



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE VIH EN LA SUBREGIÓN ANDINA 2003 – 2005

PLAN SUBREGIONAL ANDINO DE VIH PARA EL SECTOR SALUD 2007 - 2010



Marzo 2007

CONSULTORES

Lourdes Kusunoki Fuero MD

Jorge Alberto Nagles Peláez MD

ORGANISMOS RESPONSABLES

Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue – ORAS-CONHU

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA

Índice

PRESENTACIÓN	v
GLOSARIO	vii
METODOLOGÍA	ix
RESUMEN EJECUTIVO	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	3
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL VIH EN LA SUBREGIÓN ANDINA	9
3.1 <i>Características de la Información</i>	10
3.2 <i>Situación Sociodemográfica</i>	12
3.3 <i>Estado de la Epidemia de VIH en la Subregión Andina</i>	17
3.4 <i>Respuestas Nacionales al VIH</i>	33
3.5 <i>Principales logros en las respuestas al VIH, 2003 – 2005</i>	51
3.6 <i>Principales retos para prevenir la epidemia VIH al 2015 y alcanzar acceso universal en prevención, atención y tratamiento VIH/SIDA/ITS</i>	55
3.7 <i>Conclusiones Análisis de Situación VIH - Subregión Andina</i>	58
<i>LISTADO DE PARTICIPANTES REUNION SUBREGIONAL ANDINA DE VIH 29 AL 31 DE ENERO DE 2007 HOTEL DANN NORTE</i>	60
4. PLAN SUBREGIONAL ANDINO DE VIH PARA EL SECTOR SALUD, 2007-2010	65
4.1 <i>Objetivo</i>	67
4.2 <i>Metas Generales</i>	67
4.3 <i>Líneas Críticas de Acción</i>	67
4.4 <i>Resultados y Actividades por Línea Crítica de Acción</i>	70
4.5 <i>Presupuesto</i>	75
<i>PLAN SUBREGIONAL DE VIH PARA EL SECTOR SALUD 2007-2010"</i>	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

Presentación

Este documento sintetiza las características generales de la epidemia de VIH en la subregión andina entre el año 2003 y 2005, las coberturas alcanzadas con terapia antirretroviral a Septiembre de 2006, el estado de las respuestas nacionales, los principales logros en el período 2003 – 2005 y los retos por superar. No pretende ser exhaustivo, producir Estados del Arte del VIH de los países, sustituir la evaluación de las respuestas al VIH que cada país realiza o ser la verdad absoluta en VIH en la subregión; se enfatiza en los puntos específicos requeridos para la formulación del Plan Subregional Andino de VIH del Sector Salud 2007-2010.

En los antecedentes se hace un recuento cronológico de los compromisos adquiridos por los países en relación con la epidemia del VIH desde la Cumbre del Milenio, que sirve como memoria subregional útil para aquellos que se integren en el futuro a las respuestas estratégicas al VIH a nivel subregional, nacional o local.

Los aspectos sociodemográficos se analizaron en un contexto poblacional respecto a la epidemia de VIH, los aspectos económicos y de desarrollo humano en el marco del acceso a servicios por parte de las personas y a recursos económicos externos por parte de los países.

La descripción del estado de la epidemia VIH en la subregión analiza aspectos relacionados con los estimativos del número de personas con VIH o con sida, la notificación, las características de las personas al momento del diagnóstico de infección por VIH, así como la distribución por sexo, edad, mecanismos de transmisión y la estimación de necesidad y cobertura de terapia antirretroviral.

Se describen los aspectos más relevantes del estado de las respuestas nacionales al VIH, el

marco legal que respalda la atención integral en VIH y la protección de los derechos humanos de las personas con VIH, los logros más destacados por cada país en el periodo 2003-2005, los retos principales que debe superar la subregión para lograr el acceso universal a servicios integrales en VIH a 2010 y revertir la tendencia de la epidemia del VIH a 2015 y las conclusiones.

El Análisis de Situación de VIH en la Subregión Andina 2003-2005 sirvió como insumo de base para la formulación del Plan Subregional Andino de VIH del Sector Salud 2007-2010 que apoya y complementa las estrategias nacionales de respuesta al VIH con actividades que requieran implementación conjunta entre los países, que generen sinergias, valor agregado o economías de escala en la subregión para facilitar el acceso universal a servicios integrales en VIH a 2010 y revertir la tendencia del VIH a 2015, en el marco del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el cumplimiento de los compromisos y metas del UNGASS, las metas del Plan Regional y el mandato de la REMSAA XXVII/409, del 31 marzo de 2006.

Glosario

ARV Antirretrovirales

Atención Integral de la Infección por el VIH Es la combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH, la progresión de la enfermedad y el deterioro físico y emocional de las personas, proveer atención para mejorar las condiciones generales, de calidad de vida y acceso al tratamiento . [1]

Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual Es la combinación de servicios en ITS 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. [1]

FM Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Grupos más expuestos Segmentos de población que por sus condiciones estructurales o de comportamiento tienen mayor probabilidad de exposición e infección por el VIH; también se llaman grupos más vulnerables. [1]

HSH Hombres que tienen sexo con hombres: homosexuales, bisexuales, transgénero y otros HSH que no se identifican así mismos como ninguno de los anteriores.

ITS Infecciones de Transmisión Sexual

Línea Internacional de Pobreza Ingreso per cápita diario menor a US\$1.08 a precios internacionales de 1993, equivalente a US\$1 (1985), ajustado a la moneda local por el Banco Mundial usando paridades del poder adquisitivo de la moneda.

INB Ingreso Nacional Bruto *per cápita* ajustado por poder adquisitivo.

PPL Personas Privadas de la Libertad.

Población bajo la línea internacional de pobreza Porcentaje de población que vive bajo la línea internacional de pobreza para un país, territorio o área geográfica, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año.

Personas con VIH Personas con la infección por el VIH o con SIDA.

Sida Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, persona con estado avanzado de enfermedad por el VIH.

Subregión Andina Para el sector salud está integrada por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

TARGA Tratamiento antirretroviral de gran actividad.

TS Trabajadores sexuales.

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Metodología

El Análisis de la Situación del VIH en la Subregión Andina está basado en la revisión de documentos publicados en la subregión entre 2003 y 2006, con énfasis en los informes de las respuestas nacionales al VIH y de los Ministerios de Salud, Protección Social y Poder Popular para la Salud sobre VIH, legislación, informes como UNGASS, Acceso Universal, iniciativa Tres por Cinco, propuestas al Fondo Mundial; documentos e informes de proyectos en la subregión de la cooperación internacional y de la sociedad civil.

La revisión documental se complementó con entrevistas a informantes clave de los países en los Ministerios de Salud, Protección Social y Poder Popular para la Salud, de los programas o las respuestas nacionales de sida, la cooperación internacional, incluyendo los puntos focales de la OPS/OMS en los países, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de Personas con VIH y ONG que trabajan en sida de los países visitados; en Chile, se entrevistó al Receptor Principal del Proyecto del Fondo Mundial.

No se realizaron estudios de campo.

La información analizada se relaciona con las características sociodemográficas y económicas de los mismos, las políticas en salud sexual y reproductiva, los modelos de aseguramiento, prevención, atención y tratamiento del VIH, las características actuales de la epidemia VIH en población general y subpoblaciones específicas, la cobertura de las terapias antirretrovirales y el estado actual de las estrategias nacionales de respuesta al VIH, con referencia a la implementación de los objetivos y las metas contempladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, 2006-2015 y los Planes Estratégicos Nacionales.

Las estimaciones de tamaños de subpoblaciones por sexo, grupos etéreos y gestantes anuales provienen de proyecciones censales de los países; los tamaños de poblaciones de HSH, de Trabajadoras Sexuales Femeninas (TS), Personas Privadas de la Libertad (PPL), Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) y población en estado de indigencia se obtuvieron con base a reportes oficiales.

Se hizo necesario establecer fechas de corte para ciertas características para comparar la situación entre los países, como en el Índice de Desarrollo Humano que se hizo con base al informe OPS/OMS, 2006. Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos, aunque había países que contaban con información mas actualizada de este indicador.

Para el análisis de causas de la brecha entre los estimativos de ONUSIDA de personas con VIH y los reportados por los sistemas de notificación de los países se emplearon supuestos con plausibilidad biológica con la tendencia de la epidemia pero no fueron obtenidos por medición directa.

La estimación de prevalencia de la infección VIH en estas subpoblaciones generalmente proviene de estudios puntuales de alcance local, con tamaño de muestra pequeños y muestreos no representativos de las poblaciones estudiadas; sin embargo es la única información disponible en la subregión y muestran un indicio de lo que realmente ocurre en las mismas.

Las coberturas con TARGA en Ecuador y Bolivia se estimaron a Septiembre de 2006 porque en este año se fortaleció la cobertura en forma significativa en estos dos países; en los demás países se estimó a Diciembre de 2005.

Se mantuvo la participación de los actores de acuerdo con su pertinencia y se aseguraron procedimientos de retroalimentación y validación de la información que sustentó el Análisis de Situación con los países.

Este Análisis de Situación de la infección VIH en la subregión se presentó en la Primera Reunión Subregional de VIH, Bogotá – Colombia, 29 - 31 enero 2007, organizada por la OPS/OMS en asocio con ONUSIDA y el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue - ORAS-CONHU para la formulación del Plan Subregional Andino de VIH

del Sector Salud 2007-2010, con la participación de representantes de las respuestas nacionales al VIH, MERCOSUR, OTCA, cooperantes internacionales, otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, redes de sociedad civil, asociaciones académicas y otros invitados.

Este Análisis de Situación de la infección VIH en la subregión se presentó en la Primera Reunión Subregional de VIH, Bogotá – Colombia, 29 - 31 enero 2007, organizada por la OPS/OMS en asocio con ONUSIDA y el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue - ORAS-CONHU para la formulación del Plan Subregional Andino de VIH del Sector Salud 2007-2010, con la participación de representantes de las respuestas nacionales al VIH, MERCOSUR, OTCA, cooperantes internacionales, otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, redes de sociedad civil, asociaciones académicas y otros invitados. En esta reunión se aprobó el Análisis de Situación del VIH en la Subregión Andina y se logro el consenso sobre el contenido del Plan Estratégico Subregional de VIH, para el Sector Salud 2007 -2010.

Durante la Reunión de Ministros de Salud (REMSAA) celebrada del 28 al 30 de marzo de 2007 Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, mediante la Resolución REMSAA XXVIII/430 fue aprobado, por los Sres. Ministros del los países pertenecientes al Área Andina, el Análisis de Situación y el Plan Estratégico Subregional 2007 -2010 (PES), convirtiéndose en un documento de obligatorio cumplimiento por parte de los países y la subregión.

Resumen Ejecutivo

Según ONUSIDA, se estima que en la subregión andina hay 421.000 personas con VIH (241.000 a 967.000) a finales de 2005, con un incremento del 21.7% entre 2002 y 2005. Varios indicios hacen pensar que el número real de personas con VIH tiende a estar cercano a los límites inferiores estimados (241.000 personas). A Diciembre de 2005, los países reportaron un acumulado de 170.891 personas con VIH que representa el 40,6% de los estimados por ONUSIDA; esta proporción fue el 23,0% de los estimados en el 2002, lo que evidencia el esfuerzo realizado en la subregión para reducir el subregistro aunque continua siendo significativo. Las 33.224 muertes por sida acumuladas representan el 19,4% de las personas con VIH notificadas y se acepta que hay un subregistro importante.

La epidemia está concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en todos los países de la subregión pero pasó de ser una epidemia incipiente a concentrada en HSH en Bolivia y Ecuador entre 2002 y 2005; otros grupos poblacionales se han visto comprometidos. La infección por el VIH afecta principalmente a población joven y adulta; entre 81,3% y 89,6% de las personas con VIH tenían entre 15 a 44 años de edad al momento del diagnóstico; entre 15,1% y 25,1%, tenían 15 y 24 años. El ONUSIDA estima que la mitad del total de nuevas infecciones por el VIH corresponde a personas menores de 25 años y dos tercios de la población de la subregión se encuentra por debajo de esta edad.

Las mujeres con VIH representan entre el 26% y 34% de las personas con VIH y el principal mecanismo de transmisión es a través de relaciones sexuales con hombres (91%); hay indicios para pensar que una proporción significativa de estos tienen relaciones sexuales

con otros hombres; la prevalencia en trabajadoras sexuales es alrededor del 1%, pero en Barranquilla – Colombia se encontró 3.3%, lo cual constituye una alarma para la subregión. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual (96%) seguida de la perinatal (1% a 3%); el resto de mecanismos de transmisión se reportan por debajo del 1%; en Chile, el uso de drogas inyectables se reporta como vía de transmisión por 2.4% de las personas con VIH.

A Septiembre de 2006, 74.350 personas requieren TARGA en la subregión y 48.379 personas la reciben, con una cobertura de 73 %. Colombia y Perú ajustaron sus estimativos de personas que requieren TARGA a 23.000 y 9.000 personas respectivamente, con lo que el número que requieren TARGA en la subregión queda en 64.350 personas y la cobertura con TARGA alcanza el 73,9%. En el año 2002, la cobertura subregional con TARGA fue 54,8%, el incremento de las personas que requieren TARGA entre 2002 y 2005 fue 64%, mientras que la cobertura con TARGA se incrementó 2,2 veces en la subregión entre 2002 y 2006, lo que refleja el avance importante de la cobertura con TARGA en la subregión.

El 54% de la población es pobre y un 23% están en la pobreza extrema, lo cual limita el acceso a medidas preventivas como el uso de preservativos y servicios de prevención, diagnóstico y atención de VIH e ITS si estos tienen algún costo para el usuario, debido al bajo poder adquisitivo de la mitad de la población, condición que facilita la exposición al VIH.

El *Análisis de la Situación del VIH en la Subregión Andina* responde a un mandato de la Resolución REMSAA XXVII/409 y se basó en la revisión de documentos publicados en la subregión entre 2003

y 2006 y entrevistas a informantes clave de los países los Ministerios de Salud, Protección Social y Poder Popular para la Salud, de los programas o las respuestas nacionales de sida, la cooperación internacional, sociedad civil. No se realizaron estudios de campo. El análisis de logros y retos por alcanzar se realizó en referencia a la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, 2006-2015 y los Planes Estratégicos Nacionales.

La cooperación internacional y el Fondo Mundial han servido de apoyo fundamental para alcanzar logros importantes en la subregión entre 2003 y 2005. Entre los principales logros en las respuestas nacionales al VIH se destacan los desarrollos legislativos sobre VIH en todos los países, la implementación de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH, el aumento significativo en la cobertura con TARGA en toda la subregión, las mejoras en el acceso a servicios de atención y tratamiento, la inclusión de los antirretrovirales en los formularios oficiales, los inicios de implementación de políticas de salud sexual y reproductiva y la actualización de guías de manejo y modelos de atención.

Entre los principales retos por alcanzar se destacan la necesidad de armonizar y mejorar la caracterización de la epidemia de VIH por comportamientos de riesgo y los sistemas de monitoreo y evaluación de las respuestas nacionales y subregionales; incentivar el trabajo multisectorial, asegurar la sostenibilidad financiera en el mediano plazo y aprovechamiento de las negociaciones de precios de medicamentos y otros insumos críticos; desarrollar estrategias para reducir el estigma y la discriminación en el sector salud y sociedad en general; fortalecer las estrategias preventivas dirigidas a jóvenes HSH, otros HSH, trabajadores sexuales y otros grupos más expuestos; fomentar y mejorar el acceso a pruebas diagnósticas gratuitas; implementar servicios adaptados para HSH, trabajadores sexuales, jóvenes y otras poblaciones más vulnerables; desarrollar la atención pediátrica del VIH, entre otros.

Muchas de las características y determinantes de la epidemia del VIH requieren intervenciones que superan el alcance individual de un país, como los condicionantes relacionados con poblaciones en migración, la prestación de servicios para VIH e ITS en las fronteras, o que requieran la implementación conjunta entre los países como la definición de un sistema subregional de monitoreo y evaluación de las respuestas al VIH, entre otros. Por tanto, se hace necesario implementar respuestas subregionales al VIH que generen sinergias, valor agregado o economías de escala con las respuestas nacionales y la cooperación internacional.

1. Introducción

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su fase avanzada de enfermedad, el sida, pueden comprometer en forma importante la vida de las personas, el desarrollo de los países y modificar la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad debido a la naturaleza del problema, su vinculación con elementos teóricamente prevenibles y con otros más allá del control de las medidas de salud pública como la diversidad de la expresión de la sexualidad humana, las inequidades sociales y la pobreza. La relación entre la infección VIH y la pobreza es más compleja que en otras enfermedades infecciosas, con características particulares que facilitan la exposición y la infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y limitan el acceso a medidas de prevención, como compra de preservativos, de atención como pago por pruebas de diagnóstico, servicios asistenciales y de tratamiento.

La comunidad internacional se ha comprometido con el objetivo de revertir la tendencia de la epidemia del VIH para el 2015 plasmados dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Declaración de Compromiso – UNGASS, Acuerdos, Planes y respuestas regionales y nacionales al VIH. La Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA - ONUSIDA aprobó un documento de posición política para la intensificación de la prevención, tratamiento y atención del VIH, con el objetivo de lograr el acceso universal a servicios integrales en VIH para 2010; en la Cumbre del G8, Gleneagles – Escocia, Junio de 2005, se hizo el compromiso de desarrollar y aplicar un conjunto de medidas para acercarse al máximo al acceso universal a tratamiento para quienes lo necesiten.

La OPS/OMS lanzó en el 2005 el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, 2006-2015 como marco de referencia para las respuestas nacionales de los países de las Américas; para ajustar las infraestructuras, modelos de gestión y liderazgo del sector salud, las estrategias de prevención, atención y tratamiento del VIH y los mecanismos de vigilancia epidemiológica del VIH y de monitoreo y evaluación de las respuestas nacionales con miras a cumplir los objetivos propuestos y los compromisos

adquiridos. El Plan Regional se encuentra en fases incipientes de asimilación e incorporación a las respuestas nacionales al VIH en los países de la subregión.

La epidemia del sida en la Subregión Andina se ha incrementado y afecta cada vez a más familias. Aunque la epidemia permanece concentrada en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, otros grupos poblacionales también se han visto comprometidos. La infección por el VIH afecta principalmente a población joven y adulta; la pobreza, las desigualdades por razones de género, discriminación y estigma, la falta de información y de acceso universal a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH e ITS facilitan la transmisión del VIH en la subregión.

Los países de la Subregión Andina han respondido de diferentes maneras a la epidemia de VIH: Programas Nacionales de SIDA (Bolivia, Ecuador y Venezuela); Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA (Perú); Comisión Nacional de sida (Chile), dependientes de los Ministerios de Salud y Poder Popular para la Salud; en Colombia la respuesta al VIH se formula en el Equipo Técnico Central VIH/SIDA/ITS, Ministerio de

la Protección Social, implementada a través de los actores del Sistema Obligatorio de Seguridad Social en Salud; no hay un programa nacional de sida. Algunos países han elaborado Planes Estratégicos Multisectoriales o Intersectoriales de VIH (Perú, Colombia) y otros describen acciones para otros sectores en sus Planes Nacionales, con diferentes grados de implementación (Bolivia, Chile, Ecuador y Venezuela); todos los países de la Subregión tienen un marco legal que protege el derecho a la salud de las personas con VIH, pero su divulgación y cumplimiento son insuficientes.

Los países muestran avances significativos entre 2003-2005 en el acceso de las personas con VIH a servicios asistenciales y a Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) pero con diferentes grados de desarrollo y coberturas.

Varios países están adelantando proyectos financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM): Bolivia está en ejecución de la I Fase de su Proyecto con FM; Colombia, II Fase; Chile, II fase; Ecuador I Fase; Perú, II Fase del Proyecto de la II Ronda, I Fase del Proyecto de V Ronda y levantamiento de Observaciones del Proyecto aprobado en la VI Ronda.

Muchas de las características y determinantes de la epidemia del VIH requieren intervenciones que superan el alcance individual de un país, como los condicionantes relacionados con poblaciones en migración, la prestación de servicios para VIH e ITS en las fronteras, o que requieran la implementación conjunta entre los países como la definición de un sistema subregional de monitoreo y evaluación de las respuestas al VIH, entre otros. Por tanto, se hace necesario implementar respuestas subregionales al VIH que generen sinergias, valor agregado o economías de escala con las respuestas nacionales y la cooperación internacional.

En consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud, ONUSIDA y el Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unuane como facilitador acuerdan realizar un Análisis de Situación de la infección VIH en la Subregión Andina y elaborar un Plan Subregional de respuesta del Sector Salud al VIH, en desarrollo del mandato de los Ministros de Salud, Protección Social y Poder Popular para la Salud plasmado en la Resolución REMSAA XXVII/409, del 31 Marzo de 2006.

2. Antecedentes

Los países de la Subregión Andina han suscrito diferentes compromisos internacionales en el marco del Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidado y Apoyo en VIH [2]:

Año 2000

Cumbre del Milenio – Objetivos de Desarrollo del Milenio, 08 Septiembre 2000

El 08 de septiembre de 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio fijó como compromiso la creación de un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza; dicho compromiso se aprobó en la Declaración del Milenio, la cual fue firmada por 189 Estados Miembros, entre ellos los seis países de la subregión andina. Los objetivos acordados en esta Cumbre se conocen como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que proporcionan un marco de referencia para todo el sistema de las Naciones Unidas; tienen establecidos ocho (8) Objetivos, 18 Metas para ser alcanzadas al año 2015 y 48 Indicadores para seguir su cumplimiento, los cuales toman como punto de referencia las estimaciones del año 1990.

El Objetivo Seis es “Combatir el VIH, el paludismo y otras enfermedades”

El sida es la causa principal de muerte prematura en el África Subsahariana y es la cuarta causa de muerte en todo el mundo. En América Latina, ONUSIDA estima 1.6 millones de personas con VIH (1.2–1.4), 140.000 nuevas infecciones durante el 2005 (100.000 – 420.000) y 59.000 muertes por sida (47.000 – 76.000) a 2005 [3]. El tratamiento antirretroviral prolonga la vida pero por ahora no hay cura para la infección por VIH. Por eso,

para cumplir con el Objetivo Seis es necesario intensificar las tareas de prevención en todas las regiones del mundo [4].

La **Meta 7** de este ODM es “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH”; tiene los siguientes indicadores:

18. Prevalencia de VIH en gestantes de 15-24 años.
19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de anticoncepción.
 - 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.
 - 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH.
20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.

Año 2001

Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH – UNGASS, Nueva York, Junio 2001.

En este período se suscribe una *Declaración de Compromiso* de lucha contra el VIH que incluye componentes de liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento incluyendo la terapia antirretroviral y derechos humanos; los países han presentado informes de seguimiento al cumplimiento de esta Declaración de Compromiso, denominados informes UNGASS en los años 2003 y 2005.

Año 2002

Resolución REMSAA XXIV/381, noviembre 29 de 2002

En esta Reunión de Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA se resuelve: "Acceso al Tratamiento de Medicamentos Antirretrovirales en la Subregión andina"

- Reconocer el VIH como un problema complejo de salud pública que presenta evidencia epidemiológica en la subregión andina, para lo cual se define darle prioridad política en el marco de la atención integral.

Año 2003

Estrategia "Tres Unos" [5] y armonización de la cooperación internacional

En la Conferencia Internacional sobre el sida y las ITS en África (ICASA), Nairobi – Kenya, Septiembre de 2003, los funcionarios de los organismos de cooperación internacional, los ministros de las naciones africanas y los representantes de los principales mecanismos de financiación, de las organizaciones multilaterales y bilaterales, de las ONG y del sector privado examinaron los principios de la coordinación de la respuesta contra el VIH en los países, las posibilidades y desafíos de la diversidad de mecanismos de financiación y de la proliferación de asociaciones para la acción contra el VIH. Hubo consenso sobre los tres principios que se aplican a todas las partes interesadas en la respuesta al VIH en los países, lo que se conoce como "Los Tres Unos":

- Un marco de acción sobre el VIH acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados

- Una autoridad nacional de coordinación del sida con un mandato multisectorial amplio y
- Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

Iniciativa "Tres Millones para el 2005" OMS/ONUSIDA[6], Diciembre de 2003

La Iniciativa "Tres millones para 2005" fue lanzada en el marco del Día Mundial del sida y propuso medidas concretas para que tres millones de personas con VIH en países en desarrollo y en transición recibieran medicamentos antirretrovirales para fines de 2005; este Plan fue un paso fundamental hacia la meta del acceso universal al tratamiento del VIH; para alcanzar la meta se concentraron en cinco áreas:

- Instrumentos simplificados y normalizados para dispensar terapia antirretroviral
- Suministro eficaz y fiable de medicamentos y medios de diagnóstico
- Identificación, difusión y aplicación rápida de conocimientos nuevos y estrategias eficaces
- Apoyo urgente y sostenido a los países
- Liderazgo mundial, alianzas fuertes y promoción

La iniciativa "3x5" no logró la meta a nivel mundial. Para la región Americana la meta a diciembre de 2005 era tener 600.000 personas en terapia antirretroviral y se alcanzaron 680.000 personas en TARGA, 310.000 de ellas en Latinoamérica y Caribe [7]. La iniciativa 3x5 representó un importante avance que contribuyó con movilización de recursos, acuerdos políticos y financieros que sentaron las bases para avanzar hacia el logro del acceso universal al tratamiento antirretroviral.

Año 2004

- En la Cumbre Extraordinaria de las Américas, Nuevo León - México, Enero de 2004, los Jefes de Gobierno de América firmaron el compromiso de lograr una cobertura universal del tratamiento con antirretrovirales para la Cumbre en 2005, que se brindaran cuanto antes a todos los que lo necesitaran y al menos a 600,000 personas que requieran tratamiento.
- En Reunión Extraordinaria del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, Nueva York, Septiembre 2004, se aprobó mediante la Decisión 601 el Plan Integrado de Desarrollo Social, basado en la Declaración del Milenio.

Año 2005

- La OPS/OMS lanza el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 para fortalecer la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los componentes de liderazgo, prevención, atención tratamiento y seguimiento a la epidemia y a la respuesta dada en todos los países de las Américas con el objetivo de alcanzar el acceso universal a la prevención, los cuidados y el tratamiento para el año 2010 y revertir la tendencia de la epidemia de VIH para el 2015.
- UNICEF lanza la Campaña Global “Únete por la Niñez, Únete con la Juventud, Únete para Vencer el sida” 2005-2010 para la prevenir la transmisión vertical del VIH, proveer terapia antirretroviral pediátrica, prevenir la infección VIH en niños y jóvenes y proteger y atender a los niños afectados por el sida [8].
- En junio de 2005, la Junta de Gobierno (PCB) del ONUSIDA, compuesta por los Estados Miembros, las organizaciones co-patrocinadoras de las Naciones Unidas y la sociedad civil, aprobaron un documento de posición política para la intensificación de la prevención del VIH con el objetivo final de lograr el Acceso Universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH al año 2010.
- En la Cumbre del G8, Gleneagles – Escocia, 2005, se hizo el compromiso de desarrollar y aplicar un conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH, con el propósito de acercarse lo máximo posible al acceso universal a tratamiento para todos aquellos que lo necesiten para 2010.
- El Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 de la Asamblea General de la Naciones Unidas también adoptó el concepto de aumento progresivo con miras al acceso universal.

Año 2006

Resolución REMSAA XXVII/409, 31 Marzo de 2006

“El VIH en la Subregión Andina: Acceso universal para la prevención, cuidados y tratamientos del VIH”, se resuelve:

- Elaborar o actualizar los Planes Estratégicos Multisectoriales en VIH, los Planes Operativos, de Monitoreo y Evaluación de los países miembros, en el marco de Acceso Universal a prevención, cuidados y tratamiento del VIH con el apoyo técnico del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA) y de la OPS/OMS.
- Instruir al Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) facilitar la coordinación de los procesos de elaboración de Planes Estratégicos Multisectoriales en VIH, Planes Operativos y de Monitoreo y Evaluación en el marco de Acceso Universal a prevención, cuidados y tratamiento del VIH/ sida a cargo de ONUSIDA y la OPS / OMS.

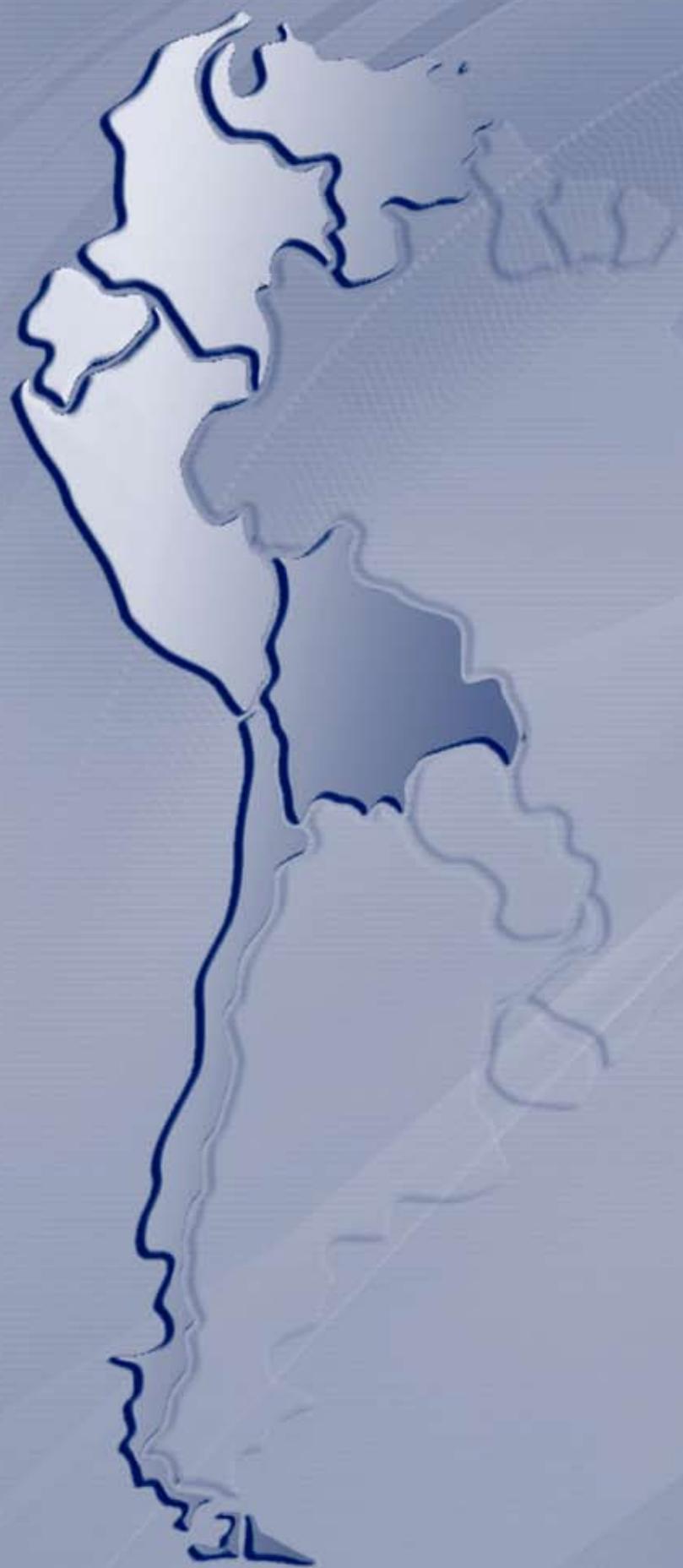
En desarrollo de este mandato de la REMSAA se realizó el Análisis de Situación de VIH en la Subregión Andina 2003-2005 que se presenta en este documento y se formuló el Plan Subregional de VIH del Sector Salud 2007 – 2010.

UNGASS 2006, mayo 04 de 2006

Informe de la Secretaría en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud: VIH: Contribución de la OMS al acceso Universal a la prevención, el tratamiento y la atención contra el VIH.

Otros compromisos

- Planes Regionales y mundiales para la eliminación de la Sífilis (OPS/OMS).
- Documento de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud: “Contribución de la OMS a seguimiento del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH” (WHA 55.12).
- Documento de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud: “Contribución de la OMS al logro de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas”. (WHA 55.19).
- Documento de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud: “La Estrategia Mundial del Sector Sanitario para el VIH” (WHA 56.30).
- Resolución de la OMS (WHA 57.14) “Expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH”, en la que se recomienda establecer o fortalecer los sistemas de salud con el apoyo de la comunidad internacional a fin de asegurar las capacidades para la entrega efectiva de prevención, tratamiento, cuidados y servicios de soporte.



3. Análisis de Situación de VIH en la Subregión Andina, 2003 - 2005

3.1 Características de la Información

Entre 2003 y 2006 se ha publicado una importante cantidad de documentos, reportes e informes relacionados con el VIH en la subregión andina, sin embargo, el conocimiento sobre la epidemia de VIH en la subregión es aun insuficiente.

Los países andinos no estiman en forma sistemática el tamaño de las subpoblaciones más expuestas al VIH como el número de Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres (HSH) y el subgrupo de jóvenes HSH entre 15-24 años; de personas dedicadas al trabajo sexual; de usuarios de psicoactivos inyectables; de población migratoria o desplazada, entre otros, por tanto no se tienen referentes poblacionales para dimensionar las respuestas de prevención, atención y estimar las brechas en infraestructura, insumos y recursos humano requeridos para alcanzar acceso universal a servicios integrales en VIH.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica requieren ser fortalecidos para facilitar el seguimiento a la epidemia de VIH.

La vigilancia epidemiológica básica, biológica o de primer nivel se basa en la notificación individual de personas con diagnósticos nuevos de infección por VIH, muertes por sida y en algunos países el paso de infección VIH a sida; este sistema está afectado por subregistro significativo, a pesar que los países han hecho esfuerzos para reducirlo en los últimos dos años.

La información epidemiológica presentada por los países es heterogénea. Existen diferencias significativas en la forma de notificar el VIH: algunos países incluyen las personas con infección VIH y en otros sólo los que están en la fase sida, como Perú; la agrupación de por grupos etáreos difiere entre los países; Perú y Colombia discriminan los mecanismos de transmisión del VIH por sexo, lo que permite observar diferencias en la transmisión sexual del VIH pero el resto de países no discrimina esta información; estas condiciones dificultan el seguimiento subregional de la infección por VIH y la comparación entre países.

Los sistemas de vigilancia de la infección VIH en los países no logran precisar el número real de personas con VIH que se mantienen activas y consultando en los sistemas de salud; tampoco hay precisión sobre el número de personas que requieren TARGA o sobre el seguimiento a las personas que reciben TARGA: cuantas personas se encuentran en su primer esquema antirretroviral, proporción de personas en terapia

de rescate, tiempos de supervivencia con TARGA, continuidad del suministro de la terapia por los sistemas de salud.

La vigilancia epidemiológica de segunda generación se encuentra en fases incipientes de implementación en la subregión. Colombia, Perú y Chile han realizado estudios centinelas para estimar prevalencia de VIH en población general y subpoblaciones más expuestas, pero se han empleado metodologías, tamaños de muestra y representatividad de las poblaciones observadas con diferencias significativas, lo que dificulta la comparación de los resultados; Bolivia tiene tres puestos centinela y otros países han realizado estudios de prevalencia puntuales en poblaciones más expuestas pero presentan limitaciones metodológicas que dificultan la extrapolación de resultados a los grupos poblacionales [9, 10, 11].

Como consecuencia, se desconoce la dinámica específica de la infección VIH en la población general y en los subgrupos poblacionales más expuestos en la subregión y las diferencias o particularidades al interior de los mismos subgrupos, en las distintas regiones de los países e incluso en una misma ciudad o comunidad; la información consolidada de cada país esconde la diversidad de la dinámica de la infección VIH que podría caracterizar diferentes epidemias en una misma población.

En la documentación revisada de los países no se encontró información relacionada con la situación subregional de la coinfección VIH y tuberculosis, la problemática de la multirresistencia, la implementación de estrategias de búsqueda activa de la coinfección o de respuestas preventivas, profilácticas o terapéuticas integrales, aspectos que tienen impacto importante en la morbilidad y mortalidad de las personas con VIH. Igual situación se observó con el resto de infecciones oportunistas relacionadas con la infección por el VIH.

Los sistemas de monitoreo y evaluación de las respuestas nacionales al VIH se encuentran en fases iniciales o preliminares de implementación como en Colombia, Perú, Ecuador y Venezuela; el desarrollo insuficiente de los sistemas de monitoreo y evaluación se refleja en la cantidad de información no suministrada por los países en los informes UNGASS, en los reportes de Acceso Universal o de seguimiento a los proyectos financiados por el Fondo Mundial. El fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación es una prioridad subregional.

Las respuestas nacionales tampoco reportan la situación de las redes de Bancos de Sangre, el grado de implementación de las estrategias para contar con sangre segura en todos los países de la subregión y la continuidad de los controles externos de calidad en las pruebas diagnósticas para agentes transmisibles por transfusión. De acuerdo con la Responsable Regional en Calidad de Servicios de Sangre de la OPS/OMS, en la subregión es necesario fortalecer la capacitación sobre las Indicaciones de las transfusiones, el reclutamiento de donantes de sangre voluntarios y repetidos, establecer y vigilar el cumplimiento de los criterios de selección de las personas donantes de sangre, lo cual ha sido un tema controvertido; también se requiere fortalecer los programas de evaluación externa del desempeño y de mejoramiento de la calidad y los mecanismo para enviar las muestras reactivas por Elisa a los Laboratorio de Referencia.

3.2 Situación Sociodemográfica

La Subregión Andina en el área de salud, está compuesta por las Repúblicas de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Bolivariana de Venezuela; cuenta en conjunto con cerca de 135 millones de habitantes al año 2005, con base en las proyecciones de los censos de población [12, 13, 14, 15, 16, 17].

En Colombia, los datos iniciales del Censo 2005 estiman la población entre cuatro y cinco millones menos (-10%) que lo proyectado con base al Censo 1993, utilizadas para presentar los indicadores oficiales de este país [13]; como consecuencia, se observará mejoría en indicadores como proporción de población asegurada, coberturas e ingresos *per cápita* y empeoramiento en otros como prevalencia e incidencia de enfermedades.

Tabla 1. Situación Demográfica de los Países de la Subregión – 2005

PAIS	Población Total, estimada 2005 (1)	% Mujeres (1)	% Población urbana (2)	Crecimiento Anual de Población (2)
BOLIVIA	9.427.213	49,8%	64,7%	1,8
COLOMBIA	42.090.502	50,9%	75,0%	1,4
CHILE	16.267.000	51,0%	87,9%	1,0
ECUADOR	13.215.089	50,5%	63,3%	1,4
PERU	27.219.264	50,1%	72,8%	1,5
VENEZUELA	26.577.423	49,8%	93,7%	1,7
Total	134.796.491	49,8% a 50,9%	63,3% a 93,7%	1,0 a 1,8

(1) Población proyectada a 2005 con base en: Bolivia: Censo 2001; Colombia: Censo 2005; Chile: Censo 2002; Ecuador: Censo 2001; Perú: Censo 2005; Venezuela: Censo 2001

(2) Organización Panamericana de la Salud, 2006. Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos

La proporción entre hombres y mujeres está entre el 50% y 51% en toda la subregión y el crecimiento anual de la población oscila desde el 1,0% en Chile, el 1,5% en Colombia, Ecuador y Perú al 1,7% y 1,8% en Venezuela y Bolivia, indicadores que podrían cambiar si se desbordara la letalidad por sida. La población se encuentra concentrada en los centros urbanos desde 63,3% y 64,7% en Ecuador y Bolivia, pasando por 73% y 75% en Perú y Colombia hasta 87,9% y 93,7% en Chile y Venezuela; se espera que una importante proporción de personas con VIH esté concentrada en los grandes centros urbanos de la subregión, debido a que en estos sitios se encuentran los mayores recursos para la atención y tratamiento de las personas con VIH y se facilita mantener el anonimato y las relaciones de pareja o prácticas sexuales no aceptadas socialmente [12-17].

Población entre 15 - 49 años y Jóvenes entre 15 - 24 años

Al año 2005, cerca de 70 millones de personas tienen edades entre 15 y 49 años en la subregión y representan el 51,4% de la población andina (50,9% - 54,0%); en Ecuador y Bolivia representan el 47,0% y 49,3% respectivamente. En este segmento de la población se encuentra alrededor del 80% de las personas con infección por el VIH en la subregión.

Más de 25 millones de habitantes de la subregión tienen entre 15 y 24 años de edad y representan 18,7% de la población (17,1% a 19,8%) y el 36,4% de las personas entre 15 y 49 años (31,7% a 42,2%). Este grupo etáreo es vulnerable a la infección por el VIH y otras ITS por condiciones biológicas, psicológicas, sociales y de accesibilidad a los servicios de prevención y atención; los jóvenes varones que tiene sexo con otros hombres sin protección y quienes realizan trabajo sexual son especialmente vulnerables al VIH.

Tabla 2. Población entre 15-49 años y Jóvenes entre 15-24 años – 2005

PAIS	Población 15-49 (1)	% Población 15-49 / Población Total (2)	Jóvenes 15-24 (1)	% Jóvenes/ Población 15-49 (2)	% Jóvenes/ Población Total (2)
BOLIVIA	4.644.175	49,3%	1.835.603	39,5%	19,5%
COLOMBIA	21.716.432	51,6%	7.687.717	35,4%	18,3%
CHILE	8.787.288	54,0%	2.785.286	31,7%	17,1%
ECUADOR	6.207.031	47,0%	2.619.231	42,2%	19,8%
PERU	13.855.820	50,9%	5.156.281	37,2%	18,9%
VENEZUELA	14.133.614	53,2%	5.154.243	36,5%	19,4%
Total	69.344.360	51,4%	25.238.361	36,4%	18,7%

(1) Población proyectada a 2005 con base en datos censales. Bolivia: Censo 2001; Colombia: Censo 2005; Chile: Censo 2002; Ecuador: Censo 2001; Perú: Censo 2005; Venezuela: Censo 2001

(2) Los cálculos de porcentajes se realizaron sobre los estimados de las poblaciones basado en proyecciones censales a 2005.

El ONUSIDA estima que la mitad del total de nuevas infecciones por el VIH corresponde a personas menores de 25 años y dos tercios de la población de la subregión se encuentra por debajo de esta edad [3]. El riesgo de infección en los jóvenes está directamente relacionado con la edad de inicio de la actividad sexual, en especial en menores de 15 años cuando la maduración biológica no se ha completado [18], la inestabilidad en las relaciones afectivas y sexuales es frecuente y las presiones de grupo pueden inducir comportamientos riesgosos como fumar, consumir licor, iniciar actividades sexuales penetrativas a edad temprana, con frecuencia no protegidas.

Entre los determinantes de tipo social que incrementan el riesgo de los jóvenes a la infección por el VIH se destacan la desinformación sobre salud sexual y reproductiva, la baja percepción del riesgo, los bajos ingresos económicos, las condiciones de pobreza y la falta de oportunidades que limitan el acceso a servicios e insumos para la prevención del VIH; también se incluye el trabajo sexual como alternativa de ingresos, la trata de personas, la violencia intrafamiliar y la discriminación por razones de género, preferencia sexual, entre otras.

Las barreras de acceso a servicios de prevención y atención adecuados para jóvenes incluyen normatividad que impide el uso de los servicios de salud sin la presencia de los padres o acudientes y la falta de servicios adaptados para jóvenes y de personal entrenado para su atención.

Los jóvenes desplazados constituyen una población particularmente vulnerable a la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El cambio de su entorno cultural al migrar de zonas rurales a localidades urbanas marginales de pobreza extrema, la deserción escolar, el desarraigo social, las

presiones económicas, la escasez o ausencia de alternativas para sus proyectos de vida, propician una baja autoestima y aumentan el riesgo de comportamiento de riesgo como el consumo de psicoactivos, la delincuencia, la exposición al abuso o al trabajo sexual. En un estudio en población joven desplazada en Colombia se encontró que el número de parejas sexuales entre los 10-24 años es mayor comparado con los 25-34 años y la edad de inicio de relaciones penetrativas fue más temprana [19]

En los jóvenes sexualmente activos, el acceso a servicios de prevención integral, a la educación sobre prevención y al suministro de preservativos constituye una necesidad sanitaria urgente y un derecho humano fundamental [3]. Entre los jóvenes que no han iniciado relaciones sexuales, los objetivos centrales de la prevención de la infección por el VIH son la educación sobre prevención, la abstinencia de relaciones sexuales y el retraso en el inicio de la actividad sexual complementados con información sobre uso de preservativos, anticoncepción y otras medidas preventivas para que sepan emplearlos cuando decidan iniciar relaciones sexuales penetrativas [20].

Gestantes

A 2005, cerca de 37 millones de mujeres de la subregión andina estaban en edad fértil y alrededor de tres millones estuvieron en gestación en ese año; la tasa de natalidad osciló entre 15.2 en Chile y 27.9 en Bolivia.

Tabla 3. Gestaciones estimadas en la subregión andina – 2005:

PAIS	Mujeres en Edad Fértil, 15-49 años (1)	Tasa Natalidad (2)	Gestaciones anuales, promedio (3)	% Embarazos con edad materna 15-19 años (4)		
				1970 - 1975	1980-1995	2000-2005
BOLIVIA	2.330.205	27,9	263.500	11,0	12,4	12,6
COLOMBIA	12.519.833	22,3	985.666	14,5	18,9	16,8
CHILE	4.375.908	15,2	250.600	16,0	11,3	10,1
ECUADOR	3.434.680	21,7	360.606	15,5	15,1	14,2
PERU	6.981.038	22,1	600.000	10,9	12,9	11,7
VENEZUELA	7.188.003	21,1	592.700	15,4	18,6	20,6
Total	36.829.667	15,2 a 27,9	3.053.072	10,9 a 16,0	11,3 a 18,9	10,1 a 20,6

(1) Población proyectada a 2005 con base en: Bolivia: Censo 2001; Colombia: Censo 2005, ; Chile: Censo 2002; Ecuador: Censo 2001; Perú: Censo 2005; Venezuela: Censo 2001

(2) Organización Panamericana de la Salud, 2006. Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos

(3) Promedio de gestaciones anuales a 2005: Bolivia: MSP; Colombia: MPS; Chile: MSP; Ecuador: MSP; Perú: MSP; Venezuela: MSP.

(4) CEPAL 2005. Las Familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de Políticas Públicas

En Bolivia y Ecuador el 11,3% y el 10,5% de las mujeres en edad fértil estuvieron en embarazo, en Perú y Venezuela, el 8,6% y el 8,2% respectivamente y en Colombia y Chile el 7,8% y 5,7%. Estos subgrupos son la base para planificar y presupuestar las metas, las actividades y los recursos requeridos en estrategias de control de morbilidad materna y perinatal, de prevención de la transmisión vertical del VIH y las ITS en la subregión y para medir las coberturas, los resultados y el impacto alcanzado.

El embarazo entre los 15-19 años representa entre el 10-21% de las gestaciones en la subregión, proporción relativamente estable en los últimos 10 años, excepto en Venezuela donde creció 9,7%; esta proporción puede estar subestimada por la cobertura insuficiente de acceso a servicios de control prenatal y atención de parto institucional, especialmente en las áreas rurales [21].

El embarazo adolescente se ha asociado con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad de la madre y el hijo, incluso de VIH e ITS; de deserción escolar; de dependencia económica y perpetuación de la pobreza. Entre 50-65% de los embarazos en menores de 20 años son no planificados y representan un indicador indirecto del inicio de relaciones sexuales penetrativas a edades tempranas y de actividad sexual no protegida, evidencias que sustentan lo prioritario de este grupo para recibir servicios de planificación familiar y de prevención de VIH e ITS. Las gestaciones en menores de 15 años representan el 1,7% de las gestaciones al año 2005, proporción que viene en ascenso en la subregión; el embarazo adolescente (entre los 10-19 años) ha afectado la reducción de las tasas de natalidad en la subregión y se convirtió en un problema de salud pública. [8,22]

Indicadores de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador compuesto que mide los avances de un país en función de tres dimensiones del desarrollo humano: 1) Vida larga y saludable medida mediante la esperanza de vida al nacer; 2) Educación medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en

enseñanza primaria, secundaria y terciaria; y 3) Nivel de vida digno medido por PNB per cápita ajustado por Paridad de Poder Adquisitivo –PPA- en US\$ anuales. Según el informe OPS/OMS 2006 - Indicadores Básicos en Salud, la subregión tiene niveles medios de IDH, excepto Chile con un IDH mayor de 0,8 (alto); en el caso de Venezuela, este informe reporta un IDH medio pero el informe Estrategia de Cooperación OPS/OMS en Venezuela se declara que el país alcanzó un IDH de 0,814 en 2005 [23,24]; otros países próximos al nivel alto de IDH son Colombia y Perú, seguidos de Ecuador; Bolivia tiene un IDH de 0,692, el menor de la subregión [24]. Hay brechas importantes de desarrollo que subsisten al interior de los países cuando se individualizan los componentes del IDH. Los países que alcanzan IDH mayor de 0,8 dejan de ser elegibles como beneficiarios de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, que actualmente financia varios proyectos en la subregión.

La esperanza de vida está por encima de los 70 años en los países de la subregión, excepto en Bolivia con 65,2 años; sólo Chile tiene una esperanza de vida al nacer mayor de 75 años [24]; hasta el momento la mortalidad por sida no ha alterado la

esperanza de vida al nacer en la subregión [3, 24]. El porcentaje de mayores de 15 años alfabetos es mayor del 90% en la subregión, excepto en Bolivia (88,8%); Chile supera el 95% y los demás países están entre 90,0% y 94,9%. A mayor proporción de analfabetismo, mayor es la dificultad para implementar medidas de prevención, atención y tratamiento del VIH y las ITS.

La pobreza se mide como la proporción de población bajo la línea internacional de pobreza en un país o territorio, usualmente en períodos anuales; la “pobreza absoluta” o “pobreza extrema” es cuando el nivel de ingreso per capita diario es menor a US\$ 1,0, a precios internacionales 1993, ajustado por el Banco Mundial a la moneda local usando paridades del poder adquisitivo (ppa) para poder comparar los ingresos entre países por su poder de compra [25]. En la subregión andina, sólo Chile tiene INB per capita anual ajustado ppa por encima de US\$ 10.000, seguido por Colombia, Venezuela y Perú con INB ppa entre US\$ 5.000 y US\$ 7.000; con menores niveles de INB ppa está Ecuador y Bolivia con US\$ 3.700 y US\$ 2.600 respectivamente.

Tabla 4. Indicadores de Desarrollo Humano en la Subregión Andina

PAIS	Ingreso Nacional Bruto per capita en USD, ajustado por poder adquisitivo - 2004 (1)	Esperanza de Vida al Nacer, 2006 (1)	% Alfabetización mayores 15 años 2006 (2)	Indice de Desarrollo Humano (1)
BOLIVIA	2.600	65,2	88,8%	0,692
COLOMBIA	6.940	73,1	93,2%	0,785
CHILE	10.610	78,4	96,6%	0,859
ECUADOR	3.770	74,8	93,2%	0,765
PERU	5.400	70,9	91,9%	0,767
VENEZUELA	5.830	73,5	94,2%	0,784
SUBREGION	2,600 a 10.610	65,2 a 78,4	88,8% a 96,6%	0,692 a 0,859

(1) Organización Panamericana de la Salud, 2006. Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos

El crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente para mejorar el nivel de vida; se requiere equidad en la distribución de los ingresos, del empleo, del acceso a la educación y a otros servicios. El índice Gini mide inequidad en la distribución de ingresos y mejoró en países como Colombia al pasar de 0,60 (1999) a 0,55 (2005) pero es mayor que en Ecuador, Perú o Bolivia [26].

Se estima que el 54% de la población de la Subregión Andina es pobre y un 23% se encuentran en niveles de pobreza extrema y no pueden satisfacer los requerimientos alimentarios básicos, [27]. El bajo nivel de ingresos y de educación de más de la mitad de la población de la subregión limitan el acceso a medidas preventivas como el uso de preservativos y lubricantes, por la imposibilidad económica de adquirirlos y a servicios de prevención, diagnóstico y atención de VIH e ITS si estos tienen algún costo para el usuario. Encontrar los mecanismos para ofrecer estos insumos críticos y servicios en forma gratuita a la población pobre es una necesidad urgente para lograr revertir la tendencia de la epidemia de VIH en la subregión.

3.3 Estado de la Epidemia VIH en la Subregión Andina

Personas con VIH en la Subregión Andina

El ONUSIDA estima que 38,6 millones (33,4-46,0 millones) de personas en el mundo viven con el VIH a final de 2005; que durante ese año se infectaron 4,1 millones [3,4-6,2 millones] de personas y que 2,8 millones [2,4-3,3 millones] murieron como consecuencia del sida. En la Subregión Andina se estima que 421.000 (241.000 a 967.000) personas viven con VIH a finales de 2005, estimado que tuvo un crecimiento del 21.7% entre 2002 y 2005 [3].

Los grandes centros urbanos concentran la mayor parte de los diagnósticos de infección por el VIH: en **Bolivia**, en Santa Cruz, seguido de Cochabamba y La Paz; en **Colombia**, en Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, aunque prevalencias mayores se observan especialmente en la costa caribe; en **Ecuador**, Guayaquil seguida de Quito concentran la mayor parte de las personas con VIH; en **Chile**, **Perú** y **Venezuela** se concentran alrededor de las capitales y otros centros urbanos.

Tabla 5. Notificación de Personas con infección VIH, Subregión Andina

PAIS	Estimados ONUSIDA - Dic 2005			Notificados Acumulados (1)	Muertes por SIDA Acumulado	% Muertes
	Personas con VIH	Lim Inf	Lim. Sup			
BOLIVIA	7.000	3.800	17.000	1.790	265	14,8%
COLOMBIA	160.000	100.000	320.000	49.234	13.195	26,8%
CHILE	28.000	17.000	56.000	15.894	5.043	31,7%
ECUADOR	23.000	11.000	74.000	9.350	1.881	20,1%
PERU	93.000	56.000	150.000	41.160	6.468	15,7%
VENEZUELA	110.000	54.000	350.000	53.465	6.372	11,9%
SUBREGION	421.000	241.800	967.000	170.893	33.224	19,4%

(1) Datos a Diciembre 2005: informes oficiales de los Ministerios de salud y Respuestas Nacionales durante las visitas a los países

Los sistemas de notificación de los países reportan un acumulado de 170.893 personas con infección por el VIH hasta Diciembre de 2005 y 33.224 muertes por sida (19,4%). El acumulado notificado representa el 40,6% de los estimados por ONUSIDA a 2005; esta proporción era 23,0% en el año 2002 (75.848 notificados acumulados / 329.000 estimados por ONUSIDA), lo que muestra el esfuerzo realizado por los países de la subregión para reducir el subregistro en los últimos tres años; sin embargo, el subregistro aún es significativo.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica de la epidemia en la subregión no permiten estimar con precisión el número de personas con VIH a 2005 y el número de quienes requieren terapia antirretroviral. La mayor parte de los países de la subregión utiliza sistemas de notificación mediante fichas individuales al momento del diagnóstico, cuando la persona pasa a la fase sida y cuando muere, sistema que se ve afectado por el subregistro en forma significativa; los sistemas de vigilancia epidemiológica de segunda generación y de monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH están en etapas incipientes de implementación.

Personas con VIH en Situación Desconocida

Los sistemas de vigilancia de los países de la subregión no permiten establecer cual es la situación actual de 73.319 personas que han sido reportadas con infección por el VIH desde el inicio de la notificación del VIH:

Tabla 6: Notificados con VIH en Situación Desconocida a Diciembre 2005

PAIS	Notificadas	Muertes por SIDA	Requieren TARGA	Situación Desconocida
BOLIVIA	1.790	265	850	675
COLOMBIA	49.234	13.195	23.000	13.039
CHILE	15.894	5.043	9.300	1.551
ECUADOR	9.350	1.881	4.200	3.269
PERU	41.160	6.468	9.000	25.692
VENEZUELA	53.465	6.372	18.000	29.093
SUBREGION	170.893	33.224	64.350	73.319

FUENTES: Bolivia: MSP, visita; Colombia: MPS 2006 visita; Chile: MSP, visita país; Ecuador: PNSIDA 2006, visita; Perú: MINSA 2006, visita; Venezuela: UNGASS 2005

Las personas con VIH en situación desconocida podrían corresponder a:

- Muertes por sida no identificadas o no reportadas como tal a los sistemas de vigilancia epidemiológica
- Muertes de personas con VIH por otras causas, que no se descargan de los conteos de personas con VIH vivas.
- Paso de infección VIH a sida con duplicidad del conteo en los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- No acceso a los sistemas de salud después del diagnóstico de infección VIH
- Migración a otros países

En **Bolivia**, hay 1790 personas notificadas con infección VIH, 265 muertes por SIDA y alrededor de 850 personas requieren TARGA; de las 675 personas restantes se desconoce su situación actual; se estima que 311 personas reciben TARGA suministrado por el Ministerio de Salud y unas 50 a 60 personas la reciben por otras fuentes pero no se tiene información del resto de personas ya que la vigilancia epidemiológica es estática; ONUSIDA estima en menos de 1000 personas con VIH [7,28, 29].

En **Colombia**, el Observatorio de sida encontró divergencias significativas entre el número de personas y muertes por sida notificadas por ficha individual y por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) [30]; un estudio contratado por el Ministerio de Protección Social (2005) sobre el mercado de antirretrovirales contabilizó 20.697 personas con VIH y 16.500 recibiendo TARGA; la muestra representó 99,5% de la población afiliada al régimen contributivo, 80,0% al subsidiado y 82,9% de los atendidos por

Entes Territoriales [31]; con base a los resultados de este estudio se estimaron 23.000 personas con VIH vivas en el país.

En Colombia, se notificaron 49.234 personas con infección VIH y 13.195 muertes por sida acumuladas a Diciembre 2005 [32]; en teoría habría 33.610 personas con VIH vivas a 2005, que contrasta con los 23.000 estimados por conteo directo en las entidades del SGSSS [33]. Se desconocería la situación actual de 13.039 personas; una importante proporción estarían muertos debido a que su cálculo proviene del acumulado histórico en un país en que los diagnósticos del VIH han sido tardíos y la falta acceso universal a servicios de prevención, atención y tratamiento (antirretroviral) no harían esperar una supervivencia mayor a la historia natural de la enfermedad; una proporción menor no acudirían al SGSSS o migraron del país.

En **Chile**, el reporte acumulado es 15.870 diagnosticados con VIH, 5.043 muertes y 6.964 personas en terapia antirretroviral [34]; hay 1551 personas sobre las que se desconoce su situación actual con los datos disponibles [35].

En **Ecuador**, a Septiembre 2006 hay un acumulado de 9.350 personas con Infección VIH, 1881 muertes por sida, con reducción significativa desde el 2002 asociado al aumento de cobertura de terapias antirretrovirales; teóricamente habría 7469 personas con VIH y 2.550 personas con terapia antirretroviral suministrados por el Ministerio de Salud, las Fuerzas Militares, de Policía y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IES; habría 3.269 personas sobre las que se desconoce su estado actual. El Ministerio de Salud – Programa Nacional de sida estiman 3.000 personas con VIH que no requieren terapia ARV [36]

Perú reporta a Diciembre 2005 un acumulado de 41.160 personas, 6.468 muertes por sida, 6.298 personas en TARGA y 2.702 personas con

VIH no cumplen criterios para TARGA; de las 25.692 personas restantes (Notificados – Muertes – Personas en TARGA - personas con VIH sin criterios para TARGA) se desconoce que proporción de personas notificadas cuando estaban en infección VIH pasaron a sida y se reportaron sin restarlas de los conteos de personas con infección VIH. A las personas en estado de infección VIH les toma en promedio tres años para pasar a la fase sida en este país [37,38] por lo que podría pensarse que después de 20 años de seguimiento de la epidemia, una proporción importante de estas personas debieron morir sin que se reportara el sida como causa de muerte.

Venezuela reporta un acumulado de 53.465 personas con VIH, 6.372 muertes por sida y 15.756 en terapia antirretroviral. De las 29.093 personas restantes se desconoce que proporción no requieren TARGA y que proporción continúan con situación desconocida. Dado que el país ofrece terapia antirretroviral a quienes la requieren, no se espera que un alto número de estas personas siguiera sin acudir al sistema de salud; podría suponerse que una parte importante de estas personas estuvieran muertos y una menor proporción siguiera sin acudir al sistema de salud o hayan migrado del país pero no puede medirse con los datos disponibles [39].

Brechas en los estimativos de Personas con VIH

En la subregión no se cuenta con un modelo de estimación de personas con VIH ajustado a las condiciones propias de los países; la diferencia entre el número acumulado de personas notificadas con diagnóstico de VIH en el país menos las muertes acumuladas por sida y de personas con VIH fallecidas por otra causa a una fecha determinada no permite estimar las personas con VIH en la subregión, debido a que bajo las condiciones actuales de los sistemas de vigilancia no se puede precisar la situación actual de 73.319 personas (53.2%), de las 137.669 resultantes después de descontar las personas muertas por sida notificadas.

Las brechas entre el número de personas con VIH estimado por ONUSIDA y las que pudieran estimarse en los países pueden deberse a barreras en los procesos diagnósticos de la infección VIH, a determinantes en los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH y a que el número real de personas con VIH en la subregión pudiera estar más cerca de los límites inferiores de los estimativos de ONUSIDA.

Barreras de Acceso al diagnóstico de la Infección VIH:

- Falta de gratuidad de las pruebas diagnósticas para el VIH: en varios países se debe pagar parte o la totalidad de las pruebas, en especial las confirmatorias; con más de la mitad de la población clasificada como pobre es necesario que las pruebas diagnósticas sean gratuitas para eliminar barreras de acceso y aumentar la cobertura del diagnóstico de VIH.
- Legales: en varios países existen normas que limitan el uso de los servicios asistenciales por parte de los menores de edad, sin la compañía de sus padres o tutores.
- Culturales: Imaginarios personales y colectivos sobre el VIH; temor a la discriminación, estigmatización y marginamiento social.
- Promoción insuficiente de la realización de pruebas diagnósticas de VIH dirigida a personas con comportamientos que impliquen mayor riesgo de exposición: jóvenes HSH

y otros HSH que tengan relaciones sexuales no protegidas; trabajadores sexuales, sus clientes y quienes tienen relaciones sexuales a cambio de bienes o servicios; personas con otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); tuberculosis en jóvenes; personas privadas de la libertad o en estado de confinamiento; personas que tienen relaciones sexuales bajo efectos del licor u otros psicoactivos, incluso inyectables; víctimas de abuso sexual, explotación sexual, trata de personas, turismo sexual, incluso menores de edad; personas marginadas por razones económicas, de género, violencia intrafamiliar o desplazamiento forzado; personas en migración: transportistas de largo tramo, recolectores de cosechas, mineros. En gestantes mejoró la cobertura del tamizaje prenatal y profilaxis para prevenir la transmisión vertical del VIH pero sin alcanzar acceso universal en varios países de la subregión.

- Institucionales en la prestación de servicios: Centros no adaptados para poblaciones más expuestas; estigma y discriminación por parte del personal de salud; brechas de personal capacitado en asesoría pre y post prueba y en el número de centros para asesoría voluntaria, toma de muestras, procesamiento y entrega de resultados y la falta de continuidad en el suministro de reactivos y otros insumos críticos.

Determinantes en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:

Con el funcionamiento actual de los sistemas de vigilancia en la subregión no es posible estimar el número actual de personas con VIH, ni siquiera dentro de los diagnosticados hasta el momento; tampoco permite establecer el número de personas que en realidad requieren TARGA para seguir la cobertura alcanzada y saber cuándo se logra el acceso universal; los países siguen aceptando los estimativos internacionales sin poder realizar los ajustes pertinentes.

- Hay subregistro de la notificación de diagnósticos nuevos por no diligenciamiento de instrumentos de notificación, por no reclamo de resultados, entre otros.
- Subregistro de muertes por sida porque no siempre se identifica o se registra al sida como la causa de muerte en los certificados de defunción o falla la notificación de las muertes por sida a la entidad de vigilancia epidemiológica.

- Subregistro de muertes de personas con VIH que fallecen por causas diferentes al sida, que modifican el número real de personas con VIH y de los recursos requeridos en atención y tratamiento.
- Insuficiencia de los sistemas actuales de vigilancia epidemiológica para registrar el paso de una persona con infección por VIH a la fase sida sin que se genere duplicidad de la información o sobrestimación de los infectados por VIH.
- Sistemas de vigilancia epidemiológica no adecuados para seguir la evolución de las personas con VIH a partir del diagnóstico de VIH que permita caracterizar y contar las personas con VIH a un momento dado en el tiempo; no se obtiene información sobre el paso de infección VIH a SIDA, registro de personas que requieren TARGA; proporción de personas con primer esquema y de resistencia a antirretrovirales; proporción de abandonos de TARGA y sus causas; muertes por sida y por otras causas en personas con VIH.

Se requiere armonizar los sistemas de vigilancia epidemiológica y fortalecerlos con vigilancia de segunda generación para mejorar la caracterización de la dinámica de la epidemia de VIH en grupos poblacionales específicos y con la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación de las respuestas nacionales al VIH.

El estimativo de personas con VIH en la Subregión podría tender hacia los límites inferiores de los estimativos de ONUSIDA:

Con el estimativo medio de personas con VIH de ONUSIDA (421.000 a 2005), se esperaría un mayor número de personas con sida en los últimos años dado:

- El tiempo de evolución de la epidemia en los países: un 60% de las personas con VIH a 2005 deben llevar cinco años o más de infección por VIH.
- A las personas diagnosticadas en estado asintomático les toma alrededor de tres años para evolucionar a sida, en países como Perú, o sea que llevaban cinco años o más de haberse infectado por el VIH antes del diagnóstico [37].
- El acceso a TARGA no habría reducido el número de personas que presentarían criterios de enfermedad avanzada.

Este incremento significativo de personas en sida no ha sido identificado por los países de la subregión.

Para analizar esta situación, se estimaron el número de personas que deberían estar en sida en la subregión según el estimativo de ONUSIDA a 2005 y su límite inferior y superior [3] y unos supuestos de tiempos transcurridos de infección VIH, que tienen plausibilidad biológica con la historia natural de la enfermedad pero que no fueron determinados por medición alguna:

Supuestos:

- La mayoría de las infecciones por VIH debieron ocurrir en los últimos 15 años: antes de 1995, un 25%; de 1996-2000: 35% y entre 2001-2005: 40%.

- Una proporción arbitraria de sida para las personas con VIH estimadas: el 80% de las personas que hubieran adquirido la infección por VIH antes de 1995 estarían en sida a 2005; un 25% estarían en sida de quienes la adquirieron entre 1996-2000 y un 10% en sida de los que la adquirieron entre 2001-2005.

Tabla 7. Personas en sida hipotéticas según estimativo medio de ONUSIDA a 421.000 personas con VIH a 2005 [3],

PAIS	Estimado Medio VIH ONUSIDA 2005	Distribución por año supuesto Infección (1)			Estimados en SIDA por año supuesto de Infección (2)			
		<1995	1996-2000	2001-2005	<1995	1996-2000	2001-2005	Total SIDA Estimado
		25%	35%	40%	80%	25%	10%	
BOLIVIA	7.000	1.750	2.450	2.800	1.400	613	280	2.293
COLOMBIA	160.000	40.000	56.000	64.000	32.000	14.000	6.400	52.400
CHILE	28.000	7.000	9.800	11.200	5.600	2.450	1.120	9.170
ECUADOR	23.000	5.750	8.050	9.200	4.600	2.013	920	7.533
PERU	93.000	23.250	32.550	37.200	18.600	8.138	3.720	30.458
VENEZUELA	110.000	27.500	38.500	44.000	22.000	9.625	4.400	36.025
SUBREGION	421.000	105.250	147.350	168.400	84.200	36.838	16.840	137.878

(1) Premisas de distribución por año supuesto de infección por el VIH: antes de 1995, 25%; 1996-2000: 35%; 2001-2005: 40%

(2) Supuestos de Proporción de personas en sida según año estimado de haber adquirido la Infección VIH: <1995, 80%; entre 1996-2000, 25%; entre 2001-2005, 10%

Con base a estos supuestos habría alrededor de 138.000 personas en sida entre las personas con VIH estimadas por ONUSIDA a diciembre 2005 en la subregión, cifra que equivale al 82,4% del acumulado notificado a nivel subregional y debería haberse observado y detectado en los servicios asistenciales; esta cifra que podría variar en forma significativa si se modifican los supuestos. Las personas en sida deberían concentrarse alrededor de los grandes centros urbanos, principalmente en Colombia (38%), Venezuela (28%) y Perú (26%), donde los sistemas de salud tienen la capacidad técnica y humana para detectar las personas en sida con base en criterios virológicos, inmunológicos o manifestaciones clínicas. Los sistemas de salud y de vigilancia epidemiológica no han reportado un incremento de personas en sida o de muertes por sida de esta magnitud, ni siquiera antes de mejorar la cobertura con TARGA, ni aceptando el subregistro.

Si la estimación de personas en sida se realiza con los límites inferiores del estimativo de personas con VIH (241.000) de ONUSIDA y los mismos supuestos se esperarían 79.190 personas en sida en la subregión.

Tabla 8. Personas en sida hipotéticas según límite inferior de ONUSIDA a 241.000 personas con VIH a 2005 [3],

PAIS	Estimado Inferior VIH ONUSIDA 2005	Distribución por año supuesto Infección (1)			Estimados en SIDA por año supuesto de Infección (2)			
		<1995	1996-2000	2001-2005	<1995	1996-2000	2001-2005	Total SIDA Estimado
		25%	35%	40%	80%	25%	10%	
BOLIVIA	3.800	950	1.330	1.520	760	333	152	1.245
COLOMBIA	100.000	25.000	35.000	40.000	20.000	8.750	4.000	32.750
CHILE	17.000	4.250	5.950	6.800	3.400	1.488	680	5.568
ECUADOR	11.000	2.750	3.850	4.400	2.200	963	440	3.603
PERU	56.000	14.000	19.600	22.400	11.200	4.900	2.240	18.340
VENEZUELA	54.000	13.500	18.900	21.600	10.800	4.725	2.160	17.685
SUBREGION	241.800	60.450	84.630	96.720	48.360	21.158	9.672	79.190

(1) Premisas de distribución por año supuesto de infección por el VIH: antes de 1995, 25%; 1996-2000: 35%; 2001-2005: 40%

(2) Supuestos de Proporción de personas en sida según año estimado de haber adquirido la Infección VIH: <1995, 80%; entre 1996-2000, 25%; entre 2001-2005, 10%

Con base en el número estimado de personas que requieren TARGA en la subregión, o sea que están en enfermedad avanzada por VIH se esperarían 64.350 personas en sida, cifra que está más cercana a las 79.190 personas en sida esperadas con base a los límites inferiores de los estimativos de ONUSIDA para la subregión, a 2005; la diferencia entre los dos últimos estimados es 18,8%.

El número de personas con VIH en la subregión andina podría estar alrededor de los límites inferiores de los estimativos de ONUSIDA más un 20%, alrededor de 290.000 personas a 2005.

Tipo de epidemia

Según estimaciones de ONUSIDA en el Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH-sida 2006, los países de la subregión andina tienen epidemias concentradas que afectan en primer lugar a los Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres (HSH) pero pasó de ser una epidemia incipiente a concentrada en HSH en Bolivia y Ecuador entre 2002 y 2005 [3].

Prevalencia de VIH en Poblaciones Específicas:

Según estimaciones de ONUSIDA, la prevalencia de infección por el VIH en la población general entre los 15 y 49 años se estima entre 0,6% y 0,7% en la subregión [3]; las estimaciones presentadas por los países oscilan entre 0,05% en Chile, 0,13% Bolivia, 0,21% Perú, 0,3% Ecuador y Venezuela, 0,65% Colombia (Tabla 9); con base a los análisis presentados en forma previa podría pensarse que la prevalencia de infección VIH en población general fuera menor y se acercara más a los límites inferiores de los estimativos de ONUSIDA para la subregión.

La dinámica de la infección VIH puede variar en forma importante incluso dentro de un mismo grupo poblacional siguiendo patrones de comportamientos de riesgo más que grupos poblacionales, hasta caracterizar diversas epidemias en un país o región. El riesgo de exposición e infección por el VIH será diferente en

un HSH si tiene relaciones sexuales protegidas o no protegidas, al igual que entre los jóvenes, los adultos y otras personas en situaciones de mayor exposición.

Las mediciones de prevalencia provienen en su mayoría de estudios puntuales, con muestreos no probabilísticos y tamaños de muestra no representativos de la subpoblación estudiada pero brindan un indicio de la prevalencia en las mismas. Las estimaciones del tamaño de las poblaciones más expuestas a la infección VIH son imprecisas, especialmente en relación con los HSH, los subgrupos de HSH y las mujeres que tienen relaciones sexuales remuneradas (trabajadoras sexuales).

Tabla 9. Prevalencia de Infección VIH en Subpoblaciones Específicas.

PAIS	Gestantes	Jóvenes 15-24	HSH	Trabajador Sexual	Personas Privadas Libertad
BOLIVIA	0,13% (2003)	Sin Dato	21,9% (2002)	0,56% (2005)	Sin Dato
COLOMBIA	0,65% (2003)	0,1% (2003)	Bog:12% (2005); 18% (2000); 5,6% (2006)	1.1%-3.3% (2006)	0,7% (2005); 0,2% (2006)
CHILE	0,05% (2000)	Sin Dato	Sin Dato	0,0 (2000)	Sin Dato
ECUADOR	0,3% (2005); Guayaquil:1,05% (2004)	0,09% (2005)	Quito:11,7% (2004), 15% (2005); Guayaquil: 23,4% (2004), 28% (2005); Pais: 16,6% (2004)	0,5% a 1,7% (2005)	1,23% (2005)
PERU	0,21% (2002)	0,1% (2002)	13,9% (2002)	0,49 (2002)	0,87% (2005)
VENEZUELA	0,30%	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato

Bolivia: Gestantes: Ministerio Salud y Deportes (MSD), 2003; HSH: MSD, 2003; TS: MSD, 2003; **Colombia:** Gestantes:INS, VI Estudio Nacional Centinela del VIH 2003-2004. IQEN 9(23):353-58 y 9(24):359-84; HSH: Liga Col Lucha SIDA, 2000 (18%) y 2005 (12%); UNFPA - Factores Asoc SSR en grupos priorizados localidades emergencia social, 2006; TS: García D et al. Prevalencia VIH en trabajadoras sexuales femeninas en Barranquilla, ONUSIDA 2006; PPL: INPEC. Reporte de Prevalencia al MSP, 2005; INPEC - Observatorio SIDA, 2006; **Chile:** Ministerio Salud Pública - Programa Nacional de SIDA, 2000; **Ecuador:** Gestantes: UNGASS 2005, MSP - PNSIDA; 1,05% en Guayaquil 2004-2005, Médicos sin Fronteras; HSH: MSP 2005 PNSIDA; 2004; 80:498-504© BMJ; Montano 2005; TS: Informe UNGASS 2005-Ecuador, MSP-PNSIDA; PPL: 2005, Dir Nal Rehabilitación Social; **Perú:** Gestantes, MINSA 2002; HSH: MINSA, 2002; TS: MINSA: 2002, Jóvenes 15-24: MINSA, 2002; PPL: Informe UNGASS MINSA, 2005; **Venezuela:** Gestantes: Informe UNGASS,- Venezuela, MSP, 2005

Es necesario fortalecer y consensuar los mecanismos y las metodologías para la vigilancia epidemiológica de segunda generación de la epidemia, caracterizarla por patrones de comportamientos de riesgo en diferentes contextos, medir la prevalencia e incidencia; contar con líneas de base, referentes y tendencias que permitan sustentar la toma de decisiones preventivas, de atención y tratamiento según las diferentes dinámicas de la infección VIH.

La denominación Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) es una categoría comportamental más que poblacional que incluye a los hombres homosexuales, los gays, los bisexuales, los transgénero y aquellos hombres que tienen sexo con otros hombres pero que no se identifican así mismos como alguno de los anteriores. El riesgo de exposición al VIH no es homogéneo entre los HSH: los jóvenes HSH entre 15 y 24 años, los bisexuales y quienes se dedican al trabajo sexual están particularmente expuestos

a la infección por VIH, al igual que las personas que tienen prácticas sexuales no protegidas, o que conlleven a sangrado o compartan objetos sexuales sin protección.

La prevalencia en trabajadoras sexuales oscila entre el 0,5% y el 1,1%. Llama la atención la prevalencia de VIH de 3.3% encontrada en Barranquilla – Colombia (2006), mediante estudio centinela de seroprevalencia; es la cifra más alta encontrada en toda la subregión entre trabajadoras sexuales, lo cual debe ser tomado como señal de alerta para fortalecer las medidas preventivas sobre este grupo poblacional y sus clientes [40].

No se obtuvo información sobre infección VIH en poblaciones indígenas y otros grupos étnicos. En varios foros se ha citado que este es un problema que afecta a los pueblos indígenas localizados en los focos de “desarrollo”, como en el Área Amazónica y áreas fronterizas, incorporándose a esta situación poblaciones dedicadas al extractivismo del oro, pero los países no presentan información específica en estas poblaciones. Las condiciones de pobreza, bajo nivel educativo, la alta migración y tránsito de personas de forma constante, estigma y discriminación por

condiciones de raza y particularidades culturales y de estructura social de estos pueblos favorecen la transmisión del VIH. Las respuestas de servicios en prevención, atención y tratamiento requieren adaptaciones culturales y estrategias de aproximación y abordaje diferentes, respetando sus entornos socioculturales, cosmovisiones y estructuras sociales, entre otros. Los estudios comportamentales y de seroprevalencia son necesarios para conocer la magnitud, los condicionantes y las tendencias de la epidemia en estas poblaciones, tomando en cuenta los aspectos enunciados anteriormente

Los reportes del tamaño de la población de HSH y otros grupos más vulnerables no se realiza con base a mediciones directas sino bajo ciertos supuestos no siempre validados, con excepción de las personas privadas de la libertad, que son contabilizados por las dependencias penitenciarias de los países. Un estudio peruano de VIH e ITS en población general, con 24 ciudades participantes revela que en cinco ciudades, entre 10,6% y 13,7% de los varones entre 18-29 años reportaban relaciones sexuales con varones en los últimos 12 meses; en nueve ciudades, entre 5,4% y 9,3% [41].

Tabla 10. Tamaño Estimado de Poblaciones más Expuestas al VIH

PAIS	HSH	Trabajador Sexual	Personas Privadas Libertad
BOLIVIA	60.000 (2005)	11.750 (2005)	Sin Dato
COLOMBIA	530.000 (2006)	50.416 (2006)	61.133 (2006)
CHILE	119.782 (2003)	11.125 (2006)	38.846 (2005)
ECUADOR	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato
PERU	416.363 (2005)	110.000 (2005)	35.000 (2006)
VENEZUELA	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato

Bolivia: Informe de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso UNGASS en Bolivia. Marzo 2006; **Colombia:** HSH: Fondo Global - MCP - **Colombia:** Propuesta Sexta Ronda, 2006; TS: Fondo Global - MCP - Colombia, Propuesta Sexta Ronda, 2006; PPL: INPEC, 2006; **Chile:** HSH: MSP, Unidad e Evaluación de Tecnologías de Salud; estimador 1%, 2003; TS: CONASIDA, TS bajo control sanitario MSP; PPL: Min Justicia, Gerdenmeria de Chile, 2005; **Ecuador:** Sin Datos; **Perú:** HSH:MINSA ONUSIDA, Plan de Acceso Universal, 2005; TS:MINSA ONUSIDA, Plan de Acceso Universal, 2005; PPL: MINSA; **Venezuela:** Sin Datos

Distribución por Sexo

La detección de la infección VIH en mujeres muestra una tendencia creciente y sostenida en la subregión. La razón de hombres por cada mujer diagnosticados con infección VIH se ha reducido entre dos y tres veces en los últimos 15 años, pero se mantiene más estable en los últimos cinco años; en **Colombia** pasó de 6,0 (1991-1995) a 2,0 (2001-2005) y en **Chile**, de 8,0 a 4,0; en los demás países esta entre estos dos extremos [1]:

Tabla 11: Infección VIH - Distribución por Sexo, 1995 – 2005

PAIS	% Mujeres (1)	Razón Hombre/Mujer		
		1991-1995	1996-2000	2001-2005
Bolivia	34,0%	5,8	2,2	2,0
Colombia	33,2%	6,0	3,5	2,0
Chile	20,0%	8,0	5,0	4,0
Ecuador	31,8%	4,4	3,0	2,3
Perú	26,0%	6,1	3,6	2,9
Venezuela	30,9%	7,0	Sin Dato	2,2

(1) Datos a Diciembre de 2005, con excepción de Venezuela a Diciembre de 2004
Fuente: Bolivia: MSP; Colombia: INS y MPS Observatorio Nacional en VIH/SIDA; Ecuador: MSP, PNSIDA (datos al 2005); Perú: MSP, (datos al 2005); Venezuela: UNGASS 2005 (datos al 2004)

En el período 2001-2005, la proporción de mujeres sobre el total de diagnósticos nuevos de infección VIH en los países de la subregión representaron entre el 30-34%, excepto en **Perú** (26,0%) y en **Chile** (20%). En el período 1996-2000, esta proporción representó entre el 20 – 25%, excepto en Chile (16%). La proporción de mujeres entre las personas con diagnósticos incidentes de infección por VIH ha aumentado en los últimos años pero esta proporción observada no necesariamente representa la verdadera proporción de mujeres con VIH en la población.

El avance de los programas de la prevención de la transmisión vertical del VIH en todos los países de la subregión con coberturas que van desde el 35% hasta prácticamente universal en las gestantes que acuden a los sistemas de salud han posibilitado que una importante proporción de mujeres acceda a las pruebas diagnósticas para el VIH, lo que incrementa la probabilidad que las mujeres con VIH sean diagnosticadas; además, las mujeres acuden más a los servicios de salud que la población masculina, especialmente entre los 15 y 49 años de edad.

1 Bolivia: MSP; Colombia: INS, Subdirección de Vigilancia y Control, (datos a sem 40-2006), adaptación: Observatorio Nacional en SIDA VIH, MPS; Chile: MSP, base de datos al 2005); Ecuador: MSP, PNSIDA (datos al 2005); Perú: MINSA, (datos al 2005); Venezuela: UNGASS 2005, Informe del Gobierno República Bolivariana de Venezuela (datos al 2004)

Las estrategias preventivas y de fomento para la realización de pruebas diagnósticas para VIH en HSH, trabajadores sexuales y otras subpoblaciones más expuestas no han tenido la misma magnitud que la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH, lo que altera la probabilidad diagnóstica. Si aceptamos que la epidemia de VIH en la subregión está concentrada en HSH y asumiéramos que la prevalencia real de VIH en HSH fuera 7.0% y en gestantes 0,7%, la razón Hombre/Mujer en la población sería 10,0 y no 2,0 como la observada; estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación con muestras representativas de la población podrían responder este planteamiento.

Otros hallazgos que apoyan la hipótesis que la proporción real de mujeres con VIH en la población puede ser menor a la observada mediante la notificación de casos incidentes son los siguientes:

- Se esperaría que una importante proporción de mujeres estuviera en sida al 2006 por la falta de acceso universal a prevención, atención y tratamiento del VIH en la subregión. En Colombia, país que presenta la mayor reducción de la razón Hombre/Mujer en la subregión, las mujeres representan 16% del total de personas en fase sida al año 2006; en los periodos 1996-2000 y 2001-2005, el 22% y el 33.2% de los diagnósticos nuevos de infección VIH fueron en mujeres; se esperaría que las mujeres representaran más del 16% de las personas en sida observado en este país a finales de 2005[42].
- La probabilidad esperada de transmisión vertical sin tratamiento antirretroviral es alrededor del 30%; por la misma falta de acceso universal a prevención, atención y tratamiento del VIH y que las mujeres en edad reproductiva representan cerca de un tercio de las personas con diagnóstico VIH, se esperaría un mayor número de niños con sida pediátrico que los observados hasta ahora, cuyo diagnóstico se estaría haciendo durante la atención de las manifestaciones clínicas, característica que no se ha medido en forma específica. La notificación de infección VIH en menores de cuatro años representa alrededor del 3,0% de los diagnósticos acumulados en la subregión.

Distribución por Grupo Etáreo

Entre el 81,3% y el 89,6% de los diagnósticos con infección VIH se hacen en personas con 15 y 44 años de edad y del 15,1% al 25,1% de las personas tiene entre 15 y 24 años al momento del diagnóstico de VIH. Cerca de dos tercios de los diagnósticos de infección VIH en la subregión se hacen en personas con edades entre los 15 y 34 años; en Colombia, Chile y Perú, corresponden al 55,3%, 56,6% y 57,2% respectivamente pero la mayor proporción de diagnósticos en estas edades se observa en Ecuador (63,5%) y en Bolivia (67,6%).

Tabla 12: Edades al Diagnóstico de la Infección VIH, acumulado a 2005

GRUPO ETAREO Casos Notificados	BOLIVIA 1790	COLOMBIA 49232	CHILE 15894	ECUADOR 9350	PERU 41160	VENEZUELA 53465	SUBREGION 170891
0 a 4	2,3%	3,0%	1,1%	2,8%	1,8%	Sin Dato	1,1% a 3,0%
5 a 14		1,6%	0,3%	0,5%	0,7%	Sin Dato	0,3% a 1,6%
15 a 24	22,2%	17,9%	16,5%	25,1%	15,1%	Sin Dato	15,1% a 25,1%
25 a 34	45,4%	37,4%	40,1%	38,4%	42,2%	Sin Dato	37,4% a 45,4%
35 a 44	22,0%	26,0%	25,7%	20,3%	25,0%	Sin Dato	20,3% a 26,0%
45 a 59	0,0%	12,0%	13,7%	10,6%	12,5%	Sin Dato	0% a 13,7%
60>	Sin Dato	2,1%	2,7%	2,3%	2,8%	Sin Dato	2,1% a 2,8%

Bolivia: MSP; **Colombia:** INS y MPS Observatorio Nacional en VIH/SIDA; **Ecuador:** MSP, PNSIDA (datos al 2005); **Perú:** MINSA, (datos de personas con SIDA al 2005); **Venezuela:** Sin datos

La distribución de las personas en sida posibilita estimar la edad aproximada en que ocurren las infecciones por VIH. En Perú, el 57,3% de las personas en sida tienen entre 15 y 34 años [37]; en Colombia, el 55,5% [43]; la historia natural de la infección por el VIH indica que las personas permanecen asintomáticas alrededor de ocho años antes de pasar a sida; las personas que estaban en sida cuando tenían entre 25 y 34 años pudieron haber adquirido la infección entre los 17 y 26 años; un 15,1% de las personas estaban en sida entre los 15 y 24 años. Entre el 50% y 60% de las infecciones por VIH fueron adquiridas entre los 17 y 26 años; las estrategias preventivas deben dirigirse hacia los grupos más expuestos, como HSH y trabajadores sexuales, con énfasis en las personas entre los 15 y 26 años.

En esta época de la vida confluyen factores que favorecen que los jóvenes tengan comportamientos de riesgo para la transmisión sexual de enfermedades, entre los que se destacan: la inmadurez biológica y psicológica; el descubrimiento, exploración y consolidación de los roles sociales, de género y de preferencias sexuales; los conceptos de riesgo se encuentran en etapas de estructuración; la información sobre los deberes y derechos, la salud sexual y reproductiva y las infecciones de transmisión sexual con frecuencia es insuficiente, imprecisa y procede de fuentes no confiables; la vulnerabilidad de los jóvenes a las presiones de grupo y de la sociedad de consumo mezcladas con bajos niveles de ingresos económicos, entre otros. A estos factores se suman marcos legales que impidan a los menores de edad acudir sin sus padres o tutores a los establecimientos de salud para recibir servicios de prevención, atención o tratamiento.

Estos factores facilitan la exposición a relaciones sexuales penetrativas con frecuencia no protegidas a edades tempranas, la inestabilidad en las relaciones de pareja; el tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias psicotrópicas; la vulnerabilidad para ser víctimas del abuso y

explotación sexual, condiciones que incrementan la probabilidad de exposición a Infecciones de Transmisión Sexual como el VIH y hacen a este grupo poblacional prioritario para las estrategias de prevención.

El subgrupo de hombres jóvenes de 15 a 24 años que tienen relaciones sexuales con otros hombres (jóvenes HSH) está particularmente expuesto al VIH; dentro del grupo HSH se han encontrado las mayores prevalencias de infección VIH en la subregión, lo cual incrementa la posibilidad de exposición de estos jóvenes al VIH durante contactos sexuales no protegidos, en lugares destinados a tener encuentros sexuales con multitud de personas o como medio para obtener ingresos económicos o bienes; estas personas son particularmente prioritarias para adelantar estrategias preventivas de la infección VIH en la subregión.

Es necesario estandarizar la forma de agrupar los datos por grupo etáreo en los países, para facilitar el seguimiento de la epidemia en la subregión;

unos países agrupan por quinquenios de edad; otros, por décadas intermedias (15-24, 25-34), lo cual dificulta el seguimiento y la consolidación subregional de la información

Mecanismos de Transmisión:

El 96% de las personas notificadas con infección VIH en la subregión reportan a la vía sexual como mecanismo probable de transmisión del VIH, seguidos por la transmisión perinatal con 2% a 3%, excepto en Chile donde representan 1,0%; los reportes por transfusiones sanguíneas representan 1% o menos; los demás mecanismos de transmisión se reportan en menos del 1%, excepto en usuarios de drogas inyectables en Chile (2,4%), lo que justifica la implementación de medidas preventivas dirigidas a estas personas. Varios países presentan subregistro importante debido a no diligenciamiento de los datos sobre mecanismos probables de transmisión en las fichas de notificación; en Colombia este subregistro llegó hasta el 30% [43].

Tabla 13. Mecanismos de Transmisión de la infección por el VIH

PAIS	Sexual	HSH	Heterosex	Perinatal	Transfusional	Usuarios Drogas
BOLIVIA	96,0%	20,0%	80,0%	3,0%	1,0%	NA
COLOMBIA	96,0%	44,0%	56,0%	3,0%	0,6%	0,1%
CHILE	96,0%	64,9%	35,1%	1,0%	0,5%	2,4%
ECUADOR	96,9%	29,8%	70,2%	3,2%	SD	0,2%
PERU	Hom:97% Muj:94%	50,0%	Hom:47% Muj:91%	Hom:2% Muj:5%	Hom:1% Muj:2%	SD
VENEZUELA	90,0%	65,0%	35,0%	SD	SD	SD

HSH: Hombres que tiene relaciones Sexuales con otros Hombres; UDI: Uduarios de Drogas Intravenosas

FUENTE: **Bolivia:** Ministerio Salud Pública; **Colombia:** MPS, Fondo Global, Propuesta Sexta Ronda, 2006; **Chile:** Ministerio Salud Pública - Progrqama Nacional de SIDA; **Ecuador:** MSP-PNSIDA - Ecuador; **Perú:** Proporción sobre personas en SIDA. MINSA, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA; **Venezuela:** Informe UNGASS - Venezuela, MSP, 2005

El mecanismo de transmisión discriminados por sexo permite observar las diferencias en la transmisión sexual de la enfermedad; En Perú, las mujeres con VIH adquirieron la infección vía sexual con hombres en el 91% [37]; en Colombia, representan el 97.4% [43]. Hay varios indicios que hacen pensar que la fuente principal de exposición al VIH de las mujeres en la subregión sean sus parejas varones que además tienen relaciones sexuales con otros hombres:

- El mecanismo principal de transmisión de las mujeres es a través de relaciones sexuales con hombres, 91% y 97.4% según datos peruanos y colombianos.
- La prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales femeninas es aún relativamente baja, 1% o menos y en mujeres como población general es menor (0,1% a 0,7%).
- La transmisión del VIH de mujer hacia el hombre es menos eficiente, lo que adicional a una baja prevalencia en mujeres hace menos probable que la fuente de infección VIH de los hombres sean mujeres.
- No hay casos reportados de transmisión del VIH entre mujeres en la subregión y por otros mecanismos es menor del 1%.
- El 70% de las mujeres con VIH se reportaron como amas de casa.

Tratamiento Antirretroviral - TARGA

A Septiembre de 2006, 74.350 personas requieren TARGA en la subregión y 48.379 personas la reciben, con una cobertura de 65,1%. Colombia y Perú ajustaron sus estimativos de personas que requieren TARGA a 23.000 y 9.000 personas respectivamente, con lo que el número de personas que la requieren quedaría en 64.350 personas y la cobertura subregional con TARGA alcanzaría el 75.2% (36,9% - 87,5%). A 2002, 21.507 personas recibían TARGA de las 39.263 personas que la requerían, con una cobertura de 54,8%.

El incremento de las personas que requieren TARGA entre 2002 y 2005 fue 64%, mientras que la cobertura con TARGA se incrementó 2,2 veces en la subregión entre 2002 y 2006, lo que refleja el avance importante de la cobertura con TARGA en los países.

Colombia con el apoyo de ONUSIDA, el Ministerio de Protección Social contrató un estudio sobre el mercado de antirretrovirales en Entidades Administradoras de Planes de Beneficio que cubren un 85% la población del país; en este estudio se contabilizaron 20.697 personas con VIH atendidas por estas entidades; la proyección de resultados estimó alrededor de 23.000 personas con VIH que requieren TARGA en este país, con lo que la cobertura sería 71,7% [31]; En Perú, el MINSA, estima que 9.000 personas requieren TARGA en el país [37].

Tabla 14: Cobertura con Terapia Antirretroviral, Septiembre 2006

PAIS	Estimado Personas Requieren TARGA, ONUSIDA 2005 (1)	Personas en TARGA (2)	Cobertura TARGA / Estimación ONUSIDA	Estimado Personas Requieren TARGA, MSP países (2)	Cobertura TARGA / Estimación MSP país	Requieren TARGA, MSP 2002 (3)	Personas en TARGA 2002 (3)	Cobertura 2002
BOLIVIA	<1000	311	36,6%	850	36,6%	400	24	6,0%
COLOMBIA	30.000	16.500	55,0%	23.000	71,7%	18.617	7.900	42,4%
CHILE	9.300	6.964	74,9%	9.300	74,9%	3.221	2.758	85,6%
ECUADOR	4.200	2.550	60,7%	4.200	60,7%	500	250	50,0%
PERU	12.000	6.298	52,5%	9.000	70,0%	7.000	1.050	15,0%
VENEZUELA	18.000	15.756	87,5%	18.000	87,5%	9.525	9.525	100,0%
SUBREGION	74.350	48.379	65,1%	64.350	75,2%	39.263	21.507	54,8%

(1) Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. A report on "3x5" and beyond, March 2006 OMS-ONUSIDA

(2) Algunos países han ajustado los estimativos de Personas que requieren TARGA: Bolivia: MSP, Sep 2006; Colombia: MPS - INS, por estudio en entidades del SGSSS, Sep 2006; Chile: MSP, PNSIDA, Sep 2006; Ecuador: PNSIDA, consolidado de TARGA suministrado: MSP, IESS y Fuerzas Militares, reportado por PNSIDA, Sep 2006; Perú: MINSAL, ESN PC ITS/VIH y SIDA, estimativo ajustado de personas que requieren TARGA, Dic 2005; Venezuela: UNGASS, corte a Diciembre 2005

(3) Documento Marco para el Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales en la Subregión Andina.

En Colombia, Chile y Venezuela el suministro de TARGA inició antes del año 2000; en Perú, la mejora principal en terapia antirretroviral se alcanza entre 2004 y 2006 con el Programa TARGA, que ofrece tratamiento gratuito, con apoyo inicial del Fondo Mundial y actualmente asumido por el país; en Ecuador y Bolivia los principales avances se han dado durante el año 2006. La cobertura con TARGA varía ampliamente entre los países: **Venezuela** (87,5%) y **Chile** (74,9%) prácticamente alcanzaron el acceso universal a TARGA [39, 35]; En **Ecuador**, 2.550 personas reciben TARGA suministrado por el PNSIDA, Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS y las Fuerzas Militares y de Policía [36]; en **Bolivia**, ONUSIDA estima que menos de 1000 personas requieren TARGA y la cobertura se estima alrededor del 37% [28,31,35,33,37,39].

En general, los sistemas de vigilancia epidemiológica y monitoreo de la respuesta de los países deben fortalecerse para poder identificar con precisión cuántos pacientes requieren TARGA en la subregión, cuántos reciben las terapias, cómo es la continuidad del suministro, la adherencia de las personas para tomarlas como se prescriben y que impactos clínicos se han obtenido, mas allá de la reducción de la letalidad por sida, que es evidente como en el caso del Ecuador [44]. En el seguimiento al TARGA se debe identificar la proporción de personas que conservan el esquema con que iniciaron TARGA, las que están con segundo esquema o en terapias de rescate, la proporción de resistencia a múltiples antirretrovirales documentada por pruebas de resistencia de genotipo y la proporción que logran mantenerse con carga viral no detectable por períodos determinados de tiempo.

Bolivia

3.4 Respuestas Nacionales al Vih

Bolivia

Sistema de Salud:

El sistema de salud del país se caracteriza por ser segmentado, con presencia de varios subsectores: el público, de la Seguridad Social, Iglesia, ONGs, privados y la medicina tradicional. El tipo de prestaciones de atención en salud, tienen orientación principalmente a la atención individual. El sector público provee la atención de salud pública, con énfasis en la promoción y prevención de la atención en salud colectiva.

El Decreto Supremo No. 26875 (21 de Diciembre del 2002) implanta el nuevo Modelo de Gestión del Sistema Nacional de Salud, establece la necesidad de profundizar la descentralización, incorporar a todos los actores responsables de la gestión en salud potenciando la participación interna y del personal de salud en los procesos decisorios y comprometiéndolos directamente con el cumplimiento de la política y planes sectoriales y municipales, asegurando de esta manera la gestión compartida con participación popular en salud, en sus diferentes niveles. El Artículo 2, establece el modelo de gestión vigente en el país, con cuatro ámbitos:

- Nacional, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes.
- Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de cada prefectura.
- Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS), el cual está integrado por representantes de tres instancias: del sector salud (designado por el SEDES), del gobierno municipal (Alcalde o su representante) y de la comunidad (líder de la Sociedad Civil).
- Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

Procesa las propuestas para definir las políticas de salud, en prevención y control de las ITS y el VIH; realiza una coordinación interinstitucional y canaliza los recursos. Desde junio 2003, depende de la Dirección General de Control y Prevención de Enfermedades, como uno de sus Programas Nacionales. Existen nueve programas departamentales de ITS/VIH/SIDA. Los retos más importantes del programa son asegurar el suministro continuo de insumos y asegurar la estabilidad de los recursos humanos del PN ITS/VIH/SIDA

- **Plan Nacional frente al VIH:** Existe un documento preliminar del Plan estratégico del Programa Nacional de ITS/VIH-sida para la prevención y control de ITSD/VIH-sida. 2006-2010
- **Plan de Acceso universal a la Prevención, atención Integral, cuidados y apoyo en VIH. 2007-2011,** elaborado en Diciembre de 2005, aún no publicado.
- **Mecanismo de Coordinación País,** agrupa a diferentes sectores y prioriza temas referidos al Fondo Mundial
- **Otras instituciones:** La Red Nacional de personas con VIH (RED-BOL), UNINBOL; MÁS VIDA, organización de la sociedad civil de población Gay, Lésbica, Bisexual y Transgénero (GLBT)

Legislación más relevante en VIH

- Constitución política del Estado 1985
- Código Civil
- Código Penal
- Creación del Programa Nacional de ITS/VIH/sida (PN ITS/VIH/SIDA) en 1986
- Resolución Secretarial 0660 que determina la normativa para la organización de la prevención y vigilancia del VIH
- Formulario terapéutico Nacional 1999
- Código del Niño, Niña y Adolescente. Ley N° 2026 del 27 de octubre de 1999
- Fondo rotatorio para el manejo de insumos estratégicos
- Resolución Ministerial N° 0711 para la Prevención y Vigilancia del VIH. Noviembre, 2002
- Reglamento de la Ley de Organización del Poder Ejecutivo, Ley N° 2446 del 19 de marzo de 2003. Decreto Supremo N° 26973 del 27 de marzo de 2003
- Anteproyecto de Ley, Prevención del VIH, Protección de Derechos Humanos y Asistencia Integral a las personas con VIH está en curso en el Parlamento.

Cooperación Internacional:

La OPS/OMS acompaña al país con el Plan a Mediano Plazo para la vigilancia y control del sida (1990 – 1996); la cooperación se canalizó a través de ONUSIDA entre 1997 y 1998; desde el 2000 la OPS/OMS administra fondos provenientes de la cooperación inglesa, mediante su agencia de Cooperación Internacional, DFID. En el año 2006, se ejecutaron actividades correspondientes a fondos de Tres por Cinco y del Plan Regional de la OPS.

La USAID, inició en 1992 con fondos asignados al entonces Proyecto Contra sida; desde 1999, los administra el Proyecto de Salud Integral (PROSIN). El apoyo de USAID ha sido de un millón de USD anuales para VIH ejecutado por el programa nacional y los departamentales; actualmente se está replanteando este apoyo.

El Programa Nacional recibe desde 1986 asistencia técnica de la OPS, de USAID, de expertos del CDC de Atlanta y desde el 2002, del Programa Nacional de ITS/sida del Brasil; apoyo técnico y financiero de UNICEF principalmente en la logística de los antirretrovirales donados por el Brasil, compra de medicamentos con fondos del Fondo Global, prevención de la transmisión vertical y otros. Misión Alianza de Noruega, GTZ Cruz Roja Boliviana, Fondo Mundial. En los últimos años se está ejecutando fondos de ONUSIDA a través de las diferentes Agencias patrocinadores

Proyectos mas relevantes:

- Proyecto del Fondo Mundial “Actividades de Promoción de la salud Complementaria, prevención, tratamiento y vigilancia en respuesta al VIH/SIDA” por un monto de 16 millones de dólares para 5 años
- Proyecto de Prevención y Control de ITS/VIH/sida, Brasil-Bolivia, que incluyó la donación de 400 tratamientos antirretrovirales; el proyecto de cooperación técnica está sin operar desde hace año y medio.



Colombia

Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS:

Sistema descentralizado de Aseguramiento Público y Privado; población afiliada: 74% (81.9% ajustada a Censo 2005). Régimen Contributivo (36.9%): trabajadores dependientes y sus familias, prima de aseguramiento pagada por empleador y trabajador; Subsidiado (44.1%): población pobre y vulnerable clasificada por el SISBEN, prima pagada por el Estado; Regímenes Especiales (<1%): Fuerzas Militares, Policía, ECOPELROL, Magisterio, incluye a las familias; Población No Asegurada (7'600.000, 17.9%): atención puntual en Red Pública pagada por el Gobierno con "Subsidios a la Oferta", el usuario paga parte del servicio.

El SGSSS es operado por Administradoras de Planes de Beneficio (APB), Públicas y Privadas: Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS y Entidades Adaptadas; las APB privadas afilian el 75% de la población asegurada; los servicios asistenciales se prestan en redes propias o contratadas (IPS); hay un Plan de Atención Básica (PAB) en apoyo a acciones poblacionales. La multiplicidad de APB trajo desarticulación operativa y programática, especialmente en actividades de Salud Pública y las actividades asistenciales priman sobre las preventivas.

Los Planes de Beneficio cubren el VIH y TARGA pero el suministro de insumos es irregular, en especial en APB Públicas; existen barreras de acceso normativas e institucionales para la atención de enfermedades de alto costo; con frecuencia se usan medios judiciales para acceder a la atención y el tratamiento.

Respuesta Nacional al VIH [30,32]:

El país no cuenta con un Programa Nacional de sida-ITS propiamente dicho.

- **Ministerio Protección Social (MPS) - Equipo Técnico Central VIH/ITS:** formulación de políticas, regulación, asistencia técnica y gerencia programática; no presta

servicios asistenciales. Las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales implementan las políticas nacionales en el nivel regional y local.

- **Consejo Nacional de sida (CONASIDA)**, reactivado entre 2000-2005 buscando fortalecerlo como instancia de coordinación y generación de política pública para el MPS en lo referente a VIH, en el marco de la iniciativa global de los “tres unos”; tiene tres subcomités técnicos en promoción y prevención, atención y apoyo y vigilancia de salud pública [30,,
- **Plan Estratégico Nacional 2000-2003 (PEN)**, orientado a consolidar la coordinación intersectorial e interinstitucional, participación social, prevención, asistencia a poblaciones vulnerables; movilizar al sector privado; fortalecer el marco legal y el sistema de vigilancia y la investigación [30]
- **Plan Intersectorial de Respuesta Nacional (PIRN) al VIH 2004-2007**. Enmarcado dentro de la Política de Salud Sexual y Reproductiva para mejorar la capacidad operativa en los servicios de atención y el acceso a diagnóstico y TARGA; fortalecer el sistema de garantía de calidad en Bancos de Sangre, prevención del VIH y promoción de la salud. Ejes Temáticos: *EJE I*: Coordinación Interinstitucional e Intersectorial, Monitoreo y Evaluación. *EJE II*: Promoción y Prevención; *EJE III*: Atención y Apoyo. La evaluación de Medio Término (2006) mostró una implementación del 40% [45]; faltan de recursos para asistencia técnica del MPS y acompañamiento y desarticulación entre los actores del sistema [30]. El PIRN se encuentra en proceso de reformulación en el 2006; incorpora algunos elementos del Plan Estratégico Regional de respuesta al VIH, 2006-2015 [46] pero no ha sido el marco de referencia.

- **Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Ministerio de la Protección Social (2003)**: iniciando implementación; objetivo general de mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, estimulación de factores protectores para grupos específicos; tiene un capítulo sobre el VIH.
- **Plan Nacional de Educación 2002-2006** “La revolución educativa”, promoción de proyectos que impulsen el desarrollo de habilidades para la vida en sociedad y prevengan la deserción escolar y el fracaso social, con componentes de educación para la sexualidad. Programa de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía.
- **Instituto Nacional de Salud (INS)**: vigilancia epidemiológica del VIH desde 2004.
- **Administradoras de Planes de Beneficio (APB)**: Cada operador del SGSSS implementa la atención del VIH/ITS a través de IPS propias o contratadas; los modelos de atención y guías de manejo emitidas por el MPS no son de obligatoria implementación por las APB.

Legislación relevante: Se destaca:

- **Dec. 1543 /1997, MPS**: reglamenta atención integral al VIH/ITS y la protección a los Derechos Humanos de las personas con VIH
- **Res. 8430/1994, MPS**: reglamenta la investigación en humanos; protege derechos de las personas.
- **Acuerdo 117 del 2000** define al VIH como enfermedad de interés en salud pública.

- **Ley 715 de 2001**, por medio del cual se definieron los recursos y competencias del nivel nacional, departamental y municipal para la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de las acciones de salud pública.
- **Acuerdo 282 del 2004** permitió la inclusión de la determinación de la carga viral en el régimen subsidiado.
- **La circular 018 del 2004**, MPS estableció las metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento en el Plan de Atención Básica,
- **La Ley 972 del 15 de julio de 2005** estableció las normas para mejorar la atención de la población afectada por las llamadas enfermedades catastróficas y declara al VIH como prioridad nacional y obliga al SGSSS a garantizar el suministro de medicamentos, reactivos y demás insumos requeridos para su diagnóstico y tratamiento.
- **Res. 3442/2006, MPS:** adopta las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH y los Modelos de Gestión Programática en VIH-sida, de Prevención y Control.
- **Dec. 1011/2006, MPS:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Habilitación y Acreditación y sus normas reglamentarias
- **Fondo Global- OIM, 2a Ronda:** Mecanismo Coordinador de País; inició en 2004: reducir la vulnerabilidad a VIH/ITS en 600,000 adolescentes y jóvenes en 48 municipios afectados por desplazamiento interno forzado.
- **Fondo Global, 6a Ronda:** No aprobado; en apelación.
- **Comunidad Europea:** ONUSIDA (2003-2006); reducir transmisión vertical de VIH: 368,000 tamizadas para VIH, 793 gestantes VIH+ (0.2% [0.03-0.46]); Resultado: Niños VIH+: 21/711 (2.95%).

Se requiere fortalecer el principio de “Una sola Autoridad” que consolide la respuesta nacional al VIH con mandato claro, capacidad de convocatoria y asistencia técnica.

Cooperación Internacional: OPS/OMS, ONUSIDA – Grupo Temático, Fondo Global, Mecanismo Coordinador de País, OIM, Comunidad Europea y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas.

Chile

Chile

Sistema de Salud:

El sistema de salud es un sistema “dual” más que mixto en su financiamiento y en la prestación de servicios; en el primer caso combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros privados de carácter competitivo que comparte un aporte obligatorio de los trabajadores asalariados (7% de la renta imponible) con un límite de 60 Unidades de fomento (UF)².

La Constitución del país obliga a cotizar a todos los trabajadores y brinda la libertad de elegir entre las dos modalidades: pública y privada; los indigentes o carentes de recursos deben obligatoriamente integrarse al **Fondo Nacional de Salud (FONASA)** de naturaleza pública que recibe además transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para los programas de salud pública; la modalidad privada está constituida por las **Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)**, aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes optan o por adscribirse a ellas. La cobertura es universal pero la oferta para prestaciones complejas y de algunas especialidades aún es insuficiente para cubrir la emergente demanda; existen problemas en la oportunidad del acceso y en las listas de espera en el sector público [47].

El acceso a TARGA fue incorporado como una de las Garantías Explícitas en Salud (GES) establecidas a través de la Ley GES que comenzó a implementarse a partir de Julio de 2005. En el caso del tratamiento ARV para VIH se garantiza el acceso en términos de cobertura (100%), oportunidad (de acuerdo a evolución clínica de las personas) y la protección financiera y es exigible por parte

² La Unidad de Fomento corresponde a una Unidad de transacción financiera que incorpora la inflación. AL 30 de octubre de 2001, el valor de una UF correspondía aproximadamente a USD 23.



de la población adscrita a los sectores públicos y privados de salud. Las personas acceden a su terapia con ARV a través de sus seguros; sólo una minoría podría adquirir sus medicamentos directamente en farmacia.

Durante el año 2005, se dicta la Ley de Medicina Preventiva que garantiza acciones preventivas a toda la población chilena; incluyó el examen VIH a todas las embarazadas en control prenatal, normativa exigible por parte de la población a partir del primer semestre del 2006.

La prevención y la atención del VIH constituye uno de los ejes centrales que están a la base del proceso de Reforma en el que está hoy día el sector salud, que se basa en los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 y que enfatiza la promoción y la prevención del daño en salud.

Respuesta Nacional al VIH [34,35]: En 1990 se crea la Comisión nacional en sida (CONASIDA) para actuar como el cuerpo técnico responsable del diseño, coordinación ejecutiva, evaluación global del Programa de Prevención y control del VIH en Chile. Depende de la División de prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud

Ministerio de Salud Pública: Tiene a su cargo la orientación y dirección técnica de las políticas públicas en VIH, que deben elaborarse y ejecutarse en forma intersectorial, con participación de la comunidad y basada en los avances científicos y considerando la realidad epidemiológica nacional con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores

La política nacional frente a la epidemia del sida se generó con la creación de la **Comisión Nacional en sida (CONASIDA)**, organismo técnico del Gobierno, dependiente del Ministerio de Salud, responsable de promover y facilitar procesos

para que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biosicosocial del VIH y las ETS, de acuerdo a criterios técnicos de referencia y a los principios del Gobierno, de participación, equidad, descentralización e intersectorialidad, a través de la reflexión, el diálogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas.

- **Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR),** No hay acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva; las acciones dirigidas a las mujeres con VIH son aún incipientes en las respuestas gubernamentales al VIH. Una serie de actividades y acciones se han desarrollado en el marco del proyecto Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; han estado encaminadas hacia la creación y fortalecimiento de organizaciones de mujeres con VIH, para generar liderazgos en ellas que promuevan la lucha por sus derechos sexuales y reproductivos. Dichas acciones han sido un trabajo asociativo entre organizaciones de la Sociedad Civil y el Programa Nacional de SIDA

- **Existe un Plan Nacional frente al VIH 2003-2008** que sirvió de referente para el Proyecto del Fondo Mundial

Intersectorialidad:

Estimula el trabajo y las iniciativas con otros **Ministerios: Educación; Justicia; Servicio Nacional de la Mujer; Ministerio de Planificación Nacional** a través del **instituto Nacional de la Juventud; del Interior** por intermedio del **Consejo Nacional de Control de Estupefacientes**, con Gobiernos Regionales, Municipalidades, con otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros

académicos, ONG y organizaciones comunitarias.

Durante el año 2003, el Ministerio de Salud estableció convenio de colaboración con el **Ministerio de Justicia** para el atención y prevención en poblaciones privadas de libertad, con el **Ministerio Servicio Nacional de la Mujer** para desarrollar líneas de intervención conjunta dirigidas a mujeres, particularmente a aquellas más desprotegidas socioeconómicamente. En el año 2005, se establece un trabajo permanente entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, para diseñar un programa de trabajo intersectorial, que se concreta en un plan de trabajo anual para la prevención del VIH en el ámbito educacional.

La **Asamblea de Organizaciones Sociales No Gubernamentales con Trabajo en sida (ASOSIDA)** y con la **Coordinadora Nacional de Agrupaciones de PVVIH (VIVOPOSITIVO)** se trabaja las estrategias de prevención, pero no fueron consultados ni incorporados al diseño del Plan estratégico Nacional en VIH.

Legislación mas relevante en VIH

- Constitución política de Chile
- Decreto Supremo N° 294 del 10/8/1984 incluye el sida entre ETS
- Decreto Supremo N° 11 del 3/1/85 incluye el sida entre Enfermedades de Notificación Obligatoria
- Decreto Supremo N° 197, del 28/6/85 modifica Decreto Supremo N° 11, agrega artículo 5 que permite omitir nombre, apellido y domicilio de personas con ETS.
- Decreto Supremo N° 466 del 12 /06/87, Normas para la aplicación de un programa de vigilancia epidemiológica del sida y VIH
- Decreto Supremo N° 385 del 8/11/89, crea Comisión Interministerial para la Prevención y Control del sida.
- Decreto Supremo N° 6 del 4/5/90 crea la Comisión Nacional del sida
- N° 384 del 22/7/66 modifica Decreto Exento N° 6 del 4/5/90, incorporando el Programa de ETS a CONASIDA, y deja sin efecto Decreto Exento N° 8 del 20/5/86 que creó la Comisión Nacional de ETS
- Ord. N° 3F/4018 14/7/87. Examen anticuerpos VIH a donaciones de sangre.
- Ord. 3F/7418 del 3/12/87 Detección de anticuerpos de hepatitis B y VIH en bancos de Sangre de establecimientos de menor complejidad.
- CIRCULAR 3F del 31/8/89 Actualiza circular 3F/17 del 16/02/88 sobre "Precauciones Universales con sangre y fluidos

corporales”

Normas:

- 3F/53 del 19/12/95 “Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre”
- N° 46 aprobada por Decreto Exento N° 20 del 14/01/2000 “Norma sobre el Manejo y Tratamiento de las ETS”
- N° 48 aprobada por Decreto Exento N° 561 del 7/03/2000 sobre “Manejo post Exposición Laboral a sangre, para la prevención de infección por VIH”
- Resolución Exenta N° 371 del 2/2/2001 Establece toma de muestra examen de VIH con consentimiento informado y consejería pre y post test, obligatoriedad de confirmación en ISP y nueva muestra en casos por ISP para identidad.
- Ley Sida: LEY N° 19.779 del 04 de diciembre de 2001. Establece normas relativas al VIH y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. Promueve la prevención y la

no discriminación de las personas con VIH y regular la realización de las pruebas diagnósticas de VIH, cautelando la voluntariedad en su acceso, confidencialidad de sus resultados, consentimiento informado y la consejería previa y posterior a las pruebas.

- Ley 19.996. Acceso a tratamiento antirretroviral en las Garantías explícitas en Salud. 03 de setiembre de 2004. Entró en vigencia en julio de 2005.
- Ley de Medicina Preventiva. 2005

Cooperación Internacional: OPS/OMS, ONUSIDA, Universidad de Chile, Fundación Ideas y el Consejo de las Américas.

Proyectos más relevantes:

II Fase del Proyecto del Fondo Mundial “Profundización de la Respuesta Nacional contra el VIH” por un monto de US\$ 24,5 millones para la atención Médica, la prevención y el fortalecimiento de la sociedad civil en el campo del VIH. (2003-2007)

Ecuador

Sistema de Salud:

El Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado en varias entidades. El Ministerio de Salud atiende al 60% de la población, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS asegura al 18% pero solo cubre al trabajador; fuerzas armadas cubre el 5%; en la provincia de Guayas, la Junta de Beneficiencia atiende al 40% de los habitantes; SOLCA atiende a las personas con cáncer a nivel nacional. La gratuidad es parcial y específica para ciertos servicios; el usuario debe pagar por algunos servicios y tratamientos; el modelo curativo y hospitalario ha primado sobre el preventivo [36].

En atención al VIH, el Ministerio de Salud brinda en forma gratuita TARGA, carga viral y CD4 de acuerdo con las guías de manejo de personas con VIH; las pruebas confirmatorias se realizan con Western Blot, en su mayoría sin costo para el usuario. Otras pruebas diagnósticas, hospitalización y tratamiento de oportunistas requieren copagos por parte del usuario; para el año 2007, el gobierno implementará la política de proporcionar el tratamiento para enfermedades oportunistas sin costo. El Programa Nacional de SIDA implementó en el año 2006 la estrategia de la prevención de la transmisión vertical, Maternidad Gratuita y a la Infancia que paga la primera prueba de tamizaje a las gestantes, con cobertura parcial para cubrir la demanda de servicio prenatal.

Respuesta Nacional al VIH [36,48]:

- **Ministerio de Salud Pública (MPS):** es el generador de políticas
- **Programa Nacional de VIH/ITS (PNSIDA),** depende del MSP; las personas con VIH han participado en la conformación y evaluación actual del PNSIDA, que hace el papel de Mecanismo Intersectorial de Respuesta al VIH; en 2006, obtuvo asiento en el Consejo Nacional de Salud. El CONASIDA (1995) y el Instituto Nacional del VIH - INSIDA (2000) no operan.
- **Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia VIH 2001–2003 (PEN-VIH):** fue extendida su aplicación entre 2004–

2006 y evaluado con el apoyo del Sistema de las Naciones Unidas en 2005; en el 2006, el PEN-VIH está en proceso de reformulación de metas para 2007-2010, con participación pública, civil y de la Cooperación Internacional; este proceso no ha tenido al Plan Estratégico Regional de VIH 2006-2015 [46] como uno de los marcos de referencia principales; se contrató una medición de líneas con recursos del Fondo Mundial con la Universidad San Francisco; entrega de resultados en febrero de 2007.

- **Instituto Nacional de Higiene (INH):** en esta entidad se centralizan todas las pruebas confirmatorias - Western Blot que se realizan en el país.

Legislación más relevante:

- Política de Estado el cumplimiento de los Objetivos y Metas del Milenio (Decreto Ejecutivo 294, 1 Jul 2005); se constituye la Secretaría Nacional de los ODM; Programa de Aseguramiento Universal (inicio 2006); para 2006, se propone la implantación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de segunda y tercera generación según recomendaciones de ONUSIDA y de la OMS.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, presentada por el Congreso al Ejecutivo para su aprobación; se pretende fortalecer la articulación de instituciones públicas y privadas en el Sistema Nacional de Salud bajo rectoría del MSP.
- Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Ministerio Educación Nacional y la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, en proceso de ajuste; presentada por el Congreso al Ejecutivo; va a consulta popular el 26 nov 2006, implementa los temas de Salud Sexual y Reproductiva en currículums de educación primaria y secundaria a nivel nacional;
- actualmente pilotaje en tres ciudades: Guayaquil, Quito, Cuenca;
- Ley de Maternidad gratuita, atención y tratamiento, incorpora prevención de la transmisión vertical VIH; es el eje de prevención de la transmisión del VIH y esta en proceso de descentralización.
- Ley para la Prevención y la Asistencia Integral del VIH (2002), revisada entre 2004 y 2006, aprobación programada Dic 2006.
- No se tiene legislación sobre investigación en humanos

Cooperación Internacional: OPS/OMS, ONUSIDA, Grupo Temático; Fondo Mundial, desde 2002 constituyó el Mecanismo Coordinador País, con participación de sociedad civil y personas con VIH; otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas.

- **Fondo Mundial-OIM, 2a Ronda:** para disminuir la velocidad de progresión de la epidemia y el impacto en las personas con VIH: prevención ITS/VIH, uso condón, manejo sindrómico ITS, Prevención, transmisión vertical, evaluación externa de Bancos de Sangre, atención integral a personas con VIH y TARGA
- **Médicos sin Fronteras.** inició programa con TARGA en Guayaquil; en 2006 lo asume el MSP.

Perú

Sistema de Salud:

El sistema está segmentado en varias instituciones: cobertura del MINSA: 59%, ESSALUD: 26%, privados: 12% y Fuerzas Armadas y policiales: 3%. El Sistema Integrado de Salud (SIS), dentro del MINSA, administra los fondos que financian las prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector; garantiza las prestaciones de salud a la población vulnerable en situación de pobreza extrema y pobreza, dentro de la Política de Aseguramiento Universal. Contribuye a proteger a los peruanos no asegurados, mediante un seguro integral de salud no contributivo, con diferentes planes de atención: Plan A, B, C, D y E; en los dos primeros cubre explícitamente la "atención del niño nacido con VIH". ESSALUD estaría asegurando 25% del total de las personas con VIH que necesitan TARGA.

El proceso de descentralización transfiere competencias y facultades a los gobiernos regionales y locales, supeditado a un proceso de acreditación a cargo del Consejo Nacional de Descentralización para que los Gobiernos Regionales asuman 37 facultades y 13 funciones en salud, como formular y aprobar políticas regionales; formular y ejecutar el plan de desarrollo regional concertadamente; coordinar acciones de salud integral en el ámbito regional; promover y ejecutar actividades de promoción de la salud y organizar los niveles de atención de salud del Estado en consenso con los gobiernos locales; supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados, supervisar y controlar la producción, distribución y consumo de medicamentos, la promoción y preservación de la salud ambiental en la región.

Respuesta Nacional al VIH [37]:

Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidados y Apoyo en VIH. 2006-2010, realizado con apoyo de ONUSIDA; el análisis de brechas programáticas y presupuestales en diferentes escenarios al 2010 sirvió para elaborar el **Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011, para la prevención y control de las ITS y el VIH en el Perú.**

Perú



El **Ministerio de Salud (MINSA)** es el organismo que ejerce la rectoría en salud del país, estructura las normas de acción contra el VIH, que también regulan la actividad de los otros subsectores. Existe la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y sida (ESN), donde se generan las actividades de respuesta al VIH en el país y la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – **CONAMUSA** como iniciativa multisectorial para unir esfuerzos en la respuesta al VIH y la tuberculosis. .

El **Instituto Nacional de Salud (INS)** es un organismo dentro del MINSA que realiza el diagnóstico y confirmación de laboratorio del VIH; cuenta con una red de laboratorios referenciales descentralizados; hace los estudios de resistencia por genotipificación y afines, estudios que tendrán mayor relevancia en adelante.

La **Dirección General de Epidemiología (DGE)**, tiene unidades de epidemiología a nivel nacional en las Direcciones de Salud (DISAs) y en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) encargadas locales de la vigilancia continua y centinela de los casos de VIH. La ESN tiene un Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS VIH y sida 2004-2006.

Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), actualmente enfocada en la orientada disminución de la Transmisión Vertical del VIH a nivel Nacional, con el apoyo del Fondo Mundial y de UNICEF

Respuesta de los otros sectores:

- Las Fuerzas Armadas y Policiales, tienen el Comité de Prevención y Control del sida (COPRECOS) de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP), el cual propone normas, coordina el diagnóstico y tratamiento realizado en los servicios asistenciales de las mismas; tiene un laboratorio central de referencia y provee TARGA al 3,3% de las personas con VIH del país.
- El Instituto Nacional Penitenciario (INPE) realiza acciones de prevención del VIH en los establecimientos penales a nivel nacional y tiene convenio con el

MINSA para la entrega del TARGA a las personas privadas de la libertad (PPL) que son VIH positivas y que lo necesitan.

- El Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) dirigen acciones de educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen la prevención del VIH, la promoción de estilos de vida saludable y de educación sexual
- Las Universidades Nacionales y Particulares están dirigidas sobre todo a trabajos de investigación en cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables, intervenciones en TARGA y enfermedades oportunistas.
- Las Iglesias o Comunidades Interconfesionales, la Conferencia Episcopal Peruana (Iglesia Católica Romana), a través de la Pastoral de Salud (DEPASA) genera corrientes de sensibilización hacia las personas con VIH y sus familias.
- La Sociedad Civil ha generado diversas respuestas frente al VIH; inicialmente fueron un grupo pequeño que reaccionó al impacto del sida; en la actualidad son un movimiento con mucha fuerza y logros; son la voz que exige el cumplimiento de compromisos políticos locales, nacionales y mundiales; cuentan con una serie de instituciones con acciones en promoción, prevención, cuidado de los afectados e investigación; unifican esfuerzos en la gestión de conocimientos, en la generación de

propuestas y en la potenciación de acciones que incidan en la respuesta al VIH.

- Las organizaciones de personas con VIH se consolidaron en grupos de base comunitaria que generaron liderazgos reconocidos en diferentes campos de intervención; las personas con VIH participan activamente como integrantes de actividades o desde la vigilancia social en la ejecución de programas, como los financiados por el Fondo Mundial.

Legislación más relevante en VIH:

- Capítulo II, Artículo 7 de la Constitución Política del Estado. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.
- Capítulo II, Artículo 9 de la Constitución Política del Estado. El Estado determina la Política Nacional de Salud. El Poder Ejecutivo norma, supervisa su aplicación y responde por el diseño y conducción en forma plural y descentralizadora para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Resolución Ministerial N° 235-96/DM, 02 Abril 1996. Aprueba el instrumento normativo "Doctrina, Normas y procedimientos para el control de las ETS y el sida en el Perú".
- Ley 26626 CONTRASIDA del 20 de junio de 1996. Encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Consagra los derechos de las poblaciones vulnerables, afectadas y de la priorización nacional de la problemática.
- Decreto Supremo N° 004-97-SA del 27 de junio 1997. Aprueba el Reglamento de la Ley 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA. Establece pautas de intervención a seguir por el país.
- Título preliminar de la Ley 26842 del 9 de julio 1997. Ley General de Salud. Establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para el bienestar individual y colectivo.
- Ley 27450, del 18 de mayo de 2001. Ley que Exonera del pago del Impuesto General a las Ventas y de los derechos arancelarios a los Medicamentos para Tratamiento Oncológico y VIH.
- Decreto Supremo N° 236-2001-EF del 21 de diciembre de 2001. Aprueba la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios.
- Resolución Directoral N° 265-2002-DGSP, 02 mayo 2002. Aprueba la Directiva N° 001-DGSP-DEAIS-DPCRD-CETSS-2002, Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el VIH.
- Decreto Supremo N° 003-2002-SA. 25 Mayo 2002. Dispone sobre las prestaciones ofrecidas por el Seguro Integral de Salud. Ente las prestaciones se incluye el tratamiento de VIH para niños de 0 a 4 años.
- Decreto Supremo N° 143-2002-EF del 20 de septiembre de 2002. Actualiza la relación de medicamentos e insumos para tratamiento oncológico y VIH / sida, para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios.
- Decreto Supremo N° 167-2002-EF, 30 octubre 2002. Incorporan diversos insumos dentro del anexo del DS N° 143-2002-EF que aprobó la actualización de la relación de medicamentos e insumos para terapia oncológico y VIH/sida
- Ley 27657 de acciones del Seguro Integral de Salud. Involucra el Tratamiento ARV gratuito a los niños hasta los 17 años.
- Decreto Supremo N° 040-2003 EF, 09 abril 2003. Incorpora medicamentos a la relación de medicamentos e insumos usados en tratamiento oncológico y sida: ESTAVUDINA, LAMIVUDINA, NEVIRAPINA, según especificaciones de los informes técnicos

expedidos por los órganos técnicos de dicho Ministerio.

- Resolución Ministerial No. 124-2004/MINSA. 6 de Febrero del 2004. Aprueban "Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia humana".

Marco legal posterior al lanzamiento del Programa TARGA (13 mayo del 2004)

- Decreto Supremo No. 077-2004-SA. 23 de Mayo 2004. Constituyen la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud - CONAMUSA.
- Ley No. 28243. 1 de Junio del 2004. Ley que amplía y modifica la Ley No. 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Resolución Ministerial N. 1328-2003-SA/DM. 10 Enero 2004. Aprueban Norma Técnica para la Articulación del Servicio de Consejeros Educadores de Pares para Personas con VIH.
- Resolución Ministerial No. 752-2004/MINSA. 1 de Agosto del 2004. Aprueban la Norma Técnica para la Adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH.
- Resolución Ministerial No. 939-2004/MINSA. 20 de Septiembre del 2004. Modifican la "Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad -TARGA- en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humano", aprobada por Resolución Ministerial No. 124-2004/MINSA
- Resolución Ministerial No. 1052-2004/MINSA. 8 Noviembre de 2004. Aprueban "Norma Técnica de Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el Médico de Atención Integral de las Personas viviendo con el VIH".
- Resolución Ministerial No. 311-2005/MINSA. 30 de Abril del 2005. Aprueban "Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran

Actividad - TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia humana".

Cooperación Internacional: OPS/OMS; ONUSIDA; UNICEF; UNFPA; USAID

Proyectos más relevantes: presentados por la Coordinadora Multisectorial en Salud - CONAMUSA y aprobados por el Fondo Mundial:

- II Ronda: aprobado en 2003, Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del sida y la Tuberculosis en el Perú; presupuesto US\$ 23,6 millones para sida a 5 años, se encuentra en Segunda Fase de ejecución.
- V Ronda: aprobado en 2005, Proyecto "Cerrando brechas: hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH en el Perú"; presupuesto US\$ 12.967.865 a 5 años; está en la Primera fase de ejecución
- VI Ronda: aprobado en 2006, Proyecto "Coordinación Nacional Multisectorial en Salud"; presupuesto US\$ 40.843.622 para 5 años; está en la fase de levantamiento de observaciones.



Venezuela

Venezuela, República Bolivariana de

Sistema de Salud:

El sistema de salud heredado se enfocaba en la atención de daños, no enfatizaba la prevención de riesgos ni a la promoción de la salud; hubo deterioro del sistema público, se replegó la red de atención primaria y la atención se centró en lo hospitalario. La construcción del Sistema Público Nacional de Salud supone una transición en que se integren el MINSA, IVSS, IPASME, PDVSA y otros regímenes públicos. El desarrollo de la Misión Barrio Adentro I, II y III en salud, por su escala masiva, modalidad de trabajo integral y participativa, se ha constituido en eje central en la construcción del nuevo sistema de salud venezolano. [39]

Respuesta Nacional al VIH [39]:

- **Ministerio del Poder Popular para la Salud: Tiene el Programa Nacional de sida e ITS** en 1999; se requiere fortalecer la articulación multisectorial.
- **Programa Nacional de sida (PNS):** componentes: Gestión; Educación y Prevención; Vigilancia epidemiológica; Atención, que es el más desarrollado y con mayor asignación de presupuesto (80%) en la última década. El PNS es el ejecutor de la Política en VIH.
- **Política en VIH:** la infección por el VIH se declaró entre las cinco prioridades Nacionales del Ministerio de Salud; se incorporó al Plan de Desarrollo General de la Nación y es una de las estrategias para reducir la pobreza. El Jefe de gobierno y otros altos funcionarios hablan en público a favor de la respuesta al sida, la prevención del VIH y la promoción de los derechos humanos de las personas con VIH (34 proyectos), con participación de sociedad civil.
- **Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR),** Estrategia de información, educación y comunicación sobre el VIH dirigida

a la población general, a jóvenes y mujeres embarazadas; programa de suministro gratuito de preservativos masculinos y femeninos, tamizaje obligatorio de VIH a todas las embarazadas, ARV gratuitos e instrumental para reducir transmisión vertical; Programa Escuelas Bolivarianas dirigido a jóvenes escolarizados para fortalecer SSR y prevenir embarazo adolescente, ITS e infección por VIH.

- **Plan Estratégico Nacional en VIH-sida para el período 2003-2007** Caracas 2003. Engloba el conjunto de respuestas nacionales a desarrollar en el periodo 2003 y 2007. Programa de suministro gratuito y universal de TARGA, pilar de la respuesta frente al VIH del MSDS; prevención de la transmisión vertical del VIH; estrategia Barrio Adentro, llevar las acciones de prevención y atención ITS/VIH a centros de primer nivel. En el 2005 se realizó primera campaña gubernamental de prevención VIH por medios masivos de comunicación [39].

Legislación más relevante en VIH:

- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002).
- Ley Orgánica de Salud (Proyecto en Primer Debate 2006): El Anteproyecto de reforma del Sistema Nacional de Salud restablece la rectoría del MSDS en el sector, compatibilizándola con gobernaciones, alcaldías y comunidades; conformación de unidades desconcentradas en cada estado, con junta directiva integrada por gobernaciones, alcaldías y comunidades y por el representante del Ministerio de Salud

Cooperación Internacional: OPS/OMS, ONUSIDA. No tiene proyectos financiados por Fondo Global.

3.5 Principales logros en las respuestas al VIH, 2003 – 2005

Bolivia

- La dotación de 400 tratamiento ARV triterapia, para personas con VIH, donación de Brasil
- Aprobación de la propuesta al Fondo Mundial “Actividades de Promoción de la salud Complementaria, prevención, tratamiento y vigilancia en respuesta al VIH/SIDA” con fondos por US\$ 16 millones para cinco años.
- Implementación de protocolos de prevención de la transmisión vertical, asesoría y tratamiento para niños.
- La implementación de siete Sitios Centinela para estudio de prevalencia del VIH en embarazadas y la población general durante un período de siete años por sitio centinela.
- Capacitación del personal de salud de los CDVIR en atención integral para personas con VIH y Vigilancia Epidemiológica, en Brasil y por expertos de Brasil en Bolivia.,
- La participación en la elaboración y presentación del Anteproyecto de ‘La Ley de Prevención del VIH y del sida’(Actualmente está en el parlamento).
- La articulación con la sociedad civil, ONGs y grupos de personas con VIH organizados.
- Elaboración del Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidados y Apoyo en VIH. 2006-2010

- Elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH en Bolivia

Colombia

- Iniciativa nacional para la reducción de la transmisión vertical del VIH en Colombia 2003-2006. financiada por la Comisión Europea Implementado en 912 municipios y 1.246 instituciones de salud; gestantes tamizadas para VIH: 371.425 (Feb 2006); VIH+: 854 (0,20%), menores 20 años: 18%; amas de casa: 89%; riesgo de transmisión Madre-Hijo con protocolo ARV completo desde antes 21 semanas de gestación: 1%. La estrategia fue asumida por el gobierno con una inyección adicional de recursos de USD 2.3 millones [30,49].
- El proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”, Financiado por el Fondo Mundial, 2004. Resultados 600.000 jóvenes, mujeres y hombres en condiciones de vulnerabilidad, entre 10 y 24 años, tanto desplazados como habitantes de municipios y localidades receptoras; 100.000 beneficiarios directos y 500.000 indirectos [19,30]
- Modelo de Gestión Programática en VIH y Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencia (2005). Res.3442/2006 Ministeriode Protección Social; elemento estratégico para la atención de las personas con VIH, coordinados por las entidades responsables del aseguramiento o que operan como APB. Incluye la garantía de acceso a TARGA, el seguimiento clínico y de laboratorio, el acceso a prevención, manejo de complicaciones y la rehabilitación [50].

- Observatorio Nacional de sida, creado en 2004 por el MPS; ha definido y concertado los principales indicadores de seguimiento al VIH y se ha elaborado su manual operativo; por lo minucioso del trabajo de formulación de indicadores, sirven de insumo para proponer un conjunto básico mínimo de estos para seguir la epidemia a nivel subregional.
- Proyecto “Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía”, 2004 que materializa la política de salud sexual y reproductiva a implementar en institucional educativas; se encuentra en fase de implementación como una experiencia piloto de 30 meses.
- Campañas en medios masivos de comunicación: “No pasa”, la campaña para la reducción del embarazo en adolescentes; la campaña “No da, si da ¿de que lado estas?”; El Ministerio de la Protección Social de Colombia hizo su campaña con el lema “No da sida; de qué lado estás”, en 2004, contra la homofobia y la discriminación. En 2005, se diseñó e implementó la campaña institucional de comunicación social “Derechos convertidos en hechos”, que incluye contenidos específicos para VIH y por el proyecto prevención de transmisión vertical, la campaña “A tu hijo transmítele sólo Amor”.
- Los programas promocionales y preventivos en VIH dirigidos hacia jóvenes y mujeres en edad reproductiva; también se realizaron acciones orientadas a grupos vulnerables incluyendo trabajadoras sexuales, HSH, desplazados por la violencia, fuerzas armadas y de policía y personas privadas de la libertad, en asocio con mas de 50 ONGs.
- Acceso a TARGA al 72% de las personas que necesitan tratamiento e inclusión en los Planes Obligatorios de Salud. todos los medicamentos sugeridos en la guía de atención, los exámenes

diagnósticos y de seguimiento (CD4, Carga Viral, genotipificación)

Chile

- El acceso a TARGA fue incorporado como una de las Garantías explícitas en Salud (GES), a través de la Ley GES que comenzó a implementarse en el 2005
- Ley de Medicina Preventiva (2005) garantiza acciones preventivas a toda la población; incluyó tamizaje para VIH a todas las gestantes en el control prenatal
- Ejecución de 13 planes regionales y 13 campañas de comunicación Social para la prevención del VIH, adecuadas a las realidades epidemiológicas y culturales locales en el marco de la descentralización.
- Acceso a TARGA del 100% de adultos, niños y embarazadas VIH(+) beneficiarios del Sistema Público de Salud.
- Ejecución de la II Fase del Proyecto del Fondo Mundial: “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional Intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH”

Ecuador

- El Programa Nacional de VIH e ITS logró en el 2006 un asiento en el Consejo Nacional de Salud.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, presentada por el Congreso al Ejecutivo para su aprobación; pretende fortalecer la articulación de instituciones publicas y privadas en el Sistema Nacional de Salud bajo rectoría del MSP.

- Ley de Maternidad gratuita, atención y tratamiento, incorpora prevención de la transmisión vertical VIH; es el eje de prevención de la transmisión del VIH y esta en proceso de descentralización hacia las provincias y cantones
- Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Ministerio Educación Nacional y la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, en proceso de ajuste; presentada por el Congreso al Ejecutivo; va a consulta popular el 26 nov 2006, implementa los temas de Salud Sexual y Reproductiva en currículums de educación primaria y secundaria a nivel nacional; actualmente pilotaje en tres ciudades: Guayaquil, Quito, Cuenca
- Los avances en cobertura con TARGA que durante el año 2006 alcanzó el 60.7%, al consolidar datos del PNSIDA, IESS, Fuerzas Armadas y de Policía.

Perú

- El inicio del Programa de Tratamiento antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) financiado inicialmente por el Proyecto del Fondo Mundial II Ronda y actualmente asumido en su totalidad por el país.
- Los Proyectos aprobados por el Fondo Mundial: II Fase del Proyecto de la II Ronda (US\$ 10.045.973) y I Fase de la V Ronda (US\$ 12.967.865) en fase de levantamiento de observaciones.
- La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), organismo de coordinación, constituido con representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas con

VIH, Tuberculosis y Malaria en el país. La CONAMUSA, se establece como un asocio que intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado, complementar y fortalecer lo que desde los Gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH, Tuberculosis, y Malaria.

- Elaboración del Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidados y Apoyo en VIH. 2006-2010
- Elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011, para la prevención y control de las ITS y el VIH en el Perú

Venezuela, República Bolivariana de

- Programa de Acceso Universal a TARGA, con cobertura estimada de 87.5%
- Programa de Reducción de Transmisión Materno Infantil del VIH: tamizaje VIH obligatorio a gestantes, TARGA gratuita e instrumental para atención.
- Declaratoria del VIH en las cinco prioridades del Ministerio de Salud en Salud Pública; se incorporó al Plan de Desarrollo General de la Nación y se considera en las estrategias para reducir la pobreza. El Ministerio de Salud incrementó el presupuesto para VIH: USD millones 31,2 (2003); 27,6 (2004); 27.9 (2005); 37.0 (2006). El 1,3% del presupuesto del Ministerio de Salud se destina al VIH: atención - TARGA (80%); reactivos (10%) y Prevención y gestión (10%); para 2006, en atención y TARGA (90%) [39].

- Ampliación de la misión Barrio Adentro I, II y III, eje central de la transformación del sistema de salud venezolano con fortalecimiento de la atención primaria, la prevención y fomento de estilos de vida saludables [39], que posibilita mayor penetración poblacional de las estrategias preventivas de la infección por el VIH
- Incorporación del tema VIH en los programas pedagógicos de escuela básica Ministerio de Educación, con 4271 docentes capacitados (2004-2005); continuación a partir del 2004 del proceso iniciado entre 2002-2003 "Escuelas Promotoras de Salud" que introdujo temas de prevención en VIH e ITS y embarazo dirigida a jóvenes de las misiones educativas en las Escuelas Bolivarianas (2000-2003): Centros: 1.383; Docentes: 14.557; Personal Salud Capacitado: 1.580; estudiantes: 263.014; equipos de gestión: 151 [39].
- Programa de distribución gratuita de preservativos; en 2006: 20 millones de condones masculinos y 0,6 millones femeninos.
- Mejora de cobertura de pruebas diagnósticas, el seguimiento inmunológico y virológico y el acceso a pruebas de resistencia viral gratuitas para quienes las requieran, según normas consensuadas con expertos nacionales.
- Primera Campaña gubernamental por medios masivos comunicación (2005), dirigida a población general, adolescentes y jóvenes entre 12-25 años, las mujeres embarazadas y las mujeres y hombres adultos; promoción del uso de preservativos como forma efectiva de prevenir la infección del VIH y a eliminar el estigma y discriminación hacia las personas con VIH; inició a finales 2005 y su impacto todavía no ha sido evaluado. Inversión: USD 937,000

3.6 Principales retos para revertir la epidemia VIH al 2015 y alcanzar acceso universal en prevención, atención y tratamiento VIH/SDIA/ITS

Los principales retos por lograr están basados en los hallazgos encontrados en las respuestas nacionales al VIH en los países de la subregión, en la revisión documental o durante las visitas a los países y están enmarcados en los objetivos intermedios y metas a alcanzar entre 2006-2010 planteadas por el Plan Estratégico Regional de Respuesta del Sector Salud al VIH 2006-2015 para alcanzar el objetivo de revertir la epidemia de VIH y lograr el acceso universal a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS en las Américas para el 2015 [46].

El orden en que se presentan los retos por lograr no obedece a ningún proceso de priorización y podrán aplicar en mayor o menor medida o no aplicar a un país en particular y no se limitan a los aquí relacionados:

1. Gestión

- Fortalecer la Incorporación del Plan Regional de VIH para el Sector Salud, 2006-2015 como marco de referencia en los procesos evaluativos y de ajuste de las Respuestas Nacionales al VIH; su implementación dentro de los planes nacionales es incipiente, así como su uso como referente para seguir y armonizar las respuestas nacionales propias para alcanzar acceso universal a servicios de prevención, atención y tratamiento a 2010 y lograr revertir la epidemia para el 2015. La OPS puede fortalecer la divulgación, el análisis y el acompañamiento a los países para incorporar el Plan Regional en sus respuestas nacionales.
- Elaborar el **Plan de Acceso Universal a la prevención, atención integral, tratamiento**

y apoyo en VIH en los países que aún no lo tienen; mediante este plan se puede visualizar la línea de base y brechas existentes de servicios requeridos y presupuesto para tener referentes de cumplimiento de metas de cobertura en prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS.

- Creación de redes subregionales de laboratorios de referencia para mejorar el acceso a servicios de tercer nivel, optimizar recursos y respaldar el control externo de calidad a los servicios de laboratorio relacionados con el VIH e ITS, incluidas las pruebas de resistencia por genotipo a antirretrovirales y los mecanismos para su seguimiento y vigilancia.
- Establecer los mecanismos y metodologías para actualizar o formular los lineamientos técnicos, protocolos de gestión y guías de manejo.
- Fortalecer la planificación y consecución de los recursos financieros requeridos en el mediano plazo para asegurar la continuidad de las respuestas nacionales en prevención, atención y tratamiento de VIH/ ITS.
- Implementar mecanismos para beneficiarse de las negociaciones de precios en medicamentos y otros insumos críticos para los servicios en VIH e ITS.

2. Sistema de monitoreo y evaluación

- Incentivar la elaboración de un Plan Subregional de Monitoreo y Evaluación de las respuestas nacionales en servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH e ITS, como

parte de los “Tres Unos” y estandarizar los mecanismos de seguimiento de la dinámica del VIH y del impacto logrado con las mismas, los mecanismos de análisis, perfiles e instrumentos necesarios para su registro, consolidación.

- Fortalecimiento y estandarización de los sistemas de notificación de personas con diagnóstico de infección VIH, de las muertes por sida o por otras causas en personas con VIH y de presentación de información consolidada para monitorear la epidemia de VIH y las respuestas dadas en la Subregión.
- Estandarización de las metodologías para estimar la prevalencia de la infección VIH en población general y subpoblaciones más expuestas, el número de personas con VIH y el número que necesitan TARGA en cada uno de los países, mediante vigilancia epidemiológica de segunda generación..
- Medición de líneas de base poblacionales y brechas existentes de servicios requeridos para tener referentes de cumplimiento de metas de cobertura en prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS.
- Divulgación de informes estandarizados con actualización periódica en las páginas Web de los Ministerios de Salud de la Subregión Andina, que faciliten el seguimiento y comparación entre países.

3. Multisectorialidad (participación de la sociedad civil)

- Fortalecer los mecanismos de armonización, coordinación y participación entre los diferentes actores de los sistemas de salud, otros sectores de los países incluso el sector privado, la sociedad civil, las personas con VIH y la cooperación internacional

en la Planificación Estratégica, desarrollo, seguimiento y veeduría de las respuestas al VIH e ITS para alinear los esfuerzos y recursos hacia el logro de los objetivos primarios.

- Identificar estrategias y mecanismos para incorporar la participación de las ONG y otros grupos de la sociedad civil en las actividades de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS en forma armonizada y alineada para alcanzar el objetivo de revertir la epidemia y acceso universal a servicios para el 2015.
- Fomentar la participación de grupos organizados de personas con VIH y redes comunitarias para que contribuyan en acciones de prevención, asesoramiento por pares, adherencia a terapias, vigilancia y control de cumplimiento de los servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS.

4. Estigma y discriminación

- Definición e implementación mecanismos para fortalecer el impacto de las estrategias encaminadas a reducir la discriminación por razones de género, preferencias sexuales y el estigma asociado a la infección por el VIH. La OPS/OMS apoyó campañas en varios países de Latinoamérica con el propósito de incidir en forma positiva en la imagen de los homosexuales que tiene la población en general, los propios homosexuales y otros grupos, como los profesionales de salud y educadores.

5. Acceso a servicios de prevención atención y tratamiento

- Definir el conjunto básico y mínimo de intervenciones que deben tener los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS para población general y población más expuesta.

- Implementación de la "Consejería para tamizaje voluntario" (VCT) para incrementar cobertura de diagnóstico temprano de VIH y captar a las personas con VIH en mejores condiciones de salud.
- Implementar estrategias preventivas específicas para personas más expuestas al VIH: HSH, TS, jóvenes
- Fortalecer la incorporación de la promoción de salud sexual, prevención de la infección por el VIH y diagnóstico precoz de VIH en otros puntos de atención de los sistemas de salud como programas de tuberculosis, atención a ITS, planificación familiar, atención de adolescentes.
- Establecer los mecanismos de divulgación de la información al público en forma continua sobre el estado de la epidemia, medidas preventivas generales y específicas, incluyendo medios masivos de comunicación.
- Fortalecer la implementación de estrategias diferenciadas de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS adaptados a jóvenes, HSH, trabajadores sexuales y otros grupos poblacionales tradicionalmente excluidos; y establecer mecanismos y metodologías para la actualización o formulación de los lineamientos técnicos, protocolos de gestión y guías de manejo.
- Fortalecer la Implementación de mecanismos que aseguren la cadena de suministros y el control de la calidad de insumos críticos para la prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS entre los proveedores y los lugares de servicio y de los mecanismos de seguimiento e impacto de las personas con TARGA.
- Fortalecimiento de las medidas de bioseguridad en los lugares de trabajo y de la disponibilidad de personal entrenado y suministros para brindar atención y profilaxis post exposición a los trabajadores de la salud que se pongan en contacto con el VIH
- Mecanismos para identificar necesidades

de atención de poblaciones migratorias y desplazadas dentro de los países y hacia otros países de la subregión; mecanismos para asegurar la continuidad y uniformidad de los servicios de prevención, atención y tratamiento de ITS y VIH a los ciudadanos subregionales en cualquier país donde se encuentren.

6. Investigación

- Definir las prioridades de investigación clínica, epidemiológica y operativa en apoyo de las estrategias de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS

7. Recursos humanos – Capacitación

- Definición de las necesidades de educación continua y capacitación de personal de salud sobre el conjunto básico de servicios en prevención, atención y tratamiento de la infección VIH, manejo sintomático de ITS y reducción del estigma, la discriminación y las disparidades por razones de género, preferencia sexual o estado de infección VIH e implementar los mecanismos para su desarrollo, monitoreo y evaluación.
- Incorporación en los programas de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud los temas relacionados con el conjunto básico de servicios prevención, atención y tratamiento del VIH y las ITS

3.7 Conclusiones Análisis de Situación VIH - Subregión Andina

La infección por el VIH y el sida continúa siendo un problema de salud pública con tendencia creciente en la Subregión Andina y sigue concentrada en los grupos poblacionales más expuestos, como los Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres (HSH), personas que intercambian relaciones sexuales por dinero; en la población general y las gestantes la prevalencia se mantiene por debajo del 1% para el año 2005.

La Subregión ha presentado avances y logros importantes en la lucha contra el VIH en el período 2003 – 2005, pero aun no alcanza el acceso universal en la mayor parte de los componentes de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH.

El estado de las respuestas nacionales del sector salud al VIH muestra avances importantes en desarrollos legislativos, elaboración, evaluación y ajustes de los Planes Estratégicos, Programas Nacionales o Comisiones de los Ministerios de Salud de respuesta al VIH y países como Bolivia, Colombia, Perú han elaborado sus Planes Multisectoriales.

Se requiere mejorar la articulación y alineación de todos los actores de los sistemas de salud, la sociedad civil y la cooperación internacional para lograr revertir la tendencia de la epidemia y el acceso universal a los servicios para el año 2015. Es necesario que los países fortalezcan los mecanismos para dar continuidad en el tiempo a las líneas críticas de acción de respuesta al VIH, sin importar los cambios de gobierno, la planificación para asegurar los recursos necesarios y los componentes de intersectorialidad, especialmente con educación y el sector privado y de cooperación subregional entre los países.

Es importante que los países de la subregión incorporen el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 como marco de referencia dentro de sus respuestas nacionales al VIH.

En prevención, los avances más destacados entre 2003-2005 están en la prevención de la transmisión vertical del VIH, que en varios países inició con proyectos financiados por la cooperación internacional que gradualmente están siendo asumidos por los sistemas de salud. Varios países avanzaron en la estructuración de sus respuestas en salud sexual y reproductiva dirigida principalmente a jóvenes, que deben avanzar y completar su proceso de implementación; los componentes de planificación familiar no se han desarrollado con suficiencia entre las mujeres infectadas por el VIH; se encontraron multiplicidad de proyectos preventivos puntuales ejecutados en su mayor parte por ONG. Es necesario fortalecer las respuestas preventivas dirigidas a los grupos más expuestos al VIH, como los HSH, las personas en el comercio sexual y otras en condiciones de mayor exposición y a la reducción del estigma y la discriminación.

El Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria financia actividades en VIH en los países de la Subregión Andina, con excepción de Venezuela; países como Perú tienen tres proyectos aprobados (II, V y VI Ronda).

En atención de la infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la subregión avanzó en la actualización de guías de manejo de VIH, tratamiento antirretroviral, manejo sintomático de ITS y modelos de gestión y de atención en diferentes modalidades; es necesario avanzar en la implementación de estos modelos, fortalecer la capacitación del personal de salud y adecuación de la infraestructura para

la atención integral del VIH e ITS y de respuestas adaptadas para grupos específicos: jóvenes, HSH trabajadores sexuales, gestantes adolescentes, entre otros y mejorar el acceso a servicios de diagnóstico para VIH, de seguimiento de las personas con VIH y en TARGA, incluyendo pruebas de resistencia genotípicas, para complicaciones oportunistas y la conformación de redes de laboratorios de referencia subregionales.

En la subregión no se han implementado políticas gubernamentales para crear ambientes favorables para los niños y las niñas afectadas por el VIH y las respuestas dirigidas a los huérfanos como consecuencia del sida; se encuentran algunas respuestas puntuales de la sociedad civil.

En tratamiento del VIH, el avance más destacado es la mejora en la cobertura con terapias antirretrovirales, con diferentes niveles de implementación; Venezuela y Chile alcanzaron prácticamente el acceso universal a TARGA, mientras que Colombia, Perú y Ecuador mostraron avances significativos a finales de 2006; Bolivia

logró iniciar el suministro de TARGA y alcanzó una cobertura del 37%; se requiere fortalecer y armonizar los mecanismos para asegurar la continuidad de las terapias, para lograr cobertura total de quienes la requieren y para el seguimiento y evaluación del impacto logrado.

En los sistemas de información para el monitoreo, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de la infección VIH y de las respuestas en servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH y las ITS se requiere inversión importante para su desarrollo y armonización que posibiliten el seguimiento y la comparación entre los países de las tendencias, líneas de base, estados del arte, avances; se requiere fortalecer la notificación y los mecanismos complementarios de seguimiento a personas con VIH, identificar con precisión quienes requieren TARGA y cuántos la reciben; armonizar las metodologías para medir las prevalencias del VIH en grupos específicos en la subregión y la investigación operativa en lo relacionado con VIH e ITS.

LISTADO DE PARTICIPANTES REUNION SUBREGIONAL ANDINA DE VIH 29 AL 31 DE ENERO DE 2007 HOTEL DANN NORTE

PARTICIPANTES	PROFESION	AGENCIA / Institución	PAIS	TELEFONO		MAIL	CARGO
JEANETE AGUIRRE	Médico Salubrista	OTCA	Brasil	5561-32484119	81295311	jaguirre@otca.org.br	Coordinadora de salud
RUBEN MAYORGA S.	Médico Infectólogo	ONUSIDA	Colombia	5112133200	51199536797	ruben.mayorga@pnud.org.pe	Coord.de Pais para,Peru,Ecuador,Bolivia
RICARDO GARCIA		ONUSIDA	Colombia				
JORGE SANCHEZ	Trabajador independiente	COALIS.DE PER. VIV.CON VIH	Colombia	2129860	3172345831	asvihda@yahoo.com	Director financiero
OSCAR FEO	Secretario Ejecutivo	ORAS	Peru	511-4409285	51193500796	oscarfeo@conhu.org.pe	
GLORIA LAGOS EYZAGUIRRE		ORAS	Peru	511-4409286		glagos@conhu.org.pe	
PATRICIA JIMENEZ	Médico	ORAS	Peru	511-4409287	51197590686	feopatricia@yahoo.com	Asesora
LUZ MARY RINCON		FUNDACION GIRASOL	Colombia				
NORA CORREDOR		UNICEF	Colombia				
DIEGO PALACIOS		UNFPA	Colombia				Representante
		PNUD					
ANDREW RADOLF	UNESCO	UNESCO	Ecuador	59322529085	59397685073	aradolf@unesco.org.ec	Director Interino Of. Regional Quito
Dra.JACOBS MARJOLEIN	Médica Salud Pública	PMA	Panama	507-3173984	507-66574869	marjolein.jacobs wfp.org	
BEATRIZ COHENCA	Bioquímica	PRONUSIDA	Paraguay	59521298700	595981416562	betty_cohenca@yahoo.com	
FERNANDO SEGURA	Abogado	COALIS.DE PER. VIV.CON VIH	Colombia	2129860	3172345831	asvihda@yahoo.com	
JOSE L.SEBASTIANO	Médico	MINISTERIO DE SALUD	Peru	511-3156600 anexo 2342	51199246766	jsebastian minsalu.gov.pe	Jefe de Programa
Dr.RONNY ROSSEL	Médico Salubrista	MINISTERIO de Salud	Bolivia	2-2115022	71992946	ronnyrossel hotmail.com	Jefe de Programa Nacional de ITS
MARIA HELENA ROJAS	Médico	MINISTERIO de Salud	Ecuador	529560	86099756	marihelen_rojas@yahoo.es	Jefe de Programa
EDITH ORTIZ	Enfermera	CONASIDA	Chile	562-6300673		eortiz minsal.ch	Coordinadora ejecutiva
THAISA SANTOS LIMA	Enfermera	MINISTERIO DE SALUD DE VENEZUELA	Venezuela	582122065051		thasantoslima@gmail.com	
RICARDO LUQUE		MINISTERIO DE LA PROTECCION	Colombia				Jefe de Programa
MARIO VALCARCEL	Epidemiólogo	P.Focales VIH OPS	Peru	5114213030	5193524070	mvalcarc@paho.org	Coordinador
FERNANDO GONZALEZ	Médico	P.Focales VIH OPS	Peru	5114213030	5198697373	fgonzale@paho.org	Profesional nacional
Lic.DIDDIE SCHAAF	Epidemióloga	P.Focales VIH OPS	Bolivia	5912-2412465	70637205	dschaaf@bol.ops-oms.org	Profesional nacional ITS VIH
DELMIN CURY	Médico	P.Focales VIH OPS	Ecuador		99226907	dcury@ecu.ops-oms.org	Asesor transmisibles

SOLEDAD PEREZ	Sociologa	P.Focales VIH OPS	Venezuela	582122065051	584166203789	soledad@ven.ops-oms.org	Profesional Nacional salud familia
ROBINSON CABELLO	Médico	LACASSO	Peru	511-4331396	51193505140	robinsoncabello@yahoo.com	Director ejecutivo
WALVER VILLEGAS	Sicólogo	RELARD	Venezuela	582122327938	58412-3764146	walverpsico@yahoo.es es_rvgpositiva@yahoo.es	Secretario
LIGIA LOPEZ		ICW	Colombia	5576910	3165304995	ligialo@yahoo.es	Referente por Colombia
JUAN SIMBAQUEBA	sicologo	Redes Sociedad Civil	Peru	571-3510465	3105732703	jsimbaqueba@yahoo.com	Representante MCP
Dr. JUAN MANUEL SOTELO	Médico	OPS	Chile	562-3213620		sotelojm@chi.ops-oms.org	Representante
PATRICIO ROJAS	Médico	OPS WDC	Washington	1202-9743614		rojaspat@paho.org	Jefe de Programa VIH/Sida
LOURDES KUSUNOKI		Consultora - ASIS	Peru				Consultor
JORGE ALBERTO NAGLES P.		Consultor - ASIS	Colombia				Consultor
PIER PAOLO BALLADELLI		OPS	Colombia				Representante OPS-Colombia
BERTA GOMEZ		OPS	Colombia				Asesora Subregional VIH-OPS
RAFAEL PARDO		OPS	Colombia				Profesional Nal.VIH- OPS Colombia
ZORAIDA SANDOVAL		OPS	Colombia				Apoyo Secretarial
CLAUDIA CERON		OPS	Colombia				Comunicaciones
ROBERTO SEMPERTEGUI	Médico	OPS	Colombia	3144141	3153438916	rsempert@paho.org	Trasmisibles y Gestion del conocimiento
MARIA CRISTINA LATORRE		OPS	Colombia				Medicamentos
GERARDO ALFARO		OPS	Colombia				Asesor Servicios de Salud OPS-Colombia
MARTHA SABOYA		OPS	Colombia				Profesional Nal.Enf. Transmisibles -AIEPI
AMPARO GAITAN FEO		OPS	Colombia				Apoyo Secretarial
DIEGO PALACIO BETANCURT		MinProteccion Social	Colombia				Ministro de la Protección Social
BLANCA E.CAJIGAS ACOSTA		MinProteccion Social	Colombia				Viceministro (e)
CARLOS MESA		Direccion General Calidad Serv.	Colombia				Director General
ANDRES F.PALACIO CHAVERRA		Direccion General Promoc.Social	Colombia				Director General
LENIS E. URQUIJO VELASQUEZ		Direccion General Salud Publica	Colombia				Director Salud Publica

SIDIA CAICEDO	Enfermera	MinProteccion Social	Colombia	3305000	3153267874	scaicedo@ins.gov.co	Profesional Especializado
NESTOR ARMANDO ORTIZ	Médico Epidemiólogo	Direccion General Salud Publica	Colombia	3305000 ext.1418	3108623780	naortiz yahoo.com.mx	Asesor
LUIS ANGEL MORENO	Médico Epidemiólogo	Direccion General Salud Publica	Colombia	3305000 ext.1419	3115917097	lmoreno@minproteccionsocial.gov.co	Consultor Ministerio de Salud Publica
ALFREDO L. RUEDA PRADA		Direccion General Salud Publica	Colombia				
MARCELA GIRALDO		Direccion General Riesgos Prof.	Colombia				
MARIA CLARA ESCOBAR		Oficina de Cooperacion Internacional	Colombia				Jefe de Coope. Y Relaciones Intern.
LUIS EDUARDO MEJIA		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	Colombia				Director INS
JULIO CESAR ALDANA		INVIMA	Colombia				Director
HECTOR ZAMBRANO		SECRETARIA SALUD BOGOTA	Colombia				Secretario de Salud
JOSE FERNANDO CARDONA		SECRETARIA SALUD BOGOTA	Colombia				Director Salud Publica
GUILLERMO HOYOS	Médico	SECRETARIA SALUD BOGOTA	Colombia	3649559		juan hoyosa@gmail.com	Referemte en VIH
ANGELA GONZALEZ	Médico	FONDO MUNDIAL	Colombia	6227774 ext.149	3112862857	acgonzalez@oim.org.co	Gerente de Proyecto Colombia
SANDRO CALVANI	Médico	ONUSIDA COLOMBIA	Colombia	6467000	3102102124	sandro.calvani@unodc.org	Presidente de Grupo Tematico
DIANA CAROLINA CACERES		CONVENIO ANDRES BELLO	Colombia				
TORGNY SVENUNGSSON		Oficina de Coop. EMBAJADA SUECIA	Colombia				Jefe de la Oficina de Coop. Emb. Suecia
MYRIAM COSSIO	Sicòloga Social	FUNDACION GIRASOL	Colombia	2853315	3012199709	girasolnacional@yahoo.es	Dierctora Nacional
Dr. ZOILO CUELLAR	Médico oftalmòlogo	ASOC. LATIONAMER. ACAD.DE MEDIC.	Colombia	2128670-2351001	3102276709	acadmed@cable.net.co	Secretario Ejecutivo
Lic. IRAIDIS SOTO	Enfermera	ASOC.COLOMB. FACULT.DE ENFER.	Colombia	2328399	3153543479	acofaen@etb.net.co/ iraidisoto@etb.net.co	Directora Ejecutiva
JORGE IVAN LOPEZ	Profesional en gobierno y relaciones internacionales	MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES	Colombia	5662008 ext.3381	3164357194	jorge.lopez@cancilleria.gov.co	Asesor Coordinador de Integracion y Des.
JOSE FELIX PATIÑO		FEDER.PANAMER. FACULT.MEDICINA	Colombia				Director
GABRIEL CARRASQUILLA	Medico epidemiologo	ORAS	Colombia	2569455			Director en Colombia
ROSMERY RODRIGUEZ		ORAS	Colombia				Secretaria estara solo el lunes 28 enero
ZULMA MANCO		FUNDACION CORMUJER	Colombia				

LUIS FERNANDO LEAL	Ingeniero de Sistemas	ASICAL	Colombia	571-2454757	573124573220	director@ligasida.org	Director Liga
CARLOS GAMBA		UNESCO	Colombia				Embajador-Secretario Ejecutivo
MARTA C. RAMIREZ		COHAN	Colombia				Gerente
PAULA DIAZ		COHAN	Colombia				Asesora
NANCY YANETH ANGULO CASTAÑEDA	Médica Toxicóloga Clínica	INVIMA	Colombia	2948700 ext.3917	3105593834	yaneth81@hotmail.com	Integrante de grupo farmacovigilancia
INES ELVIRA ORDÓÑEZ	Médico Epidemióloga	MINISTERIO DE LA PROTECCION	Colombia	3305000 ext.1255		iordóñez minproteccionsocial.gov.co	Consultor DGGD
EDGAR ENRIQUE GUTIERREZ RAMIREZ	Médico	MINISTERIO DE LA PROTECCION	Colombia	3305000 ext.1524	3165697885	egutierrez@minproteccionsocial.gov.co	Profesional especializado
ALFREDO MEJIA DUARTE	Sicólogo	FUNDACION HENRY ARDILA	Colombia	3384991	3103202871	hafundacion@asistencia.org	Director
MARTHA INES VALDIVIESO CAMACHO	Enfermera	ACOFAEN	Colombia	2328399	3102626397	acofaen@etb.net.co	
DANIEL GONZALO ESLAVA ALBARRACIN	Enfermero PhD	ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA	Colombia	3406846	3167419952	dgeslava@javeriana.edu.co	Presidente
ALBERTO NICOLAY CAMARGO RIASCOS	Médico	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	Colombia	2207700 ext 122	3002758315	acamargo@ins.gov.co	Asesor dirección general
GUILLERMINA AGUDELO MATIAS	ADMINISTRADOR PUBLICO	MINISTERIO DE LA PROTECCIONSOCIAL	COLOMBIA	3305000EXT1093	3115899049	gagudelo@minproteccion social.gov.co	especializado oficina de cooperacion
MARTA C. RAMIREZORREGO	MEDICO	COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA	COLOMBIA	3548880	3136605958	gerencia@cohom-org.co	gerente



4. Plan Subregional de Vih para el sector salud 2007-2010

Durante la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina en marzo del 2006 se expidió la Resolución REMSAA XXVII/409 “El VIH/SIDA en la Subregión Andina, Acceso Universal para la Prevención, Cuidados y Tratamiento del VIH/SIDA”, donde se resuelve: “Elaborar y/o actualizar los Planes Estratégicos Multisectoriales en VIH/SIDA y los Planes Operativos y de Monitoreo y Evaluación de los países miembros, en el marco de Acceso Universal a la prevención, cuidados y tratamiento del VIH/SIDA con el apoyo técnico del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la OPS/OMS”

En cumplimiento de este mandato, el Organismo Andino de Salud (ORAS), la OPS/OMS y el ONUSIDA iniciaron un trabajo coordinado desde el mes de abril de 2006. Producto de este trabajo coordinado se acordó la elaboración de un Análisis de Situación del VIH en la Subregión que fue validado en una reunión subregional de los países andinos y Chile los días 29 a 31 de enero de 2007, en la ciudad de Bogotá, Colombia; y se identificó la necesidad de elaborar un Plan Subregional de VIH que permitiera el despliegue del Plan Regional de OPS, para el Sector Salud. (Anexo 2: Lista de participantes)

En esta Reunión, con relación a la lucha contra la epidemia de VIH en la subregión, se identificaron logros importantes tales como desarrollos legislativos en todos los países, avances en la prevención de la transmisión vertical, ampliación de cobertura y acceso a la atención y los tratamientos, un número mayor de RRHH capacitado para la atención integral y esfuerzos importantes para reducir el subregistro. Sin embargo también fueron identificadas debilidades muy importantes que requieren ser superadas si se quiere incidir en la epidemia:

- En el liderazgo del Sector: necesidad de fortalecimiento de la intersectorialidad y de estrategias de sostenibilidad.

- En prevención: debilidad de las respuestas estratégicas preventivas para HSH, TS y jóvenes, donde se percibe un importante vacío, escasez de infraestructura e insumos para prevención, necesidad de reducción del estigma y la discriminación y mayor mercadeo Social para uso de condón.
- En atención: necesidad de fortalecimiento de redes asistenciales y de implementación de respuestas adaptadas a las necesidades de HSH, TS, jóvenes (incluso legales), capacitación del personal de salud en consejería, reducción del estigma y atención VIH-ITS, Equidad y calidad de servicios de diagnóstico VIH e ITS, atención y terapia, Redes de laboratorios para asistencia y control externo de calidad, continuidad y calidad de la atención y los tratamientos.
- En Vigilancia epidemiológica y M&E: necesidad de estudios de Vigilancia epidemiológica en grupos vulnerables, Planes de Monitoreo y evaluación de Respuestas Nacionales al VIH y un conjunto mínimo de indicadores, Estandarización de Sistemas de Notificación, Mecanismos complementarios de seguimiento posterior al diagnóstico, Consensuar metodologías para estimar y estudiar: prevalencias, líneas de base, brechas, Armonización de la presentación de información periódica y divulgación.

En tal sentido, este Plan Subregional de VIH (PSR – VIH) para el Sector Salud tiene el propósito de apoyar a las respuestas estratégicas nacionales con un conjunto armónico de estrategias en temas relacionados con la enfermedad, personas en condiciones migratorias, redes de laboratorios, control de calidad, definición de modelos de atención a ser aplicados por todos los países miembros, unificación de los sistemas de notificación, seguimiento, monitoreo, evaluación

y vigilancia de la epidemia. Estas estrategias requieren ser implementadas entre varios países, no en forma individualizada, pues corre el riesgo significativo de fracaso.

Se propone además, planificar el accionar de este Plan Subregional apoyado operativamente en su implementación por la Comisión Técnica Subregional de SIDA y por las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas y los donantes que trabajan en la subregión, mediante las siguientes consideraciones:

- Estrategias que requieran aplicación subregional entre países, en apoyo a las respuestas nacionales al VIH.
- Fortalecimiento de la cooperación técnica entre los países de la subregión.
- El PSR-VIH servirá de marco de referencia subregional para armonizar la coordinación de la cooperación internacional en la lucha contra el VIH.
- Búsqueda de sinergias que faciliten a la subregión revertir la epidemia del VIH y alcanzar acceso universal en prevención, atención y tratamiento para el 2010

4.1 Objetivo General

Apoyar a los países con respuestas subregionales para fortalecer el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH.

4.2 Meta General

En el 2010, se tendrán implementadas estrategias subregionales que complementen y apoyen a las respuestas nacionales para alcanzar el acceso universal a servicios integrales en VIH.

4.3 Líneas Críticas de Acción

Las líneas críticas de Acción consideradas en este Plan Subregional están comprendidas dentro de las Líneas de acción del Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015 OPS/OMS y que responden al análisis realizado de la situación del VIH en la Subregión Andina.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 1: Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil.

A través de esta Línea de Acción se busca establecer espacios Subregionales para evaluar el estado de la epidemia en la subregión y para el seguimiento del Plan Subregional de VIH para el Sector Salud con participación multisectorial, de sociedades científicas, asociaciones académicas y de la sociedad civil; mecanismos para fortalecer la presencia de las estrategias contra VIH/SIDA en espacios de Alto Nivel Subregional y apoyar la continuidad y sostenibilidad de las respuestas nacionales.

Se considera consolidar la memoria subregional sobre la epidemia VIH/SIDA y de las respuestas dadas por los países, en apoyo a quienes asuman de forma reciente el nivel directivo de las respuestas nacionales; la generación de planificación estratégica y gestión de la respuesta al VIH/SIDA/ITS, dirigidos a los niveles directivos; la realización de proyectos para consolidar un portafolio subregional de estrategias de prevención, atención y tratamiento de VIH/SIDA/ITS con análisis de efectividad y de esa manera fortalecer la capacidad de Gestión y de Planificación de los niveles directivos de las estrategias nacionales de respuesta al VIH/SIDA

La OPS/OMS, ONUSIDA han apoyado campañas en varios países de Latinoamérica con el propósito de incidir en forma positiva en la imagen que tiene la población en general, los profesionales de salud,

educadores, los propios HSH y otros grupos, sobre la homosexualidad, sobre las personas que viven con el VIH, pero estas no han sido suficientes. Por eso es importante definir e implementar mecanismos para fortalecer el impacto de las estrategias encaminadas a reducir el estigma y la discriminación por razones de género, preferencias sexuales y el estigma asociado a la infección por el VIH.

Identificar estrategias y mecanismos para incorporar la participación de las ONG y otros grupos de la sociedad civil en las actividades de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS en forma armonizada y alineada para alcanzar el objetivo de revertir la epidemia y acceso universal a servicios para el 2015.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 2: Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral.

La Subregión ha presentado avances y logros importantes en la lucha contra el VIH en el período 2003 – 2005, pero aun no alcanza el acceso universal en la mayor parte de los componentes de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH.

Por lo que, es necesario el fortalecimiento a nivel subregional de procesos de negociación, de monitoreo de impacto de negociaciones y de posibles mecanismos de compra conjunta de insumos críticos para prevención, atención y tratamiento del VIH; ya que si bien se han realizado negociaciones conjuntas con buenos resultados, hubieron muchas dificultades al poner en práctica los acuerdos asumidos en las negociaciones.

La identificación, recopilación y difusión de estrategias exitosas para la Prevención de la infección por VIH e ITS en HSH, incluyendo jóvenes HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de

la Libertad, jóvenes heterosexuales, niños y niñas en condiciones de explotación sexual, mujeres, grupos étnicos y migrantes; para la Inducción a la demanda y Diagnóstico temprano del VIH diferenciadas por poblaciones más vulnerables.

La realización de un diagnóstico de situación sobre necesidades de Cooperación Técnica en VIH/SIDA/ITS a fin de elaborar un Plan Subregional de Cooperación Técnica para VIH, en asocio con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH); definir mecanismos de implementación, monitoreo y evaluación del Plan Subregional de Cooperación Técnica

La identificación de necesidades de atención específicas de atención en VIH diferenciadas por poblaciones más vulnerables y presentación de recomendaciones

La incorporación de la temática VIH en currículo de medicina y enfermería. La elaboración del Análisis de situación de la respuesta subregional al VIH pediátrico, en políticas, prevención y atención integral y presentación de alternativas estratégicas subregionales para la abogacía a alto nivel sobre este tema.

La elaboración de una agenda de trabajo subregional en la coinfección TB-VIH, dado que es necesario propiciar un trabajo conjunto entre los equipos de VIH y TB para el abordaje integral de las personas que presentan la co-infección. Además se está considerando el tema de avanzar en medir cuánta es la carga de enfermedad en la Subregión por lo que se está planteando la elaboración de un Diseño de estudio multicéntrico subregional de carga de co-infección TB-VIH

También estamos incorporando el aspecto de Bancos de Sangre, ya que en los últimos años son muchos los avances en el tema de seguridad sanguínea, si embargo el tema aún no está resuelto.

El establecimiento de una red Subregional de laboratorios de Referencia para facilitar el acceso a pruebas diagnósticas de tercer nivel (genotipificación) para la atención de VIH y el control externo de calidad de las mismas a fin de hacer seguimiento y monitoreo de la resistencia generada a los antirretrovirales en las personas con VIH que están recibiendo TARGA.

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 3: Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.

En el análisis de situación elaborado, la Vigilancia epidemiológica y M&E ha sido uno de los componentes que necesita fortalecimiento, pues hay la necesidad de estudios de Vigilancia epidemiológica en grupos vulnerables, Planes de Monitoreo y evaluación de Respuestas Nacionales al VIH y un conjunto mínimo de indicadores, Estandarización de Sistemas de Notificación, Mecanismos complementarios de seguimiento posterior al diagnóstico, Consensuar metodologías para estimar y estudiar: prevalencias, líneas de base, brechas, Armonización de la presentación de información periódica y divulgación.

Con estas conclusiones del análisis de situación se están considerando las siguientes actividades:

Diseñar e Implementar un Sistema Subregional de monitoreo y evaluación en VIH, en el marco de los lineamientos de UNGASS, ODM para el seguimiento de la epidemia y de las respuestas estratégicas nacionales de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS, mediante un conjunto básico y mínimo de variables e indicadores que implementarían todos los países de la subregión.

El fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica para mejorar la caracterización de la epidemia de VIH en la subregión, con énfasis en poblaciones más expuestas y para el desarrollo de competencias en la subregión para realizar estudio subregional comportamentales y de seroprevalencia de VIH en HSH, TS y jóvenes heterosexuales.

Elaboración de las directrices subregionales para la realización de estudios subregionales de vigilancia epidemiológica de segunda generación en grupos étnicos y nativos.

4.4 Resultados y Actividades por cada Línea Crítica de Acción

1: Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil.

R 1.1 Espacios subregionales de armonización y seguimiento del Plan Subregional de VIH establecidos

- 1.1.1 Monitoreo y Seguimiento al avance del Plan Subregional de VIH
- 1.1.2 Coordinación de actividades para el seguimiento del Plan Subregional de VIH en reuniones satélites aprovechando las reuniones de MERCOSUR, GCTH y OTCA.
- 1.1.3 Coordinación de actividades del Plan Subregional de VIH con MERCOSUR y OTCA, en el marco de la reunión anual de seguimiento al Plan Subregional de VIH y otras reuniones regionales o subregionales
- 1.1.4 Incorporación de la temática VIH en currículo de medicina y enfermería e implementación de educación virtual para el fortalecimiento de los RRHH que atienden la problemática.

R 1.2 Capacidad de gestión de los Programas Nacionales articulada y fortalecida

- 1.1.1 Capacitación e intercambio de metodologías de desarrollo de Modelos de gestión
- 2.2.2 Capacitación en uso de herramientas de gestión de proyectos y veeduría ciudadana a las redes regionales y los niveles directivos de los programas nacionales..

R 1.3. Estrategia subregional contra Estigma y Discriminación elaborada, consensuada e implementada

- 1.3.1 Realización de una investigación cualitativa sobre estigma y discriminación en los 6 países andinos, determinando la situación en la subregión (línea de base) y líneas de intervención, con participación de las redes subregionales en VIH / SIDA.
- 2.2.2 Capacitación de facilitadores por país para reducir el estigma, la discriminación y la homofobia.

2: Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral.

R 2.1 Evaluación del Impacto de las negociaciones en los precios y el acceso a los ARV en los países de la subregión

1.1.1 Informe sobre el impacto obtenido en la subregión con la negociación para la reducción de precios en medicamentos e insumos críticos (reactivos, preservativos, lubricantes acuosos)

R 2.2 Capacidad de respuesta fortalecida para la gestión de programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS con énfasis en población vulnerable a través del fortalecimiento de capacidades del recurso humano, la gestión del conocimiento, la evidencia y el enfoque intercultural.

2.2.1 Identificación, recopilación y difusión de estrategias exitosas para la Prevención de la infección por VIH e ITS en HSH, incluyendo jóvenes HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de la Libertad, jóvenes heterosexuales, niños y niñas en condiciones de explotación sexual, mujeres, grupos étnicos y migrantes.

2.2.2 Identificación, recopilación y difusión de estrategias exitosas para la Inducción a la demanda y Diagnóstico temprano del VIH diferenciadas por poblaciones más vulnerables.

2.2.3 Identificación de necesidades de atención específicas diferenciadas por poblaciones más vulnerables y presentación de recomendaciones.

2.2.4 Elaboración de una agenda de trabajo subregional en la coinfección TB-VIH

2.2.5 Definición de componentes educativos y criterios subregionales para la selección y el reclutamiento de donantes voluntarios y la relación de los bancos de sangre con los sistemas de vigilancia epidemiológica.

2.2.6 Fortalecimiento de los estándares de criterios de calidad y evaluación externa de los bancos de sangre de la subregión.

2.2.7 Elaboración del Plan Subregional de Cooperación Técnica Horizontal en forma conjunta con el GCTH, con base en un diagnóstico de necesidades, capacidades técnicas y conocimientos estratégicos en los países de la región.

R 2.3 Establecimiento de la Red subregional de laboratorios para optimizar la inversión de recursos

2.3.1 Conformar una red subregional 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.

- 2.3.2 Organizar un programa de evaluación externa de evaluación de la Calidad.

3: Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.

R 3.1 Un Sistema Subregional de Monitoreo y Evaluación (M&E) en VIH, en el marco de los lineamientos de ONUSIDA y ODM, implementado.

- 3.1.1 Diseñar e implementar un sistema subregional de M&E en VIH

R3.2 Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica para mejorar la caracterización de la epidemia de VIH en la Subregión, con énfasis en poblaciones más expuestas.

- 3.2.1 Armonización de la información epidemiológica sobre VIH en la Subregión
- 3.2.2 Fortalecimiento de competencias en la Subregión para realizar Estudio Subregional comportamental y de seroprevalencia de VIH en HSH, TS y jóvenes heterosexuales.
- 3.2.3 Elaboración de las directrices subregionales para la realización de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación en grupos étnicos y nativos

Resultados y Actividades por cada Línea Crítica de Acción

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 1: Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil	
RESULTADO	
1.1 Espacios subregionales de armonización y seguimiento del Plan Subregional de VIH establecidos	
Código	Actividad / Sub-Actividad
1.1.1	Seguimiento al avance del Plan Subregional de VIH
1.1.2	Coordinación de actividades para el seguimiento del Plan Subregional de VIH en reuniones satélites aprovechando las reuniones de MERCOSUR, GCTH y OTCA.
1.1.3	Coordinación de actividades del Plan Subregional de VIH con MERCOSUR y OTCA, en el marco de la reunión anual de seguimiento al Plan Subregional de VIH u otras reuniones regionales o subregionales
1.1.4	Incorporación de sociedades científicas y asociaciones académicas para la armonización y seguimiento al Plan Subregional.
RESULTADO	
1.2. Capacidad de gestión de los Programas Nacionales articulada y fortalecida	

Código	Actividad / Sub-Actividad
1.2.1	Capacitación e intercambio de metodologías de desarrollo de modelos de gestión
1.2.2	Capacitación en uso de herramientas de gestión de proyectos y veeduría ciudadana a las redes regionales y los niveles directivos de los programas nacionales

RESULTADO

1.3. Estrategia subregional contra Estigma y Discriminación elaborada, consensuada e implementada

Código	Actividad / Sub-Actividad
1.3.1	Realización de una investigación multicéntrica sobre estigma y discriminación en los 6 países andinos, determinando la situación en la subregión (línea de base) y líneas de intervención, con participación de las redes subregionales en VIH / SIDA.
1.3.2	Capacitación de facilitadores por país para reducir el estigma, la Discriminación y la Homofobia

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 2: Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral

RESULTADO

2.1 Evaluación bianual del impacto de las negociaciones en los precios y el acceso a los ARV en los países de la subregión

Código	Actividad / Sub-Actividad
2.1.1	Informe sobre el impacto obtenido en la subregión con la negociación para la reducción de precios en medicamentos e insumos críticos (reactivos, preservativos, lubricantes acuosos)

RESULTADO

2.2 Capacidad de respuesta fortalecida para la gestión de programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS con énfasis en población vulnerable a través del fortalecimiento de capacidades del recurso humano, la gestión del conocimiento, la evidencia y el enfoque intercultural.

Código	Actividad / Sub-Actividad
2.2.1	Identificación, recopilación y difusión de estrategias exitosas para la Prevención de la infección por VIH e ITS en HSH, incluyendo jóvenes HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de la Libertad, jóvenes heterosexuales, niños y niñas en condiciones de explotación sexual, mujeres, grupos étnicos y migrantes.
2.2.2	Identificación, recopilación y difusión de estrategias exitosas para la Inducción a la demanda y Diagnóstico temprano del VIH diferenciadas por poblaciones más vulnerables.
2.2.3	Identificación de necesidades de atención específicas de atención en VIH diferenciadas por poblaciones más vulnerables y presentación de recomendaciones
2.2.4	Elaboración de una agenda de trabajo subregional en la coinfección TB-VIH
2.2.5	Definición de componentes educativos y criterios subregionales para la selección y el reclutamiento de donantes voluntarios y la relación de los bancos de sangre con los sistemas de vigilancia epidemiológica.

2.2.6	Fortalecimiento de los estándares de criterios de calidad y evaluación externa de los bancos de sangre de la subregión
-------	--

2.2.7	Elaboración del Plan Subregional de Cooperación Técnica Horizontal en forma conjunta con el GCTH, con base en un diagnóstico de necesidades, capacidades técnicas y conocimientos estratégicos en los países de la región.
-------	--

RESULTADO

2.3 Establecimiento de la Red subregional de laboratorios para optimizar la inversión de recursos

Código	Actividad / Sub-Actividad
2.3.1	Conformar una red subregional 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, incluida la resistencia a la terapia antirretroviral.

2.3.2	Organizar un programa de evaluación externa de evaluación de la calidad
-------	---

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 3: Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.

RESULTADO

3.1 Sistema Subregional de Monitoreo y Evaluación (M&E) en VIH, en el marco de los lineamientos de ONUSIDA implementado

Código	Actividad / Sub-Actividad
3.1.1	Diseñar e implementar un Sistema Subregional de M&E en VIH

RESULTADO

3.2 Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación para mejorar la caracterización de la epidemia de VIH en la Subregión, con énfasis en poblaciones más expuestas.

Código	Actividad / Sub-Actividad
3.2.1	Armonización de la información epidemiológica sobre VIH en la subregión:

3.2.2	Fortalecimiento de competencias en la subregión para realizar Estudio Subregional comportamentales y de Seroprevalencia de VIH en HSH, TS y jóvenes heterosexuales
-------	--

3.2.3	Elaboración de las directrices subregionales para la realización de estudios vigilancia epidemiológica de segunda generación en grupos étnicos y nativos.
-------	---

4.5 Presupuesto

Presupuesto General y por Líneas Críticas de Acción

Código	Línea Crítica de Acción	Presupuesto US\$	
		2007 - 2010	
1	Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil		348.000
2	Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral		271.500
3	Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.		175.000
	TOTAL		794.500

Presupuesto por Líneas Críticas de Acción y por año

Código	Línea Crítica de Acción	Presupuesto US\$				TOTAL
		2007	2008	2009	2010	
1	Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil					
		77.000	147.000	52.000	72.000	348.000
2	Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral					
		35.000	185.500	38.000	13.000	271.500
3	Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.					
	SUB TOTAL	55.000	61.000	57.000	2.000	175.000
	TOTAL	167.000	393.500	147.000	87.000	794.500

“PLAN SUBREGIONAL DE VIH PARA EL SECTOR SALUD 2007-2010”

“OBJETIVO GENERAL Apoyar a los países con respuestas subregionales para fortalecer el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH “
“META GENERAL En el 2010, se tendrán implementadas estrategias subregionales que complementen y apoyen a las respuestas nacionales para alcanzar el acceso universal a servicios integrales en VIH.”

LÍNEA CRÍTICA DE ACCIÓN 1: Fortalecer el liderazgo y gestión del sector salud con la participación de diferentes sectores, incluida la sociedad civil		
RESULTADO		
1.1 Espacios subregionales de armonización y seguimiento del Plan Subregional de VIH establecidos		
	Indicador: Entre 2007 y 2010 se tendrá la reunión anual de seguimiento al avance del Plan Subregional de VIH realizada, con anterioridad a la REMSAA	
Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo
	Indicador: Entre 2007 y 2010 se tendrá avances del Plan Subregional de VIH realizados	
1.1.1	Seguimiento al avance del Plan Subregional de VIH	
	Elaboración del informe de avance anual del Plan Subregional	Un Informe Anual de avance del Plan Subregional
	Reunión anual de seguimiento al Plan subregional de VIH coordinada entre ORAS-OPS-CTS donde se validará el informe anual de avance y se elaborará la propuesta para la REMSAA Inmediata	Una reunión anual
	Conferencia virtual anual de seguimiento del Plan Subregional.	01 fonconferencia al año
	SUBTOTAL 1.1.1	

2007	2008		2009		2010		TOTAL
	Meta	Pto.	Meta	Pto	Meta	Pto	
1	5.000		1	5.000	1	5.000	20.000
1	20.000		1	20.000	1	20.000	80.000
1	500		1	500	1	500	2.000
	25.500			25.500		25.500	102.000

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
	Indicador: Entre 2007 y 2010, se facilitarán reuniones satélites de seguimiento al Plan Subregional de la CTS, en las reuniones de MERCOSUR, OTCA y GCHT donde participen los representantes de la CTS.													
1.1.2	Coordinación de actividades para el seguimiento del Plan Subregional de VIH en reuniones satélites aprovechando las reuniones de MERCOSUR, GCHT y OTCA.													
	Reunión de coordinación de actividades de seguimiento del Plan Subregional de VIH en las reuniones de MERCOSUR, GCHT y OTCA,	Una reunión satélite al año	1	1.500	1500	O R A S , OPS, OTCA, MERCOSUR, GCHT	Aprovechar las reuniones que tienen MERCOSUR, GCHT, OTCA donde participan los representantes de la CTS para llevar a cabo una reunión satélite de coordinación por año.	1	1.500	1	1.500	1	1.500	6.000
	SUBTOTAL 1.1.2			1.500					1.500		1.500		1.500	6.000

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
	Indicador: Entre 2007 y 2010, se apoyará la participación de representantes de MERCOSUR, y OTCA en las reuniones de seguimiento al Plan Subregional u otras reuniones regionales o subregionales.													
1.1.3	Coordinación de actividades del Plan Subregional de VIH con MERCOSUR y OTCA, en el marco de la reunión anual de seguimiento al Plan Subregional de VIH u otras reuniones regionales o subregionales													
	Reunión anual de coordinación de actividades de seguimiento al Plan Subregional de VIH con la participación de representantes de MERCOSUR y OTCA	Una reunión anual con representantes de MERCOSUR y OTCA	2	5.000	2500	O R A S , OPS, OTCA, MERCOSUR, GCHT	Reunión anual de seguimiento al Plan Subregional con la participación de un representante de MERCOSUR y uno de OTCA	2	5.000	2	5.000	2	5.000	20.000
	SUBTOTAL 1.1.3			5.000					5.000		5.000		5.000	20.000

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
	Indicador: A 2010, Incorporación de sociedades científicas y asociaciones académicas en apoyo a la respuesta al VIH en el nivel subregional.													
1.1.4	Incorporación de la temática VIH en currículum de medicina y enfermería		1	20.000	20000	UNESCO - OPS- ALANAM, ALADEFE, FEPAFEM	Esta reunión tiene tres objetivos: un plan de acción para la incorporación de la sociedad científica y académicas; incorporación de la temática VIH en el currículum de medicina y enfermería; un programa de capacitación virtual dirigido al personal de salud.	1	5.000					20.000
	Consolidación de los manuales de contenidos mínimos en VIH, consensuados, dirigidos al personal de salud para atención integral en VIH.				5000		Esta consolidación se hará a través de una de las Redes							5.000
	Reunión para presentar el Manual de Contenidos mínimos, unificados, garantizados y consensuados por los países	Manual de contenidos aprobados			20000		Una reunión que contará con la participación de representantes de la sociedad científica y académicas, de la OPS, CTS		20.000					20.000
	Talleres para la inclusión curricular, de forma armonizada, de la temática del VIH con los presidentes de las Asociaciones de facultades de medicina y enfermería de la subregión andina	01 Taller por año (2008 y 2009)	1		20000		Al menos en el año 2008, dos países tendrán incorporado la temática VIH en el currículum de medicina y enfermería; al 2009 los 06 países deberán haber incorporado la temática VIH en el currículum de medicina y enfermería	1	20.000	1	20.000		-	40.000
	SUBTOTAL 1.1.4			20.000					45.000		20.000		-	85.000
TOTAL RESULTADO 1.1				52.000					77.000		52.000		32.000	213.000

RESULTADO		1.2. Capacidad de gestión de los Programas Nacionales articulada y fortalecida	
Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	
1.2.1	Capacitación e intercambio de metodologías de desarrollo de modelos de gestión Taller subregional para capacitación e intercambio de metodologías de desarrollo de modelos de gestión.		
SUBTOTAL 1.2.1			

	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
	Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
			20000		Se capacitarán a los coordinadores de Sida de los países de la Subregión.	1	20.000					20.000
		-					20.000				-	20.000

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	
1.2.2	Indicador: A 2010, el 100% de las Redes Regionales y los niveles directivos recibieron capacitación en herramientas de gestión de proyectos y veeduría ciudadana Capacitación en uso de herramientas de gestión de proyectos y veeduría ciudadana a las redes regionales y los niveles directivos de los programas nacionales Reunión de Capacitación a las Redes Regionales de VIH en uso de herramientas de gestión de proyectos y en veeduría ciudadana.		
SUBTOTAL 1.2.2			

	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
	Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
			20000	ONUSIDA	Implementación del Plan de capacitación para las redes regionales. Se debe considerar un taller con aproximadamente 08 personas de las Redes; los 06 coordinadores de Sida de los países.	1	20.000			1	20000	40.000
							20.000				20.000	40.000

TOTAL RESULTADO 1.2.												
		-				40.000					20.000	60.000

RESULTADO		1.3.Estrategia subregional contra Estigma y Discriminación elaborada, consensuada e implementada	
Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	
	Indicador: El 100% de los países ha implementado la estrategia contra el estigma y discriminación		
	Indicador: A 2008, se tendrá un informe sobre la situación del estigma y la discriminación en la subregión andina		
1.3.1	Realización de una investigación cualitativa sobre estigma y discriminación en los 6 países andinos, determinando la situación en la subregión (línea de base) y líneas de intervención, con participación de las redes subregionales en VIH / SIDA.		
	Diseño y ejecución de la investigación multicéntrica sobre estigma y discriminación en los 6 países andinos con participación de las redes regionales	Un informe de la investigación	
	SUBTOTAL 1.3.1		

2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
						Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
	1	25.000	25000	ONUSIDA	Se elaborará y se ejecutará una investigación cualitativa para los 06 países de la subregión andina y se determinarán las líneas de base y las líneas de intervención							25.000
		25.000										25.000

RESULTADO		1.3.Estrategia subregional contra Estigma y Discriminación elaborada, consensuada e implementada	
Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	
	Indicador: A 2009, se tendrán grupos de facilitadores por país capacitados en estrategias para la reducción de la Discriminación, el Estigma y la Homofobia		
1.3.2	Capacitación de facilitadores por país para reducir el estigma, la Discriminación y la Homofobia.		
	Elaboración de Proyecto para la reducción del Estigma, la Discriminación y la Homofobia en el Sector Salud,	Un proyecto	
	Ejecución de Talleres de Capacitación subregional, con la metodología de capacitación de capacitadores, en estrategias para reducir el Estigma, la Discriminación y la Homofobia en el Sector Salud, con participación de la sociedad civil.	Dos Talleres	
	SUBTOTAL 1.3.2		

2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
						Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
			10000		Elaboración del Proyecto en base a los resultados de la investigación	1	10.000					10.000
			20000		Participación de los representantes de la CTS y de las redes	1	20.000			1	20.000	40.000
		-					30.000				20.000	50.000

TOTAL RESULTADO 1.3		25.000			30.000	-	20.000	75.000
TOTAL LINEA CRITICA 1		77.000		147.000		52.000	72.000	348.000

LINEA CRITICA DE ACCIÓN 2: Sinergias para Acceso Universal a Prevención, Tratamiento y Atención Integral		
RESULTADO		
2.1 Evaluación del impacto de las negociaciones en los precios y el acceso a los ARV en los países de la subregión		
-	Indicador: En 2009, se habrá elaborado la evaluación del impacto obtenido con la negociación de precios de medicamentos e insumos críticos en la subregión	
Código / Sub-Actividad	Actividad	Producto / Insumo
2.1.1	Informe sobre el impacto obtenido en la subregión con la negociación para la reducción de precios en medicamentos e insumos críticos (reactivos, preservativos, lubricantes acusos)	Un informe
TOTAL RESULTADO 2.1.		

	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
	Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
			10000	OPS CTS	Un informe a 2009 sobre el impacto obtenido en la subregión con las negociaciones de precios de medicamentos para VIH, reactivos, preservativos y lubricantes acusos.			1	10.000			10.000
									10.000			10.000

RESULTADO		
2.2 Capacidad de respuesta fortalecida para gestionar en forma efectiva los programas de VIH con énfasis en población más vulnerable mediante el mejoramiento de capacidades del recurso humano, la gestión del conocimiento, la evidencia y el enfoque intercultural.		
Código / Sub-Actividad	Actividad	Producto / Insumo
-	Indicador: A 2008, identificación, recopilación y difusión de experiencias exitosas para la Prevención de VIH e ITS para HSH, incluyendo jóvenes HSH, Trabajadoras Sexuales y Personas Privadas de la Libertad realizadas.	

	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
	Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	

	2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
							Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
Consultoría enfocada en las políticas de atención, prevención, respuestas asistenciales al VIH pediátrico, TARGA y recomendaciones para fortalecer la atención integral de VIH pediátrico en la subregión.				15000	OPUSIDA UNICEF		1	15.000					15.000
SUBTOTAL 2.2.3				-				75.000					75.000

Elaboración del Análisis de situación de la respuesta subregional al VIH pediátrico, en políticas, prevención y atención integral y presentación de alternativas estratégicas subregionales para la abogacía a alto nivel sobre este tema.	Un informe
SUBTOTAL 2.2.4	

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
									Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
Indicador: AL 2007 se habrá elaborado una agenda de trabajo subregional en TB-VIH															
Indicador: AL 2009 se habrá diseñado y elaborado un estudio multicéntrico subregional de carga de co-infección TB-VIH															
2.2.4	Elaboración de una agenda de trabajo subregional en la coinfección TB-VIH														
	Reunión para evaluar el estado de conocimiento subregional sobre co-infección TB-VIH y elaboración de un plan de acción subregional.	Una reunión de coordinación y programación	1	25.000	25000	OPS		Esta reunión contará con los coordinadores de ambas estrategias, las redes subregionales, los puntos focales de OPS y ORAS							25.000
	Diseño de un estudio multicéntrico subregional de carga de co-infección TB-VIH	Un diseño de estudio multicéntrico			5000	OPS	1	este diseño se hará mediante una consultoría	1	5.000					5.000
	Presentación y aprobación del estudio multicéntrico subregional.	Una fonconferencia			500	OPS	1	El diseño será enviado vía correo electrónico y luego se verá una fonconferencia para discutir sobre este documento	1	500					500
	Consolidación de resultados de los estudios realizados en los países e informe subregional de carga de co-infección VIH-TB	Informe del estudio			5000	OPS	1	Para realizar este estudio cada país deberá incluirlo en su presupuesto de país para el 2009. Se hará una Consultoría para consolidar la información generada en los estudios de los países, analizarla y elaborar un informe subregional de carga de co-infección VIH-TB	1	5.000					5.000
	SUBTOTAL 2.2.4			25.000						5.500				5.000	35.500

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
2.2.7	Indicador: A 2008, tener un Plan de Cooperación Técnica Horizontal consensuado entre los países de la región. Elaboración del Plan Subregional de Cooperación Técnica Horizontal en forma conjunta con el GCTH, con base en un diagnóstico de necesidades, capacidades técnicas y conocimientos estratégicos en los países de la región. Consultoría para el diagnóstico subregional de necesidades, capacidades técnicas y conocimiento estratégico de la subregión y elaboración de una propuesta de Plan Subregional de Cooperación Técnica Horizontal para poner a consideración de la Comisión Técnica Subregional de VIH, el ORAS, las Agencias del SNU y los donantes.	Un informe			15000		Análisis documental; visita a los países; consolidación de hallazgos; elaboración de propuesta de Plan Subregional de Cooperación Técnica Horizontal en VIH para presentar en reunión del GCTH para su aprobación. Reunión satélite de los coordinadores de sida de los países, con una duración de un (1) día adicional, realizada en el marco de la reunión del GCTH.	1	15.000					15.000
		Una reunión			2000			1	2.000					2.000
	SUBTOTAL 2.2.7			-					17.000		-		-	17.000

TOTAL RESULTADO 2.2.	25.000								145.500		8.000		13.000	191.500
----------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	-------	--	--------	---------

RESULTADO	
2.3 Establecimiento de la Red subregional de laboratorios para optimizar la inversión de recursos	
	Indicador: A 2010, el 100% de los países mantendrá su participación en la red subregional de laboratorios para la implementación del sistema de gestión de calidad en las pruebas de diagnóstico, monitoreo del tratamiento y vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales.

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
	Indicador: A 2008, se tendrá normas de calidad para las pruebas de laboratorio de diagnóstico, seguimiento de la terapia													
	Indicador: A 2009, se creará la red subregional de laboratorios de referencia para respaldar el control externo de calidad de los servicios de laboratorio en VIH y su vigilancia, incluida la resistencia a antirretrovirales													
2.3.1	Conformar una red subregional 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, incluida la resistencia a la terapia antirretroviral.	Un manual de gestión de la calidad elaborado	1	5.000	5000	OPS	Una consultoría para la elaboración de este documento							5.000
	Actualización del manual de gestión de la calidad de acuerdo con las especificaciones del Programa Regional de VIH, la cooperación técnica de OPS y las redes subregionales de laboratorios de Centroamérica y CAREC.	Un manual de procedimientos de diagnóstico y monitoreo	1	5000	5000	OPS	Una consultoría para la elaboración de este manual de procedimientos de diagnóstico y monitoreo							5.000
	Adaptación del manual de procedimientos de la vigilancia de resistencia a ARV	Un manual de procedimientos de vigilancia a ARV			5000	OPS	Una consultoría para la elaboración de este manual de procedimientos de vigilancia de resistencia a ARV.	1	5.000					5.000
	Reunión para la discusión y evaluación del manual de Gestión de calidad y del manual de procedimientos de la vigilancia de resistencia a ARV.	Una reunión			30000	OPS	Reunión Técnica con participación de los representantes de cada uno de los países para actualizar y armonizar las normas de gestión de la calidad; validar los manuales de procedimientos con participación de representantes de redes subregionales de laboratorios de Centroamérica y CAREC.	1	30000					30.000

	Realización de una reunión para definir la organización, funciones esenciales, programa de evaluación externa, supervisión directa y conformación de la red subregional de laboratorios.	Una reunión	20000	OPS	Reunión Técnica con participación de representantes de cada uno de los países, representantes de OPS.	1	20.000		20.000
2.3.2	Organizar un programa de evaluación externa de evaluación de la calidad								
	Elaboración de un programa externo de evaluación de la calidad	Programa de evaluación	5000	OPS	Consultoría para la elaboración del programa externo de evaluación de calidad de los laboratorios.	1	40.000	5000	5.000
TOTAL RESULTADO 2.3.			10.000				20.000	-	70.000
TOTAL LINEA CRITICA 2			35.000	-	-		38.000	13.000	271.500

LINEA CRITICA DE ACCIÓN 3: Fortalecer los Sistemas de Información sobre la epidemia de VIH y las respuestas nacionales.	
RESULTADO	
3.1 Un Sistema Subregional de Monitoreo y Evaluación (M&E) en VIH, en el marco de los lineamientos de UNGASS y ODM, implementado	
	Indicador: A 2010, se tendrá un Sistema Subregional de M&E implementado, con indicadores trazadores definidos y armonizados
Código / Sub-Actividad	Producto / Insumo
3.1.1 Diseñar e implementar un Sistema Subregional de M&E en VIH	Un informe de situación. Una propuesta de Plan de Acción para acordar M&E en VIH.

2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
						Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
1	15.000	15000	15000	OPS ONUSIDA ORAS	Consultoría para definir instrumentos de captación de información de M&E en los países; recolección de información por equipos de las respuestas nacionales; consolidación de información por consultor y elaboración de la propuesta de Plan de Acción para acordar e implementar el Sistema Subregional de M&E en VIH.							15.000

3.2 Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica para mejorar la caracterización de la epidemia de VIH en la Subregión, con énfasis en poblaciones más expuestas.		
	Indicador: A 2008, se tendrán armonizadas las variables y formas de presentación de información epidemiológica en VIH en la subregión.	
	Indicador: A 2008, los países de la subregión tendrán capacidades fortalecidas para realizar estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación, con énfasis en caracterización de la epidemia por patrones de comportamiento en poblaciones más vulnerables.	
Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo
	Indicador: A 2008, se tendrá armonizada la información sobre VIH en la Subregión.	
3.2.1	Armonización de la información epidemiológica sobre VIH en la subregión	
	Reunión subregional de armonización de la información epidemiológica sobre VIH y fortalecimiento de la calidad de los datos, en el marco del Taller de capacitación subregional de M&E	01 reunión
	TOTAL 3.2.1	

2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
						Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
			4000	OPS ONUSIDA ORAS	Reunión satélite (01) día para definir armonización de presentación de datos epidemiológicos en VIH e instrumentos de registro consolidado; participan VE de los países, puntos focales OPS, ONUSIDA, ORAS.	1	4.000					4.000
							4.000					4.000

3.2 Fortalecimiento de competencias en la subregión para realizar Estudio Subregional comportamentales y de Seroprevalencia de VIH en HSH, TS y jóvenes heterosexuales		
	Taller Subregional de capacitación en formulación de estudios comportamentales y de seroprevalencia de VIH en HSH, TS y jóvenes heterosexuales.	Un taller
	TOTAL 3.2.2	

2007	Meta	Ppto.	Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
						Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
1	25.000		25000	OPS ONUSIDA	Participación de responsables de VE de los países, puntos focales OPS, ONUSIDA	1		25.000				50.000
	25.000								25.000			50.000

Código	Actividad / Sub-Actividad	Producto / Insumo	2007		Costo unitario	Resp	Detalle	2008		2009		2010		TOTAL
			Meta	Ppto.				Meta	Pto	Meta	Pto	Meta	Pto	
3.2.3	Indicador: A 2008, se tendrán directrices generales para realizar estudios de seroprevalencia y comportamiento en grupos étnicos Elaboración de las directrices subregionales para la realización de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación en grupos étnicos y nativos.													
	Consultoría para hacer directrices para la realización de estudios de seroprevalencia y comportamentales en grupos étnicos y nativos.	Un informe			5000	ONUSIDA, OPS, OTCA, ORAS y CTS	Consultoría para la elaboración de las directrices referentes a la realización de estudios de seroprevalencia y comportamentales en grupos étnicos y nativos para salvar los obstáculos para la ejecución de los mismos, desde la falta de acceso geográfico hasta el rechazo de estas poblaciones a utilizar servicios que no son culturalmente adaptados y en los cuales no tienen confianza.	1	5.000					5.000
	Reunión para la validación de las directrices propuestas para la realización de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación en grupos étnicos y nativos, con participación de grupos que trabajan en VIH y grupos de interculturalidad.	Una reunión			25000	ONUSIDA, OPS, OTCA, ORAS y CTS	Reunión para validar las directrices generales que deben tenerse en cuenta para ajustar la realización de estudios comportamentales y de seroprevalencia de VIH en grupos étnicos y nativos, respetando las costumbres propias y asegurar la aceptación y participación de las comunidades.	1	25.000	1	25.000			25.000
	TOTAL 3.2.3							1	5.000	1	25.000			30.000

	25.000			9.000		50.000		-		84.000
--	--------	--	--	-------	--	--------	--	---	--	--------

	55.000			61.000		57.000		2.000		175.000
--	--------	--	--	--------	--	--------	--	-------	--	---------

	167.000			393.500		147.000		87.000		794.500
--	---------	--	--	---------	--	---------	--	--------	--	---------

Referencia bibliográficas

- 1 OPS, Plan Regional de VIH/ITS para el sector Salud. 2006-2015. 2005
- 2 Kusunoki, L., Navarro, M.C., Guanira, J.V. Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidado y apoyo en VIH/SIDA. 2006-2010. Lima. ONUSIDA 2006
- 3 ONUSIDA 2006, Informe sobre la Epidemia Mundial de sida
- 4 NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005. New York. 2005
- 5 ONUSIDA, Principios fundamentales de los "Tres Unos". 2003
- 6 WHO/UNAIDS, Treating 3 millions by 2005. Making it happen. The WHO strategy. 2003, UNAIDS
- 7 OPS/OMS. Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment, 3x5 report for the Americas. ISBN 92 75 12635 6
- 8 UNICEF Campaña Global Unete por la Niñez, Unete con la Juventud, Unete para Vencer al SIDA. Consultado en: <http://www.unicef.org/lac/uneteporlaninez/index.htm>
- 9 Ministerio de Protección Social – Colombia, Estudios centinela de seroprevalencia infección VIH/SIDA, 1998, 1991, 1994, 1996, 1999, 2003.
- 10 MINSa - Perú, Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/VIH y sida, Estudio Centinela seroprevalencia VIH, 2002-2003
- 11 Ministerio de Salud Pública - Chile, Programa Nacional de Sida. Estudio de prevalencia de VIH, 2000
- 12 Bolivia, Censo 2001, Instituto Nacional de Estadística
- 13 Colombia, XVII Censo de Población y VI de Vivienda 2005, DANE
- 14 Chile, Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas
- 15 Ecuador, Censo 2001, Instituto Nacional de Estadística - INE
- 16 Perú, Censo Nacional 2005, X Población y V de Vivienda, Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI
- 17 Venezuela, XIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- 18 Pettifor AE et al. 2004. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*,18:1435–42
- 19 Organización Internacional para las Migraciones, Misión en Colombia, Salud Sexual y Reproductiva, Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/sida en Jóvenes de 10 a 24 Años de una Ciudad Receptora de Población Desplazada. Montería, Colombia, 2003
- 20 Santelli J et al. 2006. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38(1):72–81.
- 21 CEPAL, Junio 2005. Política hacia las Familias, Protecciones e Inclusiones Sociales, Reunión de Expertos.
- 22 CEPAL-UNFPA, Noviembre 2006. Población y Pobreza en América Latina y el Caribe: Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe, Reunión de Expertos.
- 23 Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Caracas, 2006
- 24 OPS/OMS, 2006. Situación de Salud en las Americas - Indicadores Basicos
- 25 OPS/OMS. Sistema de Datos Básicos en salud, Glosario, consultado en: www.paho.org

- org/Spanish/SHA/glossary.htm
- 26 Héctor Béjar. Justicia Social, Política Social. Segunda edición 2004. Pág 411
- 27 Comunidad Andina: "Hacia una estrategia Humanitaria para el desarrollo Social" 2002
- 28 Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia, 2006. Datos No Publicados, suministrados por el país.
- 29 Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia. Informe UNGASS 2005
- 30 Infección por el VIH y SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005, MPS - ONUSIDA
- 31 Ministerio Protección Social - Colombia, 2006. Proyecto de reglamentación Ley 972. Datos No Publicados suministrados en la visita al país.
- 32 Ministerio de Protección Social – Colombia. Informe UNGASS, 2005
- 33 Ministerio de Protección Social – Colombia. Equipo Técnico Central VIH/SIDA/ITS, datos no publicados con corte a Diciembre 2005
- 34 Ministerio de Salud – Chile. Informe UNGASS, 2005.
- 35 Ministerio de Salud – Chile, 2006. Programa Nacional de sida, Datos No Publicados
- 36 Ministerio de Salud Pública – Ecuador, Programa Nacional de sida, 2006. Datos No Publicados
- 37 Ministerio de Salud – Perú. Informe UNGASS, 2005
- 38 Ministerio de Salud - Perú, Programa Nacional de sida; datos suministrados durante visita al país.
- 39 República Bolivariana de Venezuela, Informe UNGASS 2005.
- 40 Garcia D et al. Prevalencia VIH en trabajadoras sexuales femeninas en Barranquilla, ONUSIDA 2006;
- 41 UPCH. PREVEN, ETS y VIH en Población General. 2002. Perú.
- 42 Instituto Nacional de Salud INS. Subdirección de Vigilancia y Control. Base de datos con corte a la semana 40 de 2006. Adaptación: Observatorio Nacional en sida. Dirección de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social.
- 43 INS – Colombia, Subdirección de Vigilancia y Control, adaptado por Observatorio Nacional de sida - MPS, 2006
- 44 Acceso Universal. Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS – Ecuador, Marzo 2006
- 45 Evaluación de medio Término. Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante el VIH/sida, Colombia 2004-2007, Ministerio de Protección Social
- 46 Plan Estratégico Regional de respuesta del Sector Salud al VIH/sida 2006-2015. OPS/OMS, 2005
- 47 ORAS-CAF. Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la Subregión Andina. 2004
- 48 Ministerio de Salud Pública – Ecuador. Informe UNGASS, 2005.
- 49 García, Ricardo, PRIETO, Franklyn, ARENAS, Carlos et al. Reduction of VIH mother-to-child transmission in Colombia, two years of experience, 2003-2005. Biomédica, dec. 2005, vol.25, no.4, p.547-564. ISSN 0120-4157.
- 50 Ministerio de Protección Social – Colombia Modelo de Gestión Programática de VIH Resolución 3442/2006