

Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud

2006-2015

NOVIEMBRE 2005



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

www.paho.org/sida

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad VIH/sida, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros productos análogos no mencionados. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Plan Regional de VIH/ITS

para el Sector Salud

2006-2015

VISIÓN

Los pueblos de las Américas tienen el derecho de demandar y obtener acceso equitativo y sostenible a los servicios de prevención, atención y tratamiento, con el fin de detener y revertir la epidemia de VIH y controlar exitosamente las ITS para el año 2015.

MISIÓN

Los Estados Miembros tienen la capacidad de proveer y asegurar servicios equitativos de prevención, atención y tratamiento a los pueblos de las Américas mediante la formulación participativa de políticas de acceso universal, un desarrollo progresivo y sostenido de la infraestructura, una asignación apropiada de recursos y mediante esfuerzos de colaboración destinados a reducir las desigualdades dentro y entre países.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	p04		GLOSARIO	p05		1. PREFACIO	p07		2. RESUMEN
EJECUTIVO	p09		3. INTRODUCCIÓN	p011		4. POSICIONES DE POLÍTICA			
	p013		5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	p014		6. OBJETIVO GENERAL	p029		
			7. LÍNEAS CRÍTICAS DE ACCIÓN, METAS Y OBJETIVOS INTERMEDIOS	p029					
			8. APOYO DE LA OPS AL PLAN REGIONAL	p047		9. PRÓXIMOS PASOS	p052		

AGRADECIMIENTOS

4]

El presente documento representa la contribución de muchas personas dentro y fuera de la OPS. La Unidad de VIH/sida quisiera expresar su agradecimiento al equipo ejecutivo que supervisó la formulación del Plan, cuyos integrantes de organizaciones partícipes incluyeron a Lourdes Chamorro (Ministerio de Salud de España), Jane Galvao (IPPF), Antonio Gerbase (OMS), Perry Gómez (Ministerio de Salud de las Bahamas), Fritz Lherisson (ONUSIDA), Ricardo Marins (Ministerio de Salud de Brasil), Ernest Massiah (BID), Zeidy Mata (Ministerio de Salud de Costa Rica), Mary Mulusa (Banco Mundial), Rodrigo Pascal Vivo Positivo Chile y Amrita Paul (CIDA).

Las oficinas de la OPS e interesados clave de diecinueve países de la Región (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Grenada, Guatemala, Honduras, las Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay) respondieron a la solicitud de la Unidad de reunirse y proporcionar insumos para el concepto y el diseño del Plan. Estos valiosos insumos contribuyeron a la formación del presente documento.

GLOSARIO

5

ACCESO¹ – Ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la recepción de servicios de salud y otros servicios sociales; es un determinante de la obtención de los servicios necesarios por la población.

ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH – Disponibilidad continua de servicios de atención integral por parte del público, independientemente de la situación legal o de la capacidad de las personas para pagar.

ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO DE VIH – Un conjunto de condiciones en virtud de las cuales todas las personas de un país que requieren tratamiento tienen el derecho y la capacidad de recibir un suministro consistente y durante toda la vida de terapia antirretroviral y otros servicios de salud para tratar eficazmente el VIH.

ATENCIÓN INTEGRAL – La atención integral en materia de VIH se refiere a una combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH y aminorar las consecuencias físicas y emocionales de la infección, prevenir la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas y/o emocionales de la persona infectada, proveer atención destinada a mejorar las condiciones generales y la calidad de vida y a proporcionar acceso al tratamiento. En la página 35 puede verse una lista de los servicios que comprenden la atención integral. La atención integral a las ITS se refiere a una combinación de servicios dirigidos a promover la búsqueda de atención prevenir la transmisión, diagnosticar y tratar de forma adecuada, así como educar al paciente y promover la notificación a la pareja.

AUTORIDAD NACIONAL DE SALUD – Personas que adoptan decisiones en materia de salud pública y administración de programas y servicios nacionales de salud².

CAPACITACIÓN ADECUADA – Capacitación que comprende la competencia en un determinado campo, e incluye, en el caso del personal de salud especializado en VIH, sensibilidad con respecto al género, sexualidad humana/salud sexual y sensibilidad ante el estigma y la discriminación.

COBERTURA UNIVERSAL – Situación en la que todas las personas con VIH reciben tratamiento apropiado.

GÉNERO – Las oportunidades y atributos económicos, sociales y culturales relacionados con el hecho de ser hombre o mujer en un determinado momento.

GRUPOS VULNERABLES – Segmentos de la población que debido a condiciones estructurales han incrementado la posibilidad de verse expuestos al VIH y de infectarse.

PREVENCIÓN POSITIVA – Participación activa de las personas con VIH en la implementación de las medidas necesarias para prevenir la reinfección y reducir la velocidad de la progresión de las

¹ Del documento de trabajo de la OPS sobre atención primaria de salud.

² De LACHSR.
www.lachsr.org

enfermedad del VIH y adopción de medidas destinadas a prevenir la transmisión de la infección a otras personas.

SALUD SEXUAL – Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no significa meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o fragilidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso sobre la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales agradables y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual, es preciso respetar, proteger y asegurar los derechos sexuales de todas las personas³.

VIH Y SIDA – Este Plan utiliza el término “VIH” para referirse al virus y a la epidemia, y emplea la expresión “personas con VIH” para describir a aquéllos que viven con el virus en todas las etapas de la enfermedad. En una época en que un menor número de personas desarrolla las manifestaciones clínicas del sida, el término genérico “VIH” se convierte en una expresión más útil y precisa. El Plan utiliza el término “sida” solo cuando resulta necesario para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad del VIH.

³ Definición de la Organización Mundial de la Salud.

PREFACIO

1

7

El comienzo del siglo XXI puede considerarse un punto decisivo en la historia de la epidemia del VIH. Hoy en día, con la creciente disponibilidad de la terapia antirretroviral (TAR), los medios para prolongar la vida y aliviar el sufrimiento de las personas infectadas por el VIH están al alcance de la mano. El compromiso político internacional con la lucha contra el VIH/sida atraviesa un momento culminante. El Objetivo de Desarrollo incluido en la Declaración del Milenio relativo a la epidemia, junto con el establecimiento del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como otras alianzas, han impulsado la acción a muchos niveles y han aumentado los recursos significativamente. Se requieren esfuerzos coordinados para sacar el mayor provecho de tiempos tan propicios. Los esfuerzos en expansión para proporcionar una atención integral para el HIV/sida, incluida la prevención, ocupan un lugar fundamental en las agendas de salud pública a nivel nacional e internacional. Los avances hechos hoy pueden cambiar el mapa de la epidemia en un futuro próximo y a largo plazo.

Se están haciendo progresos en la atención y el tratamiento del VIH/sida en América Latina y el Caribe. Cuando se celebre la Cuarta Cumbre de las Américas en noviembre de 2005, se habrá alcanzado y superado la meta que se fijó durante la Cumbre de Nuevo León, que tuvo lugar en Monterrey, México, en enero de 2004, de tratar a 600.000 personas para 2005. Sin embargo, para alcanzar la cobertura universal se requerirá reducir la brecha de equidad entre los países y dentro de ellos. Factores socioeconómicos, geográficos y de género, así como la estigmatización de la enfermedad, desempeñan un importante papel a la hora de determinar el destino de una persona con VIH.

El medio más eficaz para combatir el VIH es la prevención de su transmisión. No obstante, la falta de información basada en la evidencia acerca de lo que funciona y lo que no, la fragmentación de los esfuerzos, la falta de continuidad y de acciones sostenidas y sinérgicas, y la persistencia del estigma y la discriminación obstaculizan los esfuerzos y el éxito en esta área. Como Región, debemos aprovechar el conocimiento actual y las lecciones aprendidas a través de las intervenciones, y pasar de los proyectos puntuales y limitados por el tiempo a una respuesta de expansión del cuidado dentro de un plan nacional integral.

La OPS ya ha demostrado su apoyo para expandir la atención integral en la Región, llevando a cabo acciones para poner en práctica la Iniciativa “Tres millones para 2005” y brindando cooperación técnica para apoyar diversos esfuerzos de prevención. El Plan Regional de VIH/TTS para el Sector Salud 2006–2015 es un paso adicional para promover la prevención y el cuidado eficaces. A raíz de la resolución CD45.R11 del Consejo Directivo de 2004 para ampliar el tratamiento del VIH/sida y reforzar las actividades de prevención, y de la resolución CD45.R10 del Consejo Directivo de 2004 sobre el acceso a los medicamentos, el Subcomité de Planificación y Programación ordenó en 2005 la elaboración del Plan Regional. Habida cuenta de la necesidad de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, detener y revertir la propagación del VIH para 2015, el Plan Regional nace en un momento crítico. No me cabe duda de que a través de la promoción de una auténtica colaboración y coordinación entre los socios y entre los países bajo

la función de liderazgo de las autoridades nacionales, y con implicación y compromiso plenos de todos los sectores y actores de nuestra sociedad, podremos frenar esta epidemia y proteger a todas las personas.

Estamos ahora a las puertas del acceso universal al tratamiento y la atención integral, así como con instrumentos para hacer llegar, a cada grupo, información y comunicación para el cambio comportamental. Contamos con las herramientas para abrir esas puertas y cambiar el rostro del VIH/sida en las Américas. Aprovechemos el poder del conocimiento y las tecnologías disponibles y pongámoslas a trabajar en favor de las personas de nuestra Región que más las necesitan.

MIRTA ROSES PERIAGO

Directora, Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

2

ANTECEDENTES

9

En las Américas, el VIH constituye una importante amenaza a la salud pública. El número de personas positivas al VIH y de quienes mueren como consecuencia del sida se ha incrementado en los últimos años, y se considera que continuará aumentando en la próxima década. Los programas puestos en marcha por los programas nacionales de sida han tenido éxito en toda la Región, pero sus esfuerzos se ven obstaculizados por la falta de infraestructura, la inexistencia de apoyo político y la persistencia del estigma y la discriminación.

Todos los países de la Región han suscrito acuerdos sobre VIH/sida, incluido el Objetivo 6 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, destinados a detener y revertir la propagación del VIH y cumplir la Declaración de Compromiso de la Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (UNGASS). El cumplimiento de estas metas requerirá una ampliación de los programas existentes y la cooperación entre sectores y países. El Plan Regional de VIH/ITS de la OPS para el sector de la salud 2006-2015 constituye una herramienta que permitirá asistir a los sectores de salud de las Américas a responder más eficazmente a la epidemia de VIH y prevenir a controlar las ITS. Deberá implementarse al nivel regional en todos los países de la Región. El Plan se concentra en el logro del acceso universal a la atención integral, incluidas la prevención, la atención y el tratamiento, y aborda estos elementos de forma integral.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA 2015

La OPS realizó un análisis de la situación del VIH/sida/ITS en la Región, utilizando proyecciones para determinar varios escenarios sobre el posible futuro de la epidemia. Dichos escenarios ponen de relieve la necesidad de ampliar la respuesta integral de los sectores de salud con el fin de impedir que la epidemia se propague en forma espectacular durante los próximos años. En base a esta necesidad, la OPS formuló cinco líneas críticas de acción que constituyen los elementos del Plan Regional. Cada una de ellas incluye estrategias que deberán poner en práctica las autoridades de salud, metas que deben alcanzarse para 2010 ó 2015, y objetivos intermedios. Las líneas críticas de acción son:

- 1_Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.
- 2_Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos.
- 3_Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
- 4_Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.
- 5_Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.

Las metas incluidas en el Plan están dirigidas al logro del objetivo general de acceso universal a la atención integral. Será preciso realizar una evaluación de las necesidades al nivel de país para determinar cuáles son las más relevantes para cada país y en qué forma se vinculará el Plan Regional con los planes existentes. La OPS prestará apoyo técnico para la implementación del Plan Regional. Junto con el Comité Consultivo Técnico sobre VIH/sida, la OPS vigilará el progreso y los desafíos y permitirá compartir información y experiencias.

INTRODUCCIÓN

3

[11

En las Américas, el VIH no tiene solamente un rostro. Como Proteo en la mitología griega, es oportunista en la selección de sus huéspedes. El VIH afecta tanto a una niña como a un trabajador migratorio, un hombre homosexual, una madre o un niño.

En la actualidad existen en las Américas de 3 a 5 millones de personas con VIH, y la propagación de la epidemia está incrementándose. A pesar del considerable progreso experimentado en la Región, el sida continúa amenazando la estructura social y económica de la sociedad. Los datos indican que el VIH está afectando principalmente a los pobres y los vulnerables, y que la carga está cayendo cada vez más sobre los hombros de las mujeres y los jóvenes. Existe un amplio reconocimiento de que el riesgo del VIH está estrechamente relacionado con la desigualdad de género, la marginación y la pobreza. Los elevados niveles de estigma y de discriminación que se observan en toda la región, y hasta hace poco tiempo, la falta de tratamiento ampliamente disponible han limitado el número de personas que se han sometido a pruebas de VIH, y como resultado, muchas personas que se encuentran en situación de alto riesgo de infección todavía ignoran su situación.

Después de más de veinte años de la aparición del VIH en las Américas, los países han reconocido la necesidad de una respuesta más dirigida y multisectorial, y se han comprometido firmemente a ampliar la lucha contra el VIH. Para que la Región pueda cumplir este compromiso, incluso el Objetivo de Desarrollo No.6 del Milenio, de detener y revertir la propagación del VIH para 2015, es preciso definir una estrategia a largo plazo. Los países de América Latina y el Caribe deberán trabajar en forma rápida y efectiva, concentrando sus esfuerzos para maximar la experiencia y los recursos disponibles. La Región debe aprovechar el momento reconociendo los recursos y las oportunidades de que dispone actualmente. La OPS, a través de sus oficinas en los países, los centros y los mecanismos regionales y subregionales, está intensificando su apoyo a los programas nacionales de sida, ayudándoles a superar este desafío mediante la formulación del Plan Regional de VIH/TTS para el Sector Salud 2006-2015.

La formulación del Plan Regional ha sido un proceso participativo, que involucra una amplia gama de programas y socios de la OPS y a los Estados Miembros. Un grupo directivo, integrado por representantes de personas que viven con VIH, ministerios de salud, socios en el desarrollo y miembros del Comité Consultivo Técnico de la OPS, se reunió el 3 de junio y el 13 de septiembre de 2005 con el objeto de conceptualizar y orientar el proceso. Para obtener perspectivas externas sobre la ventaja comparativa de la OPS y sobre el apoyo técnico de la OPS en el futuro, se consultó con los socios en el desarrollo y sus contribuciones se reflejan en este documento.

La Unidad de VIH/Salud Familiar y Comunitaria dirigió el proceso y formó grupos de trabajo con representantes de otras unidades, entre ellas las de Enfermedades Transmisibles; Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnologías de Salud; Salud del Niño y del Adolescente; Género, Etnia y Salud; Tecnología y Prestación de Servicios de Salud; Apoyo a Proyectos; Desarrollo de Recursos Humanos; Inmunizaciones, Relaciones y Asociaciones Externas. Además, el personal de las oficinas de la OPS en toda la Región recopiló información mediante un cuestionario y

consultas con los interesados nacionales sobre la necesidad de un Plan Regional y la forma en que dicho Plan podría ayudar a los países a incrementar su respuesta al VIH/ITS. Los resultados de estas deliberaciones se utilizaron para definir las líneas críticas de acción, las estrategias, las metas y los objetivos intermedios contenidos en este Plan.

12]

Con el objeto de promover una respuesta integral, el Plan Regional contempla la coordinación con otras iniciativas y planes de la OPS, como la Iniciativa de Atención Primaria de la Salud, el Plan Regional de Recursos Humanos 2006-2015, el Plan Estratégico del Programa Regional contra la Tuberculosis 2006-2015, la Iniciativa y el Plan de Acción sobre Sangre Segura para 2005-2010, los planes regionales y mundiales sobre la sífilis y la Resolución de la OPS sobre Familia y Salud de 2003. En consecuencia, el Plan comparte algunas de las metas de otros programas de la OPS, y las estrategias son congruentes y complementarias. También se han tenido en cuenta los Tres Unos, UNGASS, y las recomendaciones del Grupo de Estudio Mundial sobre la Prevención⁴.

El Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 es una herramienta para asistir a los servicios y sistemas de salud de las Américas a responder en forma más efectiva a la epidemia de VIH y prevenir y controlar las ITS. Deberá fortalecer los planes nacionales en todos los países de la Región. en todos los países de la Región. Los diez años de duración del Plan estimulan a los planificadores nacionales e internacionales a que analicen el impacto a largo plazo y la sostenibilidad de los programas, y consideran la trayectoria de la enfermedad en relación con otras metas de desarrollo económico y humano a largo plazo. El Plan Regional constituirá un valioso recurso para mejorar la coordinación institucional y generar el capital social y económico para detener la propagación del VIH ahora y en los años venideros.

El Plan comienza con un análisis de la situación que proporciona una base para las metas y estrategias propuestas. Ello incluye los datos epidemiológicos actuales y las tendencias futuras estimadas, así como el estado de los esfuerzos relacionados con el VIH/ITS en la Región. Luego se presentan cinco líneas críticas de acción, con las consiguientes estrategias, metas y objetivos intermedios. En la siguiente sección se presenta el papel de la Secretaría de la OPS en apoyo del Plan, incluso los mecanismos para su supervisión y gestión, y al final del documento se resumen brevemente los próximos pasos.

⁴ El Grupo de Estudio Mundial sobre Prevención forma parte del Equipo de Estudio Mundial sobre Mejoramiento de la Coordinación sobre el Sida entre Instituciones Multilaterales y Donantes Internacionales.

POSICIONES DE POLÍTICA

4

[13

El Plan Estratégico Regional de VIH/ITS para el Sector Salud respalda la implementación de las siguientes políticas al nivel nacional:

- 1_ Acceso universal a la atención integral, que incluye el continuo de atención desde la prevención al tratamiento, incluidos la terapia antirretroviral y los productos necesarios, gratuitos en el punto de prestación del servicio.
- 2_ Promoción de la salud basada en la evidencia y programas de prevención del VIH para y con miembros de los grupos afectados, incluidos los jóvenes y niños/as, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las mujeres, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores del sexo, las poblaciones indígenas, los trabajadores migratorios y otras poblaciones relevantes cuya calidad de vida puede mejorarse reduciendo su vulnerabilidad y eliminando los riesgos.
- 3_ Políticas y programas con sensibilidad al género concentradas en la mitigación de desigualdades que surgen de los diferentes papeles de hombres y mujeres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias que estas desigualdades tienen para la vida, la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres.
- 4_ La revitalización del compromiso a favor de la prevención y el control de ITS, reconociendo que la presencia de ITS desempeña un importante papel en la transmisión del VIH.
- 5_ La comprensión de la salud como derecho humano y la necesidad de abordar los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud. Este enfoque deberá manifestarse en programas y políticas que reflejen los valores de equidad, excelencia, solidaridad, respeto, integridad, eficiencia, participación y autonomía.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

5

14]

EL ESTADO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA/ITS EN LA REGIÓN

Panorama general epidemiológico del VIH/sida/ITS

A fines de 2004, entre 3 y 5 millones de personas vivían con VIH en las Américas⁵. De ellas, alrededor de 3 millones vivían en América Latina y el Caribe. En la actualidad la epidemia está expandiéndose: durante 2004, se estima que por lo menos 380.000 personas fueron infectadas con el virus. El Caribe muestra la segunda tasa de prevalencia en el mundo, con tasas en adultos del 2% al 3%, y algunos países centroamericanos ya se encuentran por encima del umbral del 1% de una epidemia generalizada. La mitad de las personas infectadas con VIH en todo el mundo son jóvenes, en su mayoría entre los 15 y los 24 años de edad.

La epidemia está generalizada en el Caribe, mientras que en la mayor parte de América Latina se concentra en ciertas zonas geográficas y en diversos grupos poblacionales. Esta situación está cambiando, sin embargo, en la medida en que la movilidad y las migraciones se incrementan en toda la Región. Hasta la fecha, la mayoría de las infecciones se han asociado con las relaciones sexuales sin protección. En varios países del Cono Sur, el uso de drogas inyectables constituye el principal factor que afecta la transmisión.

La infección del VIH entre las mujeres constituye una creciente preocupación. Los mayores niveles de VIH entre las mujeres de las Américas se observan en los países del Caribe. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, entre el 30% y el 70% de las mujeres de la Región tienen ocupaciones inestables e inseguras, y las que están empleadas siguen ganando significativamente menos que los hombres. Entre el 12% y el 54% de las mujeres sin educación y entre el 5% y el 28% de las niñas no saben cómo prevenir la infección por el VIH, mientras que entre el 10% y el 25% de todas las mujeres cree que una persona de aspecto “saludable” no puede tener VIH.

En Canadá y los Estados Unidos, en los últimos años el número de muertes por sida ha disminuido en cierta medida. En los Estados Unidos, el número de nuevas infecciones se ha mantenido estable (cerca de 43.000) entre 2003 y 2005, mientras que en Canadá se ha incrementado el número de nuevas infecciones con VIH. Desde que comenzaron a declararse casos de VIH en noviembre de 1985 y fines de 2004, en Canadá se hace declarado un total acumulativo de 57.674 casos de VIH⁶ (véase el gráfico 1). En los últimos cinco años se ha observado un incremento del 20% en los casos declarados de VIH, pasando de 2.111 en 2000 a 2.529 en 2004, mientras que se ve afectado un número cada vez mayor de personas jóvenes.

Una vigorosa respuesta en la prevención de la transmisión materno-infantil ha reducido la incidencia del VIH entre los niños canadienses, y la ampliación del tratamiento y la atención se ha traducido en una tendencia decreciente en la mortalidad por sida, como lo ilustra la reducción del 92% en la mortalidad producida por sida entre 1995 (1.500 muertes) y 2003 (124 muertes).

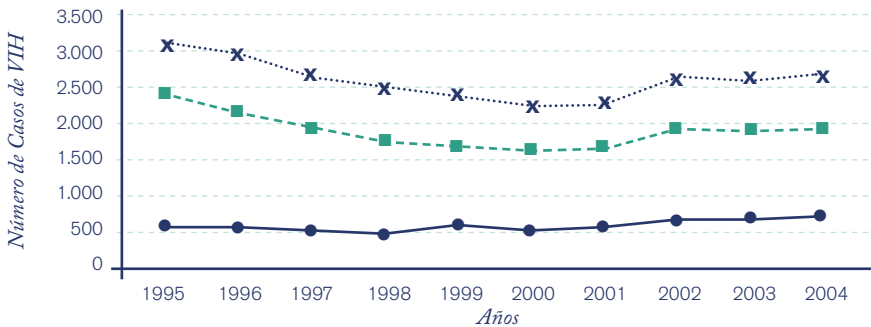
⁵ OMS/ONUSIDA, 2004.

⁶ Según el informe de supervisión del VIH/sida publicado en abril de 2005 por el Organismo de Salud Pública de Canadá.

Gráfico 1_ Casos declarados de VIH en Canadá, por años y sexo: 1995-2004

Fuente: Organismo de Salud Pública de Canadá, 2005

Hombres ■ /Mujeres ● /Total x

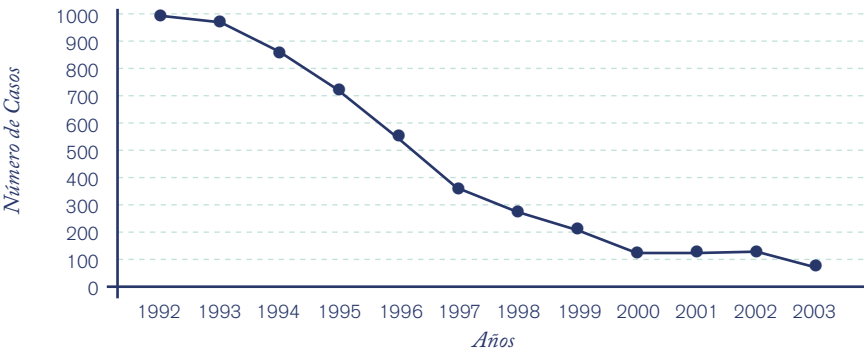


15

En los Estados Unidos, se estima que desde que se inició la epidemia en 1981 han ocurrido 929.985 casos de sida⁷. Entre los casos declarados de sida, la tasa de incidencia anual se ha mantenido estable entre 2002 y 2003. En todo el país, el número estimado de casos de sida entre los niños ha disminuído de 952 casos en 1992 a 59 en 2003, debido al impacto de los programas de prevención de la transmisión materno infantil (véase el gráfico 2).

Gráfico 2_ Incidencia del sida entre niños en los Estados Unidos: 1992-2003

Fuente: CDC: Informe de Vigilancia de VIH/SIDA. DHHS (volumen 15).



⁷ Del Informe de Vigilancia del VIH/sida, CDC (volumen 15).

Infecciones de transmisión sexual

16]

Si bien está respondiendo a la amenaza que representa la epidemia de VIH en el hemisferio occidental, la Región continúa enfrentándose al desafío que representan las infecciones de transmisión sexual (ITS). Se estima que en las Américas se producen anualmente 50 millones de casos de ITS. La clamidiasis, la gonorrea, la sífilis, la tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, el herpes, el virus del papiloma humano y el chancro blando continúan siendo problemas de salud pública en la Región y constituyen un factor impulsor de la epidemia de VIH.

La magnitud de las ITS en América Latina y el Caribe puede demostrarse mediante ejemplos de diferentes países y diferentes metodologías. En un punto centinela en Chile, de 10.525 consultas por ITS entre 1999 y 2003, el 22% de los pacientes fueron diagnosticados con condiloma, el 10,4% con sífilis latente y el 10,1% con gonorrea. En Nicaragua, durante el período comprendido entre 2000 y 2002 se observó el mismo patrón en cuanto a los casos de gonorrea y sífilis. En Jamaica, el estudio de detección de ITS entre 5.183 mujeres embarazadas matriculadas en un programa nacional destinado a reducir la transmisión maternoinfantil de VIH realizado en 2000 encontró que el 9,8% eran positivas a ITS. Una encuesta basada en la población⁸ realizada entre adultos en Barbados en 2004 encontró que el 14,3% de esa población estaba infectada de gonorrea o clamidia. No se encontraron diferencias en términos de prevalencia entre hombres y mujeres, pero se halló que el 25% de las mujeres más jóvenes (de 18 a 20 años) estaban infectadas, porcentaje superior al de las mujeres de 21 y 35 años. Esta elevada prevalencia de infección asintomática entre hombres y mujeres en Barbados indica que la detección sistemática de las ITS resulta crítica para la prevención y el control de las ITS y la epidemia de VIH en ese país.

En los Estados Unidos, los casos de sífilis primaria y secundaria decrecieron entre 1990 y 2000⁹. Sin embargo, los casos de sífilis se incrementaron durante el período 2000-2002 y continuaron aumentando entre 2002 (6.862 casos) y fines de 2003 (7.177 casos). Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se vieron particularmente afectados por este incremento. Si bien se encontró que en general los afroamericanos eran los más afectados, la tasa de sífilis en este grupo está disminuyendo. La sífilis se ha incrementado en otros grupos étnicos en los Estados Unidos, especialmente entre la población de origen hispano.

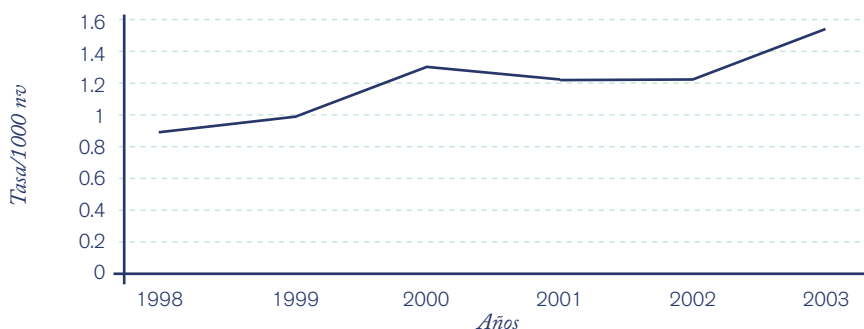
En América Latina y el Caribe, todos los años se diagnostican 330.000 casos de sífilis en mujeres embarazadas, que no son tratadas en forma adecuada. Ello significa que todos los años nacen 110.000 niños con sífilis congénita. En 2003, en once países de América Latina y el Caribe se registraron sólo 15.570 casos de sífilis congénita. En los países en los que se declaran anualmente casos de sífilis congénita, se observa una tendencia ascendente en Costa Rica, donde la tasa de casos fatales pasó del 2,35% en 1995 al 3,3% en 2000, en Venezuela, donde los casos se incrementaron de 50 en 2000 a 135 en 2002, y en Brasil, donde la tasa de sífilis congénita por 1000 nacimientos vivos aumentó de 0,9 en 1998 a 1,5 en 2003 (*véase el gráfico 3*).

⁸ OP Adams y colaboradores, CHRC-2005.

⁹ Syphilis Surveillance Report (2004).

Gráfico 3 _Brasil: tasa de sífilis congénita por 1000 nacimientos vivos 1998-2003

Fuente: Ministerio de Salud - Boletín AIDST, 2004



17

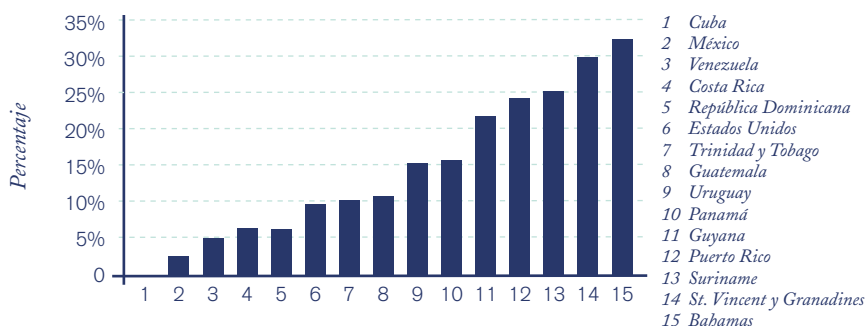
Coinfección con VIH

La prevalencia de VIH entre los pacientes de ITS constituye un buen indicador de la posible transmisión del VIH. Las encuestas realizadas en algunos países del Caribe han encontrado que los pacientes de ITS se ven seriamente afectados por la epidemia de VIH. En varios casos, las tasas de prevalencia son de 2 a 6 veces superiores entre los pacientes de ITS que en la población en general. Las elevadas tasas de coinfección ponen de relieve la necesidad de una doble política de detección: cada paciente de ITS debe someterse a una prueba de VIH y cada paciente femenino con VIH debe someterse a una prueba de ITS, incluido el HPV por su peligrosa asociación con el VIH y *Candida albicans*, ya que ésta es una común infección oportunista.

En muchos países, la doble infección de VIH y tuberculosis se ha convertido en un grave problema de salud pública. La prevalencia de VIH entre pacientes de tuberculosis oscila entre el 0% en Cuba a 31.5% en las Bahamas en 2003 (véase el gráfico 4).

Gráfico 4 _Prevalencia de VIH en pacientes con TB: 2003

Fuente: Ministerio de Salud, 2004



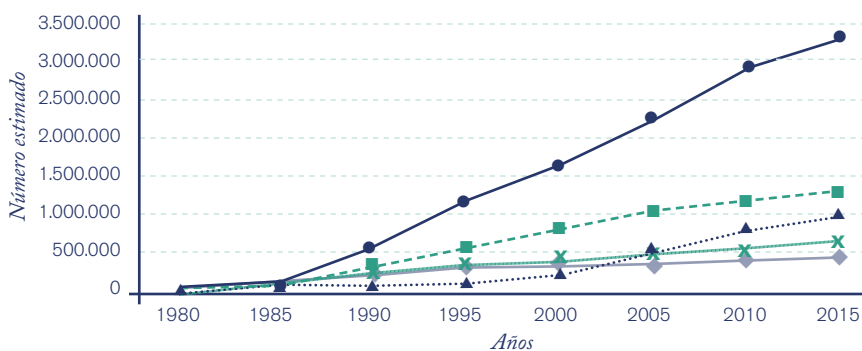
El futuro de la epidemia de VIH

El impacto negativo de la epidemia de VIH sobre las tendencias demográficas en el hemisferio occidental, está bien documentado. Si se mantienen las actuales tendencias, la esperanza de vida se reducirá por lo menos en 10 años para fines de 2010 como consecuencia del sida en los países fuertemente afectados como Haití, Guyana y las Bahamas. Utilizando un escenario moderado¹⁰, las proyecciones de OMS/ONUSIDA muestran que para fines de 2015 en América Latina y el Caribe habrá 3.300.000 personas con VIH (véase el gráfico 5).

Gráfico 5_Número estimado de personas con VIH

Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA.

Caribe ♦ /Cono Sur y Brasil ■ /Región Andina ▲ / Centroamérica y México x /Total ● /



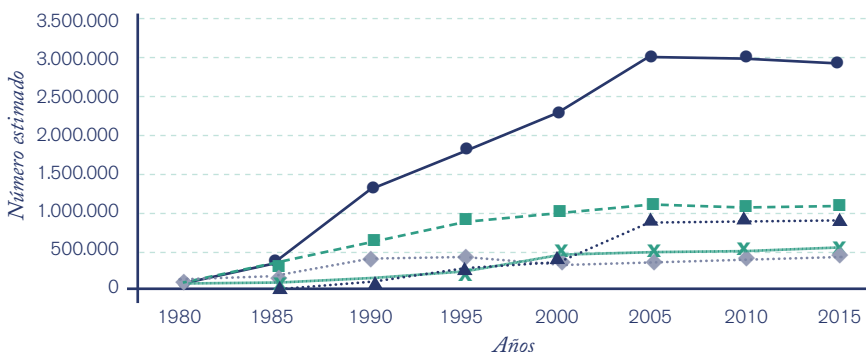
¹⁰ OMS/ONUSIDA formuló proyecciones basadas en tres escenarios: bajo, medio y alto. Indican la progresión de la epidemia de acuerdo con el nivel de respuesta, y el alto indica una rápida progresión de la epidemia como consecuencia de una respuesta inadecuada. En este análisis de la situación se utilizó el escenario moderado. El escenario moderado o "medio" se basa en el supuesto de que habrá una cierta ampliación del tratamiento antirretroviral (una tasa de cobertura de menos del 60%) o algún cambio en los esfuerzos de prevención (prevención mediante programas de transmisión maternoinfantil utilizando regímenes simples y logrando una reducción de menos del 70% en la tasa de transmisión, o programas exitosos de modificación del comportamiento que afectan a los grupos vulnerables), y utiliza la dinámica natural de la epidemia de VIH. Se considera que este escenario moderado es el que más se acerca a la situación real de la respuesta a la epidemia en la totalidad de las Américas.

Durante la próxima década, el total acumulativo de nuevas infecciones de VIH en América Latina y el Caribe se acercará a los 3 millones (véase el gráfico 6).

Gráfico 6_Número estimado de nuevas infecciones con VIH (adultos y niños) en América Latina y el Caribe, 1980-2015 (escenario medio)

Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA.

Caribe ♦ /Cono Sur y Brasil ■ /Región Andina ▲ / Centroamérica y México x /Total ● /



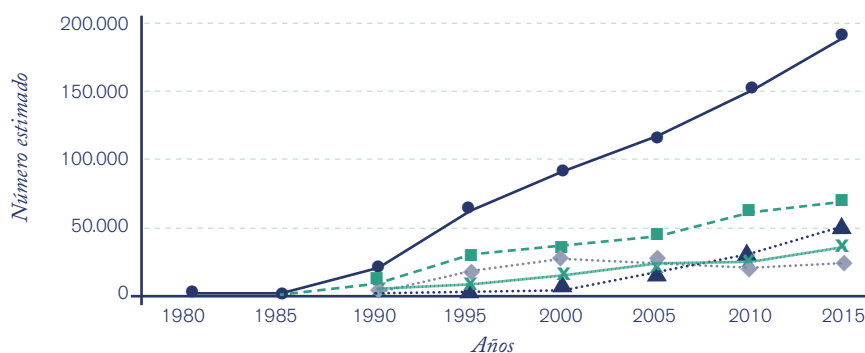
Las estimaciones indican que durante la próxima década habrá entre 1,5 y 2 millones de muertes por sida en América Latina y el Caribe (véase el gráfico 7), y las mujeres representarán un número creciente en el total de muertes.

Ante el aumento de personas con VIH, los países de América Latina y el Caribe se enfrentarán el grave desafío de proveer atención y tratamiento. Según OMS/ONUSIDA, en 2005, 460.000 personas con VIH necesitan actualmente tratamiento, y dicho número se incrementará a 710.000 en 2010 y a 960.000 en 2015. Se estima que la necesidad no satisfecha de terapia antirretroviral asciende a 136.000 personas en 2005. En 2010, se proyecta que dicha necesidad será de 143.000 personas con VIH y para 2015 el número ascenderá a 160.000 personas.

Gráfico 7_ Número estimado de muertes debidas al sida (adultos y niños) en América Latina y el Caribe, 1980-2015 (escenario medio)

Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA.

Caribe ♦ / Cono Sur y Brasil ■ / Región Andina ▲ / Centroamérica y México x / Total ●

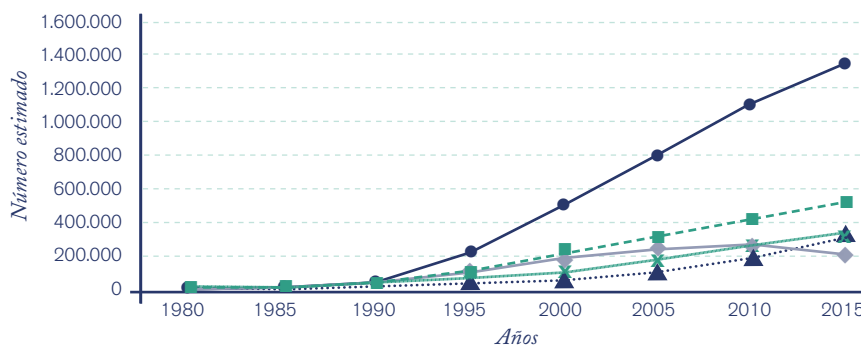


En la próxima década, la Región también enfrentará un aumento en el número de niños huérfanos como consecuencia del sida. De 795.000 en 2005, se estima que en América Latina y el Caribe el número de estos huérfanos será de 1.400.000 en 2015 (véase el gráfico 8).

Gráfico 8_ Número estimado de niños huérfanos a causa del sida en América Latina y el Caribe, 1980-2015 (escenario medio)

Fuente: Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, ONUSIDA.

Caribe ♦ / Cono Sur y Brasil ■ / Región Andina ▲ / Centroamérica y México x / Total ●



Las proyecciones formuladas para medir el impacto de las intervenciones de salud pública han demostrado la importancia que reviste una respuesta integral a la epidemia que combina la prevención, atención y tratamiento para lograr un mayor impacto para reducir significativamente el número de nuevas infecciones del VIH. La asignación de énfasis a la prevención solamente o sólo a la atención y el tratamiento constituye una falsa dicotomía y no conducirá a una respuesta exitosa frente a la epidemia. En consecuencia, con el objeto de medir el impacto de las intervenciones de salud pública sobre la propagación de la enfermedad, la OPS formuló tres escenarios futuros estimados¹¹. Dichos escenarios pronostican el futuro de la epidemia en base a diferentes porcentajes de reducción de las infecciones con VIH durante la próxima década. Las proyecciones de OMS/ONUSIDA para América Latina y el Caribe resumidas más arriba se utilizan como referencia. Los tres escenarios formulados por la OPS se concentran en la reducción de nuevas infecciones de VIH como resultado de la combinación de una ampliación de los programas de prevención, atención y tratamiento. Son las siguientes:

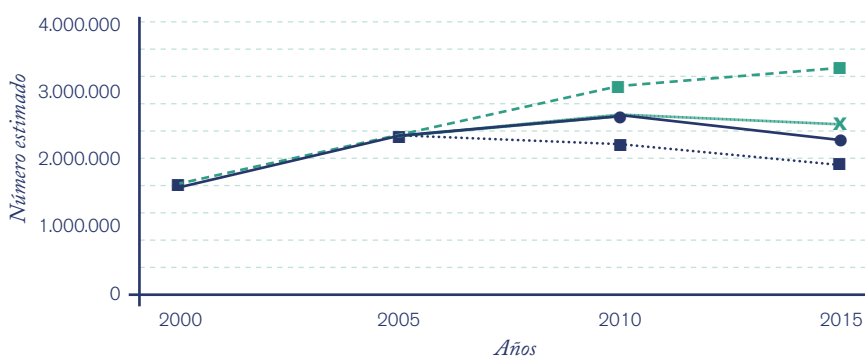
- Un escenario bajo considerando el futuro de la epidemia con una reducción del 25% en las nuevas infecciones de VIH entre 2005 y 2010 y otra reducción del 25% entre 2010 y 2015.
- A medium case scenario considering the future of the epidemic when there is a 25% reduction in new HIV infections during 2005-2010, and a 50% reduction in new HIV infections between 2010-2015.
- Un escenario optimista considerando el futuro de la epidemia con una reducción del 50% en las nuevas infecciones durante 2005-2010 y otra reducción del 50% entre 2010 y 2015.

Los resultados de estos tres escenarios se muestran en el *gráfico 9*.

Gráfico 9 Reducciones en las nuevas infecciones de VIH e impacto sobre el número de personas con VIH, 2005-2015: Referencia y tres escenarios

Fuente: OPS

Esc. óptimo ■ / Esc. Medio ● / Esc. bajo x / Referencia ■



¹¹ Los escenarios formulados por la OPS se basan en las investigaciones realizadas por Solomon y colaboradores (*Integrating HIV Prevention and Treatment: From Slogans to Impact*, *Plos Medicine*, Vol.2, No.1, 2000).

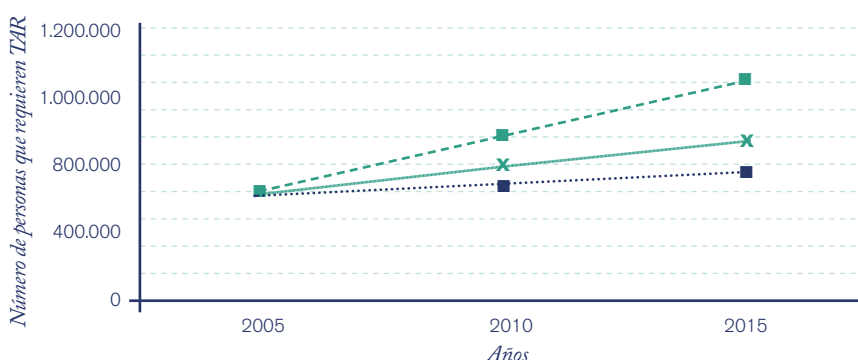
El escenario optimista se traduciría en un número estimado de 1,9 millones de personas con VIH en 2015, en vez de las 3,3 millones de personas proyectadas en el escenario de referencia. Este número se acerca al número de personas con VIH a fines de 2005. En el caso del escenario optimista, durante el período 2006-2015 se prevendría un total de 1,4 millones de nuevas infecciones con VIH, y el número de muertes por sida disminuiría de 1,1 millones en el escenario de referencia a 800.000 en 2015.

El escenario optimista reduciría el número de personas con VIH que requieren atención y tratamiento, que se mantendría por debajo de las 600.000 personas durante la próxima década (*véase el gráfico 10*).

Gráfico 10 Necesidades de terapia antirretroviral: Referencia y escenarios, 2005-2015

Fuente: OPS

Esc. óptimo ■ / Esc. bajo x / Referencia ■



Esta reducción incrementaría significativamente la factibilidad del acceso universal a los servicios de atención y tratamiento en América Latina y el Caribe. La reducción en las nuevas infecciones implícita en el escenario optimista también reduciría significativamente el número de niños huérfanos por causa del sida, que disminuiría de 1,35 millones proyectados para 2015 a 800.000, o sea una reducción del 41%.

La Región se encuentra en condiciones de alcanzar el escenario optimista, pero ello depende de un escenario de ampliación de la atención integral. En la sección siguiente se indican algunos logros clave alcanzados en la Región hasta la fecha, lo que justifica la focalización del escenario optimista para las Américas.

Poblaciones más afectadas por la epidemia

La población en general se encuentra en riesgo de contraer el VIH en todos los países, y el VIH no debe considerarse confinado a ciertos grupos, clases o características socioeconómicas. El sistema de salud es responsable de asegurar que todos aquéllos que procuran sus servicios sean provistos

de información relevante y oportuna sobre VIH e ITS y sobre los riesgos asociados con estas enfermedades. Sin embargo, ciertos grupos se hallan en situación particularmente riesgosa como consecuencia de características sociales, económicas, estructurales y biológicas. Las poblaciones que se mencionan a continuación se hallan en situación de alto riesgo como consecuencia de una combinación de factores. La marginación socioeconómica y las desigualdades de género constituyen aspectos generalizados que incrementan la vulnerabilidad y contribuyen a la falta de acceso a los servicios de salud para prevención y tratamiento.

Los jóvenes de menos de 25 años representan el 30% de la población de la Región, pero muchos **jóvenes** no participan en los procesos nacionales de desarrollo económico y social y cuentan con limitado acceso a bienes y servicios. La situación de los jóvenes se complica por la pobreza que se observa en muchas partes de la Región. Esta vulnerabilidad, combinada con la tendencia a incurrir en comportamientos de riesgo, incluidas las relaciones sexuales sin protección, el consumo de alcohol y de drogas, hace que muchos jóvenes resulten altamente susceptibles a verse expuestos al VIH e ITS. Los niños huérfanos como consecuencia del VIH y las ITS se encuentran en situación particularmente desventajosa. Incluso los huérfanos cuyas pruebas de VIH son negativas carecen del apoyo y la crianza que ofrecen un entorno familiar estable. En el caso de quienes están infectados, las formulaciones pediátricas para los niños siguen siendo sumamente inadecuadas, ya que la industria no ha invertido recursos en este campo por el reducido número de niños infectados con VIH en el mundo industrializado¹².

El consumo de drogas inyectables desempeña un importante papel en la propagación de la epidemia, en particular en América del Norte, Brasil y el Cono Sur. En algunas ciudades de Brasil, en 2004 la tasa de prevalencia del VIH entre **usuarios de drogas inyectables** era 60 veces mayor que la tasa correspondiente a la población general. En 2002, los usuarios de drogas inyectables representaban el 43% de los casos declarados acumulados de sida en las Bermudas, mientras que en Puerto Rico, en 2003 el 50% de todas las infecciones se relacionaba con el uso de drogas inyectables. En Argentina, la tasa de prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables era del 7,8%, en comparación con el 0,3% entre las mujeres embarazadas en 2003. Si bien los usuarios de drogas inyectables se han convertido en un significativo factor en la epidemia regional, con tasas de infección de alcanzan al 60% en algunas ciudades, la formulación de programas para este grupo cuenta con limitado apoyo político.

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres siguen desempeñando un importante papel en la propagación de la epidemia. Las tasas de seroprevalencia en este grupo son superiores al 5% en la mayoría de los Estados Miembros. En determinados países, los porcentajes son considerablemente mayores. Las encuestas recientes han indicado que las tasas de prevalencia del VIH entre **hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres** alcanzan hasta el 17,7% en El Salvador y el 15% en México. Las tasas de infección en este grupo también son elevadas en la subregión andina. En Lima, Perú, la infección entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres alcanzaba al 21% en 2002. La discriminación obliga a los hombres que desean tener relaciones sexuales con otros hombres a “ocultar sus actividades” y negar la existencia de comportamientos de riesgo. Ello impide que los programas de prevención los alcancen y coloca en situación de riesgo a sus compañeras sexuales femeninas que desconocen sus actividades.

¹² El UNICEF es el principal organismo de las Naciones Unidas que trabaja en el campo de apoyo a los huérfanos, en el que también trabaja el Banco Mundial. La OPS/OMS es el organismo que se ocupa de la atención integral de niños afectados por el VIH.

Los estudios han demostrado que los **trabajadores del sexo** se ven afectados de forma desproporcionada por la epidemia. Un estudio multicéntrico realizado recientemente en Centroamérica mostraba que la prevalencia del VIH entre las trabajadoras del sexo oscilaba entre menos del 1% en Nicaragua a más del 10% en Honduras. En la República Dominicana, las tasas de prevalencia variaban entre el 4,5% y el 12,4% en los lugares del estudio en 2000. En Jamaica, en 2001 la prevalencia del VIH entre las trabajadoras del sexo era del 10% en Kingston y del 20% en Montego Bay. En Suriname, el 21% de las trabajadoras del sexo estaban infectadas por el VIH en 2003, mientras que en la vecina Guyana la tasa de prevalencia era del 31% en 2000.

Las desigualdades de género constituyen un problema central para el VIH/SIDA. Biológicamente, las **mujeres** son más susceptibles que los hombres a contraer la enfermedad a través de relaciones sexuales. La presencia de un proceso inflamatorio y/o llagas o úlceras en el tracto genital resultantes de una infección transmitida sexualmente que permanece sin diagnóstico y tratamiento incrementa varias veces las posibilidades de infección con el VIH si la paciente se expone a fluidos infectantes.

Las mujeres también son vulnerables desde el punto de vista social. Con frecuencia carecen de poder en las relaciones para determinar si serán sexualmente activas o si utilizarán preservativos. Las mujeres jóvenes son más biológica y socialmente vulnerables que las mujeres mayores. En algunos países son comunes las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes y hombres considerablemente mayores. Una elevada prevalencia de violencia o coerción sexual también coloca a las mujeres en situación de riesgo. De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en cuatro países de América Latina y el Caribe, la prevalencia de ITS entre mujeres que han experimentado violencia es mayor que entre aquellas que no la han experimentado.

La relación entre hombres y mujeres en los casos declarados de sida está reduciéndose rápidamente en la Región. En toda la Región, la proporción de todos los casos declarados de adultos (en los que se declara una relación sexual) que corresponden a mujeres se ha incrementado con el transcurso del tiempo, pasando del 6,1% antes de 1994 al 15,8% en 1999; en 2002, dicha proporción era del 16,5%. En Brasil, este coeficiente decreció de 24:1 en 1985 a 1,5:1 en 2004. En Argentina, disminuyó de 15:1 en 1985 a 2,5:1 en 2004. En Trinidad y Tabago decreció de 6,25:1 en 1985 a 1,5:1 en 2002. En Canadá, de los 18.713 casos acumulativos declarados de sida en adultos hasta junio de 2003, 1.555 (8,3%) eran mujeres.

Las poblaciones privadas de libertad constituyen un grupo olvidado en cuanto a las intervenciones de salud pública, a pesar del hecho de que la prevalencia del VIH entre los reclusos es muy elevada en toda la Región. En el Caribe, una serie de encuestas realizadas en 2004-2005 mostró que las tasas de prevalencia entre reclusos oscilaban entre el 2% y el 4%, mientras que en la República Dominicana y Argentina la tasa era del 19% y el 18,4% respectivamente.

La movilidad de la población desempeña un importante papel en la propagación del VIH. Las **poblaciones móviles**, incluidos los **trabajadores migratorios**, son vulnerables debido a las complicaciones de la pobreza, la falta de acceso a los servicios y la falta de información, así como la naturaleza transitoria de sus relaciones y los prolongados períodos alejados de las familias, que se traducen en una mayor actividad sexual comercial. Los trabajadores migratorios que no poseen la documentación necesaria para permanecer legalmente en el país anfitrión pueden enfrentar dificultades para recibir servicios de atención de salud o pueden mostrarse reacios a procurar dichos servicios por temor a ser deportados. Por ejemplo, la tasa de infección con el VIH entre los trabajadores

EJEMPLOS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA REGIÓN

24]

Bahamas: Prevención de la transmisión de madres a hijos

Primer ejemplo exitoso bien documentado en el Caribe en esta materia – acceso universal a servicios de prevención independientemente de la situación legal que condujo a una disminución de la incidencia del VIH y la mortalidad causada por sida entre infantes y niños.

Barbados: Programas de prevención primaria entre jóvenes

Se tradujo en reducciones de la infección del VIH en mujeres embarazadas de 15 a 24 años.

Brasil: Programas de reducción del daño

El libre intercambio de agujas, las pruebas y la capacitación de ex usuarios de drogas como trabajadores de extensión se tradujo en una significativa disminución de nuevas infecciones entre usuarios de drogas inyectables.

Canadá: Programa de drogas genéricas

Una exitosa experiencia que ha mejorado en forma sostenible el acceso al tratamiento con medicamentos antiretrovirales.

Chile: Promoción del uso de preservativos al nivel nacional

La promoción del uso de preservativos para prevenir el VIH ha evolucionado en los últimos quince años, convirtiéndose en una campaña que utiliza mensajes públicos y honestos colocados en lugares públicos.

migratorios mexicanos que viajan a los Estados Unidos es 10 veces mayor que la tasa nacional en México. Los trabajadores migratorios en la industria azucarera de la República Dominicana mostraban una tasa de seroprevalencia del 15% en 1997¹³. En 2001, la seroprevalencia del VIH entre los trabajadores migratorios en Guyana era del 6%¹⁴.

Las comunidades indígenas y algunas comunidades étnicas tienen tasas más altas de infección que la población general. En Honduras, en 1999, la prevalencia fue 6 veces más alta en las comunidades Garífunas de la costa Atlántica que en la población general. También en Honduras, la comunidad indígena Miskito ha sido afectada duramente por la epidemia de VIH. Un estudio de seroprevalencia realizado a finales de los años noventa en la población Kuna en Panamá mostró una prevalencia más alta que la media nacional. Algo similar ocurre entre las poblaciones indígenas en Canadá. En Suriname, según un estudio realizado en 1997, el 17% de todos los casos de VIH en el país tuvo lugar entre el grupo conocido como “Maroon”, aún cuando este grupo representa tan solo el 10% de la población.

EL ESTADO DE LOS ESFUERZOS EN MATERIA DE VIH/SIDA/ITS EN LA REGIÓN

Principales logros

Desde los inicios de la epidemia, la Región de América Latina y el Caribe ha respondido rápidamente a los desafíos de la epidemia de VIH. El sector de salud estableció y mantuvo programas nacionales de sida que han estado encargados de poner en práctica intervenciones destinadas a prevenir y controlar el VIH, así como a verificar las dimensiones y la evolución de la epidemia. En la gran mayoría de los países también se han establecido mecanismos de colaboración intersectorial que involucran a los sectores de la educación, las finanzas y los servicios sociales, en la forma de comités o consejos nacionales sobre el sida, en conjunto con las autoridades nacionales de salud.

Varios países de la Región se están enfrentando la epidemia de VIH utilizando un enfoque que procura asignar el mismo peso a los esfuerzos de prevención y tratamiento. Esta es una estrategia integral que reconoce que la prevención y la atención no pertenecen a diferentes campos, sino que forman parte de un proceso continuo en el que el tratamiento no se concibe en ausencia de la prevención y viceversa. Es un enfoque en el que el tratamiento se considera una forma de prevención y las intervenciones de prevención primaria llevados a cabo por los servicios de salud se consideran un aspecto integral de la atención. Dicho enfoque resulta crítico para trabajar de forma eficiente en instituciones de bajos recursos. También maximiza y produce sinergias entre los esfuerzos realizados por una diversidad de sectores a los niveles nacional e internacional.

¹³ De una encuesta de IOM de 2004.

¹⁴ CDC

EJEMPLOS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA REGIÓN

25

Las medidas de prevención primaria se llevan a cabo en los servicios de salud, pero también se generan en otras instituciones bajo la responsabilidad y el control de otros sectores, como escuelas, iglesias, centros deportivos y recreativos, campos militares y prisiones. Existen muchos casos exitosos de servicios de salud que responden adecuadamente a las necesidades, incluso en diferentes sectores de la sociedad, que incluyen personas con VIH y la sociedad civil. La participación se ha dado mediante medidas adoptadas por los servicios de atención de salud y/o a través de actividades de extensión. La mayor parte de los países ha implementado exitosamente intervenciones de prevención con efectos positivos. Por ejemplo, los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil se han traducido en una significativa reducción en el número de niños infectados con VIH en la Región.

Todos los países de la Región han llevado a cabo exitosos esfuerzos de prevención y control del VIH que han sentado las bases para el desarrollo de nuevas actividades. Por ejemplo, en todos los Estados Miembros existe un sistema de supervisión operativa de VIH que, a pesar de las dificultades, ha respaldado a los países y a la Región en general en el análisis y la evaluación de la situación a los niveles nacional y regional. En su mayor parte, los países de la Región han desarrollado algoritmos para la gestión clínica de la infección con VIH ya sea entre los adultos o niños. Muchos países han realizado intervenciones destinadas a reducir las posibilidades de transmisión entre las poblaciones vulnerables. Las experiencias exitosas en la implementación del componente de salud de los planes nacionales sobre VIH/SIDA pueden inspirar a otros países y servir de modelo proporcionando evidencias de lo que funciona y también de por qué, cuando y dónde funciona una determinada estrategia/intervención. En el cuadro 1 se indican algunos destacados ejemplos.

También han logrado una aceleración sin precedentes en la provisión de terapia antirretroviral, especialmente durante 2004 y 2005, y se ha cumplido y excedido la meta de tratar por lo menos a 600.000 personas que requieren tratamiento en la Región. Desde enero de 2004, sólo en América Latina y el Caribe se han iniciado más de 100.000 nuevos tratamientos. Por primera vez en la historia, la Región cuenta con acceso a los recursos necesarios para comenzar a equipararse a la magnitud de las necesidades de atención y tratamiento. El Fondo Global ha desembolsado 480 millones de dólares a 28 países de la Región, así como a mecanismos subregionales como la CARICOM y el Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC). Además, los menores precios logrados mediante negociaciones entre los países y las empresas farmacéuticas se han traducido en precios mucho más reducidos de las terapias antirretrovirales de primera línea. Estos menores precios y el financiamiento notablemente incrementado para terapias antirretrovirales han convertido acceso universal en una meta alcanzable. Al mismo tiempo, es preciso reconocer que un enfoque integral y la integración de la preven-

Costa Rica: Prevención del VIH

entre reclusos *La educación de hombres reclusos en las cárceles sobre el riesgo asociado con la violencia y la adicción se ha traducido en un mayor conocimiento del VIH y en la difusión del uso de preservativos.*

Cuba: Integración de servicios a nivel de atención primaria

Desde 1986, la provisión de servicios en el primer nivel de atención ha estado integrada y se garantiza el acceso universal a la atención integral.

Haiti: Programas de atención y tratamiento

Un exitoso ejemplo de desarrollo de programas descentralizados que involucran a la comunidad en instalaciones con recursos sumamente limitados.

México: Alto nivel de compromiso en la reducción de la transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

Implementación de una campaña nacional destinada a combatir la homofobia, que actualmente está probando métodos innovadores para alcanzar a este grupo vulnerable.

USA: Programas de atención y tratamiento

Primera experiencia exitosa relacionada con una ampliación de la atención y el tratamiento, que se ha traducido en menores tasas de mortalidad por sida.

EJEMPLOS DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE QUE TRABAJAN EN MATERIA DE VIH/SIDA

Red Latinoamericana de Personas que viven con VIH/sida (RED-LA+) 20 países. *Misión:* recopilación

de datos sobre acceso al tratamiento, fortalecimiento de las redes nacionales y desarrollo de la capacidad.

Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/sida para América Latina y el Caribe (ICW LATINA) 17 países.

Misión: Actividades en abogacía, defensa de los derechos humanos, acceso a tratamiento y fortalecimiento de las mujeres con VIH.

LACASSO 15 países. *Misión:* Redes y servicios sociales nacionales.

RELARD 20 países. *Misión:* Reducción del daño para usuarios de drogas.

Red de Trabajadores Latinoamericanos del Sexo 11 países.

Misión: Defensa de los derechos de los trabajadores del sexo.

ASICAL 9 países. *Misión:* Derechos sociales, políticos y culturales de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Red Regional Caribeña de Personas que Viven con VIH/sida (CRN+) 23 países del Caribe. *Misión:*

Proporciona liderazgo en derechos humanos y actividades de abogacía en el Caribe.

GYCA: Coalición Juvenil Mundial sobre el Sida. Mundial.

Misión: Portal virtual destinado a movilizar jóvenes de países en desarrollo; se concentra en las necesidades de los jóvenes que viven con VIH.

ción, la atención, el tratamiento y el respaldo, facilitados mediante políticas y legislación apropiadas, resultan esenciales para el éxito generalizado de cualquier intervención.

En América Latina y el Caribe existe en la actualidad una masa crítica de capacidad técnica, recursos y experiencia dentro de las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con VIH. A nivel internacional, las organizaciones están trabajando con grupos vulnerables específicos y en aspectos técnicos específicos (véase el cuadro 2). Por lo menos 15 países de la Región cuentan con redes nacionales, organizaciones sociales y organizaciones de base comunitaria que se ocupan del VIH, en un sinnúmero de aspectos, incluidos abogacía, adhesión a la promoción, investigación operativa y perspectivas más integradas. Las organizaciones más exitosas son aquellas que adoptan un enfoque integrado que involucra la sociedad civil así como a socios locales e internacionales.

En varios países de la Región, en los que desde hace varios años se ha provisto terapia antirretroviral a través del sistema de salud, se ha observado una espectacular reducción de la tasa de mortalidad. Reducciones de este tipo se han observado en países como Canadá, los Estados Unidos, Brasil, Costa Rica, Haití y las Bahamas. Estos países reconocieron desde un principio que el tratamiento es clave para la prevención y el control, así como para ejercer un impacto positivo sobre la vida de las personas con VIH. En 2003, las Bahamas habían experimentado una disminución general del 56% en la tasa de muertes producidas por el sida, y una reducción del 89% en los niños desde la introducción de la terapia antirretroviral. Además, la prevención también se vio notablemente afectada, reduciéndose la transmisión maternoinfantil del 28% al 3%, y observándose una disminución del 44% en los casos de VIH, una disminución del 41% en la prevalencia de la tasa de VIH entre pacientes con ITS, una reducción del 38% en la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas y una disminución del 24% de nuevos casos de sida.

Desde el inicio de la epidemia, varios países de la Región han formado parte del esfuerzo mundial por descubrir una vacuna para el VIH. En la actualidad se realizan investigaciones activas en los Estados Unidos, Brasil, Jamaica, Haití, Perú y Trinidad y Tabago. El VIH presenta un particular desafío para quienes buscan desarrollar una vacuna. Existe más de una cepa de VIH, y el virus está constantemente mutando como parte de su estrategia para eludir el sistema inmunológico del paciente, de manera que una vacuna efectiva necesita prevenir múltiples cepas y atacar el virus a pesar de las mutaciones. En 2002 comenzaron a realizarse pruebas clínicas con una nueva vacuna que ataca los tres subtipos mundialmente más importantes de VIH1 (A, B y C), que en su conjunto se relacionan con alrededor del 90% de todas las infecciones de VIH en el mundo. Los resultados preliminares de estas pruebas parecen prometedores.

Desafíos

27

La ampliación de las actividades relacionadas con el VIH en la Región en los últimos años ha originado varios desafíos. A pesar del amplio reconocimiento de que el VIH no sólo constituye un problema de salud, sino que se extiende virtualmente a todos los aspectos del desarrollo humano, social y económico, en muchos países sigue considerándose que el VIH sigue siendo responsabilidad del sector salud solamente. Existen, sin embargo, desafíos relacionados con la participación de múltiples sectores. La sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con VIH, constituye un elemento clave para la formulación de políticas y programas integrales e integrados, aunque todavía no participa plenamente en los esfuerzos nacionales. Las respuestas multisectoriales a la epidemia de VIH se fortalecieron con la creación del ONUSIDA y los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas a nivel de los países. No obstante, en la mayoría de ellos no se ha logrado una respuesta verdaderamente integrada y multidimensional, con claras responsabilidades definidas y compartidas entre los interesados.

Dentro del sector de salud persisten numerosos desafíos que aún no han sido abordados. En la mayoría de los países, los servicios continúan centralizados en clínicas especializadas situadas en las grandes ciudades, y la integración de los servicios al nivel primario de atención es todavía muy limitada. La provisión de servicios verticales en clínicas especializadas en VIH/sida e ITS constituye una conocida barrera al acceso a la atención, ya que aísla aún más a las personas que sufren estas enfermedades y puede incluso perpetuar el estigma y la discriminación. La demanda espontánea de asesoramiento y pruebas, esencial para la detección temprana de personas positivas al VIH, también se ve comprometida por la limitada disponibilidad de servicios de calidad a nivel de las comunidades, respaldados por apropiados sistemas de referencia.

Si bien la prevención resulta clave para el éxito de la lucha contra el VIH, los servicios de atención primaria de salud no están equipados para proveer servicios integrados de prevención a grupos vulnerables como los jóvenes y niños/as, los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores del sexo. Parte del problema es la escasez de ejemplos sólidos, basados en evidencias, de prácticas óptimas en materia de prevención, y las prácticas que se sabe que proporcionan protección contra el VIH (intercambio de jeringas, uso de preservativos y promoción de una sexualidad saludable) siguen constituyendo en gran medida tabúes en la Región. De igual forma, la prevención y el tratamiento de ITS, un importante factor de riesgo de VIH, no han merecido adecuada atención por parte del sector de salud en los últimos años. Otro aspecto olvidado del problema es la atención y el cuidado de los niños y niñas afectados por la epidemia, especialmente desde una respuesta del sector de la salud y los proyectos de investigación¹⁵.

La rápida ampliación de una atención y tratamiento integral requiere una serie de servicios esenciales de apoyo, que hasta ahora son en gran medida inadecuados en muchos países de la Región. Los sistemas de adquisición y gestión de drogas no se han expandido con la suficiente rapidez para respaldar en forma eficaz la provisión de atención directa a los pacientes. La oferta de medicamentos antirretrovirales y diagnósticos de laboratorio se ha visto obstaculizada por la incongruencia de las políticas de fijación de precios por parte de los fabricantes de la Región. Sin embargo, las negociaciones sobre precios llevadas a cabo en 2005 con 26 empresas farmacéuticas en once países de la Región han contribuido a reducir el costo de los medicamentos de primera línea contra el VIH a niveles inferiores a los fijados en 2003 en negociaciones conjuntas previas.

¹⁵ UNICEF está implementando una estrategia para la respuesta integral de VIH en niños/as, junto con otros socios, en donde el liderazgo del componente de cuidado pediátrico es responsabilidad de la OMS/OPS.

El logro de ulteriores reducciones, particularmente en diagnósticos y medicamentos de segunda línea constituye una prioridad para la Región.

La expansión y extensión de los servicios a personas con VIH se produce en el contexto de un limitado número de recursos humanos cualificados. Los proveedores de salud pueden no estar equipados o motivados para proporcionar tratamiento y atención integral; con frecuencia carecen de la capacitación y especialización necesaria, y puede que no se les destine a zonas necesitadas de servicios. Es preciso capacitar en gestión logística de medicamentos y métodos diagnósticos. Además, los profesionales de salud pública y los administradores de sistemas y servicios de salud requieren capacitación en el uso racional de pruebas diagnósticas y de educación continuada con el fin de mantenerse actualizados en los avances tecnológicos. Existe una falta de procesos de planificación y gestión estratégica de recursos humanos destinados a informar a los Ministerios de Salud acerca de aspectos críticos relacionados con políticas, dotación de personal, costos y necesidades de acreditación. Además, algunas de las políticas fiscales aplicadas por los países imponen limitaciones a los Ministerios de Salud en cuanto a la contratación y retención de personal. Generalmente, los paquetes de beneficios ofrecidos por el sector público de salud no pueden competir con los del sector privado, o incluso con los ofrecidos por proyectos del sector público financiados externamente.

La proliferación de servicios en los sectores con y sin fines de lucro ha contribuido a la rápida expansión de los servicios de VIH y ha afectado de forma positiva el acceso a la atención por parte de grupos específicos de población o personas que viven en determinadas zonas geográficas. No obstante, estos servicios pueden presentar un desafío para mejorar los sistemas de salud pública, ya que los servicios públicos pueden carecer de autoridad para regular los servicios privados, lo que se traduciría en una falta de coherencia en las guías y protocolos de tratamiento, así como en sistemas de referencia deficientemente definidos.

La ampliación de los servicios también supone desafíos en materia de gestión, vigilancia y evaluación. En su mayor parte, los países no cuentan con sistemas adecuados de información sobre salud, y se presentan desafíos en materia de recopilación de datos sobre el VIH, garantía de la confidencialidad e integración en los sistemas existentes. En muchos países no se cuenta con datos basados en los pacientes sobre resultados, adhesión y resistencia al tratamiento, y la formación en este campo constituye una urgente necesidad. Se ha reconocido que la falta o la limitada disponibilidad de datos oportunos y de calidad representan un importante obstáculo para documentar los esfuerzos nacionales y regionales.

¹⁶ Los Tres Unos promueven lo siguiente: un marco de acción acordado sobre VIH/sida que constituye la base para coordinar la labor de todos los participantes, una autoridad nacional coordinadora del sida con un amplio mandato multisectorial; un sistema acordado de vigilancia y evaluación al nivel de países.

Si bien la mayor inversión en VIH en América Latina y el Caribe resultante de una diversidad de iniciativas de desarrollo ha beneficiado obviamente a los países, también conduce a la fragmentación de las respuestas locales y ejerce una considerable presión sobre los limitados recursos financieros y humanos de los países. Si bien es ampliamente reconocida la importancia de los Tres Unos para la coordinación de las respuestas nacionales al sida¹⁶, los socios en el desarrollo continúan asignando énfasis a sus propias agendas, incluida la aplicación de mecanismos separados de vigilancia y evaluación. Con el objeto de enfrentar estas presiones, los programas nacionales se ven obligados a adoptar opciones estratégicas para aprovechar al máximo el mayor apoyo. Se enfrentan al desafío de simplificar los esfuerzos con el fin de evitar procesos paralelos y asegurar una inversión equilibrada en múltiples sectores de la sociedad.

OBJETIVO GENERAL

6

Para 2015, detener y comenzar a revertir la propagación del VIH¹⁷ así como las ITS en la Región mediante la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención, y tratamiento.

29

METAS GENERALES

META 1: En 2010, habrá una reducción del 50% en el número de nuevas infecciones de VIH, seguida por una reducción adicional del 50% en las nuevas infecciones para fines de 2015.

META 2: En 2010, se contará con acceso universal a servicios de atención integral, incluso prevención, atención y tratamiento antirretroviral.

META 3: En 2015, la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH será inferior al 5%, y la incidencia de la sífilis congénita será de menos de 0,5 casos por 1000 nacimientos vivos.

LÍNEAS CRÍTICAS DE ACCIÓN, METAS Y OBJETIVOS INTERMEDIOS

7

Para lograr el objetivo general del Plan Regional y en respuesta a las necesidades identificadas por los países¹⁸, se han identificado cinco líneas críticas de acción:

- 1_Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.
- 2_Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos.
- 3_Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
- 4_Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.
- 5_Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.

Estas líneas de acción describen estrategias destinadas a mejorar los servicios de prevención, atención y tratamiento. Cada una de ellas está seguida de metas que se alcanzarán para 2010 o 2015 y objetivos intermedios que indiquen el progreso logrado en ese proceso. Se reconoce que entre los países de la Región existen diferentes niveles de infraestructura, capacidad de recursos humanos y disponibilidad de financiamiento. Por lo tanto, se presentan varias estrategias y metas, de las cuales los países pueden determinar las más apropiadas a su situación particular.

¹⁷ De conformidad con el Objetivo 6 de la Declaración del Milenio y la declaración del 19 de septiembre de 2005 de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y otros aspectos de salud.

¹⁸ Se envió a todos los países de la Región un cuestionario con el fin de obtener insumos sobre el contenido, el alcance y el desarrollo del plan. La retroalimentación se utilizó para preparar el presente documento.

1/

Línea crítica de acción

Fortalecer el liderazgo y la guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil

2/

Línea crítica de acción

Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos

3/

Línea crítica de acción

Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud

4/

Línea crítica de acción

Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos

5/

Línea crítica de acción

Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión

Fortalecer el liderazgo y la guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil

Aumentar el compromiso político hacia estándares, de los más altos posibles, en los servicios de salud de prevención, atención y tratamiento para abordar la epidemia de VIH, así como las ITS. Lo anterior combinado con un entendimiento de los beneficios de la acción y los costos de la falta de ésta es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la Región.

Con el fin de mejorar la respuesta del sector salud en materia de VIH/ITS, las autoridades nacionales de salud de la Región deben ejercer un vigoroso liderazgo y guía para la formulación e implementación de políticas nacionales claras basadas en la evidencia que respondan a las necesidades de todas las personas en situación de riesgo de VIH/ITS, y eliminar las leyes y políticas que perpetúan el estigma y la discriminación en el sector salud y la sociedad en general. Un elemento clave para el éxito de tales políticas nacionales es una eficaz movilización y asignación de recursos destinados a fortalecer la capacidad general del sistema de salud con el objeto de establecer programas y servicios sostenibles e integrales. Es preciso poner en práctica mecanismos de financiamiento a mediano y largo plazo que maximicen el uso de los recursos nacionales y movilicen los recursos internacionales necesarios. El refuerzo del papel directivo de las autoridades de salud será esencial para asegurar que las diversas modalidades de financiamiento sean lo suficientemente complementarias para permitir el acceso universal a los servicios de salud y vigilar el proceso de financiamiento sectorial.

Con el fin de asegurar un uso racional y efectivo de los recursos con que cuenta el sector salud para cumplir esta función, las autoridades nacionales de salud deberán coordinar las distintas agendas y actividades de muchos organismos y organizaciones. Es preciso implementar, dentro del marco de los Tres Unos, mecanismos que aseguren la armonización de recursos en el sector salud, una acción rápida y una gestión basada en resultados.

El acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento para el VIH requiere la adopción de un enfoque estratégico y transparente en todo el sector salud, que involucre a todos los interesados en los sectores público y privado, incluidas la sociedad civil, las familias y las personas con VIH. Se reconoce que una respuesta nacional integral a la epidemia de VIH requiere un enfoque multisectorial de desarrollo. Por lo tanto, el sector salud deberá continuar propugnando la plena participación de otros sectores pertinentes (educativo, laboral, financiero y de servicios sociales).

Los mecanismos destinados a revisar y actualizar las estrategias del sector salud en materia de VIH/ITS deberán implementarse en el contexto del Plan Regional, incluso la definición de las metas nacionales. Es preciso establecer los vínculos con los esfuerzos que están llevándose a cabo para reformar el sector salud.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 1: Fortalecer el liderazgo y la guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil

ESTRATEGIA 1.1: Implementar políticas nacionales para el acceso universal y mecanismos de financiamiento mediante un enfoque que abarque todo el sector salud y la participación de la sociedad civil, incluidas las familias y las personas con VIH.

META1.1: Para 2010, se implementarán las políticas y las reformas necesarias de salud, que aseguren el acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH, incluido el financiamiento, dentro de los países.

> Objetivos intermedios

1.1.1 Para 2010, se institucionizará un proceso de planificación estratégica para la respuesta del sector nacional de salud, con la activa participación de los principales interesados, especialmente las personas con VIH.

1.1.2 Para 2010, se pondrán en práctica planes financieros para el acceso universal a los servicios de salud en materia de prevención, atención y tratamiento, y se cubrirán las necesidades de recursos.

1.1.3 Para 2008, todos los países contarán con políticas para la provisión de servicios de salud, que incluirán la adecuada capacitación de los trabajadores de salud, con el fin de eliminar el estigma, la discriminación, las disparidades de género y otras barreras a la prevención, la atención y el tratamiento del VIH y las ITS.

1.1.4 Para 2007, se definirá una estrategia nacional con claras metas para la respuesta del sector salud, que incluirá actividades de prevención, atención y tratamiento. Dicha estrategia formará parte integral de un plan estratégico nacional multisectorial en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ESTRATEGIA 1.2: Promover el acceso universal a la atención integral y políticas de respaldo apropiadas.

META 1.2: Durante la totalidad del período que abarca el Plan Estratégico (2005-2015), el acceso universal a los servicios de salud para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH constituirá una prioridad en los foros políticos y públicos subregionales y nacionales en materia de salud.

> Objetivo intermedio

1.2.1_Para 2010, se llevarán a cabo esfuerzos de abogacía destinados a fomentar la participación de los responsables de la formulación de políticas de otros sectores clave como la educación, los líderes nacionales y religiosos y el sector privado en la adopción de medidas para mejorar la prevención, la atención y el tratamiento de VIH/ITS.

ESTRATEGIA 1.3: Armonizar los recursos del sector salud en el contexto de los planes nacionales sobre el VIH y los Tres Unos.

META 1.3: Para 2010, se pondrá en práctica un mecanismo de armonización de recursos dentro del sector salud.

> Objetivo intermedio

1.3.1_Para 2007, se formulará un mecanismo de armonización de recursos que incluirá opciones para coordinar la labor de todos los participantes, vínculos con la autoridad nacional de coordinación, y actividades de monitoreo y evaluación.

ESTRATEGIA 1.4: Motivar la colaboración intersectorial.

META 1.4: Para 2010, el sector salud trabajará activamente con otros sectores pertinentes en la provisión de programas integrales para VIH/ITS y promover el bienestar general.

> Objetivo intermedio

1.4.1_Para 2008, el sector salud identificará aspectos de labor intersectorial, forjarán vínculos con los socios apropiados y definirá prioridades conjuntas.

Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos

Las políticas nacionales destinadas a asegurar el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH deberán traducirse en programas y servicios integrales.

Dentro de los Ministerios de Salud, los programas nacionales sobre el sida son las entidades funcionales responsables de la planificación y la gestión de los programas. Estos programas necesitan recursos humanos y financieros y autoridad para identificar oportunidades y desarrollar intervenciones innovadoras que vinculen los servicios de prevención y atención e integrar las intervenciones de VIH/ITS en otros programas de salud.

Los programas nacionales de sida pueden contribuir al desarrollo general de la infraestructura y la capacidad del sistema de salud mediante la definición del paquete básico de servicios de VIH/sida/ITS y la consiguiente organización o reorganización de la provisión de servicios de atención de salud. Una vez realizada esta etapa, los programas nacionales de sida jugarán un papel de coordinación y liderazgo apoyando a los establecimientos y proveedores de salud en la elaboración de planes operativos. Los programas nacionales de sida deben buscar de forma activa la participación y contribución de las personas con VIH en la formulación y ejecución de los planes nacionales. Estos planes deberán permitir la provisión de servicios de calidad según las normas y estándares establecidos. Deberán ponerse en práctica sistemas de mejora de la calidad para asegurar una atención de calidad.

Un aspecto clave de este proceso es la aplicación de un enfoque de promoción de la salud basado en la evidencia para planificar los programas, que tenga en consideración los cambios de comportamiento necesarios, no solo en los individuos sino en la sociedad en general. Ello facilitará la eliminación de las barreras estructurales que perpetúan la vulnerabilidad al VIH.

De esta manera, la puesta en práctica de programas integrales implica la plena integración de los esfuerzos de prevención y las intervenciones a todos los niveles en el sistema de salud, junto con otros servicios clínicos y de apoyo.

En cada país deberán identificarse las poblaciones en mayor situación de riesgo, y comprenderse sus características y situaciones particulares. Entre ellos figuran los jóvenes y los niños/as, las mujeres, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables, las poblaciones migratorias, las poblaciones privadas de libertad, los trabajadores móviles y las poblaciones indígenas. Los programas existentes, si bien se concentran en la población en general, también deberán tener en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables, y en aquellos casos en que no existan, deberán llevarse a cabo intervenciones específicamente destinadas a estos grupos.

Los programas integrales deberán incluir el siguiente conjunto de intervenciones, a las que pueden asignarse prioridades de acuerdo con la capacidad y las necesidades de cada país.

- Promoción y protección de la salud sexual¹⁹.
- Actividades de promoción de la salud basadas en la evidencia.
- Promoción del uso del preservativo y comunicación para el cambios de comportamiento en individuos vulnerables o en situación de riesgo.
- Actividades de comunicación que promuevan el diálogo sobre las causas originarias de la epidemia y generen el entorno político y social necesario para provocar el cambio de comportamiento de los individuos.
- Intervenciones focalizadas para proveer acceso a grupos vulnerables a servicios de prevención y atención.
- Servicios de reducción del daño para usuarios de drogas inyectables, incluido el intercambio de agujas y jeringas y gestión de usuarios de drogas inyectables.
- Acceso a productos y otros bienes destinados a proteger a las personas de la transmisión de VIH/ITS (uso de preservativos y otras barreras mecánicas, microbicidas y sangre segura).
- Prevención positiva (véase el glosario).
- Protección contra el abuso, en particular el abuso de base sexual y la violencia doméstica.
- Prevención de la transmisión del VIH en establecimientos de atención de la salud (sangre segura²⁰ y control de infecciones), incluida la profilaxis del personal de atención de la salud después de la exposición.
- Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis y terapia antirretroviral para mujeres infectadas con VIH que lo necesiten.
- Atención integral y tratamiento de los niños/as afectados por el VIH, con enfoque sistémico y con participación activa de la familia.
- Servicios voluntarios y confidenciales de consejería y prueba voluntaria.
- Los estándares mas altos de atención para todas las personas con VIH, incluyendo TAR, tratamiento de las infecciones oportunistas comunes, servicios de laboratorios, apoyo psicosocial para las personas con VIH y sus familias, y apoyo en la adherencia al tratamiento.
- Vínculos entre los programas sobre tuberculosis y VIH, incluso terapia profiláctica y prevención de la tuberculosis para personas infectadas con VIH si se requiere y servicios de prevención del VIH para personas con tuberculosis.
- Intervenciones nutricionales para personas con VIH y atención general, incluida la salud oral.
- Manejo de casos de ITS en el punto del primer contacto.

Se requiere fortalecer la planificación y gestión de los recursos humanos para asegurar que los servicios de salud cuenten con personal apropiado para satisfacer las necesidades de VIH/sida/ITS. Los países deberán abordar aspectos críticos como el nivel y la cantidad de personal requerido, reclutamiento, aspectos relacionados con el despliegue y la retención de personal, y capacitación. Se requieren planes integrales para desarrollo de recursos humanos y formación de capacidad, que deben basarse en una evaluación sistemática de las necesidades y las brechas en materia de recursos humanos.

Con el fin de desempeñar un rol más amplio, los programas nacionales sobre el sida necesitarán aplicar sistemas efectivos de gestión basados en resultados, así como programas de vigilancia y evaluación. Es preciso formular mecanismos para maximizar las asociaciones y la participación de los interesados en la gestión estratégica de los programas.

¹⁹ La prevención del VIH debe basarse decididamente en la abierta discusión de la sexualidad, el género y las relaciones, y debe promover procesos destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva general, y estimular cambios positivos en las interacciones de género, en particular entre los jóvenes.

²⁰ Las necesidades de sangre segura son abordadas por la Iniciativa y Plan de Acción Mundial sobre Sangre Segura 2005–2010.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 2: *Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y desarrollar la capacidad de los recursos humanos*

ESTRATEGIA 2.1: Fortalecer la capacidad de planificación y gestión de los programas nacionales de sida.

META 2.1: Entre 2006 y 2015, los programas nacionales de sida serán programas prioritarios, con mandato y recursos adecuados para llevar a cabo la estrategia del sector salud en materia de VIH.

> Objetivos intermedios:

2.1.1 Para 2010, se llevarán a cabo evaluaciones del progreso en el logro de los objetivos de los programas y las metas nacionales, medidas mediante indicadores de prioridad.

2.1.2 Para 2010, los planes sobre preparación para desastres naturales tendrán un componente mediante el cual se asegure la continuidad de las actividades y servicios relacionados con VIH, incluido el acceso a medicamentos y preservativos.

2.1.3 Para 2007, los programas nacionales sobre el VIH establecerán y/o mantendrán mecanismos de planificación y gestión estratégica con la participación de los interesados pertinentes, incluidas las personas con VIH.

2.1.4 Para 2007, se definirán los conjuntos de intervenciones esenciales de salud pública y los servicios de salud para prevención, atención y tratamiento, así como un programa y plan ampliado para VIH/sida/ITS. Los planes deberán incluir explícitamente estrategias de comunicaciones, estrategias para eliminar el estigma y la discriminación, grupos vulnerables y modalidades de la prestación de atención de la salud.

2.1.5 Para 2007, los programas nacionales sobre el VIH definirán el marco ético esencial para la programación de los servicios de prevención y atención del VIH esenciales para la programación de servicios de prevención y atención, y establecerán los mecanismos para su implementación²¹.

ESTRATEGIA 2.2: Planificar intervenciones para grupos vulnerables.

META 2.2: Para 2015, se habrán implementado intervenciones de prevención focalizada dirigidas a los grupos vulnerables en base a las tendencias y características locales de la epidemia.

> Objetivo intermedio:

2.2.1 Entre 2006 y 2015, se habrá realizado por lo menos una campaña anual en los medios masivos de comunicación destacando la importancia de la prevención del VIH y las ITS y concienciando a las personas en situación de riesgo.

²¹ Ello incluye la recomendación No.13 de OPS-TAC.

2.2.2 Para 2012, las autoridades nacionales de salud habrán verificado las necesidades de salud de las poblaciones migratorias relacionadas con el VIH y las ITS, así como las opciones para asegurar su acceso universal a la atención integral.

2.2.3 Para 2010, las autoridades de salud contarán con estrategias plenamente operativas para abordar los vínculos entre la violencia doméstica (incluso la violencia sexual) y el VIH y las ITS.

2.2.4 Para 2007, se identificará un conjunto de intervenciones que hayan demostrado su eficacia para prevenir la transmisión en las poblaciones vulnerables (en particular hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y trabajadores del sexo), que posteriormente se ampliarán en colaboración con las organizaciones pertinentes de base comunitaria.

ESTRATEGIA 2.3: Mejorar los sistemas de garantía de la seguridad para los servicios integrales de atención de la salud sobre VIH.

META 2.3: Para 2015, se establecerán sistemas de garantía de la calidad para la atención integral de la salud.

> Objetivos intermedios:

2.3.1 Para 2012, se establecerán mecanismos para evaluar el cumplimiento de orientaciones, normas y protocolos nacionales.

2.3.2 Para 2009, se actualizarán/formularán lineamientos técnicos y protocolos de gestión para todas las intervenciones y servicios pertinentes de prevención, atención y tratamiento de VIH e ITS, de acuerdo con las prácticas internacionales recomendadas.

ESTRATEGIA 2.4: Gestión estratégica de recursos humanos y formación de capacidad.

META 2.4: Para 2015, se contará con sistemas de gestión de recursos humanos con el fin de asegurar que los servicios de salud cuenten con el personal apropiado para satisfacer los requisitos en materia de VIH/sida/ITS, que se distribuirán de acuerdo con las necesidades.

> Objetivos intermedios:

2.4.1 Para 2010, se implementarán políticas, leyes y reglamentos que aseguren una adecuada dotación de personal (reclutamiento, despliegue, retención y seguridad en el lugar de trabajo) para la implementación de intervenciones de salud y la provisión de servicios integrales de salud para VIH/sida/ITS.

2.4.2 Para 2010, los programas de educación de profesionales de la salud habrán incorporado en sus programas la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/ITS en todos los niveles y disciplinas.

2.4.3 Para 2008, se definirán las necesidades de educación continuada en servicio para trabajadores de salud especializados en VIH/sida/ITS, y se pondrán en práctica, se monitorearán y evaluarán los programas de capacitación²².

²² Los programas deberán contribuir al desarrollo de vínculos con interesados como maestros y trabajadores sociales, y proveerán asimismo asesoramiento conjunto y programas de adhesión a miembros de la comunidad.

Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud

Expandir servicios para lograr una prevención, atención y tratamiento efectivos que satisfaga la demanda de la población.

La atención del VIH debe proveerse en forma integral a todos los niveles del sistema de salud. Muchos modelos de prestación de servicios de atención de la salud todavía concentran los servicios en establecimientos de salud especializadas que no son accesibles a grandes segmentos de la población. En muchos casos, la provisión de servicios accesibles de prevención, atención y tratamiento requerirán una reorientación o reorganización de los sistemas de prestación de servicios de atención de la salud. En la Región continúa prevaleciendo el estigma y la discriminación en el sector salud, y ello puede impedir que las personas procuren diagnósticos y servicios de atención. El primer paso para reorientar los servicios, es sensibilizar a los trabajadores de salud de todos los niveles, con el objeto de proveer una atención con la calidad y calidez adecuadas en un entorno en el que no se emitan juicios.

Un enfoque de atención primaria de salud en la provisión de servicios no sólo proporciona la oportunidad de fortalecer los servicios existentes, sino que también es una forma de proveer un conjunto esencial de servicios necesarios para alcanzar el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento. Es preciso contar con una definición clara de la gama de servicios que deben proveerse a cada nivel del sistema de atención de la salud (niveles primario, secundario y terciario)²³, junto con el correspondiente sistema de referencia según los protocolos establecidos. La red de establecimientos de salud deberá desarrollar la infraestructura, los recursos humanos y los procesos de trabajo requeridos para implementar el conjunto de servicios necesarios.

Existen dos elementos importantes para que el enfoque resulte operativo:

- Integrar el asesoramiento y las pruebas voluntarias, así como otros servicios apropiados de VIH, en el nivel primario de atención, aprovechando los servicios existentes.
- Utilizar los servicios existentes como puntos de entrada para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH. Ejemplos de puntos de entrada son el asesoramiento y las pruebas voluntarias, los servicios de tuberculosis, las clínicas médicas, los servicios de atención prenatal y materno-infantil, los servicios de ITS, los servicios de violencia doméstica, salud reproductiva (incluida la planificación familiar), los servicios de tratamiento de drogodependencia y reducción del daño, y seguridad de la sangre.

Según el enfoque de atención primaria de salud, las comunidades pueden efectuar una importante contribución a la planificación, la provisión y el monitoreo de los servicios de salud, en particular las personas con VIH. Estas pueden desempeñar un papel importante apoyando a los servicios de salud mediante una adecuada identificación de necesidades, motivando a las personas a que se realicen la prueba y se sometan a tratamiento, proveyendo apoyo de pares y promoviendo adhesión al tratamiento. La participación de personas con VIH y organizaciones de base comunitaria en la planificación, el monitoreo y la provisión de servicios constituye un elemento clave para el éxito de estas intervenciones.

Con el objeto de incrementar un comportamiento favorable a la búsqueda de salud, los servicios deben ser fáciles de utilizar y responder a las necesidades específicas de diversos grupos de población. Las establecimientos de salud y los puntos de prestación de servicios de salud (programas de extensión) requerirán sensibilidad con respecto al género, la edad y características y prácticas culturalmente apropiadas, y el personal de salud deberá ser educado en consecuencia.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 3: Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud

ESTRATEGIA 3.1: Integrar el conjunto adecuado de servicios de atención y tratamiento del VIH a cada nivel de atención.

META 3.1: Para 2015, se contará con atención para VIH en cada nivel de atención, definido por un conjunto esencial de servicios, con sistemas de referencia a la atención secundaria y terciaria apropiados.

> Objetivos intermedios:

3.1.1 Para 2008, se completará el mapeo de la distribución geográfica de los servicios disponibles, identificándose las brechas existentes.

3.1.2 Para 2008, se proveerá capacitación para reducir el estigma y la discriminación e incrementar la confidencialidad para los usuarios, a todos los niveles, en las instituciones de atención de la salud.

3.1.3 Para 2008, se contará con normas, regulaciones y suministros sobre seguridad en el lugar de trabajo, incluida la profilaxis postexposición, con el objeto de proteger a los trabajadores de salud que están en contacto con el virus del VIH.

²³ *Que se describirá en más detalle en los lineamientos a publicarse sobre el conjunto esencial de servicios de la OMS.*

ESTRATEGIA 3.2: Reforzar las actividades de prevención y tratamiento de ITS mediante la puesta en marcha de programas poblacionales de prevención, detección y tratamiento, promoción del manejo de ITS en el primer punto de contacto con el proveedor de salud, la utilización del manejo sindrómico, y otros enfoques innovadores.

META 3.2: Para 2010, todos los establecimientos de atención primaria de salud contarán con un paquete básico de control de ITS que incluya asesoramiento, diagnóstico, pruebas de VIH, referencia de contactos, y tratamiento.

ESTRATEGIA 3.3: Utilizar los servicios como puntos de entrada para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.

META 3.3: Para 2015, se contará con mayor accesibilidad y disponibilidad de servicios de prevención y atención de VIH/ITS a través de los puntos de entrada.

> Objetivos intermedios:

3.3.1 Para 2012, los servicios de tratamiento de abuso de sustancias tendrán acceso a servicios de salud para reducción del daño, prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS.

3.3.2 Para 2010, las clínicas para tuberculosos proveerán servicios de prevención, tratamiento y atención integral de personas coinfectadas o en riesgo de VIH.

3.3.3 Para 2010, los servicios sobre violencia doméstica tendrán acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias, así como a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS.

3.3.4 Para 2010, los servicios de donación de sangre tendrán acceso a asesoramiento y referencias para la prevención, la atención y el tratamiento de VIH/ITS.

3.3.5 Para 2010, los servicios de pruebas y asesoramiento voluntario²⁴ estarán integrados en el nivel primario de atención y vinculados a los servicios de atención, tratamiento y prevención de grupos específicos de población. Cada país habrá implementado todos los años una campaña "Hazte la prueba".

3.3.6 Para 2007, se habrán identificado por lo menos tres puntos de entrada dentro de los servicios de salud existentes y se habrá formulado un plan operativo destinado a fortalecer y ampliar dichos servicios.

3.3.7 Para 2007, se habrán integrado en los servicios prenatales intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil, incluida la prevención de sífilis congénita. El seguimiento incluirá terapia antirretroviral para mujeres positivas elegibles y atención a la madre y el hijo después del parto (PTMI+).

3.3.8 Para el 2007, los servicios de atención de niños estarán sensibilizados para la respuesta adecuada a las necesidades de los niños y sus familias.

²⁴ Para ser efectivos, los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, deben estar respaldados por la accesibilidad a servicios de asesoramiento, atención y apoyo no estigmatizantes y no discriminatorios, y estimular la oferta rutinaria de asesoramiento y pruebas a grupos especiales de población identificados de acuerdo con la situación epidemiológica.

ESTRATEGIA 3.4: Asegurar servicios para grupos vulnerables específicos identificados en la estrategia nacional del sector salud.

META 3.4: Para 2015, se registrará entre poblaciones vulnerables, un aumento del 75% en el uso declarado de preservativos en el último contacto sexual de riesgo.

> Objetivos intermedios:

3.4.1 Para 2010, se habrán establecido servicios de salud amigables para ser utilizados por los jóvenes²⁵.

3.4.2 Para 2010, se habrán establecido servicios apropiados de atención de la salud sobre prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS (dentro de los establecimientos de salud y programas de extensión) en poblaciones difíciles de alcanzar, incluso hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores del sexo y trabajadores migratorios.

ESTRATEGIA 3.5: Participación de personas con VIH y organizaciones de base comunitaria en la vigilancia y provisión de servicios de atención de la salud.

META 3.5: Para 2010, las personas con VIH participarán plenamente en la promoción y provisión de servicios de salud.

> Objetivos intermedios:

3.5.1 Para 2008, se respaldará a grupos organizados de personas con VIH (técnica y/o financieramente) para que contribuyan a la provisión de servicios a través de asesoramiento de pares, apoyo para la adhesión al tratamiento, vigilancia y garantía de seguridad.

3.5.2 Para 2008, se vincularán a los servicios de salud redes comunitarias funcionales de referencia y colaboración, que incluyan personas con VIH, líderes comunitarios, y organizaciones no gubernamentales.

3.5.3 Para 2007, se identificarán estrategias y mecanismos para incorporar la participación de organizaciones no gubernamentales y otros grupos en la prestación de servicios.

²⁵ Tales servicios incluirán la provisión de un conjunto integral de servicios, entre ellos servicios de educación sobre VIH pertinentes a los comportamientos de los jóvenes, educación sexual integral, y asesoramiento. Deberán ponerse preservativos a disposición de hombres y mujeres jóvenes sexualmente activos. Los servicios deberán ser confidenciales, financieramente accesibles y estar convenientemente ubicados.

Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos

El acceso a los medicamentos, diagnósticos y otros productos es esencial para asegurar una atención de calidad.

Un acceso integral a la atención incluye los instrumentos y los productos necesarios de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de pacientes. Se requieren buenas prácticas de gestión farmacéutica con el fin de asegurar la calidad de estos medicamentos y herramientas de diagnóstico. El VIH se ha convertido en una condición crónica, y como tal, los aspectos relacionados con la capacidad financiera y los sistemas de suministro resultan críticos para lograr y sostener el acceso universal a la atención y el tratamiento. Los lugares de atención y tratamiento deberán contar con oportuno acceso a pruebas de laboratorio de calidad y los puntos de tratamiento deberán estar equipados con medicamentos de calidad, incluso drogas antirretrovirales que aseguren el efectivo logro del acceso universal.

Deberán mantenerse y expandirse los esfuerzos regionales por reducir el precio de los medicamentos, como las negociaciones y las adquisiciones conjuntas, con el objeto de incluir una gama más amplia de suministros esenciales de salud pública. El Fondo Rotatorio Regional Para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS es uno de los mecanismos que facilitan el acceso a los medicamentos y otros suministros de salud pública a todos los países miembros de acuerdo con principios de eficacia en función del costo y solidaridad.

Deberán mejorarse los servicios de laboratorio con el fin de asegurar diagnósticos confiables de enfermedades infecciosas, la vigilancia del progreso de las enfermedades, el tratamiento, la evaluación de la resistencia a las drogas y la supervisión epidemiológica. Los lugares de atención y tratamiento deberán contar con acceso oportuno a las pruebas de laboratorio de calidad que requieren los protocolos. Asimismo, deberán implementarse redes de laboratorios subregionales y multinacionales que permitan compartir servicios y experiencias.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 4: *Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos*

ESTRATEGIA 4.1: Asegurar sistemas efectivos de gestión y regulación de suministros esenciales de salud pública (medicamentos, diagnósticos y otros productos).

META 4.1: Para 2010, los países obtendrán y administrarán drogas antirretrovirales, medicamentos esenciales, diagnósticos y otros productos, incluidos preservativos, reactivos y otros suministros necesarios.

> Objetivos intermedios:

4.1.1 Para 2008, se contará con un mecanismo que asegure la cadena de suministros de los proveedores de drogas a los lugares de servicio.

4.1.2 Para 2006, los países estarán utilizando plenamente las flexibilidades de los acuerdos sobre propiedad intelectual que resulten apropiados, como se definen en la Declaración de Doha.

ESTRATEGIA 4.2: Fortalecer la capacidad en materia de evaluación del control de calidad y el uso racional de medicamentos y otros productos.

META 4.2: Para 2010, se contará con un mecanismo regional que asegure el control de calidad de los diagnósticos, medicamentos y productos, y su uso racional.

> Objetivo intermedio:

4.2.1 Para 2008, se contará con lineamientos regionales que se utilizarán para la formulación de medidas nacionales de control de calidad y el uso racional de medicamentos y otros productos.

ESTRATEGIA 4.3: Establecer y fortalecer laboratorios nacionales y redes regionales.

META 4.3: Para 2012, todos los lugares de atención y tratamiento tendrán acceso a los servicios de laboratorio necesarios para diagnóstico, identificar el estadio clínico y realizar el seguimiento del tratamiento.

> Objetivos intermedios:

4.3.1 Para 2010, se pondrá en práctica en las Américas una red integral de laboratorios de salud pública con funciones básicas fortalecidas.

4.3.2 Para 2008, los servicios de laboratorio contarán con los equipos y el personal necesarios para realizar pruebas de laboratorio que respalden el conjunto esencial de servicios.

4.3.3 Para 2008, se crearán redes subregionales de laboratorios de referencia con el objeto de respaldar el control externo de calidad de los servicios de laboratorio relacionados con el VIH y las ITS y su vigilancia, incluida la resistencia a la terapia antirretroviral.

4.3.4 Para 2007, se implementarán normas de calidad para las pruebas de laboratorio (incluidos procedimientos operativos estándar, algoritmos, esquemas internos y externos de evaluación de la calidad).

Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión

Los datos oportunos y exactos constituyen el fundamento esencial para la formulación de políticas, la planificación de programas y la medición del progreso y el éxito de los mismos. Los sistemas de información de salud deberán estar en condiciones de responder a las nuevas necesidades de información con el fin de medir el progreso alcanzado y orientar la respuesta del sector salud.

El seguimiento de la epidemia de VIH y sus tendencias es una parte esencial de la respuesta a la epidemia, los datos estratégicos necesarios para comprender su dirección y progresión y para orientar la respuesta están tornándose cada vez más complejos. Por lo tanto, los sistemas de información deberán evolucionar en consecuencia para cumplir sus objetivos. Al mismo tiempo, es preciso mantener los sistemas simples y flexibles para no abrumar la capacidad nacional para operarlos. Deberá contarse con mecanismos que garanticen la comparabilidad y aseguren la continuidad en el tiempo. Si se quiere lograr ambos objetivos, responder a las nuevas demandas de datos y asegurar la oportunidad y la relevancia de los mismos, es preciso fortalecer los sistemas de información mediante un crecimiento dirigido y una cuidadosa planificación.

Los sistemas de supervisión adecuados deberán proveer información sobre la magnitud de la epidemia, así como las tendencias a lo largo del tiempo y proyectar el futuro de la epidemia. Un buen sistema de vigilancia y evaluación deberá proveer información sobre el progreso, la pertinencia y la eficacia de la respuesta en materia de salud. Si no se mide la respuesta, los esfuerzos de los países podrían no tener impacto en la epidemia: peor aún, pueden constituir un despilfarro de recursos. Los sistemas de vigilancia y evaluación al nivel de países también facilitarán la medición del progreso alcanzado en el logro de las metas regionales y mundiales a cuyo cumplimiento se han comprometido los países.

Ello implicará una mayor capacidad nacional para analizar datos y difundir información que respalde los esfuerzos del sector salud. Los sistemas deberán contar con la capacidad para analizar datos "más allá de las cifras". Por ejemplo, deberán estar en condiciones de identificar brechas y desigualdades que socavan el progreso en el logro de las metas establecidas.

Asimismo, los sistemas deben diseminar los resultados y retroalimentar de forma sencilla a diversas audiencias. Es preciso compartir rápidamente los datos relevantes con los responsables de la formulación de políticas, las comunidades y otros grupos interesados.

De acuerdo con los Tres Unos, los componentes de supervisión, monitoreo y evaluación del plan nacional del sector salud para el VIH reforzarán la capacidad de los países para concentrar la respuesta. Estos componentes se prepararán e implementarán de forma conjunta por los socios pertinentes, con el fin de asegurar una base de datos más rica que puedan utilizar todas las partes involucradas. Deberán establecerse y fortalecerse vínculos estratégicos con actores clave involucrados en la recopilación de datos (como los servicios de prevención de la transmisión de maternoinfantil, de asesoramiento y pruebas voluntarias, ITS, atención prenatal, programas de tuberculosis, laboratorio y sangre). También deberán desarrollarse alianzas estratégicas con la comunidad con el fin de convertir a los sujetos de la vigilancia en partícipes del sistema. Las instituciones especializadas (instituciones académicas y centros participantes) también constituyen aliados clave que ayudan a responder preguntas de investigación. Este enfoque de intercambio de información promoverá el intercambio de datos, la triangulación de la información y el análisis, desde diversas perspectivas.

Por último, los países deberán promover un entorno favorable a los sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación. Ello significa asegurar el compromiso político necesario, traducido en recursos humanos y financieros, para lograr sistemas de alta calidad.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 5: *Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión*

ESTRATEGIA 5.1: Fortalecer los sistemas de supervisión sobre el VIH en base a tecnologías avanzadas.

META 5.1: Para 2010, los sistemas nacionales de supervisión proveerán datos integrales sobre todos los componentes clave necesarios para un sistema de supervisión avanzado²⁶.

> Objetivos intermedios:

5.1.1. Para 2008, se completará la estandarización nacional de los componentes clave de los sistemas mínimos de supervisión, entre ellos definiciones, variables, indicadores de la desagregación por edades y sexos, formularios e informes.

5.1.2. Para 2008, se establecerán mecanismos de supervisión y vigilancia de la resistencia a la terapia antirretroviral.

²⁶ Los componentes clave de un sistema avanzado de supervisión comprenden VIH (incluso prevención de la transmisión maternoinfantil, sida, supervisión del comportamiento (incluidas las tasas de uso de preservativos), casos de sífilis congénita y otras tasas de coinfección de ITS, TB/VIH y acceso a tratamiento antirretroviral.

5.1.3. Para 2007, los sistemas de supervisión incluirán una cobertura geográfica adecuada y representarán los grupos de población vulnerables a la epidemia.

ESTRATEGIA 5.2: Desarrollar y fortalecer sistemas de vigilancia y evaluación en el sector salud, como parte de los esfuerzos mundiales de vigilancia y evaluación.

META 5.2: Para 2010 se formará la capacidad nacional de vigilancia y evaluación para evaluar el progreso de las actividades de prevención, atención y tratamiento.

> Objetivos intermedios:

5.2.1. Para 2007, los países evaluarán sus programas con el fin de determinar las prácticas óptimas de las intervenciones de prevención, atención y tratamiento y los esfuerzos de promoción de la salud.

5.2.2. Para 2007, se contará con capacidad para vigilar los resultados en materia de tratamiento.

5.2.3. Para 2007, los países recopilarán indicadores básicos regionales y nacionales sobre prevención, atención y tratamiento.

5.2.4. Para 2007, todos los programas contendrán metodologías y criterios de evaluación para determinar la eficacia y el impacto.

ESTRATEGIA 5.3: Desarrollar redes y asociaciones para respaldar un marco común de supervisión, vigilancia y evaluación sobre VIH/ITS para el sector salud.

META 5.3: Para 2015 funcionarán exitosamente mecanismos para la efectiva participación de actores, instituciones y programas relacionados con los sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación.

> Objetivos intermedios:

5.3.1. Para 2010, los programas e instituciones relevantes declararán datos acordados al sistema de información de salud sobre VIH/ITS.

5.3.2. Para 2007, se establecerán acuerdos y procedimientos formales entre los servicios relevantes a los sistemas comunes de supervisión, vigilancia y evaluación.

ESTRATEGIA 5.4: Crear la capacidad de gestión de información y conocimientos y difusión para la acción.

META 5.4: Para 2010, se contará con capacidad nacional para analizar, utilizar y diseminar datos fáciles de utilizar por los usuarios, y estos datos se distribuirán dentro y entre los países.

> Objetivos intermedios:

5.4.1. Para 2008, se dispondrá de perfiles de países en los que se analizará la situación de la epidemia de VIH y sus tendencias, y se dispondrá asimismo de datos pertinentes sobre prevención, atención y tratamiento.

5.4.2. Para 2008, se definirán las prioridades de investigación operativa en apoyo de las estrategias de prevención, atención y tratamiento.

APOYO DE LA OPS AL PLAN REGIONAL ²⁷



[47

En asociación con los Estados Miembros y el ONUSIDA, a lo largo del tiempo la labor de la OPS ha respaldado la planificación e implementación de programas nacionales sobre VIH, mejoras sistemáticas en la vigilancia epidemiológica, mejoras en la seguridad de la sangre e intervenciones focalizadas de prevención, especialmente para jóvenes y grupos vulnerables, que incluyen sexualidad y perspectiva de género. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), un centro dependiente de la OPS, ha respaldado a los países del Caribe en el fortalecimiento de su respuesta al VIH/ITS en planificación estratégica, vigilancia epidemiológica, prevención, atención y tratamiento y comunicación de cambio del comportamiento. Asimismo, CFNI ha dado apoyo técnico en nutrición y VIH.

A medida que en los últimos años la labor internacional sobre el VIH se ha desplazado hacia un enfoque más integral que incluye prevención y tratamiento, la OPS ha desarrollado la serie Paso a Paso, un conjunto de módulos que detallan los componentes clave para personas con VIH. La OPS ha promovido un acceso equitativo al tratamiento respaldando a los Estados Miembros en la negociación de terapia antirretroviral y ha creado el Fondo Estratégico para Suministros de Salud, que proporciona a los Estados Miembros acceso a medicamentos y suministros, así como asesoramiento técnico sobre calidad y otros aspectos de estos productos. La OPS también ha prestado considerable apoyo técnico de su presupuesto básico a la formulación e implementación de proyectos en la Región a través del Fondo Mundial, incluso en los aspectos de gobernabilidad, gestión, adquisiciones, logística y diseño general de programas.

Durante los próximos diez años, la OPS se concentrará en la provisión de cooperación técnica en aquellos aspectos en los que cuenta con ventajas comparativas con respecto a otras organizaciones y programas de la Región. La labor de la OPS en materia de VIH/ITS seguirá concentrándose en el apoyo a los programas nacionales y otros programas del sector salud, especialmente en lo que se refiere a su impacto sobre la calidad de vida de las personas con VIH. En consulta con los interesados en los países y sus socios en el desarrollo, se han determinado siete líneas de acción: (1) apoyo técnico para la implementación del Plan; (2) facilitación de la cooperación técnica entre países; (3) abogacía; (4) fortalecimiento de alianzas y asociaciones regionales; (5) intensificación del apoyo directo a los países; (6) incorporación de la labor sobre VIH en la OPS, y (7) determinación de costo\movilización de recursos.

APOYO TÉCNICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN REGIONAL

El apoyo técnico de la OPS a los países se concentrará en la respuesta del sector salud al VIH. Se basará en el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública destinadas a combatir la epidemia y reducir su impacto. Se asignará particular atención al desarrollo y el mejoramiento de los recursos humanos, la formulación y adaptación de normas y lineamientos, metodologías e instrumentos, y a la difusión de información estratégica.

El Fondo Estratégico de la OPS facilitará no sólo la adquisición de suministros, sino también la provisión de apoyo técnico a los países con el fin de lograr una efectiva gestión farmacéutica

²⁷ Esta sección se refiere específicamente a las actividades y la programación de la Secretaría de la OPS.

y sistemas regulatorios eficaces. Esta asistencia incluye la capacitación de recursos humanos y la armonización de principios sobre selección de fuentes y criterios de calidad de acuerdo con una perspectiva de salud pública.

En colaboración con la OMS, el programa regional creará y mantendrá una base de datos de profesionales con probada experiencia que puedan satisfacer los requisitos de cooperación técnica de los países. Los aspectos específicos de colaboración se determinarán de acuerdo con las necesidades nacionales y regionales, así como con las ventajas comparativas de la OPS en este campo en comparación con las de otras organizaciones.

La Organización proveerá orientación en materia de políticas, en relación con el acceso equitativo y universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento gratuito en el punto de provisión, promoviendo la sostenibilidad a largo plazo de las iniciativas relacionadas con los sistemas de salud.

La cooperación técnica de la OPS no se limita a los ministerios de salud, sino que incluye a todos los socios que trabajan en el sector salud, incluyendo las organizaciones no gubernamentales, las personas con VIH y la colaboración con organizaciones bilaterales y multilaterales.

La monitoreo del Plan Regional se verá facilitada por la activa participación del Comité Consultivo Técnico de la OPS, integrado por un grupo multisectorial de expertos que representan a los interesados clave.

FACILITACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES

Como parte del mayor énfasis asignado por la Organización a la cooperación entre países, la OPS ha estimulado y facilitado la cooperación técnica entre países en materia de VIH. La utilización del mecanismo de cooperación técnica entre países (CTP) de la OPS desempeñará un papel central en este proceso. La OPS continuará facilitando el intercambio de experiencias, lecciones aprendidas y recursos entre los distintos países. La mayor promoción de la cooperación técnica horizontal se logrará mediante una coordinación más estrecha con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de la Región, y con nuevas iniciativas regionales, como el Centro Internacional de Cooperación Técnica sobre VIH/sida de Brasil (ICTC/SIDA). También se procurará utilizar la experiencia de Canadá y los Estados Unidos en forma más estratégica y coherente.

ABOGACÍA

La abogacía en favor de un acceso universal y equitativo a la prevención, la atención y el tratamiento reviste fundamental importancia para todas las organizaciones que trabajan con VIH, incluso la OPS. Las actividades de abogacía para que los países amplíen los esfuerzos de atención y tratamiento como parte del compromiso asumido en la Declaración de Nuevo León ha desempeñado un importante papel en el logro de una actitud conjunta de la Región con respecto al cumplimiento de metas comunes. El Grupo Regional de Directores de Copatrocinadores del ONUSIDA también constituye un mecanismo útil de abogacía al más alto nivel, y ya existe una estrategia conjunta para promover la difusión de mensajes y estrategias comunes.

El estigma y la discriminación contra las personas con VIH y los grupos vulnerables representan un importante estrangulamiento para la implementación de respuestas efectivas por parte de los países. El acceso equitativo a la prevención y la atención del VIH se basa en el principio de

la salud como derecho humano, principio que la Organización a todos los niveles, incluso los mecanismos subregionales, los centros y los países, continuará defendiendo y promoviendo.

Dicha abogacía asumirá la forma de estrategias nacionales y regionales de comunicación, intervenciones por parte del Director y los representantes de la OPS, diálogos sobre política, la permanente retroalimentación a los órganos directivos de la OPS, y participación en los foros internacionales pertinentes.

Durante el período de diez años se implementará y mantendrá una estrategia de comunicación con el fin de respaldar la aplicación de la Estrategia Regional, dar a conocer el progreso y sostener su impulso.

FORTALECIMIENTO DE ALIANZAS Y ASOCIACIONES REGIONALES

La epidemia de VIH está atrayendo un creciente número de interesados en la Región, que realizan un considerable aporte (político, financiero y científico) al tema y constituyen valiosos socios cuya colaboración es preciso cultivar en beneficio del sector salud y las personas con VIH.

La OPS procurará aclarar no solamente sus ventajas comparativas, como organización encargada de respaldar los esfuerzos sobre VIH en el sector salud, sino que trabajará con otros interesados en la definición del papel y las responsabilidades de otros organismos de las Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americanos, las organizaciones subregionales y otros socios en el desarrollo²⁸. En colaboración con el ONUSIDA, la abogacía por la efectiva implementación de los Tres Unos continuará al nivel regional y de países.

La OPS asegurará la efectiva participación de los Estados Miembros -- incluidas las personas con VIH y organizaciones no gubernamentales, los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, las organizaciones privadas y los principales socios en el desarrollo-- en el desarrollo del Plan, incluso su implementación, monitoreo y evaluación. La OPS continuará desempeñando un activo papel en el Grupo Regional de Directores de Copatrocinadores del ONUSIDA, así como en otros órganos conexos, y seguirá promoviendo y respaldando los esfuerzos nacionales, regionales y subregionales de armonización de los recursos técnicos y financieros.

INTENSIFICACIÓN DEL APOYO DIRECTO A LOS PAÍSES

La OPS aprovechará su singular posición como organismo con una infraestructura establecida en 28 países de las Américas para intensificar el apoyo directo a los países, enfatizando el fortalecimiento de una respuesta integral de salud a la epidemia. Se fortalecerá el personal especializado en VIH/ITS de la OPS con las competencias básicas necesarias para adoptar un enfoque integral de cooperación técnica. Este cuadro de profesionales estará respaldado por otros funcionarios de la Organización con experiencia en políticas y servicios de salud, recursos humanos, epidemiología, género y salud, promoción de la salud y salud mental. Las oficinas en los países tendrán acceso a estas competencias básicas, en las oficinas y fuera de ellas.

Como tal, la OPS reconoce que la responsabilidad de la provisión de cooperación técnica no reside en una unidad especializada, sino que es una responsabilidad de la organización en general. Muchas otras áreas de la Organización desempeñan un papel en el fortalecimiento de la respuesta de la OPS y la implementación del Plan Regional. Se fortalecerán los mecanismos interprogramáticos y el personal administrativo y profesional se sensibilizará, capacitará y actu-

²⁸ De acuerdo con el informe final del Equipo de Estudio Mundial, 14 de junio de 2005.

alizará en forma continua en materia de VIH/ITS. Se mantendrá el Equipo Básico de VIH/ITS integrado por representantes de las unidades pertinentes, y se establecerán equipos similares en cada subregión. Se promoverá un enfoque de equipo en todos los niveles de la Organización, con el fin de crear un proceso sinérgico que permita que la Organización ponga en práctica sus funciones de liderazgo en la coordinación y gestión del Plan Regional.

Durante el período de diez años de duración de este Plan, y en colaboración con los países, la OPS vigilará la magnitud y las tendencias del VIH/ITS y el adelanto experimentado en materia de acceso universal a los niveles regional y de países, proporcionando, cuando sea posible, datos desagregados para diferentes subgrupos de población. Se dispondrá asimismo de una base de datos interactiva con indicadores clave acordados con los países con el fin de facilitar el acceso a información oportuna de calidad. Se continuarán los boletines trimestrales de la OPS. Asimismo, se compartirá regularmente información con los Órganos Directivos de la OPS y con otros foros pertinentes, entre ellos las Cumbres de Jefes de Estado.

De acuerdo con la política subregional puesta en práctica por la Organización, el personal regional y subregional coordinará equipos de respuesta técnica interdisciplinarios sobre VIH/ITS (CAREC, Caribe, Centroamérica, Región Andina, Cono Sur). Se han establecido y se mantendrán alianzas estratégicas con las unidades pertinentes de la OPS con el fin de enfrentar este desafío. Estos equipos de respuesta técnica proveerán apoyo directo a los órganos subregionales como CARICOM, SICA, MERCOSUR, ANDEAN con el fin de fortalecer su acción a favor del acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento.

Un elemento esencial de este enfoque estratégico es la descentralización de los recursos financieros. La OPS mantendrá su política de distribución presupuestaria sobre VIH, asignando por lo menos el 75% de los recursos a los países. Todos los países de la Región se beneficiarán de los recursos movilizados a través del Plan Regional. Los Centros de la OPS también asumirán responsabilidades cada vez mayores en el apoyo directo a los países, como ha sido la práctica en el CAREC durante los últimos años, que ha colocado funcionarios técnicos de CAREC/OPS en países de alta prioridad.

INCORPORACIÓN DE LA LABOR SOBRE VIH EN LA OPS

Asegurar que toda la Organización se exprese con una sola voz, desde la Directora hasta el personal de apoyo en los países, constituye una importante estrategia de respaldo a la implementación del Plan Regional. En 2005, la OPS reconoció la necesidad de lograr una mayor participación del personal de la Organización especializado en diferentes campos técnicos, reuniendo esfuerzos en la lucha contra el VIH, y examinando el funcionamiento interno de la propia Secretaría con el fin de asegurar la aplicación de prácticas óptimas. Como resultado, se decidió establecer una política interna sobre VIH.

El documento de política interna sobre VIH fue preparado en 2005 con el objeto de establecer el compromiso de la Organización a favor de la atención y el tratamiento integral para el personal y los familiares con VIH y de la capacitación y actualización periódica de todo el personal en materia de prevención del VIH. Esta política interna se pondrá plenamente en práctica en 2006-2007. Como parte de dicha política, el personal de la OPS puede solicitar pruebas volun-

tarias y confidenciales de VIH como parte de sus exámenes físicos anuales de rutina, contándose asimismo con servicios de asesoramiento.

Se promoverá la responsabilización mediante el fortalecimiento de los mecanismos de evaluación externa de la labor de la OPS, que se pondrán en práctica con la activa participación de los Estados Miembros y otros socios.

COSTOS Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS EN RESPALDO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN REGIONAL

A pesar del aumento de los recursos financieros para atención y tratamiento de personas con VIH observado en la Región en los últimos cinco años, subsisten brechas en el financiamiento, particularmente en el sector salud. Las brechas en los recursos financieros y humanos han sido identificadas, y se realizarán esfuerzos por movilizar y armonizar esos recursos con los socios en el desarrollo, con el fin de cubrir esas brechas. La OPS intensificará la movilización de recursos para una efectiva implementación del Plan Regional con los Estados Miembros y otros socios en el desarrollo. Los recursos movilizados se descentralizarán a las oficinas en los países, con el fin de que éstas puedan respaldar en forma más apropiada a las autoridades nacionales en la implementación de sus planes nacionales.

COMPROMISOS DE LA OPS EN FAVOR DEL PLAN REGIONAL

META 1: Para 2015, todos los interesados nacionales y regionales clave habrán colaborado armoniosamente en el logro de la exitosa implementación del Plan Regional.

> Objetivos intermedios:

- 1.1** Entre 2006 y 2015, todos los interesados clave se reunirán anualmente para evaluar el progreso y planificar medidas destinadas a abordar en forma conjunta los aspectos débiles y los nuevos desafíos.
- 1.2** En 2010, se realizará una evaluación intermedia del Plan Regional, con la participación de todos los interesados clave, y el Plan se revisará en consecuencia.

META 2: Para 2015, la OPS respaldará efectivamente todas las necesidades prioritarias de cooperación técnica para VIH/ITS al nivel regional y de países en el sector salud.

> Objetivos intermedios:

- 2.1** Entre 2006 y 2015, la OPS proveerá a los países información estratégica sobre VIH/ITS y la respuesta del sector salud, en apoyo de la implementación del Plan Regional.
- 2.2** Para 2015, la OPS y los países movilizarán recursos adecuados, definidos en los presupuestos programáticos semestrales, con el fin de respaldar la implementación del Plan Regional en todos los países de la Región.
- 2.3** Para 2010, las OPS y los países movilizarán recursos adecuados para respaldar la implementación del Plan Regional en todos los países prioritarios en materia de VIH/ITS.
- 2.4** Para 2007, se satisfarán las necesidades de recursos humanos de la OPS a los niveles subregional y de países, con el fin de asegurar un apoyo técnico de alta calidad para la implementación del Plan Regional.

PRÓXIMOS PASOS

9

52] **INTEGRACIÓN DEL PLAN REGIONAL EN LOS PLANES NACIONALES Y OTROS PLANES EXISTENTES**

La OPS insta a los países a que celebren reuniones a nivel nacional con el objeto de revisar el Plan Regional de VIH/ITS y determinar la forma en que se vincula con los planes y actividades existentes sobre VIH/ITS. El Plan Regional puede utilizarse como una lista de verificación para asegurar que se hayan puesto en práctica todos los elementos importantes de la respuesta del sector salud o que éstos hayan sido planificados dentro de los programas de dicho sector. Además, al iniciarse nuevos ciclos de planificación, el Plan Regional puede proporcionar información y directrices sobre política y desarrollo de programas y establecer metas y objetivos intermedios nacionales.

Anualmente, la reunión del Comité Consultivo Técnico de la OPS proporcionará a los países la oportunidad de informar sobre el adelanto y los desafíos y compartir experiencias con los demás países. El Comité Consultivo Técnico ayudará a los países a evaluar las necesidades y oportunidades y a planificar estratégicamente a largo plazo. El personal de las oficinas de la OPS en los países asistirá a sus contrapartes nacionales en la permanente monitoreo y evaluación de la implementación de los planes nacionales y su vinculación con las metas y objetivos intermedios del Plan Regional.

COSTEO DEL PLAN

El Anexo 1 contiene el presupuesto del bienio 2006-2007 para el programa de OPS. Estas cantidades son una estimación de los fondos que el Secretariado necesita para mantener las actividades descritas en el Plan Regional y cumplir con sus cometidos durante ese período de dos años. Habiendo identificado las brechas entre los fondos que se necesitan y los disponibles, la OPS priorizará la movilización de recursos. El costeo para las actividades en cada país se debe hacer individualmente ya que los recursos necesarios dependerán de variables tales como características de la epidemia, parámetros demográficos, y costes unitarios. Existen muchos documentos para apoyar a los países en la estimación de recursos necesarios. En el sitio web www.unaids.org, pueden encontrarse guías para ello.

ANEXO 1 BPB 06-07 PROPUESTA EN APOYO DEL PLAN REGIONAL DE VIH/STI PARA EL SECTOR SALUD 2006-2015 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD					
ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
META					
Para 2015, detener y comenzar a revertir la propagación del VIH así como las ITS en la Región mediante la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención, y tratamiento.	1_En 2010 habrá una reducción del 50% en el número de nuevas infecciones de VIH, seguida por una reducción adicional del 50% en las nuevas infecciones para fines de 2015.				
	2_En 2015, la incidencia de la transmisión materno infantil del VIH será inferior al 5%, y la incidencia de la sífilis congénita será de menos de 0,5 casos por 1000 nacimientos vivos.				
OBJETIVO					
Mejorar la respuesta del sector salud a la epidemia de VIH así como de ITS.	1_En 2010, se contará con acceso universal a servicios de atención integral, incluso prevención, atención y tratamiento antirretroviral.				
RESULTADOS ESPERADOS					
Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.	1_Para 2007, se definirá una estrategia nacional con claras metas para la respuesta del sector salud, que incluirá actividades de prevención, atención y tratamiento. Dicha estrategia formará parte integral de un plan estratégico nacional multisectorial en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	1_ Intervenciones regionales y subregionales y abogacía a favor del acceso universal a la prevención, atención y tratamiento basados en el enfoque de derechos humanos y reproductivos. (Incluye intervenciones para reducir el estigma y la discriminación en el sector salud y recomendaciones de política para su financiación).	500.000	500.000	-
	2_Para 2007, se formulará un mecanismo de armonización de recursos que incluirá opciones para coordinar la labor de todos los participantes, vínculos con la autoridad nacional de coordinación, y actividades de monitoreo y evaluación.	2_ Respaldo directo a los países para la formulación y/o actualización de una estrategia nacional destinada a fortalecer la respuesta del sector salud, que incluya prevención, atención y tratamiento acordes con el Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015.	1.200.000	-	1.200.000
			1.700.000	500.000	1.200.000

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos	1_Para 2007, los programas nacionales sobre el VIH establecerán y/o mantendrán mecanismos de planificación y gestión estratégica con la participación de los interesados pertinentes, incluidas las personas con VIH. 2_Para 2007 se definirán los conjuntos de intervenciones esenciales de salud pública y los servicios de salud para prevención, atención y tratamiento, así como un programa y plan ampliado para VIH/sida/ITS. Los planes deberán incluir explícitamente estrategias de comunicaciones, estrategias para eliminar el estigma y la discriminación, grupos vulnerables y modalidades de la prestación de atención de la salud. 3_Para 2007, los programas nacionales sobre el VIH definirán el marco ético esencial para la programación de los servicios de prevención y atención del VIH esenciales para la programación de servicios de prevención y atención, y establecerán los mecanismos para su implementación. 4_Se realizarán dos campañas de medios masivos de comunicación destacando la importancia de la prevención del VIH y las ITS y concienciando a las personas en situación de riesgo.	1_ Consultas regionales y subregionales para la definición de conjuntos de intervenciones esenciales de salud pública y servicios de salud para prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS. 2_ Formulación/adaptación de guías para normas de atención sobre manejo de VIH/ITS y sistemas de garantía de la calidad incluyendo cuidados pediátricos. 3_ Capacitación en planificación y gestión estratégica para coordinadores/directores de programas nacionales sobre el sida. 4_ Adaptación de la gestión integrada de enfermedades de adultos, incluido un módulo para el estigma y la discriminación en el sector salud y su aplicación en la Región. 5_ Formulación y difusión de guías para la evaluación y planificación de recursos humanos sobre VIH/ITS. 6_ Guías para la formulación e implementación de intervenciones destinadas a verificar cambios en las prácticas sexuales riesgosas dentro de un enfoque de salud reproductiva y análisis de vulnerabilidad. Evaluación de intervenciones y programas y formación de capacidad. 7_ Intervenciones regionales para la promoción de la salud sexual destinada a prevenir la transmisión del VIH, incluidas campañas de comunicación e investigación.	500.000 500.000 350.000 500.000 250.000 500.000 250.000	436.000 250.000 - 120.000 100.000 147.000 250.000	64.000 250.000 350.000 380.000 150.000 353.000 -

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos	5_ Para 2007, se identificará un conjunto de intervenciones que hayan demostrado su eficacia para prevenir la transmisión en las poblaciones vulnerables (en particular hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y trabajadores del sexo), que posteriormente se ampliarán en colaboración con las organizaciones pertinentes de base comunitaria.	8_Guías y normas técnicas sobre la formulación de puntos de entrada para prevención, atención y tratamiento utilizando los servicios existentes (énfasis en servicios de donación de sangre y servicios de violencia doméstica)	350.000	40.000	310.000
	6_ Para 2015, se establecerán sistemas de garantía de la calidad para la atención integral de la salud.	9_Apoyo directo a los países para planificación y gestión estratégica de los planes de respuesta en el sector salud.	2.400.000	1.300.000	1.100.000
	7_ Para 2009, se actualizarán/formularán lineamientos técnicos y protocolos de gestión para todas las intervenciones y servicios pertinentes de prevención, atención y tratamiento de VIH e ITS, de acuerdo con las prácticas internacionales recomendadas.	10_Apoyo directo a los países para la realización de intervenciones destinadas a verificar cambios en prácticas sexuales de riesgo en el contexto de los programas de prevención y promoción de la salud sexual, incluidas campañas en los medios de difusión masiva.	3.000.000	90.000	2.910.000
	8_ Para 2015, se contará con sistemas de gestión de recursos humanos con el fin de asegurar que los servicios de salud cuenten con el personal apropiado para satisfacer los requisitos en materia de VIH/sida/ITS, que se distribuirán de acuerdo con las necesidades.		8700.000	1.496.000	7204.000
Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud	1_ Para 2015, se contará con atención para VIH en cada nivel de atención, definido por un conjunto esencial de servicios, con sistemas de referencia a la atención secundaria y terciaria apropiados.	1_Prototipo de intervenciones y servicios que deben ser provistos en cada nivel de atención de acuerdo con el conjunto propuesto de medidas esenciales; definido e identificado. Evaluación de intervenciones y servicios y desarrollo de capacidad.	700.000	700.000	-

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMENTO*	BRECHA				
	2_ Para 2008, se completará el mapeo de la distribución geográfica de los servicios disponibles, identificándose las brechas existentes.	2_ Adaptación e implementación de SAM.	350.000	78.000	272.000				
	3_ Para 2007, se habrán identificado por lo menos tres puntos de entrada dentro de los servicios de salud existentes y se habrá formulado un plan operativo destinado a fortalecer y ampliar dichos servicios.	3_ Evaluación y desarrollo de capacidad para puntos de entrada.	500.000	465.000	35.000				
		4_ Para 2010, los servicios de pruebas y asesoramiento voluntario estarán integrados en el nivel primario de atención y vinculados a los servicios de atención, tratamiento y prevención de grupos específicos de población. Cada país habrá implementado todos los años una campaña "Hazte la prueba".	4_ Formulación y difusión de guías de VCT y capacitación.	250.000	20.000	230.000			
			5_ Para 2007, se habrán integrado en los servicios prenatales intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil, incluida la prevención de sífilis congénita . El seguimiento incluirá terapia antirretroviral para mujeres positivas elegibles y atención a la madre y el hijo después del parto (PTM+).	5_ Campañas regionales de "Hazte la prueba".	200.000	70.200	129.800		
				6_ Para 2010, se habrán establecido servicios de salud amigables para ser utilizados por los jóvenes.	6_ Apoyo directo a los países para la expansión y reorientación de servicios con el fin de asegurar el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento de VIH/sida.	5.400.000	-	5.400.000	
					7_ Para 2010, se habrán establecido servicios apropiados de atención de la salud sobre prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS (dentro de los establecimientos de salud y programas de extensión) en poblaciones difíciles de alcanzar, incluso hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores del sexo y trabajadores migratorios.	7_ Apoyo directo a los países para la formulación de estrategias para la participación de personas con VIH en la planificación, provisión, vigilancia y evaluación de servicios al nivel de atención primaria.	500.000	1.800.000	3.600.000

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.	8_Para 2007, se identificarán estrategias y mecanismos para incorporar la participación de organizaciones no gubernamentales y otros grupos en la prestación de servicios.		7900.000	3.133.200	4.766.800
	1_Para 2008, se contará con un mecanismo que asegure la cadena de suministros de los proveedores de drogas a los lugares de servicio.	1_Consolidación del Fondo Estratégico de Suministros de Salud Pública.	3.000.000	100.000	2.900.000
	2_Para 2006, los países estarán utilizando plenamente las flexibilidades de los acuerdos sobre propiedad intelectual que resulten apropiados, como se definen en la Declaración de Doha.	2_Formulación y difusión de políticas y guías regionales para el uso racional de medicamentos y otros productos y apoyo técnico a los sistemas de suministro y control de calidad.	560.000	310.000	250.000
	3_Para 2008, se contará con lineamientos regionales que se utilizarán para la formulación de medidas nacionales de control de calidad y el uso racional de medicamentos y otros productos.	3_Vigilancia del impacto de las negociaciones sobre precios y respaldo de nuevas iniciativas de negociación.	150.000	80.000	70.000
	4_Para 2008, los servicios de laboratorio contarán con los equipos y el personal necesarios para realizar pruebas de laboratorio que respalden el conjunto esencial de servicios.	4_Apoyo directo a los países para la gestión del suministro de medicamentos y control de calidad.	1.400.000	20.000	1.380.000
	5_Para 2008, se crearán redes subregionales de laboratorios de referencia con el objeto de respaldar el control externo de calidad de los servicios de laboratorio relacionados con el VIH y las ITS y su vigilancia, incluida la resistencia a la terapia antirretroviral.	5_Establecimiento de redes subregionales de laboratorios de referencia y control externo de calidad de VIH/ITS, incluso resistencia a la terapia antirretroviral.	450.000	20.000	430.000
	6_Para 2007, se implementarán normas de calidad para las pruebas de laboratorio (incluidos procedimientos operativos estándar, algoritmos, esquemas internos y externos de evaluación de la calidad).	6_Formulación y difusión de normas de calidad para pruebas de laboratorio y apoyo a su implementación.	350.000	60.000	290.000
		7_Apoyo directo a los países para fortalecer los servicios de laboratorio e implementar sistemas de garantía de la calidad.	1.000.000	60.000	940.000
			6.910.000	650.000	6.260.000

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión	1_Para 2010, los sistemas nacionales de supervisión proveerán datos integrales sobre todos los componentes clave necesarios para un sistema de supervisión avanzado.	1_Formulación de una base de datos regional con indicadores básicos sobre prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS. Difusión y análisis periódico de información.	500.000	380.000	120.000
	2_Para 2008, se establecerán mecanismos de supervisión y vigilancia de la resistencia a la terapia antirretroviral.	2_Evaluación de sistemas nacionales de vigilancia para VIH/ITS y formación de capacidad, incluidas guías y normas de calidad.	450.000	80.000	370.000
	3_Para 2007, los sistemas de supervisión incluirán una cobertura geográfica adecuada y representarán los grupos de población vulnerables a la epidemia.	3_Establecimiento de mecanismos para la supervisión y vigilancia regional de la resistencia a la terapia antirretroviral.	500.000	125.000	375.000
	4_Para 2007, los países recopilarán indicadores básicos regionales y nacionales sobre prevención, atención y tratamiento.	4_Guías y formación de capacidad sobre sistemas de información basados en pacientes para la vigilancia y evaluación de programas de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS.	450.000	150.000	300.000
	5_Para 2007, todos los programas contendrán metodologías y criterios de evaluación para determinar la eficacia y el impacto.	5_Desarrollo de una biblioteca virtual para VIH/ITS (en colaboración con Bireme/IKM)	150.000	-	150.000
	6_Para 2007, se establecerán acuerdos y procedimientos formales entre los servicios relevantes a los sistemas comunes de supervisión, vigilancia y evaluación.	6_Formulación de un programa y plan de acción de investigación operativa para respaldar el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento.	380.000	75.000	305.000
	7_Para 2008, se definirán las prioridades de investigación operativa en apoyo de las estrategias de prevención, atención y tratamiento.	7_Apoyo directo a los países para el fortalecimiento de sus sistemas de vigilancia.	1.400.000	170.000	1.230.000
			3.830.000	980.000	2.850.000

* Cifra estimada basado en gasto real '0405

ESTRUCTURA DEL PROYECTO	INDICADORES	ACTIVIDADES	COSTO ESTIMADO	FINANCIAMIENTO*	BRECHA
Fortalecer la capacidad de la OPS en apoyar el Plan Regional	1_ Entre 2006 y 2015, todos los interesados clave se reunirán anualmente para evaluar el progreso y planificar medidas destinadas a abordar en forma conjunta los aspectos débiles y los nuevos desafíos.	1_ Reuniones regionales para monitorizar la evolución del plan regional. Apoyo a TAC.	350.000	300.000	50.000
	2_ Entre 2006 y 2015, la OPS proveerá a los países información estratégica sobre VIH/ITS y la respuesta del sector salud, en apoyo de la implementación del Plan Regional.	2_ Movilización de recursos y fortalecimiento de alianzas y asociaciones para respaldar el Plan Regional, incluidas reuniones con socios y participación en actividades regionales, subregionales e internacionales de abogacía.	165.000	-	165.000
	3_ Para 2010, las OPS y los países movilizarán recursos adecuados para respaldar la implementación del Plan Regional en todos los países prioritarios en materia de VIH/ITS.	3_ Establecimiento de un sistema de vigilancia y evaluación para vigilar y evaluar el Plan (fin de las evaluaciones/evaluaciones internas de BPB)	450.000	-	450.000
	4_ Para 2007, se satisfarán las necesidades de recursos humanos de la OPS a los niveles subregional y de países, con el fin de asegurar un apoyo técnico de alta calidad para la implementación del Plan Regional.	4_ Abogacía regional y estrategia de comunicación para el Plan Regional.	250.000	-	250.000
		5_ Apoyo al desarrollo de equipos interdisciplinarios, subregionales y nacionales de respuesta, incluida la contratación y/o retención de recursos humanos calificados.	3502.010	3.460.000	42.010
		6_ Apoyo al intercambio de experiencias entre países a través de redes regionales/subregionales de recursos, incluida la cooperación técnica entre países.	450.000	188.000	262.000
		7_ Programa de desarrollo del personal de la OPS sobre VIH/ITS.	250.000	-	250.000
			5.417.010	3.948.000	1.469.010
Totales			34.457.010	12.007.200	22.449.810

* Cifra estimada basado en gasto real '0405



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23RD ST. N.W.

WASHINGTON, D.C. 20037

ESTADOS UNIDOS

www.paho.org/sida