área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>55</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.

**CUADRO N° 49**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA SEGUNDA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
<b>MÉXICO</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH EN MUJERES GESTANTES	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben medicamentos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	Realizar la detección de VIH al 100% de las embarazadas que se atienden en las Instituciones de Salud.	124/485= 26%
<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>			Proporción de embarazadas que viven con VIH y/o SIDA con intervenciones completas basadas en protocolo nacional.	Numerador= 2008: 1036. 2009: 949 Denominador= 2008: 2,030 2009: 2,020 Porcentaje= 2008: 51,03% 2009: 46,98%
<b>CUBA</b>			INDICADOR 5 UNGASS: 2009	Mantener bajas tasas de transmisión vertical de las ITS/VIH/sida en todas las provincias.

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

Los resultados son: Cuba, que informa un porcentaje óptimo 100%, República Dominicana, porcentajes promedio aproximados al 50% en ambos años 2008 y 2009, México, un porcentaje global bajo de 26%.

¿Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH?

II) Indicador relacionado con la cuarta área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>56</sup>, contrastado con indicador reporte UNGASS.

**CUADRO N° 50**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA CUARTA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
<b>MÉXICO</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE LA COINFECCIÓN VIH/TB	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la Tuberculosis y el VIH.	Capacitación al personal de salud especializado en atención de personas con VIH/SIDA ITS, y de TB-SIDA	77.4%.
<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>			Desarrollar estudios poblacionales sobre los factores que aumentan la vulnerabilidad en VIH y SIDA que sirvan de base en intervenciones.	Numerador= 260 Denominador= 2008=620 Porcentaje= 2008= 41,94%
<b>CUBA</b>			INDICADOR 6: UNGASS: 2009	Fortalecido el Sistema de Atención Ambulatoria que garantiza una atención médica integral a las personas con VIH/SIDA.

<sup>55</sup> Podemos evitar que las madres mueran y los bebés contraigan el VIH.

<sup>56</sup> Podemos evitar que las personas que viven con el VIH, mueran a causa de la Tuberculosis.

Ref. Datos de los PENs y UNGASS últimos de cada país.

El efecto directo de este componente es la prevención de la co-infección VIH/TB, cuyo indicador se relaciona con el número 6 del UNGASS 2009 de cada país, los puntos de referencia responden al indicador, y los resultados obtenidos reflejan porcentajes de tratamiento VIH/TB, satisfactorios en Cuba, relativamente altos en México para República Dominicana el porcentaje dato del 2008 no sobrepasa el 50%.

¿Podemos evitar que las personas que viven con el VIH, mueran a causa de la Tuberculosis?<sup>57</sup>

**m) Indicador relacionado con la decima área prioritaria del marco de resultados ONUSIDA<sup>58</sup>, contrastado con indicador reporte ICPN.**

**CUADRO N° 51**

<b>INDICADOR RELACIONADO CON LA DECIMA AREA PRIORITARIA DEL MARCO DE RESULTADOS ONUSIDA</b>				
País	Efectos directos	Indicadores	Puntos de referencia	Meta alcanzada
<b>MÉXICO</b>	FORTALEZAS MÁS REPRESENTATIVAS DESCRITAS EN EL NUEVO PEN EN RELACIÓN A LA PROTECCION SOCIAL PARA LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH.	PERCEPCIÓN GENERAL EN RELACIÓN A COMO CALIFICARIA LAS POLITICAS LEYES Y REGLAMENTOS VIGENTES PARA PROMOVER Y PROTEGER LOS DD.HH EN RELACIÓN CON EL VIH EN 2009. ICPN(parte B) (Rango de 0 – 10)	Lograr que el 80% de las poblaciones clave, tengan percepciones de no discriminación en los servicios de salud.	Calificación año 2009 (4) puntos
<b>REPUBLICA DOMINICANA</b>			Capacitar actores claves en veeduría social, en DDHH y marco legal.	Calificación año 2009 (3) puntos
<b>CUBA</b>			Funcionamiento estable y sistemático de los Grupos Operativos para el Control y Lucha contra el SIDA (GOPELS) según nivel administrativo.	Calificación año 2009 (8) puntos

Ref. Datos de los PENs y UNGASS ICPN últimos de cada país

La protección social para las personas afectadas por el VIH, es un componente importante en la respuesta a la epidemia, un indicador que consideramos sensible para responder a esta problemática es la “percepción de la sociedad civil en relación a cómo calificaría las políticas leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los DD.HH en relación con el VIH” (según ICPN 2009 parte B), la calificación como meta alcanzada refleja un promedio de 5 puntos, comparativamente con lo encontrado en los otros dos grupos de países analizados, el puntaje promedio es menor, destaca sin embargo que Cuba, tiene de forma particular una calificación de 8 muy por encima de los otros dos países.

¿Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH?<sup>59</sup>

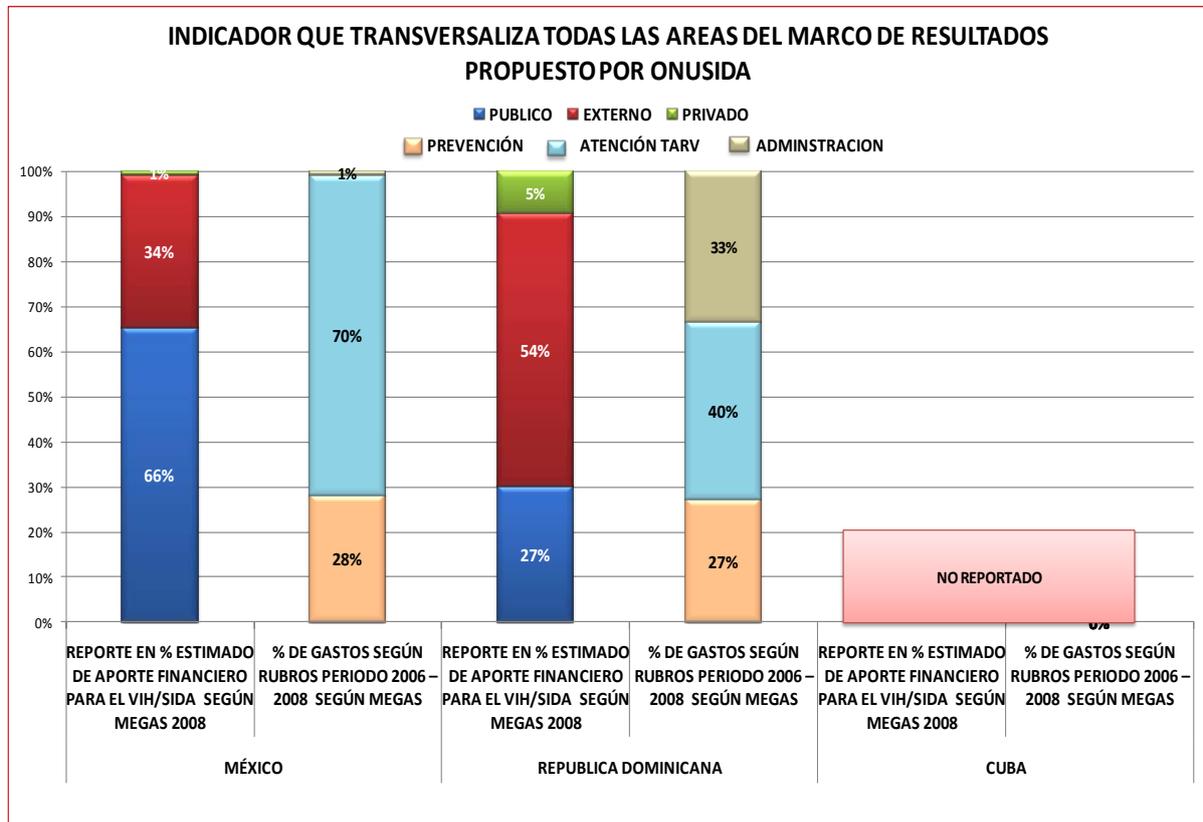
<sup>57</sup> Marco de resultados de ONUSIDA

<sup>58</sup> Podemos mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.

<sup>59</sup> Marco de resultados de ONUSIDA.

n) Indicador que transversaliza todas las áreas prioritaria del marco de resultados ONUSIDA.

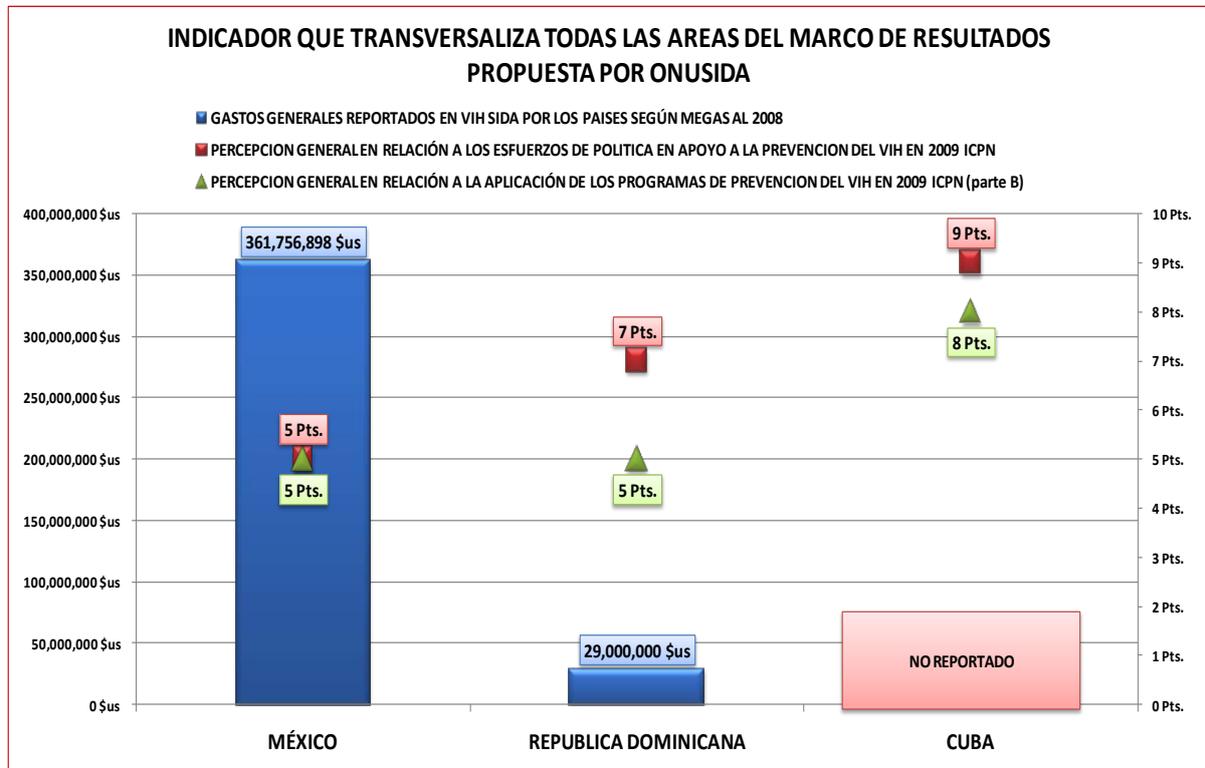
GRAFICO N° 31



Ref. Datos de los PENS, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

La descripción analítica de estos países, se resumen en que, se aprecia que los recursos financieros provienen en mayor cuantía del aporte Público en México, lo contrario sucede en Republica Dominicana, donde los aportes son más de la cooperación externa y un porcentaje menor del sector privado, la mayor cantidad de recursos es utilizado para el rubro de atención y tratamiento en los dos países que informan, la prevención esta posteriormente, no ha sido posible recopilar datos de Cuba en la documentación revisada.

**GRAFICO N° 32**



Ref. Datos de los PENs, UNGASS, MEGAS últimos de cada país.

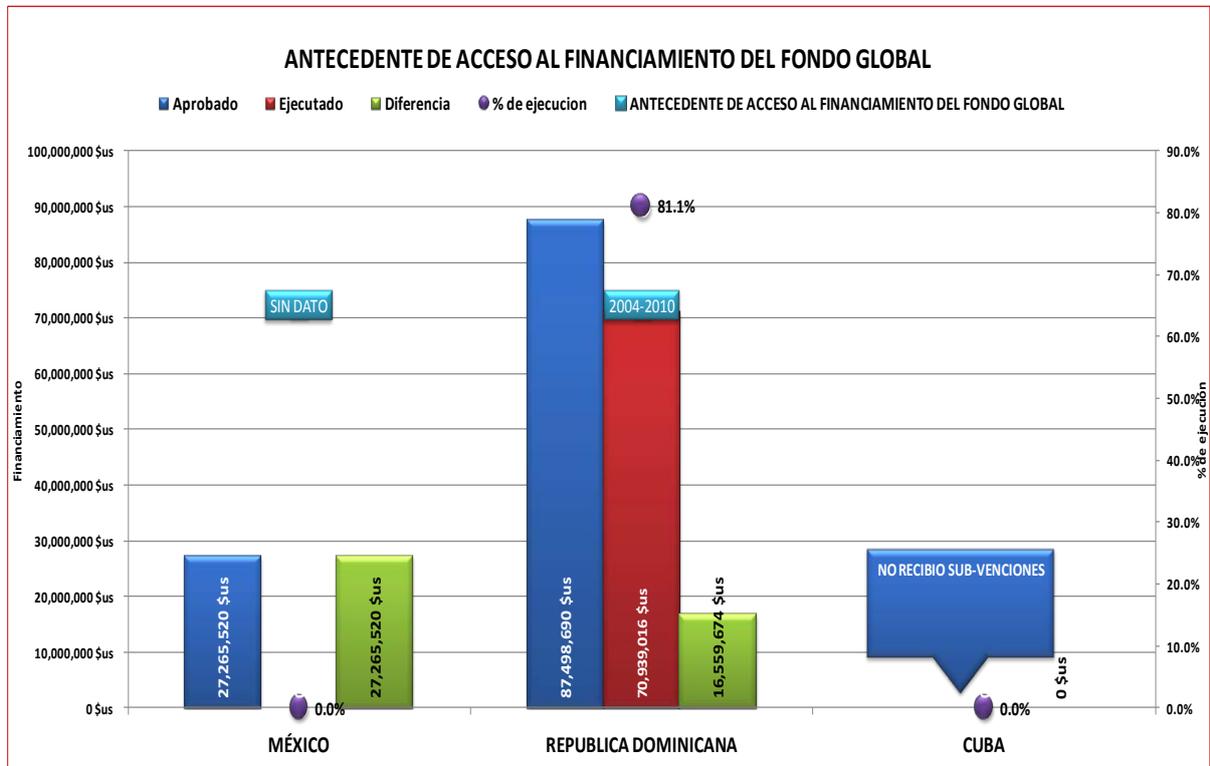
Las cifras de inversión financiera para VIH/sida reportada en los MEGAS de cada país, nos muestra un panorama general, diferenciado en cuanto a disponibilidad de recursos, México, con una cantidad mucho mayor de recursos, luego Republica Dominicana, de Cuba no se reportó este dato.

La base fundamental para evitar en mayor grado la expansión de la epidemia del VIH/sida, es la prevención, por lo tanto se requiere de mayor inversión en este rubro, por ese motivo aplicamos como un indicador de evaluación, la “percepción de los gobiernos, respecto a los esfuerzos realizados en la aplicación de políticas de prevención del VIH/sida por los países según ICPN 2009, encontrando un promedio de puntaje de aprobación de 7 en una escala de 10 y la “percepción en relación a la aplicación de programas de prevención del VIH/sida” según ICPN 2009 parte B, resultando un promedio general de 6 puntos, la diferencia comparativa con el grupo de países de Centro América refleja que la percepción de la sociedad civil en Sud América no aprueba este esfuerzo, en Centro América y en este caso de México y los dos países del Caribe con una puntuación por encima de 5 si lo aprueban.

La diferencia a favor sin embargo está en la puntuación de Cuba por encima de los otros dos países.

¿Los recursos económicos con los que cuentan los países están distribuidos equitativamente y son suficientes, para alcanzar los objetivos de acceso universal y al mismo tiempo ayudar a conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

**GRAFICO N° 33**



Ref. Datos de [theglobalfund.org](http://theglobalfund.org) portafolio de subvenciones del Fondo Mundial.

Los datos que reporta Fondo Mundial, nos ofrece un panorama referencial importante, para apreciar que tanto México como Republica Dominicana, han obtenido subvenciones del Fondo Mundial, en el caso del primer país, se entiende que aun no firmaron el convenio pero la subvención esta aprobada, Republica Dominicana, ejecuta el apoyo desde el año 2004, a la fecha alcanzo una ejecución del 81%, no se encontró antecedentes de subvenciones recibida por Cuba.

## **1. Capítulo IV. Complementación Estadística referencial, análisis de integración de indicadores trazadores de Acceso Universal en Latino América y el Caribe**

Desde el 2006, cuando los Estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a ampliar los servicios y las intervenciones con el objetivo de lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención para el año 2010, la OMS, UNICEF y ONUSIDA han tratado de controlar los componentes clave de la respuesta del sector salud a la epidemia de VIH en el mundo. El informe de Acceso Universal – Progresos 2010<sup>1</sup>, el cuarto informe anual publicado desde 2006, evalúa la situación a finales de 2009, un año antes de la meta de acceso universal considerando el estado mundial de la respuesta del sector sanitario al VIH, los progresos realizados y los desafíos para lograr el acceso universal.

De acuerdo a este informe, en el año 2009 se avanzó en la expansión continua el acceso a las pruebas del VIH, la prevención, tratamiento y atención en países de bajos y medianos ingresos. Si bien algunos países ya han alcanzado el acceso universal (que se define como la cobertura de al menos el 80% de la población que lo necesita) a tratamiento antirretroviral y a las intervenciones para prevenir la transmisión vertical madre niño; y otros países estarían por lograrlo a finales de 2010, los objetivos globales para la prevención, tratamiento, atención es poco probable que se logre en el plazo previsto.

En el informe de actualización de la epidemia del VIH 2009<sup>2</sup> se muestra que la cobertura de antirretrovirales en América Latina (54% en 2008) está por encima de la media mundial (42%), siendo en general, más alta en América del Sur que en América Central (ONUSIDA, 2008). Sin embargo si se consideran las nuevas Guías de la OMS 2010, esta cobertura estaría alrededor del 36%. Es importante resaltar que diversos estudios realizados en diversas localidades en América Latina demuestran la correlación entre el incremento en enrolamiento con una notable disminución de la mortalidad relacionada con el VIH (Kilsztajn et al., 2007)

Los indicadores de los países de Latino América consignados en el informe de Acceso Universal – Progresos 2010 nos muestra amplios rangos entre los avances de los países. En el caso de acceso a los servicios de tamizaje y consejería, si bien no se cuenta con estándares recomendados para poder coberturar satisfactoriamente las necesidades de la población principalmente adulta, se espera que dentro de la organización de los sistemas de salud se garantice el acceso a la prueba sobre todo de aquellas personas en mayor riesgo y vulnerables.

---

<sup>1</sup> WHO. *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress*

<sup>2</sup> UNAIDS. *AIDS epidemic update: November 2009. "UNAIDS/09.36E / JC1700E"*

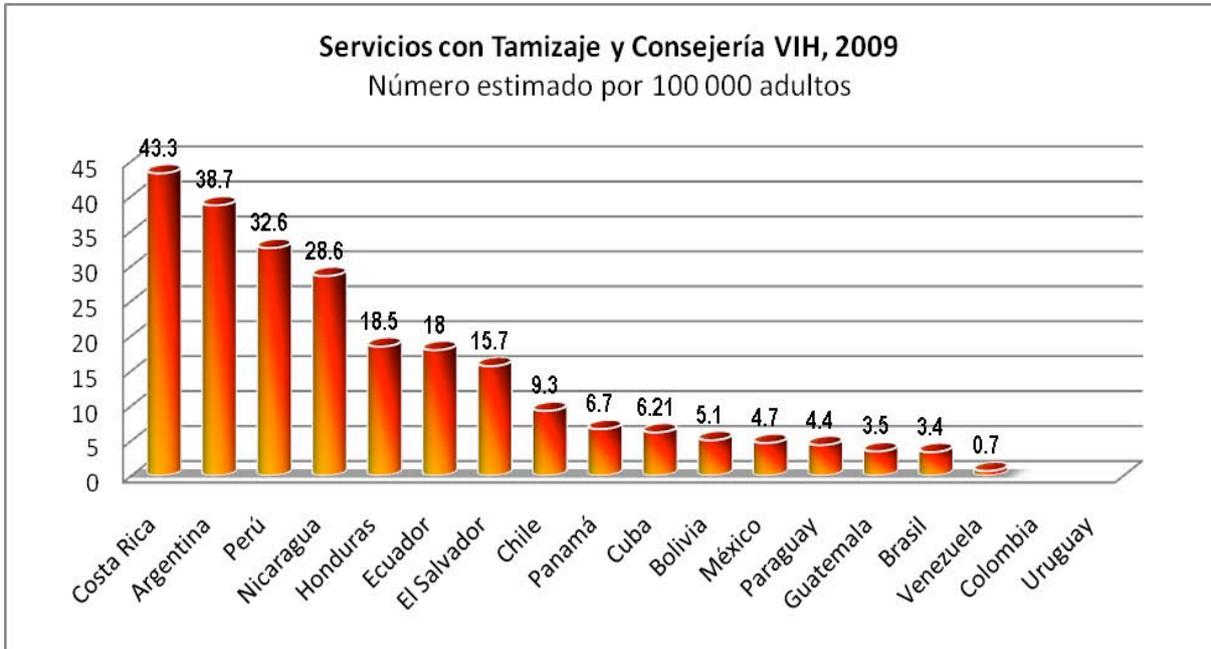
**TABLA N 1**  
**Numero de servicios de tamizaje y consejería VIH reportados y N° de personas mayores de 15 años que reciben tamizaje y consejería 2009**

PAISES	Servicios con Tamizaje y Consejería VIH, 2009		PAISES	Número de personas mayores de 15 años que recibieron tamizaje y consejería VIH, 2009		Periodo de reporte
	Número reportado	Número estimado por 100 000 adultos		Número reportado	Número estimado por 1 000 adultos	
 Costa Rica	1 106	43.3	 Cuba	888,065	310.7	Ene 09–Dic 09
 Argentina	7,856	38.7	 El Salvador	362,628	116.6	Ene 09–Dic 09
 Perú	5,096	32.6	 Nicaragua	205,233	68.1	Ene 09–Dic 09
 Nicaragua	862	28.6	 Chile	560,147	61.5	Ene 09–Dic 09
 Honduras	700	18.5	 Ecuador	403,263	57.3	Ene 09–Dic 09
 Ecuador	1,263	18	 Honduras	199,006	52.5	Ene 09–Dic 09
 El Salvador	489	15.7	 Paraguay	159,607	49	Ene 09–Dic 09
 Chile	844	9.3	 Bolivia	210,021	42.5	Ene 09–Dic 09
 Panamá	123	6.7	 Guatemala	243,644	37.3	Ene 09–Dic 09
 Cuba	378	6.21	 Panamá	60,798	33.3	Ene 09–Dic 09
 Bolivia	250	5.1	 Argentina			
 México	2,784	4.7	 Brasil			
 Paraguay	143	4.4	 Colombia			
 Guatemala	230	3.5	 Costa Rica			
 Brasil	3,579	3.4	 México			
 Venezuela	103	0.7	 Perú			
 Colombia			 Uruguay			
 Uruguay			 Venezuela			
<b>N° países informantes</b>		<b>16</b>			<b>10</b>	

Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Encontramos que 8 de 10 países no han informado sobre el número de personas mayores de 15 años que reciben tamizaje y consejería con datos 2009, lo cual dificulta el análisis entre estos indicadores de estructura (disponibilidad de servicios) y producto (cobertura de tamizaje y consejería).

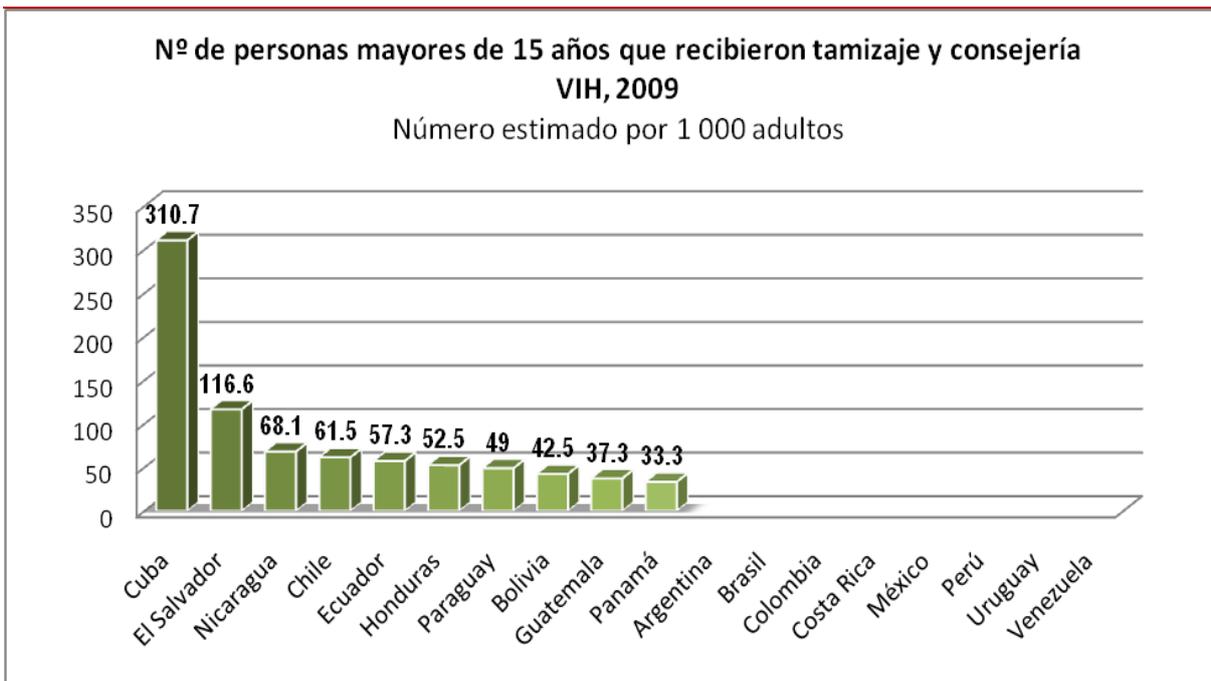
**GRAFICO N° 34**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

El número de servicios con Tamizaje y Consejería estimado por 100 000 habitantes oscila entre 43,3 en Costa Rica y 0,7 en Venezuela, siendo la media de 15 entre los 16 países que han informado, lo que significa un servicio por cada 6 683 habitantes.

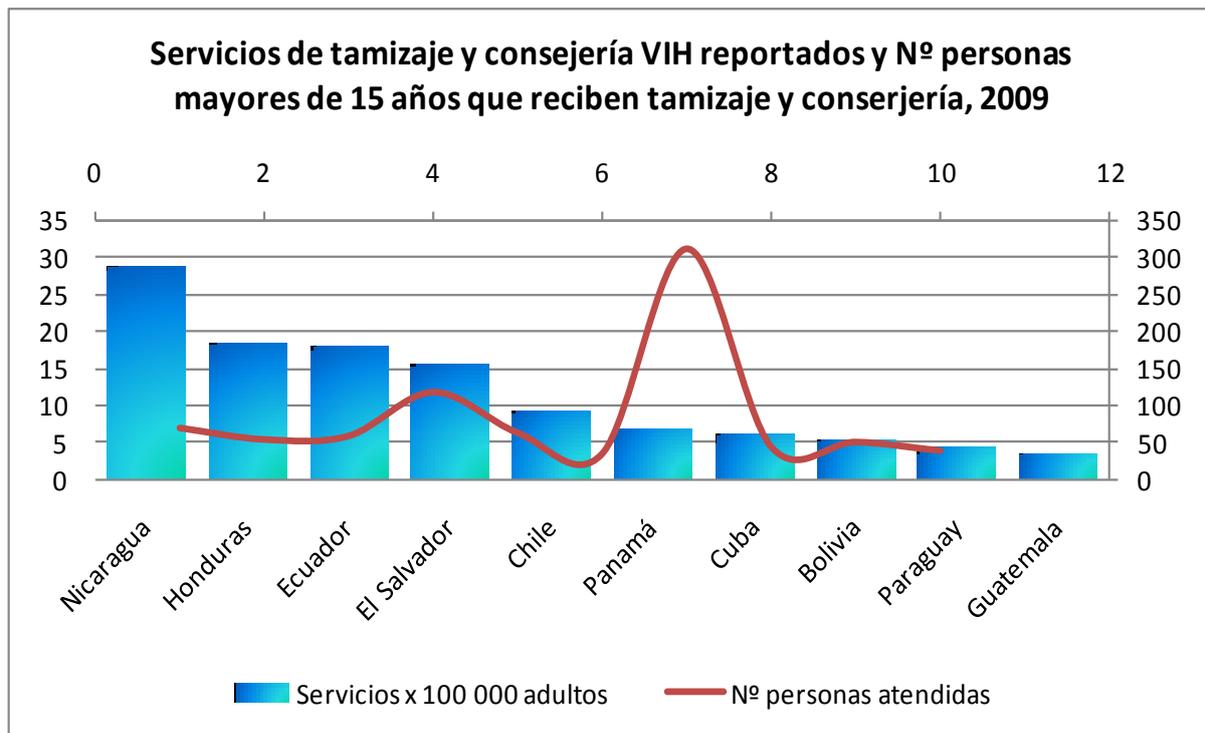
**GRAFICO N° 35**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Respecto al número de personas mayores de 15 años que recibieron tamizaje y consejería estimado por 1 000 adultos, la cobertura oscila entre 310.7 en Cuba y 33.3 en Panamá, siendo la media 82.9 entre los 10 países que informaron y de 57.6 sin considerar a Cuba que tiene un valor muy por encima de los demás.

**GRAFICO N° 36**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Considerando a los países que han informado el número de personas mayores de 15 años que recibieron Tamizaje y consejería para VIH estimado por 1000 adultos con el número de servicios con Tamizaje y Consejería estimado por 100 000 habitantes, notamos que no existe una correlación directamente proporcional entre estos indicadores, es decir no necesariamente los países que han reportado una mayor disponibilidad de servicios son los que han alcanzado las mayores coberturas, lo que obliga a pensar en otras variables intervinientes tales como barreras de acceso (geográficas, socio-culturales, económicas, calidad de los servicios, rigurosidad del registro, etc.).

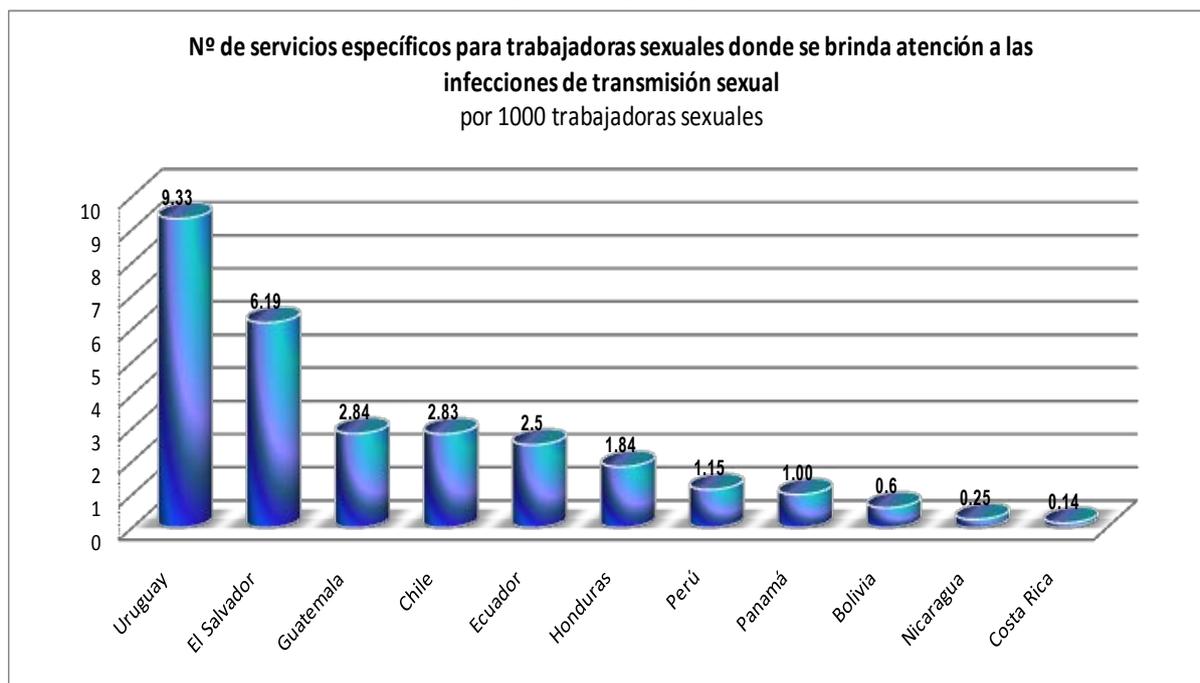
**TABLA N° 2**  
**Número de servicios específicos para trabajadores sexuales donde se brinda atención a las ITS (por 1 000 trabajadoras sexuales) y Prevalencia de sífilis en los servicios de atención prenatal, por país, 2009**

PAISES	N° de servicios específicos para trabajadores sexuales donde se brinda atención a las infecciones de transmisión sexual (por 1000 trabajadoras sexuales)	PAISES	Prevalencia de sífilis en los servicios de atención prenatal
 Uruguay	9.33	 Honduras	0.07%
 El Salvador	6.19	 Chile	0.15%
 Guatemala	2.84	 México	0.27%
 Chile	2.83	 El Salvador	0.29%
 Ecuador	2.5	 Perú	0.33%
 Honduras	1.84	 Nicaragua	0.45%
 Perú	1.15	 Guatemala	0.55%
 Panamá	1.00	 Cuba	0.77%
 Bolivia	0.6	 Colombia	1.14%
 Nicaragua	0.25	 Argentina	1.40%
 Costa Rica	0.14	 Brasil	1.60%
		 Paraguay	3.43%
<b>N° países informantes</b>	<b>11</b>	<b>N° países informantes</b>	<b>12</b>

Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

El acceso de las poblaciones vulnerables constituye parte de la política y líneas de intervención de todos los países de la Región, considerando que la epidemia es concentrada.

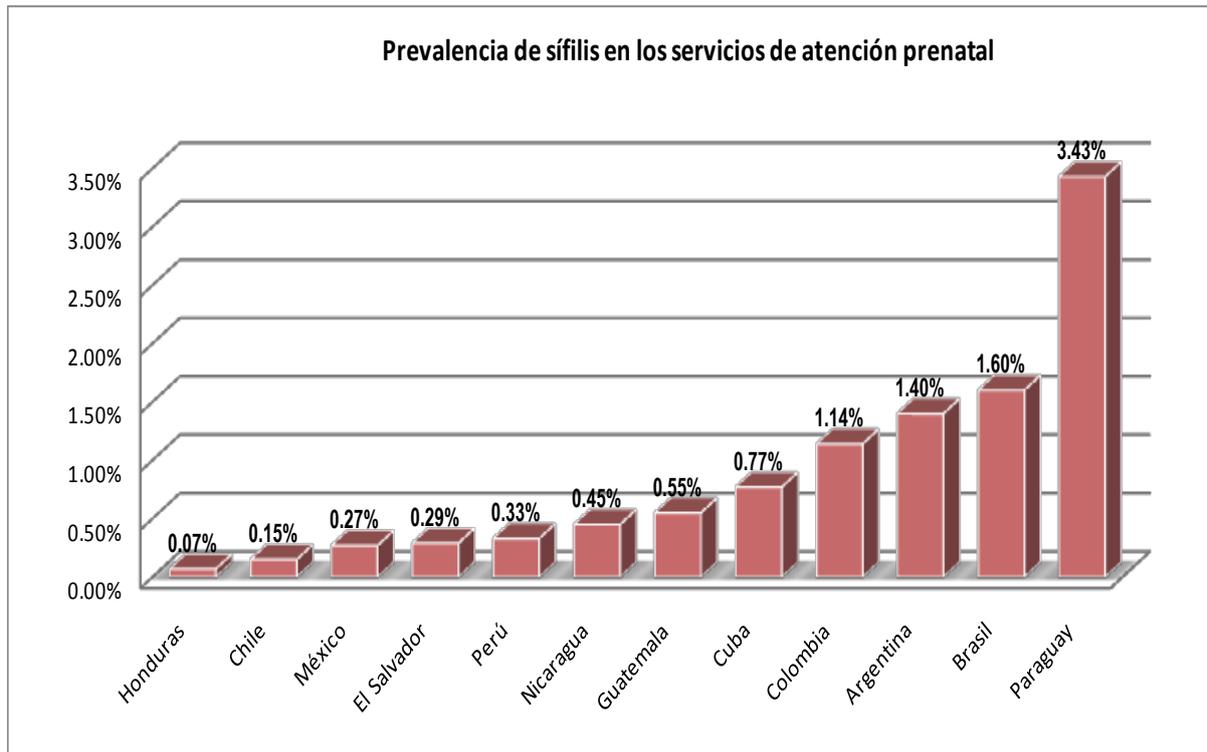
**GRAFICO N° 37**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

La media de servicios específicos para trabajadores sexuales donde se brinda atención a las ITS por 1 000 trabajadoras sexuales de los 11 países informantes es de 2.6 variando entre 9.33 en Uruguay y 0.14 en Costa Rica.

**GRAFICO N° 38**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

La prevalencia de sífilis reportada en los servicios de Atención Prenatal varía entre 3,43% en Paraguay y 0,07% en Honduras, siendo la media de 0,87% de los 12 países informantes y de 0,64% sin considerar a Paraguay.



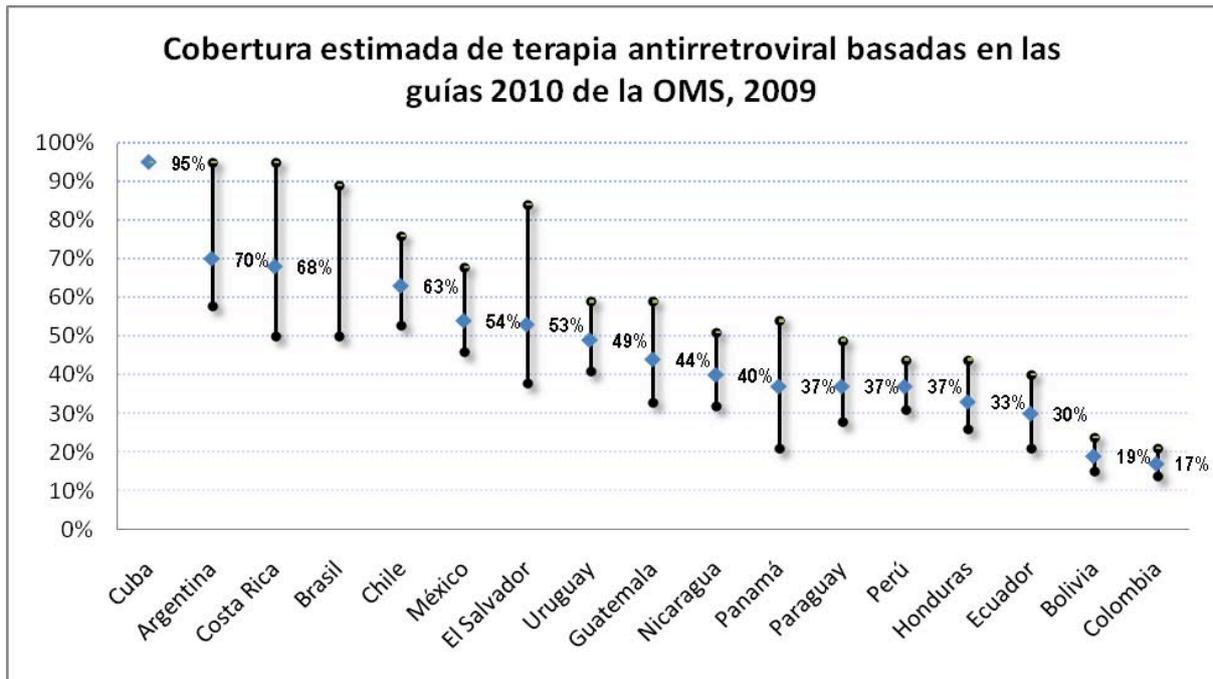
**TABLA N° 3**  
**Personas (todas las edades) que reciben y necesitan terapia antirretroviral y coberturas, 2008–2009**

PAISES	N° de personas reportadas que reciben terapia antirretroviral 2008	Mes y año del reporte	N° de personas reportadas que reciben terapia antirretroviral 2009	Mes y año del reporte	N° estimado de personas que necesitan terapia antirretroviral basados en la guías 2010 de la OMS, 2009			Cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las guías 2010 de la OMS, 2009			N° estimado de personas que necesitan terapia antirretroviral basados en la guías 2006 de la OMS, 2009			Cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las guías 2006 de la OMS, 2009			N° estimado de personas que necesitan terapia antirretroviral basados en el reporte del país, 2009
					Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	
Argentina	40,240	Dic-08	42,815	Dic-09	61,000	42,000	74,000	70%	58%	>95%	50,000	37,000	58,000	86%	74%	>95%	
Bolivia	758	Dic-08	1,115	Dic-09	6,000	4,700	7,600	19%	15%	24%	3,900	3,100	5,000	28%	22%	36%	5,050
Brasil	194,984	Dic-08				220,000	390,000		50%	89%		190,000	300,000		65%	>95%	
Colombia	17,551	Dic-08	16 302	Dic-09	95 000	79,000	120,000	17%	14%	21%	63,000	53,000	75,000	26%	22%	31%	22,924
Costa Rica	2 886	Dic-08	3 064	Dic-09	4 500	3 100	6,100	68%	50%	>95%	3,500	2,500	4,800	86%	64%	>95%	
Cuba	3 999	Dic-08	5 034	Dic-09	3 500	2 900	4,100	>95%	>95%	>95%	2,900	2,400	3,400	>95%	>95%	>95%	5,034
Chile	10,904	Dic-08	12,762	Dic-09	20,000	17,000	24,000	63%	53%	76%	16,000	12,000	19,000	81%	68%	>95%	15,520
Ecuador	3,728	Dic-08	5,538	Dic-09	19 000	14,000	26,000	30%	21%	40%	12,000	9,500	17,000	45%	33%	58%	13,128
El Salvador	7,104	Dic-08	8,348	Dic-09	16,000	10,000	22,000	53%	38%	84%	13 000	8 100	16 000	66%	51%	>95%	
Guatemala	9,694	Dic-08	10,362	Dic-09	24,000	18,000	31,000	44%	33%	59%	16,000	12,000	21,000	63%	48%	84%	14,966
Honduras	6,288	Dic-08	7,075	Dic-09	21,000	16,000	27,000	33%	26%	44%	15,000	12,000	18,000	47%	38%	61%	13,356
México	55,599	Dic-08	60,911	Dic-09	110,000	89,000	130,000	54%	46%	68%	86,000	69,000	98,000	71%	62%	88%	74,000
Nicaragua	744	Dic-08	1,063	Dic-09	2,600	2,100	3,300	40%	32%	51%	1,700	1,400	2,200	62%	49%	79%	1,580
Panamá	3,972	Dic-08	4,463	Dic-09	12,000	8,200	22,000	37%	21%	54%	8,400	6,100	14,000	53%	32%	73%	2,083
Paraguay	1,613	Dic-08	2,073	Dic-09	5,600	4,200	7,400	37%	28%	49%	3,600	2,900	4,500	57%	46%	70%	3,066
Perú	10,232	Dic-08	14,780	Dic-09	40,000	33,000	48,000	37%	31%	44%	26,000	22,000	31,000	57%	47%	67%	20,201
Uruguay			2,510	Dic-09	5,100	4,300	6,100	49%	41%	59%	3,700	3,100	4,400	67%	57%	81%	3,018
Venezuela	27,240	Dic-08	32,302	Dic-09													161,510

Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Los datos consignados en el Reporte 2010 muestran variaciones importantes respecto a los años anteriores, esto debido a la comparación entre las estimaciones comparativas entre las recomendaciones de las Guías OMS 2006 (CD4<200) y las Guías OMS 2010 (CD4<350).

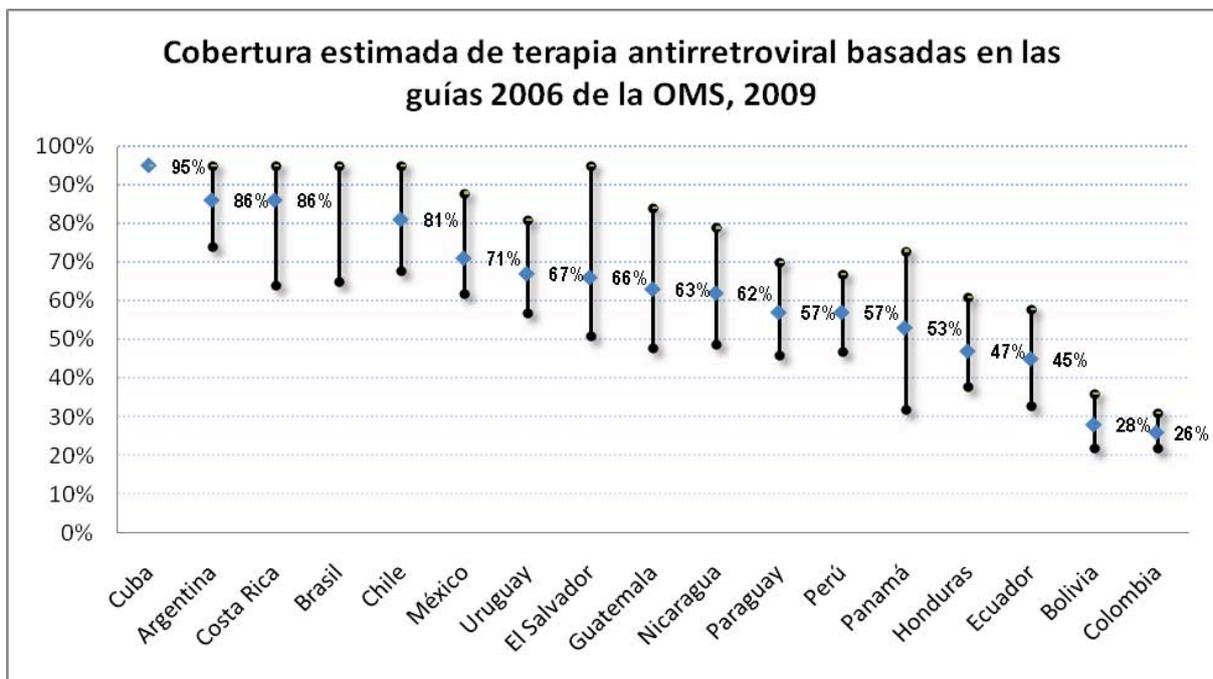
**GRAFICO N° 39**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

La cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las Guías 2010 de la OMS muestra que sólo Cuba estaría por encima del 80%, siendo la media estimada de 47% sin considerar a Brasil (para el que no se ha reportado valor estimado). Los países andinos son los que tendrían los valores más bajos.

**GRAFICO N° 40**

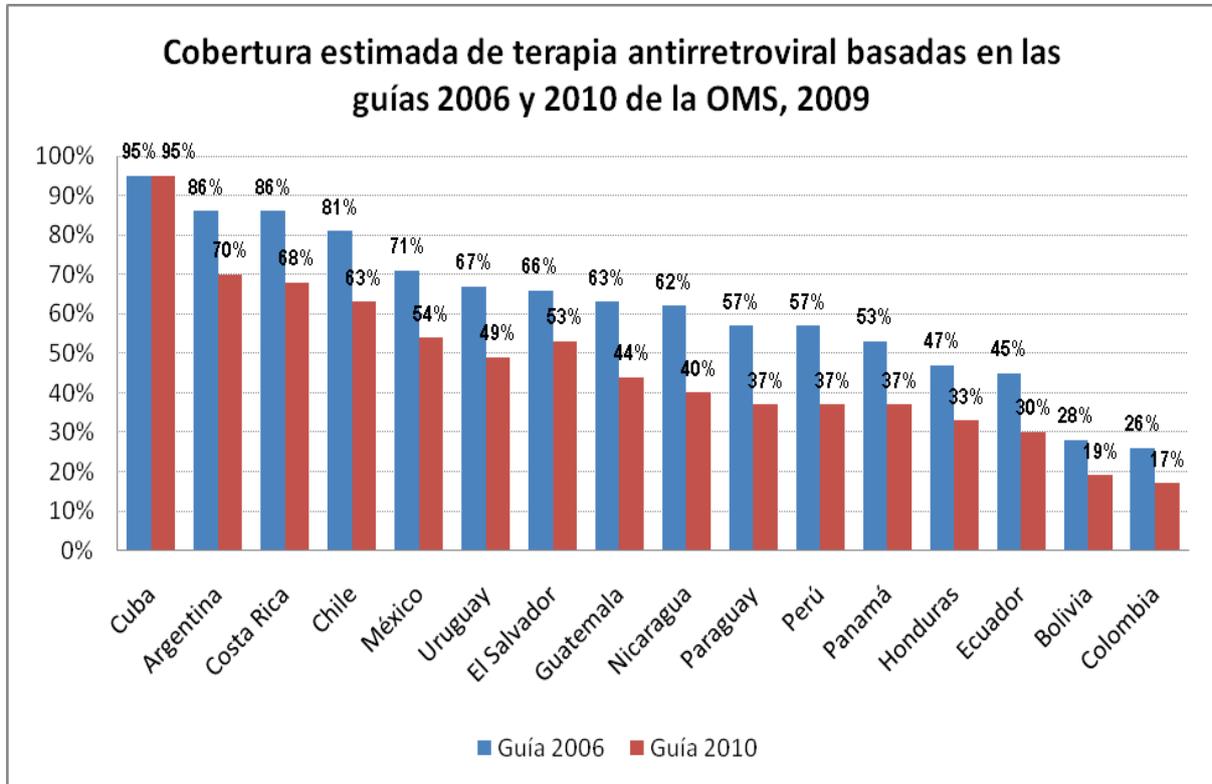


Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

La cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las Guías 2006 de la OMS muestra que cinco países estarían por encima del 80% (Cuba, Argentina, Costa Rica, Brasil,

Chile) siendo la media estimada de 64% sin considerar a Brasil (para el que no se ha reportado valor estimado). Asimismo, los países andinos son los que tendrían los valores más bajos.

**GRAFICO N° 41**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

Esta información de cobertura varía en los diferentes reportes (UNGASS, Acceso Universal, ODM) dado que las bases de datos se van actualizando para cada uno de los periodos de información. Por otro lado algunos de los países de la Región han manifestado su desacuerdo con las metodologías de estimación de las necesidades de tratamiento (mediante aplicativos como el SPECTRUM) debido a la planificación de la atención de la demanda se basa en pacientes existentes o identificados, los cuales en la mayoría de los países son atendidos de acuerdo a los criterios y protocolos vigentes<sup>3</sup>.

En algunos casos las diferencias entre estos datos y los datos consignados en los reportes UNGASS son muy significativos, así por ejemplo Colombia reporta (según las Guías 2006 de la OMS) una cobertura del 71%, en el informe UNGASS 2010 mientras que en el Reporte de Acceso 2010 se estima que sólo alcanzaría el 26%. Estas diferencias principalmente están dadas por la metodología de estimación del denominador

<sup>3</sup> Informes UNGASS 2010 de los países de América Latina

**TABLA N° 4**

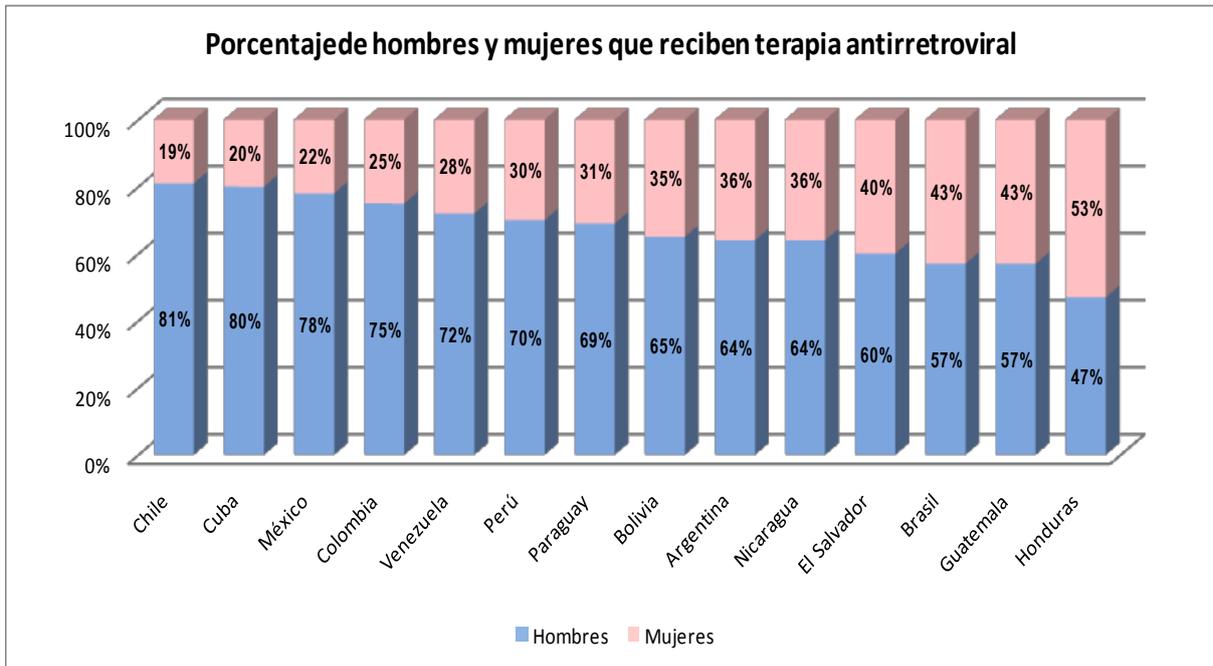
**Número reportado de personas que reciben tratamiento antirretroviral por sexo y edad, y N° estimado de niños que reciben tratamiento antirretroviral y cobertura, 2009**

PAISES	N° reportado de hombres y mujeres que reciben terapia antirretroviral					N° reportado de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral					N° estimado de niños que necesitan terapia antirretroviral basados en los métodos ONUSIDA/OMS, 2009			Cobertura estimada de terapia antirretroviral en niños. Diciembre 2009		
	Mes y año de reporte	Hombres	% del total	Mujeres	% del total	Mes y año de reporte	Adultos (+15 años)	% del total	Niños (<15 años)	% del total	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
 Argentina	Dic-08	26,791	64%	15,250	36%	Dic-08	400	95%	2,000	5%		<500	<1 000		>95%	>95%
 Bolivia	Dic-09	721	65%	394	35%	Dic-09	1,065	96%	50	4%		<200	<1 000		8%	28%
 Brasil	Dic-08	106,769	57%	79,867	43%	Dic-08	178,697	96%	7,939	4%		8200	12000		65%	>95%
 Colombia	Dic-09	12,254	75%	4,043	25%							1000	3400			
 Costa Rica						Dic-09	3,003	98%	61	2%		<100	<200		33%	>95%
 Cuba	Dic-09	4,027	80%	1,007	20%	Dic-09	5,014	100%	20	0%		<100	<100		22%	59%
 Chile	Dic-09	10,376	81%	2,386	19%	Dic-08	10,865	98%	186	2%		<500	<1 000		21%	59%
 Ecuador						Dic-09	5,131	93%	407	7%		<500	1000		39%	>95%
 El Salvador	Dic-08	4,262	60%	2,842	40%	Dic-09	8,048	96%	300	4%		1100	1500		20%	28%
 Guatemala	Dic-09	5,904	57%	4,458	43%	Dic-09	9,594	93%	768	7%		<1000	2500		31%	77%
 Honduras	Dic-09	3,323	47%	3,752	53%	Dic-09	6,356	90%	719	10%		<1000	1800		40%	81%
 México	Dic-09	47,384	78%	13,527	22%	Dic-09	59,317	97%	1,594	3%		1300	3200		50%	>95%
 Nicaragua	Dic-09	679	64%	384	36%	Dic-09	1,007	95%	56	5%		<100	<200		34%	79%
 Panamá						Dic-09	4,207	94%	256	6%		<500	<500		79%	>95%
 Paraguay	Dic-08	1,022	69%	461	31%	Dic-08	1,483	92%	130	8%		<200	<500		49%	>95%
 Perú	Dic-09	10,346	70%	4,434	30%	Dic-09	14,263	97%	517	3%		<500	1400		36%	>95%
 Uruguay						Dic-06	2,350	94%	160	6%		<100	<200		81%	>95%
 Venezuela	Dic-09	23,338	72%	8,964	28%	Dic-09	31,518	98%	784	2%						

Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Respecto al número de personas que reciben tratamiento antirretroviral por sexo se ha reportado que en la mayoría de los países existe un mayor número de hombres en tratamiento, la media es de 67% hombres y 33% de mujeres; Honduras reporta más mujeres (53%) en tratamiento.

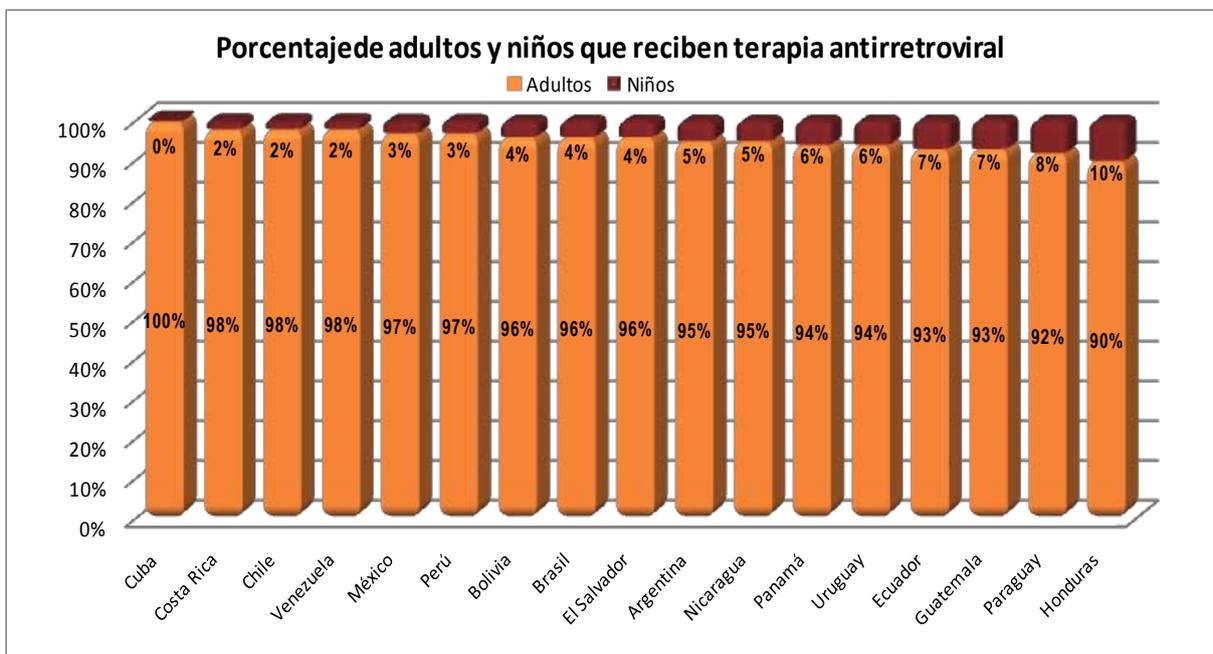
**GRAFICO N° 42**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

La diferencia entre hombres y mujeres varía entre 81% de hombres en Chile y de 47% en Honduras; estas cifras responden no sólo al perfil de la epidemia sino al acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento en cada uno de los países.

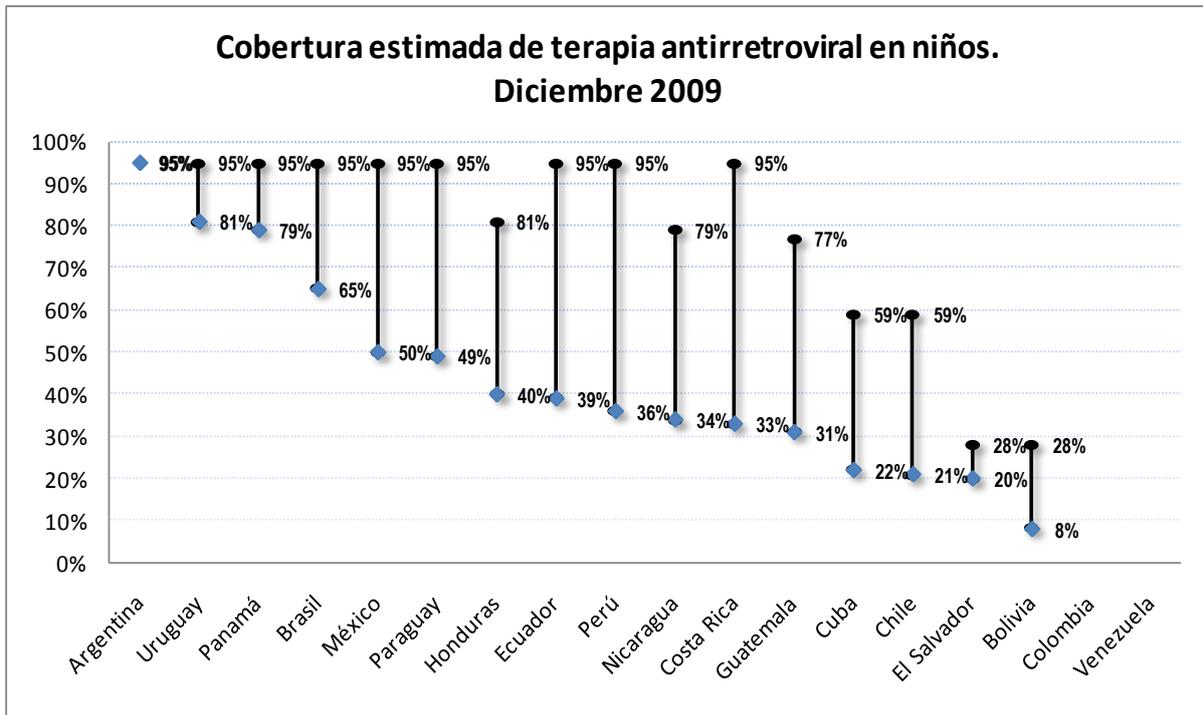
**GRAFICO N° 43**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Respecto al número de personas que reciben tratamiento antirretroviral por edad se ha reportado que en la mayoría de los países que existe un mayor número de adultos que reciben tratamiento que niños (<15 años), siendo la media para adultos de 95% y de niños de 5%; Honduras es el país que reporta el mayor porcentaje de niños en tratamiento (10%).

GRAFICO N° 44



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress

Respecto a la cobertura estimada de terapia antirretroviral en niños basados en los métodos ONUSIDA/OMS, se podría considerar que cuatro países estarían por encima del 80% (Argentina, Uruguay, Panamá y Brasil). La media de cobertura es de 62% [44-79], sin embargo los intervalos estimados son muy amplios, lo que no permite visualizar con una mayor precisión cuales son las brechas para alcanzar el acceso universal de este importante grupo poblacional.

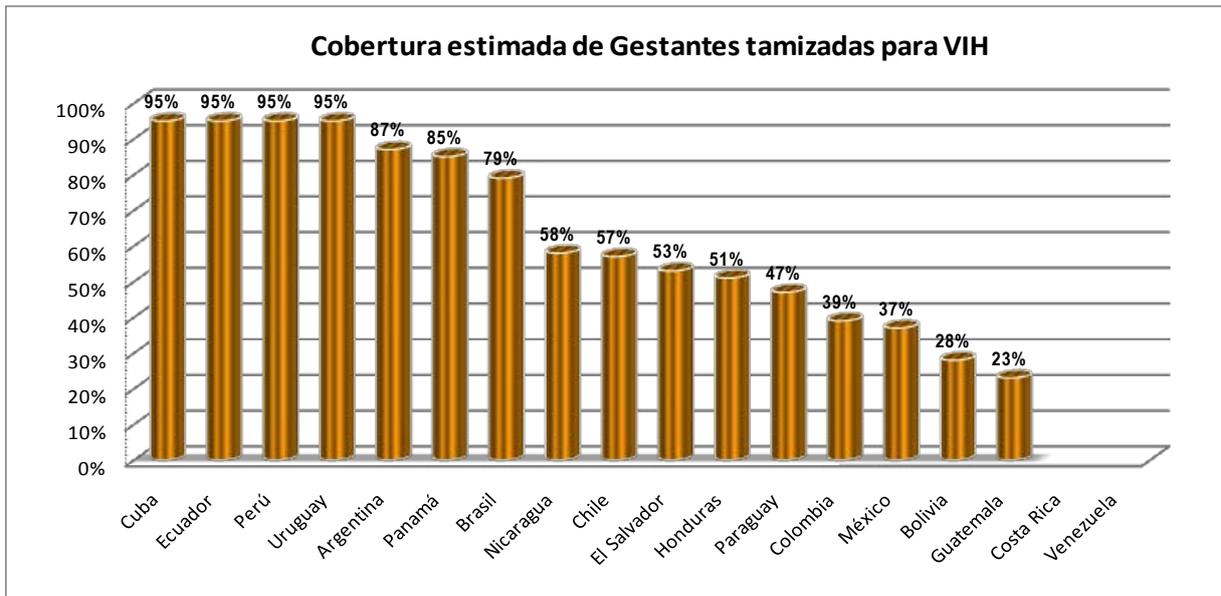
**TABLA N° 5**  
**Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, 2009**

PAISES	N° de gestantes viviendo con VIH que reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical	Periodo	N° estimado de gestantes viviendo con VIH que requieren antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical de acuerdo a los métodos ONUSIDA/OMS			Porcentaje estimado de gestantes viviendo con VIH que requieren antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical			Gestantes tamizadas para VIH		Infantes nacidos de mujeres viviendo con VIH que reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical		Infantes nacidos de mujeres viviendo con VIH que reciben profilaxis con cotrimoxazol en dos meses del nacimiento		Infantes nacidos de mujeres viviendo con VIH que reciben testeo virológico a dos meses del nacimiento	
			Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	N° reportado	Cobertura estimada	N° reportado	Cobertura estimada	N° reportado	Cobertura estimada	N° reportado	Cobertura estimada
 Argentina	2,039	Ene 08–Dic 08		<1000	2,400		86%	>95%	598,123	87%	2,280	>95%	2,160	>95%		
 Bolivia	105	Ene 09–Dic 09		<200	<500		22%	83%	73,369	28%	28	10%	27	10%	23	8%
 Brasil	5,988	Ene 09–Dic 09		3,700	12,000		49%	>95%	2,381,280	79%	7,511	95%			2,306	32%
 Colombia	519	Ene 09–Dic 09		<1000	3 900		13%	55%	353,764	39%	248	12%			83	4%
 Costa Rica	31	Ene 08–Dic 08		<100	<200		17%	53%			38	33%	44	38%	44	38%
 Cuba	50	Ene 09–Dic 09		<100	<200		39% >	95%	122,611	>95%	0	0%	1	1%	50	67%
 Chile	121	Ene 09–Dic 09		<500	<1 000		15%	55%	144,772	57%						
 Ecuador	477	Ene 09–Dic 09		<500	<1 000		48%	>95%	286,211	>95%	315	56%			5	1%
 El Salvador	170	Ene 08–Dic 08		<500	<1 000		19%	71%	65,712	53%	216	42%	176	34%		
 Guatemala	440	Ene 09–Dic 09		<1000	2,900		15%	56%	102,957	23%	159	9%	222	13%		
 Honduras	255	Ene 09–Dic 09		<500	1,300		20%	82%	103,562	51%	255	35%			309	42%
 México	124	Ene 09–Dic 09		1,500	4,500		3%	9%	757,863	37%	58	2%				
 Nicaragua	91	Ene 09–Dic 09		<100	<500		45%	>95%	81,686	58%	81	63%	81	63%	81	63%
 Panamá	118	Ene 09–Dic 09		<200	<1 000		19%	>95%	59,334	85%	154	56%	62	23%		
 Paraguay	148	Ene 09–Dic 09		<200	<500		38%	>95%	73,123	47%	148	62%	85	36%		
 Perú	550	Ene 09–Dic 09		<500	1 700		33%	>95%	599,012	>95%	426	43%				
 Uruguay	70	Ene 08–Dic 08		<100	<500		31%	>95%	47,428	95%						
 Venezuela	233	Ene 09–Dic 09									274					

Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

De los 16 países que han reportado la cobertura estimada de gestantes para la prevención de la transmisión vertical del VIH, seis han logrado más del 80% (Cuba, Ecuador, Perú, Uruguay, Argentina, Panamá).

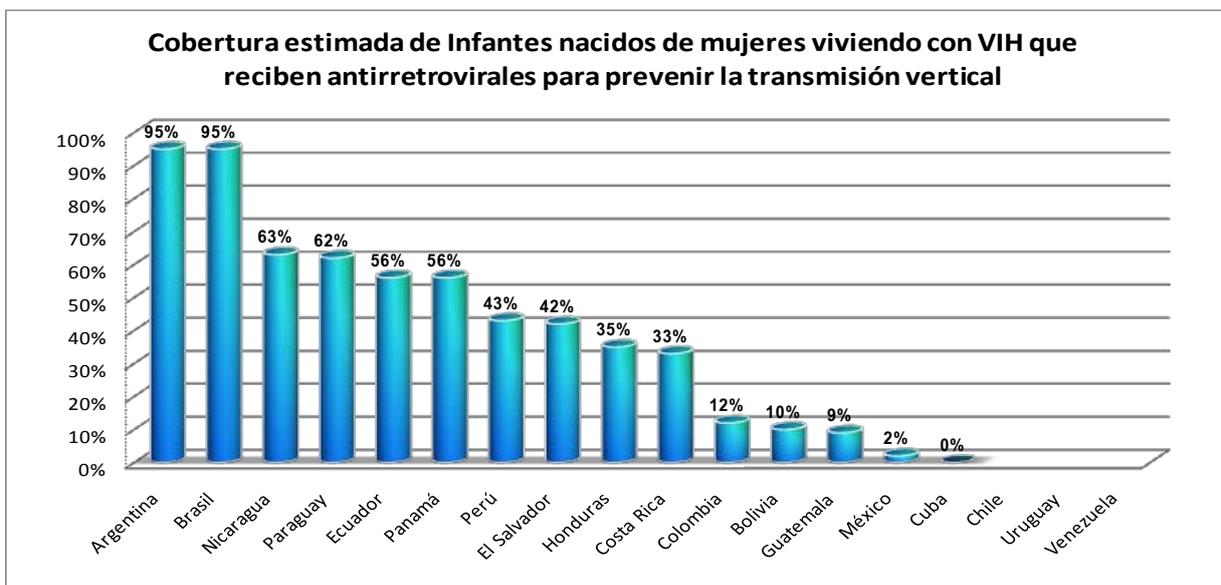
**GRAFICO N° 45**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

Los valores varían entre los países que superan el 95% (Cuba, Ecuador, Perú, Uruguay) y el 23% (Guatemala), siendo la media de 64%.

**GRAFICO N° 46**



Referencia: WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.

La cobertura estimada de infantes nacidos de mujeres viviendo con VIH que reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical varía entre los países que superan el 95% (Argentina, Brasil) y el 2% (México), siendo la media de 44% (sin considerar a Cuba que no reporta casos en niños)

## 2. ANALISIS COMPLEMENTARIO ICPN UNGASS.

**Indicadores de Conocimiento y comportamiento,  
Inversión en Prevención y su correlato con la Calificación ICPN - UNGASS 2010  
CUADRO N° 52**

IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENION								
PAISES	Población 2009*	% pob. expuestas que identifica correctamente formas de prevenir la transmisión (HSH)	% varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	Inversión en Prevención 2009			Calificación ICPN - UNGASS 2010	
				% presupuesto	US\$	US\$ per cápita	Gobierno	Sociedad Civil
Argentina	40,276,400	96%	59,5%					
Bolivia	9,862,900	48%	69%	37%	2,774,597	0.28	7.2	4.6
Brasil (2008)	193,733,800	62%	48%	3.7%	41,759,172	0.22	7	5
Chile	16,970,300	65%	56%	30.3%	33,988,000	2.00	5	1
Colombia	45,659,700	76%	80%	15.8%	21,478,965	0.47	7	4
Costa Rica (2008)	4,578,900	88%	65%	69.5%	30,311,994	6.62	8	5
Cuba	11,204,200	59%	52%					
Ecuador	13,625,100	-	-	50.8%	16,194,710	1.19	6	3
El Salvador	6,163,100	53%	55%				6	6
Guatemala	14,026,900	-	-					
Honduras	7,466,000	6%	48%	60%	17,078,460	2.29		5
México	109,610,000	-	64%	26%	88,830,000	0.81		
Nicaragua (2008)	5,742,800	-	56%	31%	4,668,544	0.81		

IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION								
PAISES	Población 2009*	% pob. expuestas que identifica correctamente formas de prevenir la transmisión (HSH)	% varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	Inversión en Prevención 2009			Calificación ICPN - UNGASS 2010	
				% presupuesto	US\$	US\$ per cápita	Gobierno	Sociedad Civil
Panamá	3,453,900							
Paraguay	6,348,900							
Perú	29,164,900	22%	-	33%	16,910,730	0.58	7	4.3
Uruguay	3,360,900	92%	46%					
Venezuela	28,583,400	-	-	8%	6,012,892	0.21	7	4

Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, Datos poblacionales del PNUD.

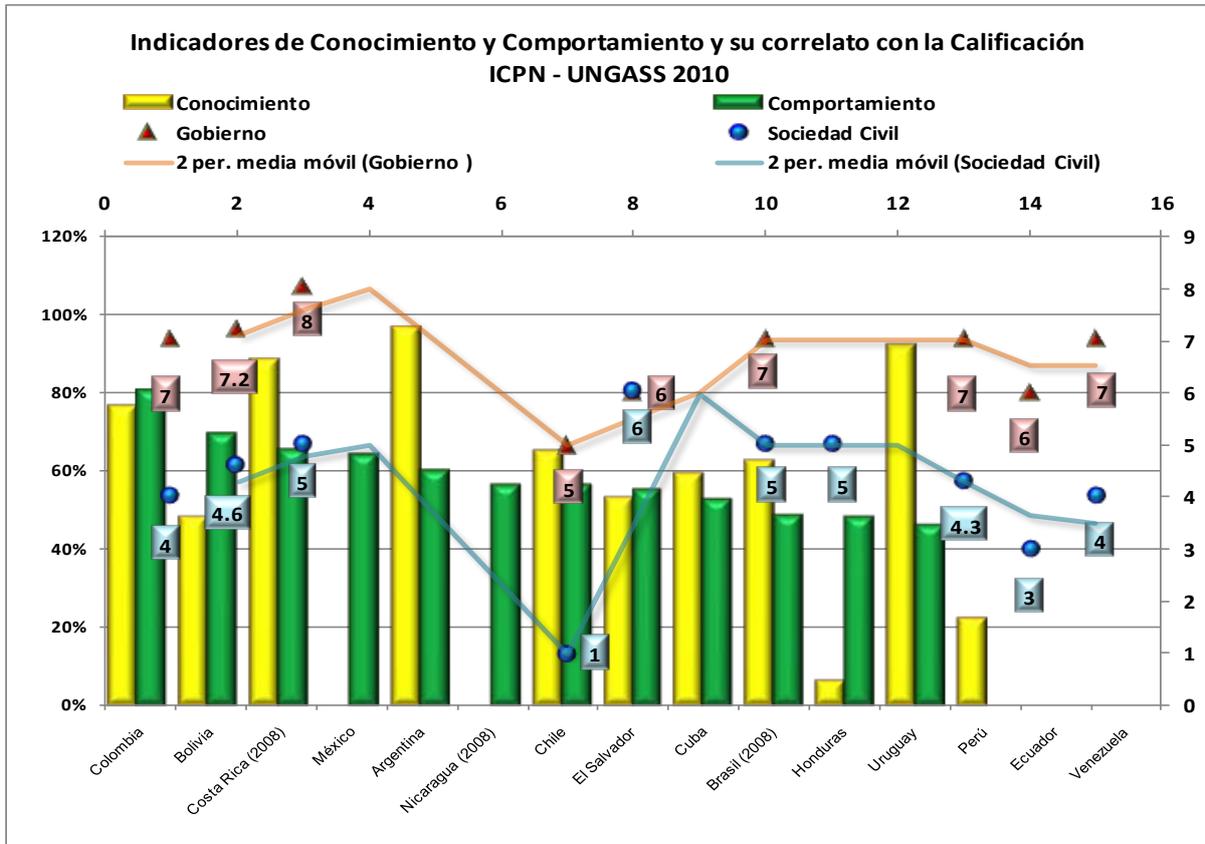
De los 18 países estudiados, sólo 11 han informado los indicadores mencionados, por lo que el análisis está limitado a estos países.

El reporte UNGASS considera la construcción del Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN), en el informe UNGASS 2010, el promedio de calificación de los diez países de Latino América que informaron el ítem de esfuerzos realizado para la ejecución de los programas de prevención del VIH en el 2009, fue de 6.69 (calificación del 1 al 10) entre los actores gubernamentales, entre los actores de la sociedad civil y agencias fue de 4.19. La diferencia entre ambas percepciones fue de 2.5; siendo en Chile (4 puntos) donde se presentó la mayor divergencia.

Para tener un panorama más amplio y una mejor comprensión de los resultados del ICPN se ha realizado un análisis de las calificaciones de prevención vinculando con un indicadores de conocimiento (indicador N° 14 del UNGASS: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus – HSH) y de comportamiento (indicador N° 19 del UNGASS: Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina).

Se ha considerado el gasto (cifras del MEGAS) para tratar de identificar algún correlato o explicación a la calificación establecida para prevención. Asimismo, se han identificado los logros y desafíos mencionados más frecuentemente por los países (ver Gráficos de Pareto) en torno a la ejecución de los programas de prevención relacionados con el VIH.

**GRAFICO N° 47**



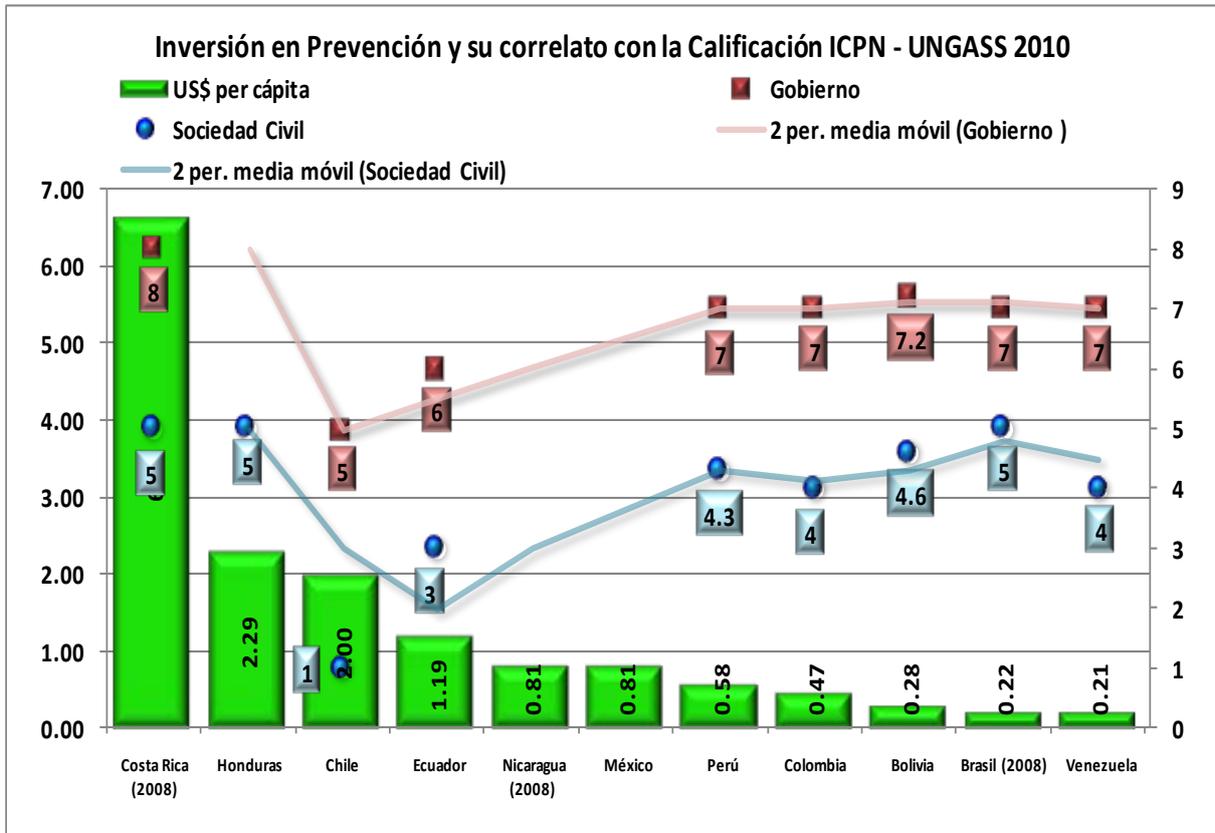
Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, Datos poblacionales del PNUD.

La calificación de la ejecución de los programas de prevención de los actores gubernamentales y de la sociedad civil y agencias no guardan un correlato con los resultados de conocimientos (indicador N° 14) y de comportamiento (indicador N° 19) en poblaciones expuestas (HSH).

Las calificaciones, por lo tanto, no muestran un patrón definido, siendo similar tanto en países que tienen un mayor desempeño como los que tienen un menor desempeño. En el caso de las calificaciones de los actores gubernamentales hay una menor variabilidad entre países (desviación estándar 0,87), mientras que para la calificación de la sociedad civil y agencias de cooperación existe una mayor variabilidad (desviación estándar 1,37) entre países.

La diferencia de calificación la percepción de los actores gubernamentales es de más de 2 puntos por encima de la calificación de los actores la sociedad civil y agencias de cooperación en los países que reportaron, a excepción de El Salvador donde coinciden (ambos 6 puntos).

GRAFICO Nº 48



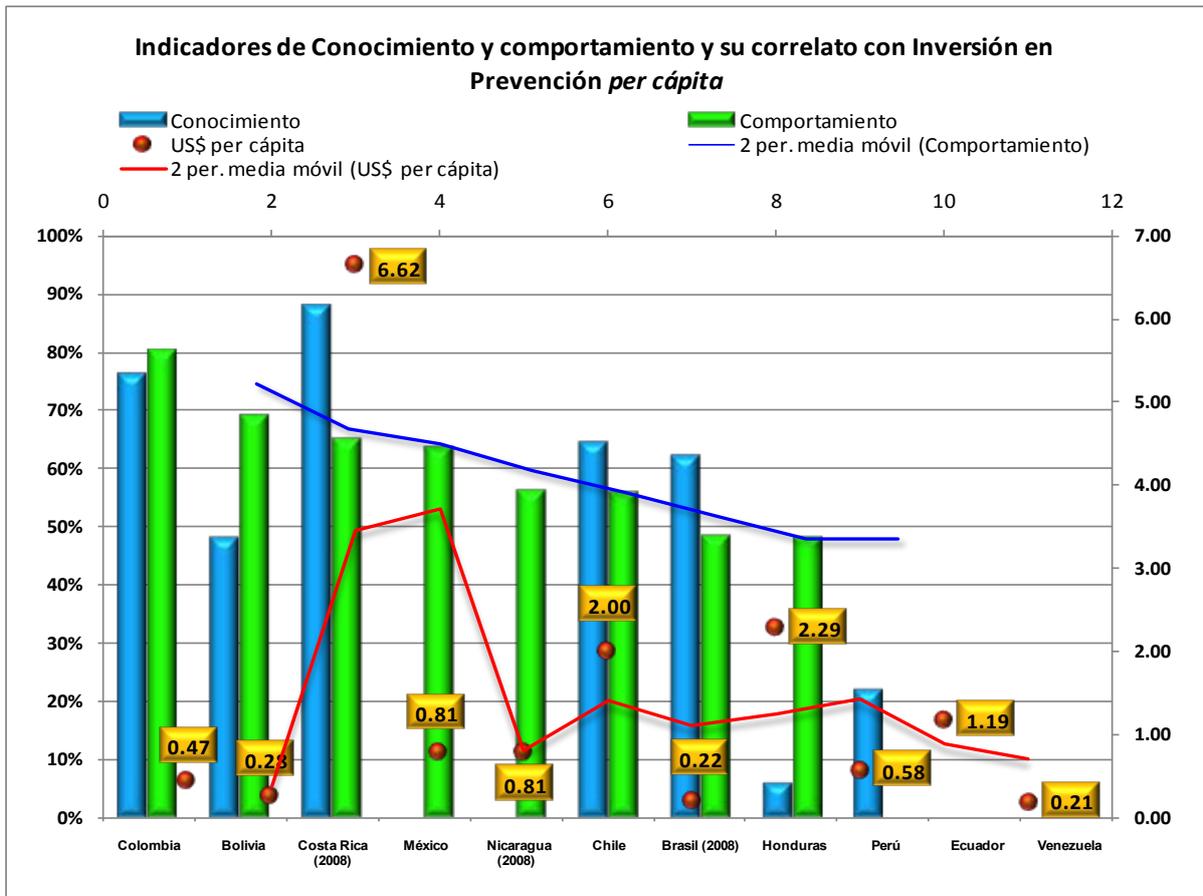
Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, Datos poblacionales del PNUD.

El promedio de inversión *per cápita* en prevención de los 11 países que consignaron información MEGAS fue de US\$ 1.41 (desviación estándar US\$ 1.86); sin embargo el monto se reduce a US\$ 0.9 (desviación estándar US\$ 0.73) si no considera a Costa Rica que tiene un inversión muy por encima del resto de países (US\$ 6.62). Los resultados demuestran que la mayor o menor inversión *per cápita* en prevención es independiente del tamaño poblacional de los países y responde a la disponibilidad presupuestaria de cada uno de ellos considerando el aporte de cada una de las fuentes públicas, privadas y de la cooperación internacional.

De acuerdo al informe MEGAS, el porcentaje de gasto en prevención en promedio fue de 33% del gasto total pero con una gran variabilidad entre 3.7% en Brasil y 69.5% en Costa Rica (desviación estándar de 21%).

Las calificaciones del ICPN, de los actores gubernamentales y de los actores de la sociedad civil y agencias, no guardan relación con la inversión realizada por los países. Es decir, en los países que más se ha invertido *per cápita* no necesariamente tienen una mayor puntuación. Por otro lado, se requieren evaluar otros aspectos como calidad de gasto (eficacia y eficiencia), el flujo de información a los *stakeholders* y población en general sobre los logros en la ejecución de los programas de prevención, entre otros, para establecer cuáles son los puntos prioritarios que toman en cuenta los actores al momento de emitir las calificaciones.

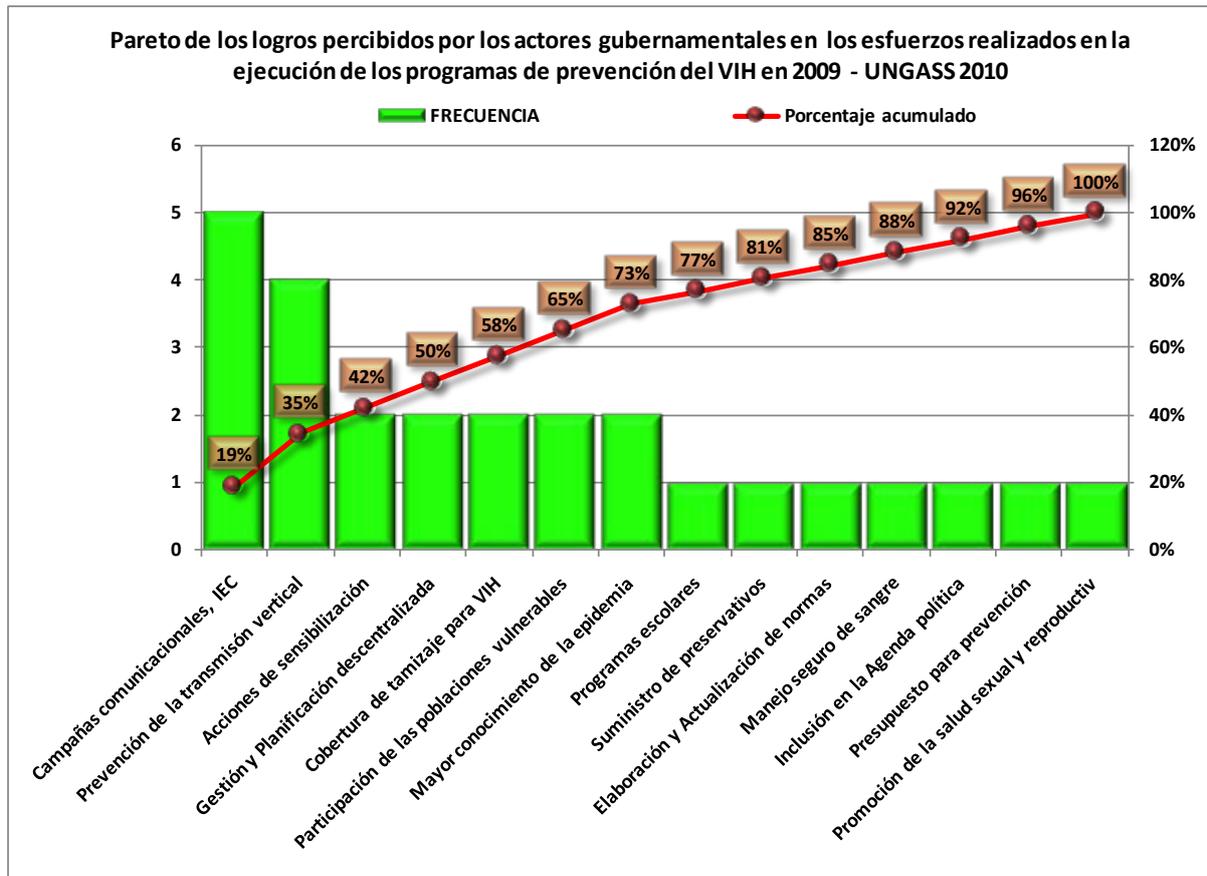
**GRAFICO N° 49**



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, Datos poblacionales del PNUD.

De acuerdo a los informes UNGASS, la inversión *per cápita* no guardaría relación con los porcentajes de conocimientos (indicador N° 14) ni de comportamiento (indicador N° 19) en poblaciones expuestas (HSH), sin embargo hay que considerar que los datos presentados por los países no tiene uniformidad en las fuentes, es decir están referidas a determinados espacios geográficos y sus muestras no son necesariamente inferibles a todo el país.

**GRAFICO Nº 50**



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte A.

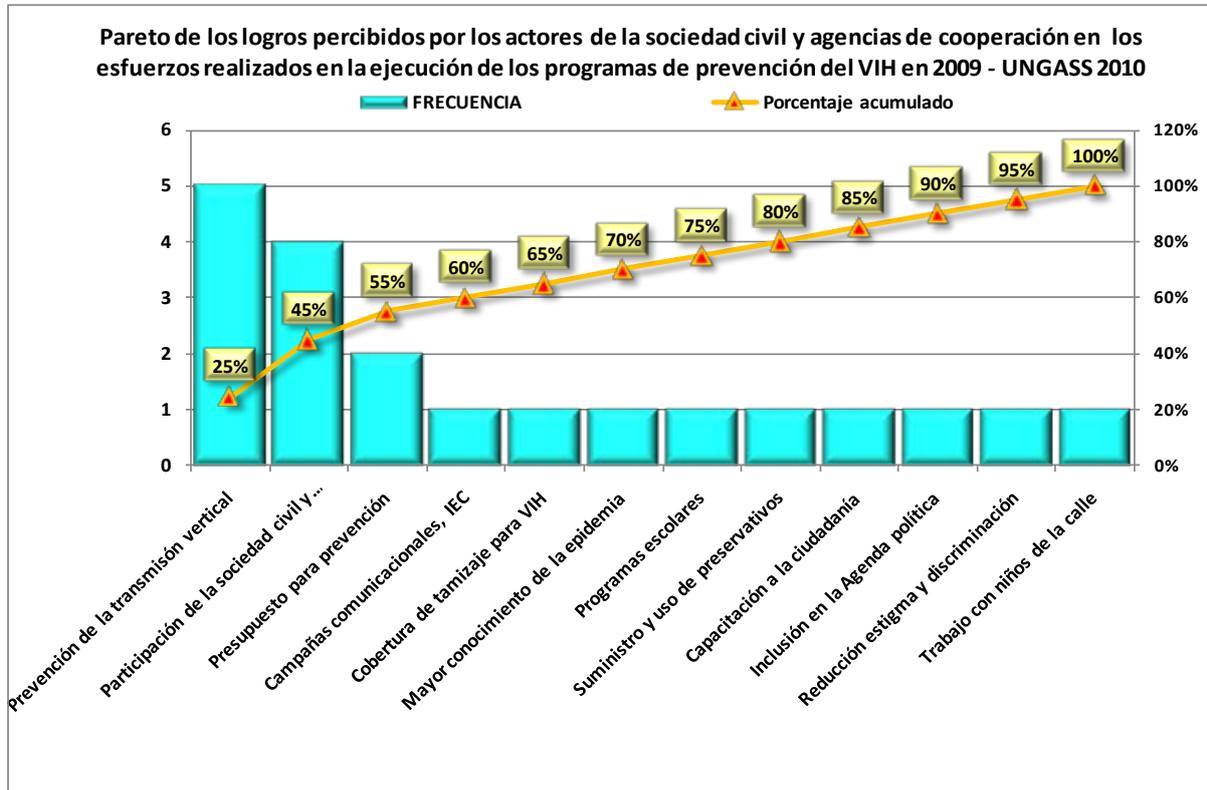
El mayor logro percibido por actores gubernamentales ha sido la implementación de campañas comunicacionales, acciones de información, educación y comunicación (IEC) incluyendo las acciones para la sensibilización tanto del personal de salud como para diferentes públicos objetivo. Asimismo se destaca el trabajo en la prevención de la transmisión vertical la cual incluye desde el incremento de la cobertura de tamizaje especialmente a través de las pruebas rápidas como el manejo de las gestantes y los recién nacidos a través de protocolos establecidos.

Asimismo, entre los logros considerado importantes por los países se mencionan: la gestión descentralizada de medidas de prevención, el desarrollo de modelo de gestión programático de los programas de prevención, un mayor conocimiento del comportamiento de la epidemia en la población; la implementación de planes de comunicación y sensibilización; el mayor uso de condón y la continuidad en el suministro de preservativos, la incorporación de la temática del VIH en la currícula escolar; la implementación de planes estratégicos locales, la elaboración de proyectos de las poblaciones vulnerables, la actualización de los modelos de consejería.

Otros aspectos considerandos importantes fueron: la aplicación de los protocolos para el manejo seguro de la sangre, disponibilidad de insumos de bioseguridad, , extensión de la cobertura en la promoción y tamizaje por VIH; inclusión del tema en la agenda política; sensibilización para la toma voluntaria de la prueba, sensibilización en prevención y difusión de la información; abordaje en PPL; estudios de conocimientos y prácticas; participación de

las comunidades y organizaciones en elaboración de políticas públicas, presupuestos para proyectos en poblaciones vulnerables, promoción de salud sexual y reproductiva: entre otros.

**GRAFICO Nº 51**

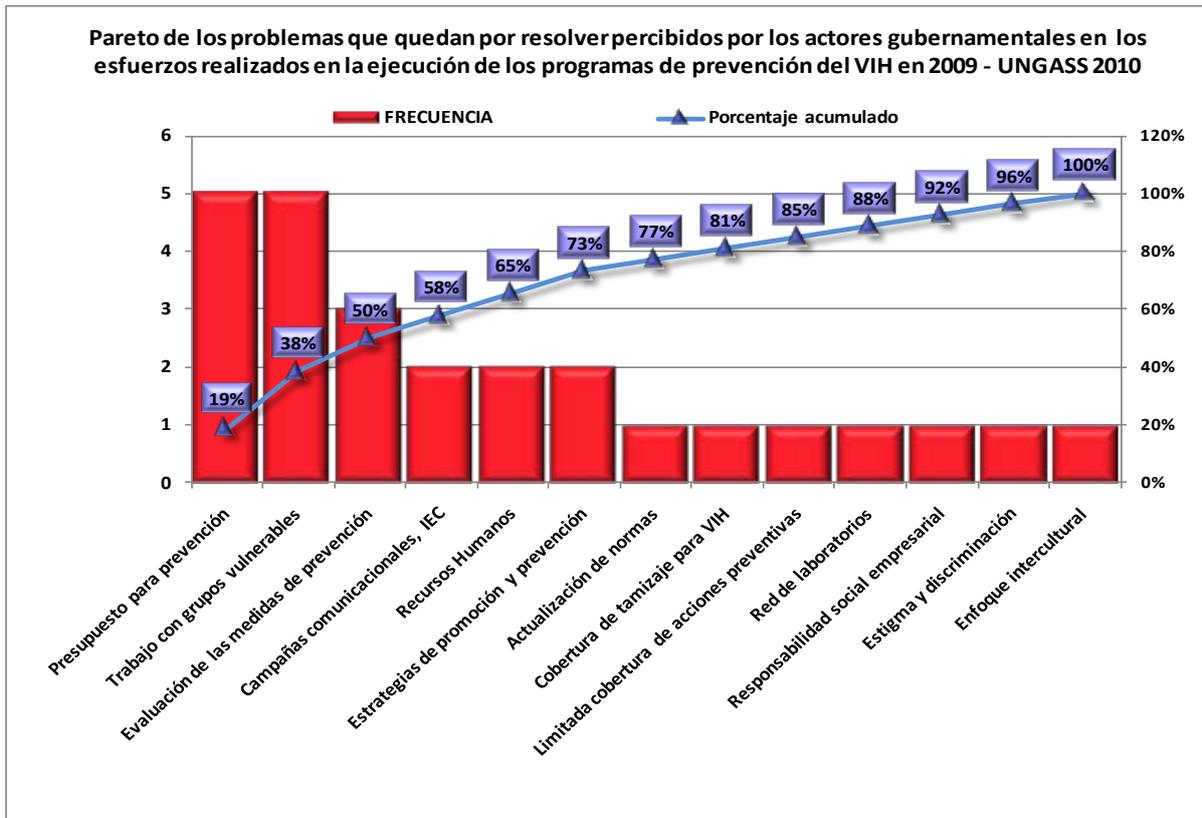


Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte B.

El mayor logro percibido por actores de la sociedad civil y agencias de cooperación ha sido la prevención de la transmisión vertical, asimismo valoran el incremento de la participación de la sociedad civil y poblaciones vulnerables en acciones de prevención.

Entre otros de los aspectos mencionados destacan: el incremento de presupuesto para la prevención, sensibilización para la toma voluntaria de la prueba, sensibilización en prevención y difusión de la información; la implantación de programas escolares de salud y prevención; proyectos pilotos de prevención en niños de la calle, mejoras en el conocimiento sobre la enfermedad y el uso de los preservativos; compromiso de la sociedad civil; ampliación de las intervenciones de prevención a través del proyecto de cooperación; estrategias de prevención para grupos vulnerables y personas con VIH por ONG's y organizaciones de base de comunitaria (OBCs); capacitación ciudadana; reducción del estigma y discriminación, así como la aprobación de leyes que favorecen las intervenciones.

**GRAFICO N° 52**

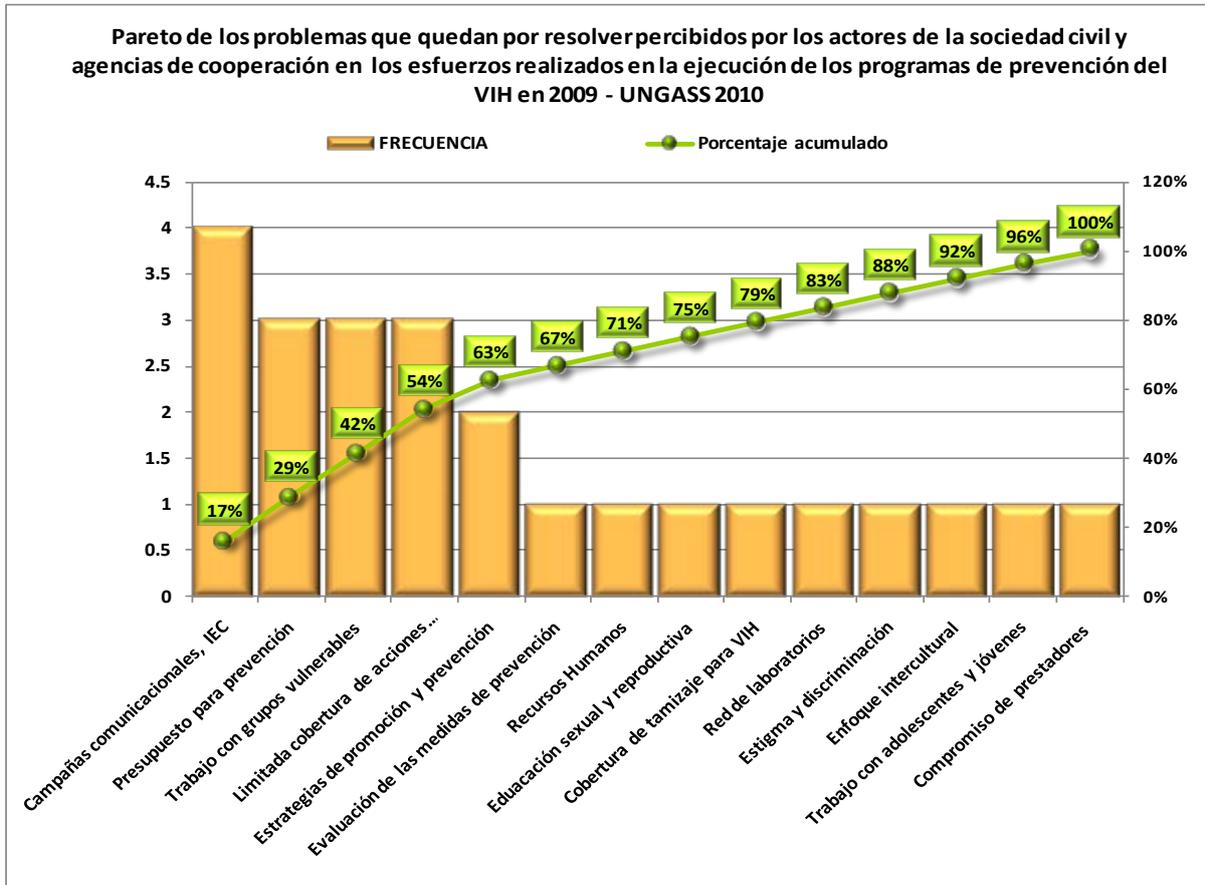


Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte A.

Entre los principales problemas en prevención que quedan por resolver según los actores gubernamentales se mencionan: asegurar presupuesto público suficiente para las acciones de prevención, buscando el equilibrio en la distribución del presupuesto disponible entre la prevención y atención. Asimismo, se manifiesta la necesidad de trabajar coordinadamente con los grupos vulnerables asignando responsabilidades y recursos financieros, con la finalidad de mejorar las repuestas locales y disminuir conductas de riesgo.

Manifestado también como aspectos importantes: la determinación de parámetros de evaluación de las medidas de prevención; mejora de la cobertura de servicios; difusión masiva de mensajes preventivos; dar continuidad a los recursos humanos capacitados; promoción del preservativo y el acceso a las pruebas de VIH, potenciar el trabajo intersectorial y participativo; mejorar los procesos administrativos, eliminar las acciones discriminatorias y la falta de oportunidad; entre otros.

**GRAFICO N° 53**



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte B.

A pesar de que para los actores gubernamentales las campañas comunicacionales constituyen uno de los principales logros, los actores de la sociedad civil y agencias de cooperación consideran que se deben realizar más campañas con participación de la sociedad civil, adaptándolas a los diferentes escenarios del país. Asimismo, consideran importante mejorar las estrategias de información para la prevención.

Otro aspecto importantes; la dotación de presupuestos nacionales y sub nacionales para realizar las acciones de prevención; formación de RR.HH; descentralización de los servicios de atención; mejorar el acceso a tamizaje a gestantes; mejorar el acceso a medidas de prevención de adolescentes y adultos jóvenes; mayor compromiso de los aseguradores para brindar estrategias de prevención efectivas y disminuir las barreras de acceso al diagnóstico; fomentar la práctica voluntaria de la prueba más el uso del preservativo; fortalecimiento del sector gubernamental; ampliación y modernización de la red de laboratorios; evaluación de las acciones de prevención, reducir el estigma y la discriminación y sobretodo la homofobia; mayor integralidad de la respuesta conexos como pobreza, inequidad de género y violencia; articulación multisectorial, decisión política, enfoque de multiculturalidad y pobreza.

## Cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las guías 2006 de la OMS Inversión en Atención y Tratamiento y su correlato con la Calificación ICPN - UNGASS 2010

**CUADRO N° 53**

### IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

PAISES	N° pacientes tratados 2009	Cobertura 2009 UNGASS 2010	Cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las guías 2006 de la OMS, 2009			Inversión en Atención y Tratamiento 2009			Calificación ICPN - UNGASS 2010	
			Estimación	Estimación baja	Estimación alta	% Psto	US\$	US\$/paciente en tratamiento	Gobierno	Sociedad Civil
Argentina	40,240	72%	86%	74%	95%			0.00		
Bolivia	1,115	24%	28%	22%	36%	31%	2,302,913	2,065.39	7.8	5.2
Brasil (2008)	191,244	96%		65%	95%	83.9%	522,611,488	2,732.69	8	6.5
Chile	12,762	82%	81%	68%	95%	57.5%	64,488,000	5,053.13	8	1
Colombia	16,302	71%	26%	22%	31%	80.9%	109,843,840	6,738.06	8	6
Costa Rica (2008)	2,886	94%	86%	64%	95%	27.3%	11,908,842	4,126.42	9	6
Cuba	5,034	100%	95%	95%	95%			0.00		
Ecuador	5,131	39%	45%	33%	58%	38.4%	12,250,152	2,387.48	9	7
El Salvador (2008)	7,104	75%	66%	51%	95%			0.00	7	7
Guatemala (2008)	10,362	58%	63%	48%	84%	61.8%	31,688,658	3,058.16		
Honduras	7,075	53%	47%	38%	61%	25.4%	7,229,881	1,021.89		6
México	60,911	79%	71%	62%	88%	70%	251,700,000	4,132.26		
Nicaragua	1,022	88%	62%	49%	79%	15%	2,261,070	2,212.40		
Panamá	4,498		53%	32%	73%			0.00		

IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO										
PAISES	N° pacientes tratados 2009	Cobertura 2009 UNGASS 2010	Cobertura estimada de terapia antirretroviral basadas en las guías 2006 de la OMS, 2009			Inversión en Atención y Tratamiento 2009			Calificación ICPN - UNGASS 2010	
			Estimación	Estimación baja	Estimación alta	% Psto	US\$	US\$/paciente en tratamiento	Gobierno	Sociedad Civil
Paraguay	-		57%	46%	70%					
Perú	14,780	73%	57%	47%	67%	51%	26,067,790	1,763.72	6	5.9
Uruguay	2,511	83%	67%	57%	81%			0.00		
Venezuela	32,302	20%				88%	69,644,484	2,156.04	9	5

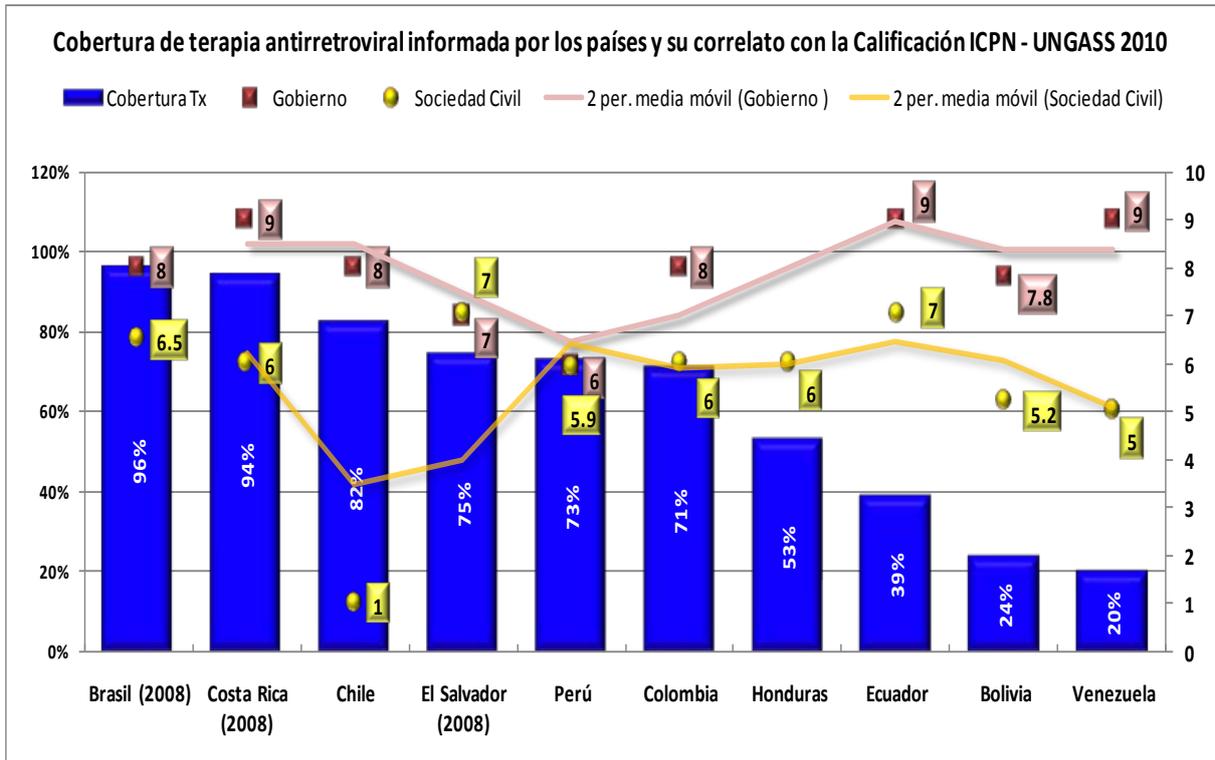
Ref: Informe UNGASS 2010 Acceso Universal. WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – 2010 Progress.

El promedio de calificación de los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009 entre los actores gubernamentales fue de 7.98, mientras que para los actores de la sociedad civil y agencias fue de 5.56. La diferencia entre ambas percepciones fue de 2.42; siendo en Chile (7 puntos) y Venezuela (4 puntos) donde se presentan las mayores divergencias de puntuación.

Para tener un panorama más amplio y una mejor comprensión de los resultados del ICPN se ha realizado un análisis de las calificaciones de atención y tratamiento vinculándolo con un indicador de cobertura (indicador N° 4 del UNGASS: Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia ARV);

Se ha considerado el gasto (cifras del MEGAS) para tratar de identificar algún correlato o explicación a las calificaciones establecidas para atención y tratamiento. Asimismo, se han identificado los logros y desafíos mencionados más frecuentemente por los países (ver Gráficos de Pareto) en torno a la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

**GRAFICO N° 54**

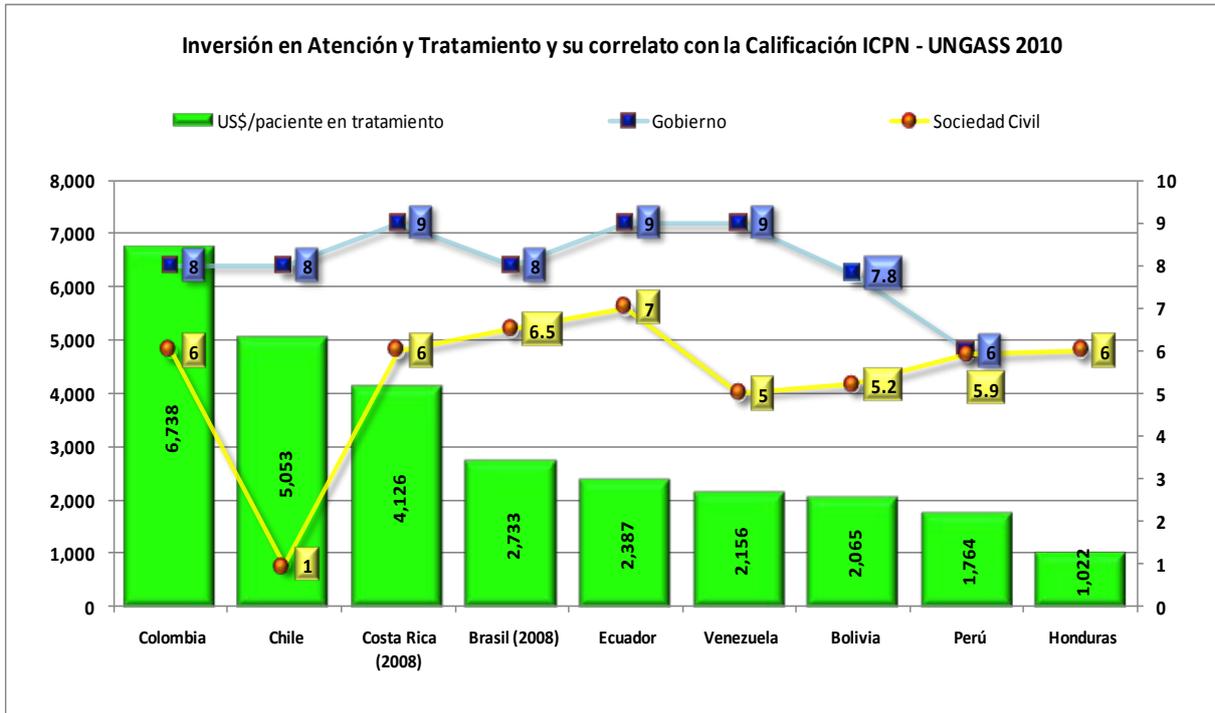


Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países.

El promedio de calificación en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo de los 10 países que han incorporado el ICPN en el informe UNGASS 2010 fue de 7.98 con una desviación estándar de 1.0 entre los actores gubernamentales y de 5.56 con una desviación estándar de 1.7 entre los actores de la sociedad civil y agencias de cooperación. En ambos casos la calificación es más alta que para la prevención.

No se evidencia ningún correlato entre la cobertura consignada por los países y la percepción del ICPN, sin embargo, se menciona entre los principales logros percibidos, tanto para actores gubernamentales y de las sociedad civil y de las agencias de cooperación, las mejora en el acceso de tratamiento en la mayoría de los países (ver gráficos de *Pareto*).

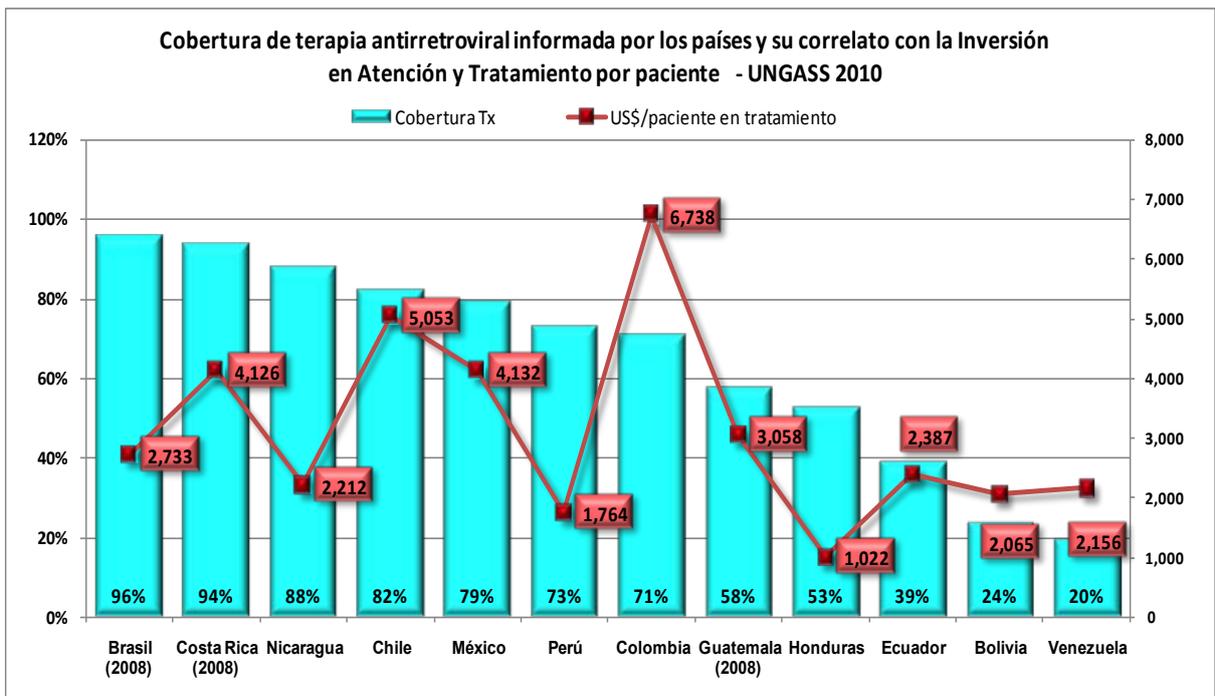
**GRAFICO Nº 55**



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países.

Al igual que en prevención, la calificación de esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH no guarda relación con la inversión por paciente tratado.

**GRAFICO Nº 56**

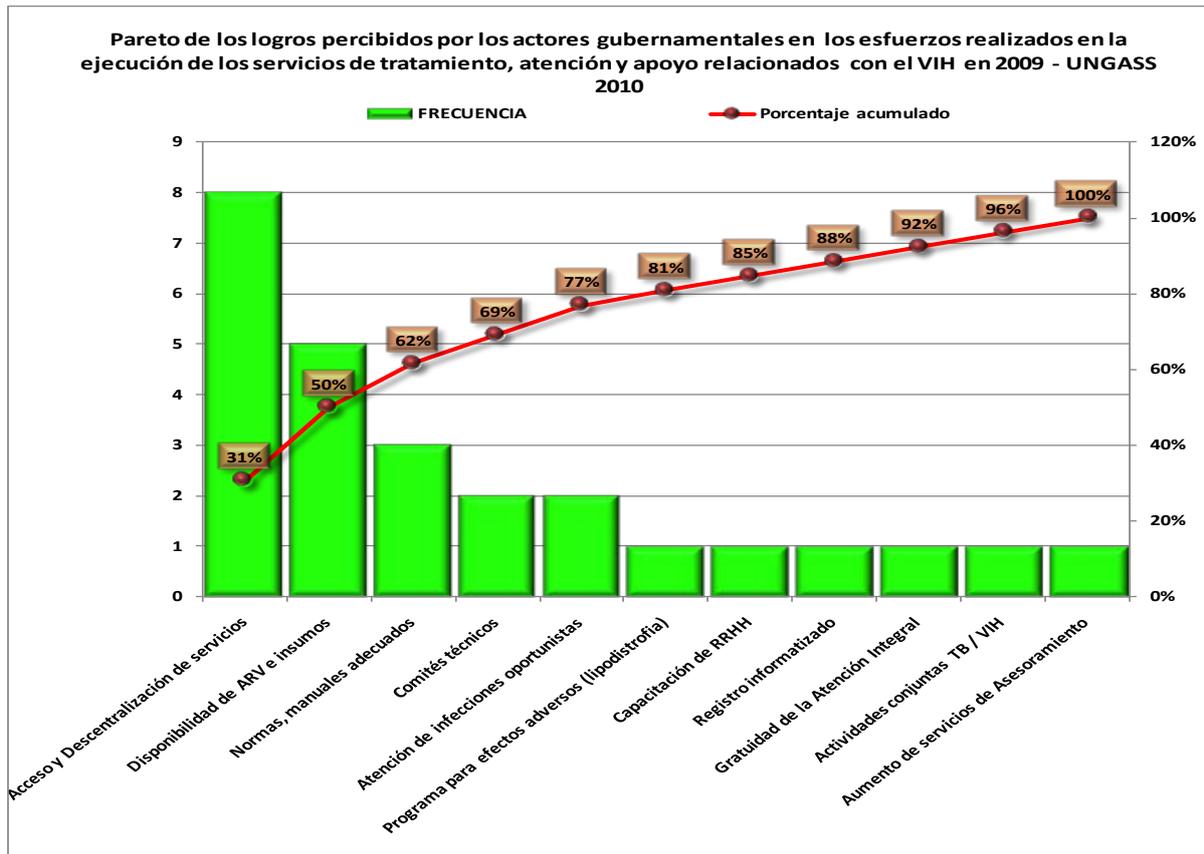


Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países.

El promedio de inversión por paciente tratado de los países 12 evaluados que presentaron información en el informe UNGASS 2010 fue de US\$ 3 121 con una desviación estándar de US\$ 1614.

**Pareto de los logros percibidos por los actores gubernamentales en los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009 - UNGASS 2010**

**GRAFICO Nº 57**



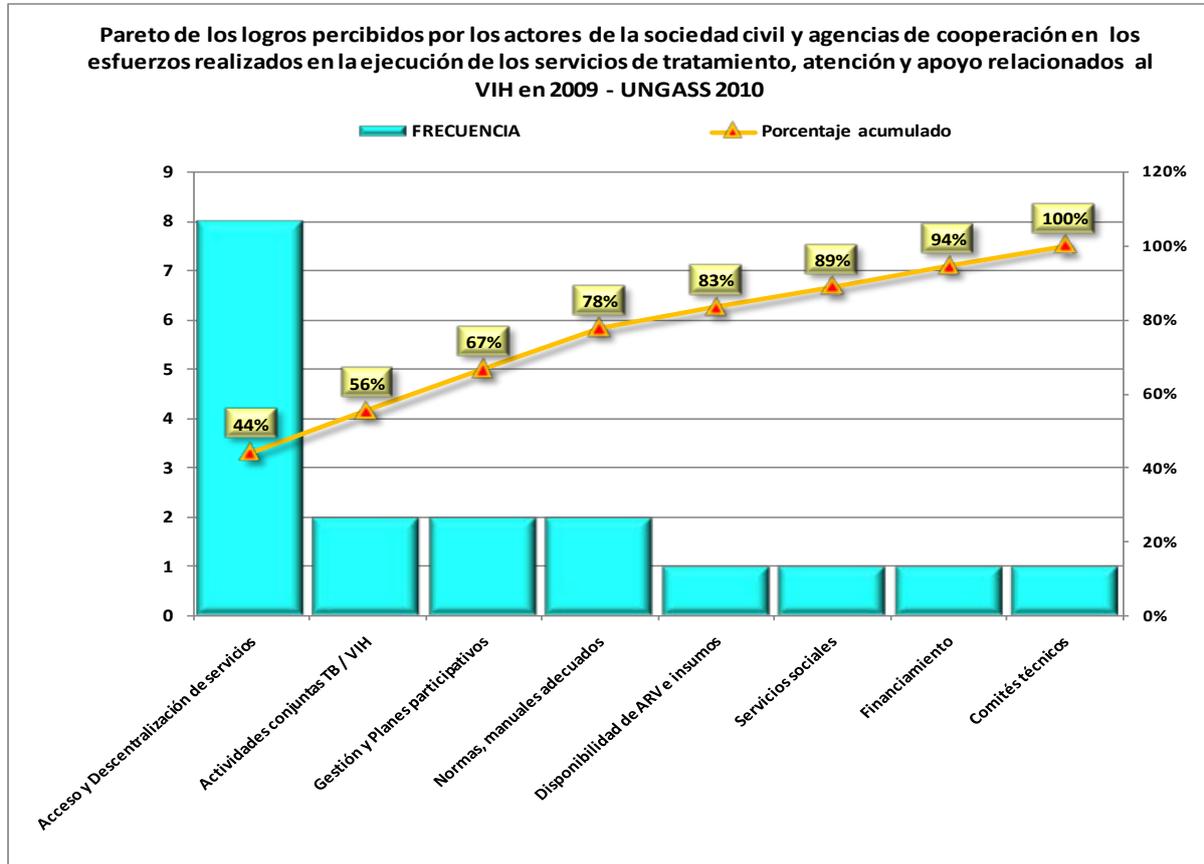
Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte A.

El mayor logro percibido por actores gubernamentales ha sido el avance en el Acceso Universal a los servicios de tratamiento antirretroviral lo cual ha implicado, en algunos países, la descentralización de los servicios de atención y una mejor disponibilidad de medicamentos e insumos. Esto ha llevado al aumento en la sobrevivencia y la disminución en mortalidad asociada a SIDA.

Otros de los logros mencionados como relevantes han sido: actualización de manuales de procedimientos, instalación de Comités técnicos fármaco-terapéuticos; mejora del sistema de registro; capacitación en atención especializada de VIH; presupuestos para la atención; gratuidad de los servicios de atención integral, integración de actividades de VIH y TB, programa de lipodistrofia (Brasil); atención de infecciones oportunistas; unificación de servicios.

## Pareto de los logros percibidos por los actores de la sociedad civil y agencias de cooperación en los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009 - UNGASS 2010

GRAFICO N° 58



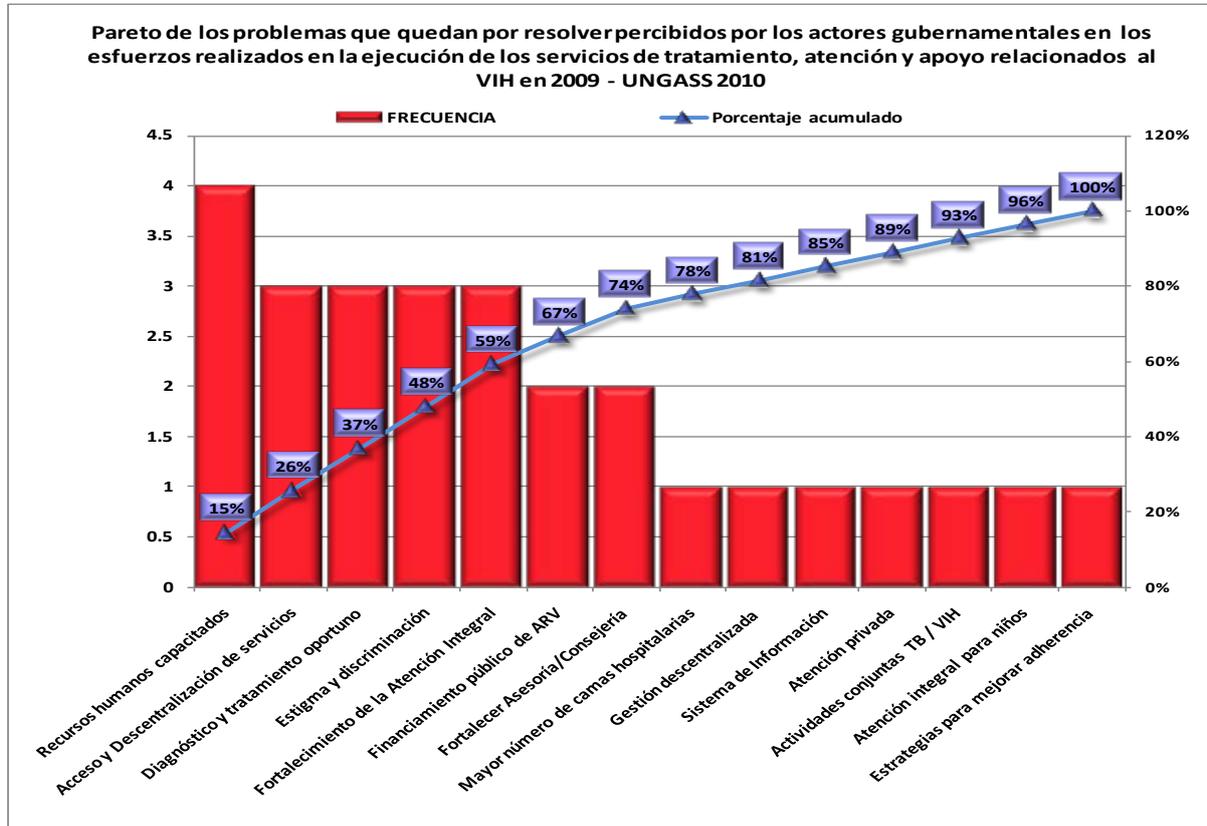
Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte B.

Al igual que los actores gubernamentales, el mayor logro percibido por actores de la sociedad civil y agencias de cooperación ha sido la mejora en el acceso y descentralización de los servicios de atención y tratamiento antirretroviral.

Otros de los logros mencionados como importantes fueron: coordinación con programa de TBC, modelo de gestión programático basado en la experiencia; elaboración de normas técnicas; construcción conjunta entre gobierno y sociedad civil; planes descentralizados; fortalecimiento y creación de las clínicas de VIH; apoyo financiero a proyectos relacionados a la atención y prevención del VIH; ampliación del número de centros de Atención Integral; profilaxis post exposición del VIH; implementación de comités técnicos.

## Pareto de los problemas que quedan por resolver percibidos por los actores gubernamentales en los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009 - UNGASS 2010

GRAFICO N° 59



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte A

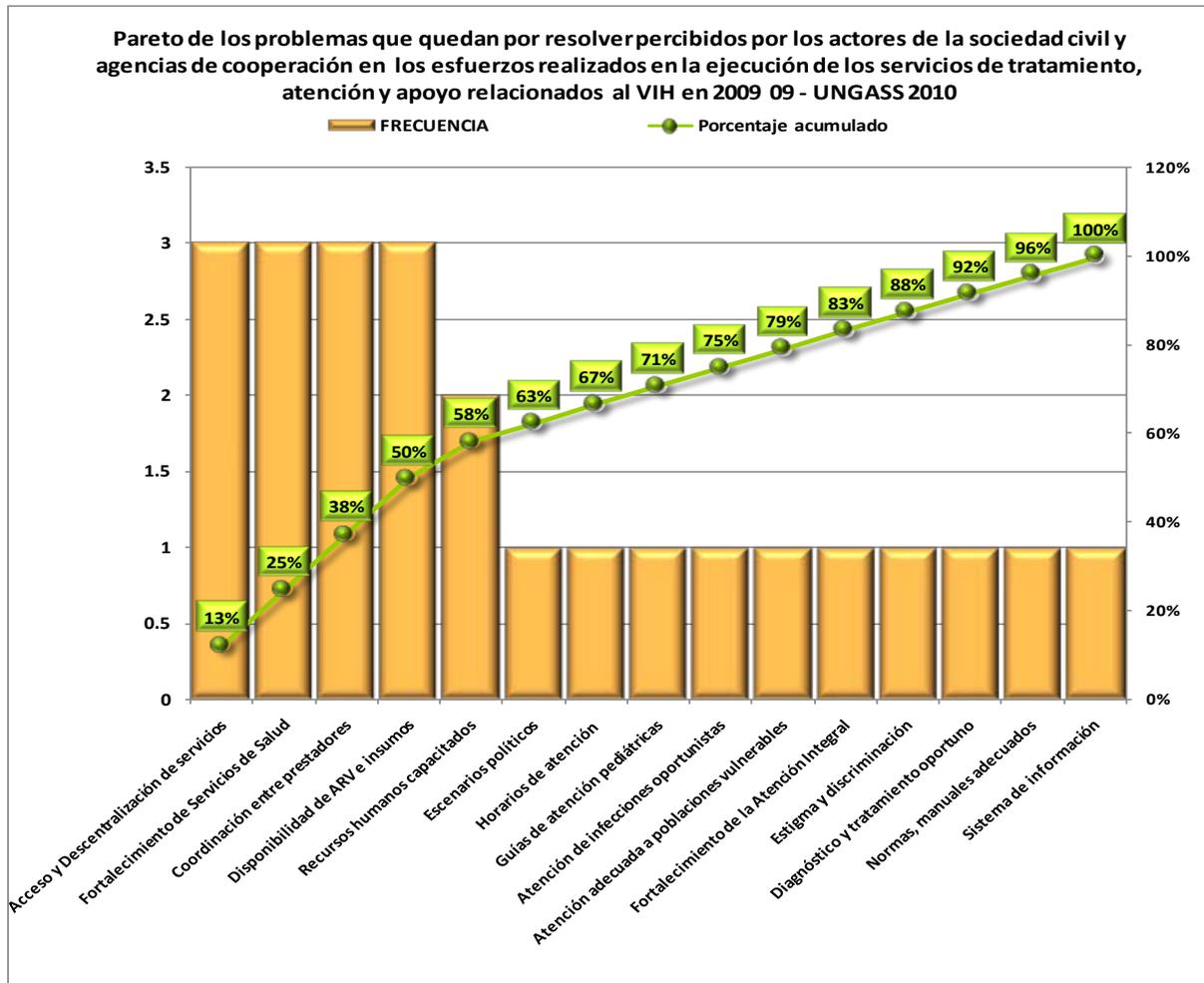
Entre los principales problemas que quedan por resolver percibidos por actores gubernamentales ha sido la dotación de recursos humanos suficiente y la capacitación a los equipos de salud.

A pesar de reconocer los avances, se menciona que aún faltan hacer esfuerzos para lograr el Acceso Universal, mediante la descentralización de los servicios de tratamiento y de financiamiento público de los antirretrovirales, la detección precoz y el inicio de terapia en etapas más tempranas de la infección,

Se mencionan también como desafíos a ser atendidos: el fortalecimiento de la atención integral; integración de la atención médica privada; asignación de fondos suficientes, la necesidad de mayor número de camas hospitalarias; gestión descentralizada de decisiones terapéuticas; cuidados médicos, reducción del estigma y discriminación; disponer de información nacional; compra de medicamentos, estandarización de costos regionales en insumos y medicamentos, atención médica de la lipodistrofia; fortalecer el componente de apoyo psicológico y de soporte social, promover los servicios de atención integral, enfoque de salud pública de los servicios de atención; acceso a pruebas, atención de la coinfección TBC/VIH, atención integral para niños; estrategias para mejorar la adherencia.

## Pareto de los problemas que quedan por resolver percibidos por los actores de la sociedad civil y agencias de cooperación en los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009 - UNGASS 2010

GRAFICO Nº 60



Referencia: Informe UNGASS 2010 de los países, ICPN Parte B

Así como fue reconocido como el mayor logro también se menciona que es el mayor desafío el alcanzar el acceso universal al tratamiento y atención.

Entre los problemas a enfrentar se mencionan: problemas estructurales y funcionales de los servicios de salud; la necesidad de descentralizar tratamiento y de contar con recursos humanos capacitados, atender las inequidades regionales; enfrentar los escenarios políticos locales que dificultan el acceso universal; horarios de atención restringidos, mejorar la coordinación entre los distintos servicios de salud; brindar atención integral de las infecciones oportunistas y de los efectos secundarios del TARV, articulación de servicios (interconsultas)

También se han considerado importante el reglamentar la atención pediátrica y actualizar las guías para la atención de adultos, mejorar el acceso al diagnóstico y reducir los trámites para el acceso al tratamiento; evitar los recurrentes desabastecimientos de medicamentos, mejorar la atención para las poblaciones HSH, trans, poblaciones móviles; dar apoyo psicológico, incluyendo familiares, atención domiciliaria, cuidados paliativos, tratamiento,

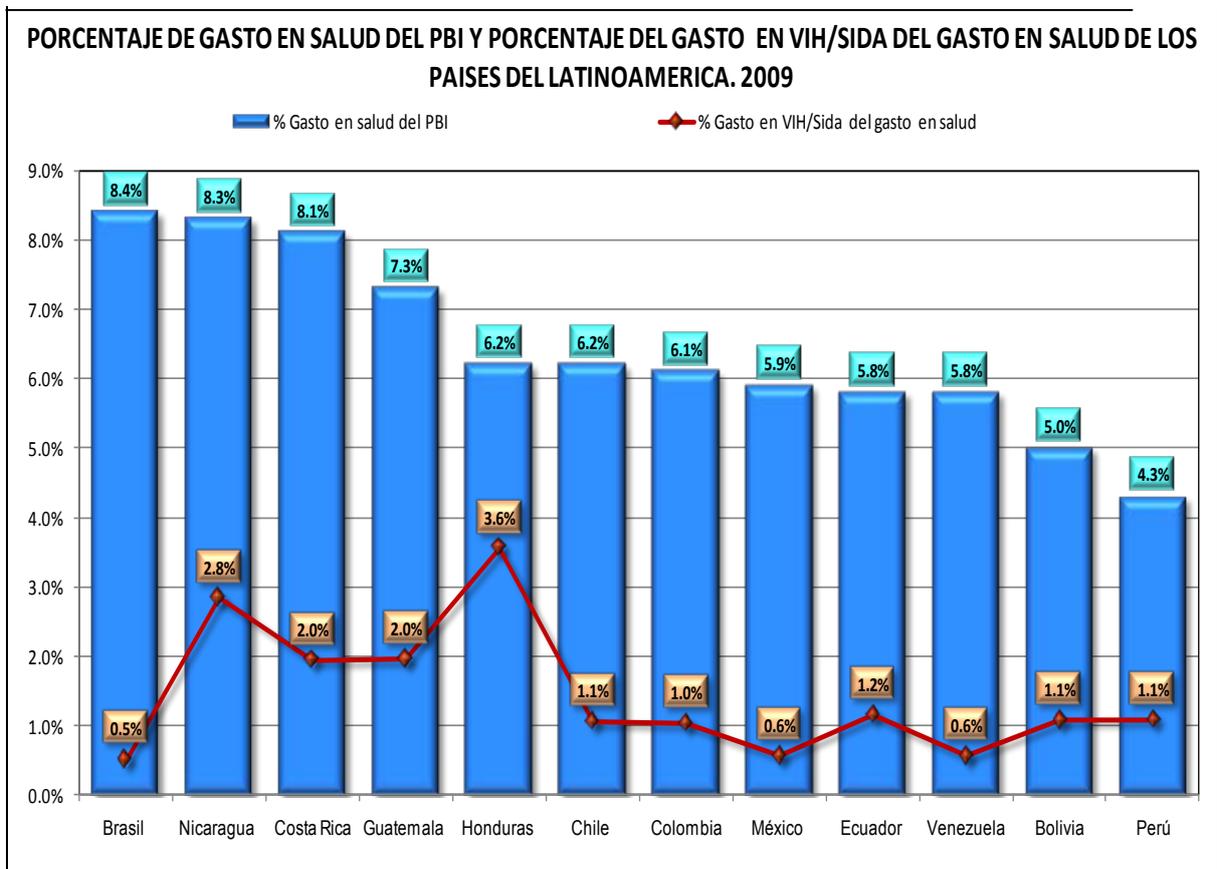
sistemas de derivación, atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo; eliminar el estigma y discriminación, la homofobia y la transfobia; Ampliar la cobertura de pruebas; promover programas de apoyo social a las personas que viven con VIH/Sida; descentralización del tratamiento pediátrico; cobertura de familiares de fuerzas armadas y policiales, consolidar sistema de información y monitoreo de indicadores, adecuar protocolos y procedimientos para atención de población de mayor vulnerabilidad, mejorar adherencia.

**Tabla N° 6**  
**Gasto en VIH/Sida en Latino América y el Caribe en relación al PBI per cápita y Gasto en Salud**

PAISES	Población 2009 <sup>(1)</sup>	PBI (USD\$) <sup>(1)</sup>	PBI per cápita 2009 (USD\$) <sup>(2)</sup>	% Gasto en salud del PBI 2007 <sup>(1)</sup>	Gasto en salud per capita 2007 (USD\$) <sup>(1)</sup>	Gasto en VIH/Sida <sup>(3)</sup>			
						US\$	USD\$ per capita	% del PBI	% Gasto per capita en salud
 Argentina (2009)	40,276,400	308,741,000,000	8,214	10.0%	663		0.00	0.00%	0.0%
 Bolivia (2008)	9,862,900	14,399,834,000	1,737	5.0%	69	7,418,171	0.75	0.05%	1%
 Brasil (2008)	193,733,800	1,575,200,000,000	8,197	8.4%	606	623,133,515	3.22	0.04%	0.5%
 Chile (2007)	16,970,300	141,702,005,000	10,124	6.2%	615	112,166,000	6.61	0.08%	1%
 Colombia (2008)	45,659,700	230,844,000,000	4,985	6.1%	284	135,837,341	2.97	0.06%	10%
 Costa Rica (2008)	4,578,900	25,458,684,000	6,580	8.1%	488	43,637,623	9.53	0.17%	2.0%
 Cuba	11,204,200	46,721,514,000	4,170	10.4%	585		0.00	0.00%	0.0%
 Ecuador (2008)	13,625,100	54,700,000,000	3,776	5.8%	200	31,899,919	2.34	0.06%	12%
 El Salvador (2008)	6,163,100	22,110,000,000	3,824	6.2%	206		0.00	0.00%	0.0%
 Guatemala (2008)	14,026,900	38,980,000,000	2,848	7.3%	186	51,276,145	3.66	0.13%	2.0%
 Honduras (2008)	7,466,000	13,610,518,000	1,842	6.2%	107	28,464,100	3.81	0.21%	3.6%
 México (2009)	109,610,000	874,902,000,000	10,235	5.9%	564	359,571,429	3.28	0.04%	0.6%
 Nicaragua (2008)	5,742,800	6,600,000,000	1,025	8.3%	92	14,992,937	2.61	0.23%	2.8%
 Panamá (2008)	3,453,900	23,180,000,000	6,784	6.7%	396		0.00	0.00%	0.0%
 Paraguay (2008)	6,348,900	16,870,000,000	2,601	5.7%	114		0.00	0.00%	0.0%
 Perú (2008)	29,164,900	129,110,000,000	6,000	4.3%	160	51,351,825	176	0.04%	1%
 Uruguay (2008)	3,360,900	31,180,000,000	10,082	8.0%	582		0.00	0.00%	0.0%
 Venezuela (2008)	28,583,400	311,480,000,000	11,388	5.8%	477	78,800,637	2.76	0.03%	0.6%

Fuente: 1) Banco Mundial, (2) PBI a precios nominales per cápita según estimaciones del Fondo Monetario Internacional, (3) Megs 2010

**GRAFICO N° 60**



Fuente: Banco Mundial, Megas 2010

En general podemos apreciar que no obstante de que en los últimos años los países de Latinoamérica y el Caribe han realizado esfuerzos importantes por tratar de ampliar el presupuesto de gasto para salud de su Producto Interno Bruto, la asignación es insuficiente, este presupuesto a su vez desglosado en el gasto para la lucha contra el VIH/sida se reduce mucho más aun, constituyéndose en un escollo para el logro de mayores y mejores resultados.

### 3. CONCLUSIONES

Luego de comparar la data disponible en los diferentes informes y documentos de política de la Región de Latino América podemos concluir:

- ⌘ Latinoamérica es un conjunto de países que abarcan un gran espacio geográfico (21 069 501 km<sup>2</sup> -16% de la superficie terrestre) y una extensa población (más de 579 millones de habitantes – 8.2% de la población mundial). Como en ninguna otra parte del mundo, más de veinte países comparten estructuras sociales, culturales y lenguas comunes (lenguas romanas derivadas del latín - española, portuguesa o francesa). Sin embargo, la Región se caracteriza por tener grandes desigualdades e inequidades sociales, con tasas de pobreza alrededor del 40% (CEPAL 2008) a pesar de ser la región con la tercera más grande y potente economía a precios de mercado (Paridad de poder adquisitivo) a nivel mundial con 6,06 billones de dólares (Banco Mundial).
- ⌘ La epidemia del VIH/Sida, con 30 años de presencia entre los países de Latinoamérica y el Caribe, ha marcado un hito importante en la salud pública. Desde entonces se han dado pasos significativos en la respuesta contra la epidemia, contando con apoyo técnico y financiero de instituciones como ONUSIDA, UNICEF, OPS, Fondo Mundial, Banco Mundial y otros. Asimismo se ha venido desarrollando la cooperación horizontal por algunos países, como el Programa Nacional de Brasil, que viene brindando asistencia técnica en planificación, organización, desarrollo de competencias y ejecución de proyectos a otros países de la Región.
- ⌘ Con la información revisada se corrobora la situación de epidemias concentradas en la Región, con prevalencias menores a 1 en el caso de las mujeres gestantes, y mayores a 5 en el caso de los grupos vulnerables o de mayor riesgo (HSH, TS), el grupo etéreo mas afectado coincidente con todos los países es el de 15 a 49 años, la notificación de casos en general tiene un crecimiento exponencial alarmante en el periodo de inicio de elaboración de los últimos PENs y el reporte UNGASS, la brecha de razón hombre mujer se ha ido cada vez acortando mas, produciéndose una feminización de la epidemia (aunque parece ser este incremento un efecto de un mayor acceso al tamizaje de mujeres en edad fértil y gestantes), y el daño principalmente está concentrado en áreas urbanas, ciudades más pobladas.
- ⌘ Uno de los principales problemas en la Región son el estigma y la discriminación, pese a que se han desarrollado instrumentos jurídico legales, del más alto rango (leyes, políticas de Estado) y otros instrumentos legales, además de Instituciones multi-programáticas representativas en todos los países (ejemplo: CONASIDA), para erradicar esta problemática. Si bien, algunos avances se han ido alcanzado principalmente en el caso de la disminución de la discriminación, el incumplimiento de las normas jurídicas y la poca aplicación de las directivas técnicas hacen de este tema un asunto pendientes en las agendas tanto del sector gubernamental como de la sociedad civil.
- ⌘ Los Planes Nacionales elaborados en la Región tienen coincidencias fundamentalmente centradas al cumplimiento del Acceso Universal, las Metas del Milenio, buscando programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, incidiendo en que la aplicación de los DDHH, el superar el tema del estigma y la discriminación son temas

centrales. Sin embargo, encontramos que los estudios realizados, son aún insuficientes, parciales, y en algunos casos muy poco representativos, careciendo de suficiente evidencia científica para llegar a conocer en la dimensión requerida la epidemia. Asimismo, respecto a los informes UNGASS, cuya estructura define la notificación de 25 indicadores, los argumentos técnicos y las limitaciones de los países para su cumplimiento, se advierte que comparativamente entre el reporte 2006 - 2007 al reporte 2008 - 2009, en el caso de algunos de los países de Sud América y México en promedio a existido un decremento en la cantidad de indicadores reportados, en el caso de Centro América y los países del Caribe incluidos en el estudio se ha incrementado o mantenido la cantidad de indicadores.

- ⌘ La priorización de poblaciones para la aplicación de los Planes Estratégicos Nacionales de todos los países, coinciden en señalar que los HSH, TS, Mujeres Gestantes, PVVS, Jóvenes y adolescentes, son los beneficiarios principales. Al respecto, encontramos en el ICPN que la percepción de la sociedad civil para aumentar su participación, en las respuestas nacionales, es más satisfactoria en México y los países del Caribe, Sud América, y menor en Centro América.
- ⌘ Un indicador planteado como transversal al marco de resultados de ONUSIDA, consideramos es el financiamiento, en este acápite, concluimos que la disponibilidad de recursos económicos en los países objeto del estudio, es disímil y con brechas muy amplias entre los mismos según reportes del MEGAS, existiría una mayor disponibilidad de recursos en Sud América que en Centro América y el Caribe, sin embargo según este reporte, un solo país de Sud América (Colombia) se aproxima al total de los recursos agrupados entre todos los países de Centro América, la tendencia continua en función de mejores aportes de fondos públicos en varios países, en otros una todavía alta dependencia de la cooperación externa, los fondos siguen siendo destinados en su mayoría al rubro de tratamiento, en menor grado a prevención, con diferencias particulares en cada país. Aún existen algunas naciones que dependen de la cooperación internacional para garantizar el abastecimiento de los antirretrovirales, siendo el consenso tanto de los actores gubernamentales y de la sociedad civil de la necesidad de que estos deben ser asumidos con prepuestos nacionales.
- ⌘ La “percepción de los gobiernos, respecto a los esfuerzos realizados en la aplicación de políticas de prevención del VIH/sida por los países de Sus América México y el Caribe según ICPN 2009, encontrando un promedio de puntaje de aprobación de 7 en una escala de 10 y la “percepción en relación a la aplicación de programas de prevención del VIH/sida” según ICPN 2009 parte B, resultando un promedio general de 4.2 puntos, la diferencia comparativa con el grupo de países de Centro América refleja que la percepción de la sociedad civil en Sud América no aprueba este esfuerzo, en Centro América, México y el Caribe con una puntuación por encima de 5 si lo aprueban.
- ⌘ Ampliando las anteriores conclusiones de los capítulos I, II y III del documento, complementamos con algunas otras de carácter más estadístico incluidas en el capítulo IV, advirtiendo que el avance de la Región en cuanto a la cobertura de atención y tratamiento ha sido el logro más relevante en los últimos años, sin embargo, las nuevas exigencias para lograr la captación y tratamiento oportuno representa una mayor exigencia para el sistema de salud, cuya capacidad de respuesta es muy variable entre los países. De acuerdo a lo reportado en los informes UNGASS, existe una gran

dispersión en las percepciones de los logros alcanzados y los problemas pendientes por resolver, sin embargo, se reconoce tanto, por los actores gubernamentales como los de la sociedad civil, que los esfuerzos en el acceso al tratamiento y las medidas de prevención de la transmisión vertical han sido los más importantes en estos último años.

- ⌘ Respecto al acceso a la prevención y tratamiento, no necesariamente los países que han reportado una mayor disponibilidad de servicios son los que han alcanzado las mayores coberturas, lo que obliga a pensar en otras variables intervinientes tales como barreras de acceso (geográficas, socio-culturales, económicas, calidad de los servicios, rigurosidad del registro, etc.). Las estimaciones de necesidades y avances en la cobertura de los niños tienen rangos muy amplios, lo que no permite visualizar con una mejor precisión, las brechas para alcanzar el acceso universal en este grupo poblacional.
- ⌘ Entre los desafíos más importantes referentes a la ejecución de los programas de prevención se consideran la necesidad de asegurar los recursos financieros y humanos suficientes para implementar las estrategias de prevención, así como, trabajar coordinadamente con los grupos vulnerables con la finalidad de mejorar las repuestas locales y disminuir las conductas de riesgo.
- ⌘ Entre los desafíos más importantes referentes a la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo se manifiesta la dotación de recursos humanos suficientes y la capacitación a los equipos de salud; asimismo, enfatizamos en la necesidad de solucionar los problemas estructurales y funcionales de los servicios de salud.
- ⌘ Las calificaciones del ICPN para la prevención y tratamiento no se correlacionan con los logros de los países ni con la inversión en los rubros evaluados; así las percepciones parecen estar vinculadas a la experiencia individual de los entrevistados y a sus propias expectativas. Por otro lado, no todos los países cuentan con información completa y actualizada lo que dificulta el análisis comparativo, en algunos de los casos no se han uniformizado el cálculo de las variables, principalmente las referidas a los denominadores poblacionales.

#### 4. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la disponibilidad de información de la Región de Latino América y de los datos analizados podemos establecer las siguientes recomendaciones:

- ⌘ Consecuentes con las conclusiones descritas anteriormente, en el mismo orden, emitimos las recomendaciones, enmarcándonos en un panorama regional, donde se desarrolla la epidemia del VIH/sida, que busque fundamentalmente, priorizar acciones de apoyo político, técnico y económico, por parte de las autoridades pertinentes, cooperación internacional y sociedad civil en su conjunto, precisamente en Países y sub-regiones de LAC, que muestran más dificultades, inequidades y necesidades, para alcanzar el Acceso Universal.
- ⌘ En términos epidemiológicos, sociológicos y económicos se requiere “información para la acción” pero esta debe ser a través de la aplicación de estudios científicos precisos, diversos, representativos y periódicamente actualizados, por lo tanto es necesario insistir en los esfuerzos por desarrollar estos procesos, que nos permitan la utilización más eficiente de todos los recursos. Se recomienda establecer espacios regionales de intercambio entre los países de metodologías que permitan desarrollar investigaciones que puedan ser sustentadas por los países, así como la presentación y análisis de la información nacional y regional.

Aprovechamos este espacio para ejemplificar aportes de investigación de beneficio colectivo de alto impacto como es el caso del estudio iPrEx, cuyos resultados preliminares fueron publicados el 23 de noviembre 2010, constituyéndose en una alternativa adicional para la prevención del VIH en HSH, este esfuerzo loable, muestra además que la aplicación de la cooperación horizontal entre nuestros países es practicable, en este estudio en particular participaron tres países de Sud América, Perú, Ecuador y Brasil.

- ⌘ No obstante las paradojas identificadas en el análisis de este documento, donde por una parte el ICPN reporta una insatisfacción de la sociedad civil por la falta de cumplimiento de leyes normas y políticas públicas, y por otra parte aprueban las políticas, leyes y reglamentos para promover y proteger los DD.HH en relación al VIH en sus países, se hace necesario un fortalecimiento más participativo de la sociedad civil en su conjunto, de los grupos vulnerables, de los organismos internacionales, en función de abogacía, y de los propios estados y gobiernos, para la aplicación efectiva de las leyes y políticas públicas, de esta manera erradicar el estigma y la discriminación, encontrando una aplicación plena de los DD.HH.
- ⌘ Así como recomienda la propia Declaración Política sobre el VIH/sida de los Jefes de Estado y de Gobierno 60/262 en NN.UU, los compromisos no deben convertirse en simples enunciados descritos en la planificación estratégica, sino más bien esfuerzos de compromiso reales abarcando sus propias necesidades y problemáticas aun con las limitaciones que se tengan y presenten.

- ⌘ El esfuerzo de la cooperación internacional en función de aplicar procesos de seguimiento y evaluación externa, a través de la implementación de instrumentos como el UNGASS, MEGAS, ICPN, y otros, es altamente beneficioso, para los países, sin embargo se requiere seguir perfeccionando estos instrumentos en función de formatos que eviten la dispersión de información solicitada por múltiples entidades, uniformando indicadores y tratando de estandarizar el reporte de metas más precisas, confiables y creíbles.
- ⌘ Fortalecer los espacios de intercambio de información y análisis en Latino América y el Caribe que favorezca la cooperación horizontal entre los países. Es recomendable generar espacios para la revisión de políticas y normas que permitan el desarrollo de acciones de prevención y control tomando en cuenta el respeto a los derechos humanos y la disminución del estigma y la discriminación. Asimismo, establecer los espacios políticos y técnicos para el seguimiento en el cumplimiento de las mismas.
- ⌘ Si bien el acceso a tratamiento es uno de los logros más significativos en la región, se deben buscar mecanismos de sostenibilidad del financiamiento con la aportación cada vez más comprometida de los Estados y Gobiernos que permitan disminuir las brechas de dependencia de la cooperación externa en este rubro.
- ⌘ Proponemos estandarizar los métodos de cálculo de los indicadores especialmente de los denominadores (poblacionales y programáticos) con la finalidad de hacerlos comparables en el tiempo y entre países, permitiendo tener una mejor idea de las brechas y de los esfuerzos que se deben ir haciendo para lograr el Acceso Universal.
- ⌘ Establecer Agendas de Evaluación e Investigación sobre aquellos aspectos relevantes para los países que permitan controlar los avances cuantitativos y cualitativos, haciendo el correlato entre los procesos, productos, resultados y el impacto de las intervenciones.
- ⌘ Fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación nacionales y regionales haciendo accesible la información tanto a los actores gubernamentales como a los actores de la sociedad civil y agencias de cooperación.
- ⌘ Para una mejor comprensión de los resultados de las calificaciones del ICPN de los informes UNGASS, se requieren evaluar otros aspectos como calidad de gasto (eficacia y eficiencia), el flujo de información a los stakeholders y población en general sobre los logros en la ejecución de los programas de prevención, entre otros.

## 5. BIBLIOGRAFIA

*El Salvador Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Estratégico Nacional para prevención, atención y control del VIH-SIDA e ITS 2005 - 2010 / 1ª. Ed. San Salvador, El Salvador: 2005.*

*Reporte UNGASS El Salvador, Marzo 2010.*

*Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual ITS, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA- del Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la República de Guatemala, Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA 2006 – 2010, Junio 2006.*

*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, informe de progreso UNGASS, periodo de reporte 2008 – 2009, Guatemala Marzo 2010.*

*Republica de Honduras Comisión Nacional del Sida CONASIDA, III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA PENSIDA – III 2008 – 2012, Noviembre 2007.*

*Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Honduras periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009, Marzo 2010*

*Comisión Nicaragüense del SIDA CONISIDA. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH-SIDA 2006 – 2010, Septiembre 2006.*

*Comisión Nicaragüense del SIDA, Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009, Managua Marzo 2010*

*Ministerio de Salud de la República de Panamá; Plan Estratégico Nacional de carácter Multisectorial para ITS VIH y Sida 2009 -2014. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH – CONAVIH Octubre 2009.*

*Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida Seguimiento a la Declaración de Compromiso sobre VIH/Sida Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS 2010, Enero, 2008 - Diciembre, 2009, PANAMÁ Marzo 2010.*

*Ministerio de Salud Pública de Ecuador Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA de Ecuador 2007-2015, Mayo 2007.*

*Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Ecuador Periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009, Abril 2010*

*CONAMUSA, Ministerio de Salud del Perú, Proyecto Vigía, Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011, para la Prevención y control de las ITS y VIH/SIDA, Julio 2006.*

*Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Perú periodo enero 2008 diciembre 2009, publicado 30 Marzo 2010*

*Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Plan Nacional De Respuesta Ante El VIH y el SIDA COLOMBIA 2008-2011, publicado enero 2008.*

*Informe Nacional Republica de Colombia, UNGASS – 2010, seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/sida, Marzo 2010.*

*Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA Dirección General de la Salud Ministerio de Salud Pública de Uruguay Plan Estratégico Nacional (2006-2010) actualización. Octubre 2008.*

*Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Uruguay informe 2010, Marzo 2010.*

*Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida, Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012, publicado junio 2008.*

*Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Bolivia, Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Bolivia), Enero de 2008 – Diciembre de 2009, 30 de marzo de 2010.*

*Situación de la Epidemia del Sida. ONUSIDA. Diciembre 2009*

*El progreso de América latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Desafíos para lograrlos con igualdad. Capítulo VI, página 43.*

*Planificación y Gestión Orientada a Resultados del Banco Mundial/ONUSIDA (septiembre 2007).*

*CEPAL, Interamerican Dialogue, Política Social, pobreza y desigualdad en América Latina, Noviembre 2009*

*Asamblea General NN.UU, vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones, Ampliación de las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, Marzo 2006.*

*Asamblea General de NN.UU Ampliación de las actividades de prevención tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, hacia el Acceso Universal marzo 2006.*

*Asamblea de NN.UU Resolución (A/60/L.57) Declaración Política sobre el VIH/SIDA*

*Acción conjunta para resultados, Matriz de Resultados de ONUSIDA, 2009 - 2011*

*theglobalfun.org portafolio de subvenciones del Fondo Mundial*

*WHO. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - 2010 Progress.*

*UNAIDS. AIDS epidemic update: November 2009. "UNAIDS/09.36E / JC1700E"*

*Asamblea General de Naciones Unidas declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y Declaración Política sobre el VIH/SIDA: a mitad de camino en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio Informe del Secretario General NN.UU abril 2008.*

*Asamblea General de Naciones Unidas progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA, Informe del secretario general, 1 de Abril 2010.*

*Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN) reportes 2009 de los países del Latinoamérica y el Caribe.*

*Medición de Gastos en SIDA reportes de los Países de Latinoamérica y el Caribe.*

