




**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Evaluación
para el fortalecimiento
de la respuesta
del sistema de salud
al VIH/sida**

Lineamientos para la Región de las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida

Lineamientos para la Región de las Américas

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente
Organización Panamericana de la Salud
"Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida"
Washington, D.C.: OPS, © 2010
ISBN: 978-92-75-33084-5

I. Título

1. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD – economía
 2. INFECCIONES POR VIH – prevención y control
 3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – prevención y control
 4. SISTEMAS DE SALUD – economía
 5. GESTIÓN EN SALUD
 6. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD
 7. AMÉRICAS
-

NLM W 84.4

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a OPS/FCH/HI, Washington, D.C. Estados Unidos de América, que proporcionará la información más reciente sobre los cambios introducidos en la obra, planes de reedición, reimpresiones y traducciones disponibles.

Las publicaciones de la OPS se acogen a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene, no implican, por parte de la Secretaría de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

Nota 1: En el proceso de elaboración de estos lineamientos se preparó un conjunto de instrumentos para recolectar información en terreno a nivel de política y proveedores. Ellos se encuentran en OPS-FCH/HI a disposición de los equipos de evaluación, para ser adaptados y utilizados como se considere pertinente.

Nota 2: La terminología relacionada con el VIH y los acrónimos utilizados, han sido revisados y adaptados a los siguientes documentos de la OPS/OMS: a-Terminología relacionada con el VIH: actualización 2008 (); b-Siglas más comunes relacionadas con VIH en América Latina y el Caribe. Versión agosto 2009. Ambos documentos pueden ser consultados en www.paho.org.*

() Por razones explicativas y de alcance, en algunas secciones de este documento se utiliza el término "VIH/sida", no obstante la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar solo "VIH". Esto, ya que se considera que "el uso de dos términos es innecesario y hace que, lejos de ser más fácil, sea más difícil explicar la forma en que se transmite el VIH y las diferentes etapas de la infección". Se utiliza "sida" solo cuando sea necesario referirse a "la etapa avanzada de la infección por VIH".*

Esta publicación forma parte de un proyecto financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de la Organización Panamericana de la Salud y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.

Tabla de Contenidos

5	i.	Prefacio
6	ii.	Reconocimientos
7	iii.	Acrónimos
9	I.	INTRODUCCIÓN
11	II.	NATURALEZA DE LA EVALUACIÓN
13	1.	Objetivos de la evaluación
13	2.	Alcance de la evaluación
13	3.	Consideraciones al proceso de evaluación
15	III.	MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN
15	1.	El marco de análisis
16	a.	Componentes programáticos
16	b.	Componentes del sistema de salud
16	c.	Grupos poblacionales
17	d.	Factores transversales
17	2.	Componentes de la respuesta programática al VIH/sida
17	a.	Componentes de prevención
23	b.	Componentes de atención integral
25	3.	Componentes del sistema de salud
26	a.	Rectoría y gobernanza
26	b.	Financiamiento y aseguramiento
27	c.	Organización y provisión de servicios
27	d.	Recursos humanos
27	e.	Medicamentos y tecnología
28	f.	Sistemas de información y vigilancia
29	4.	Ejes transversales
29	a.	Análisis del cumplimiento de los compromisos de derechos humanos
31	b.	Identificación de factores socioculturales/determinantes sociales (estigma, discriminación, etnicidad)
33	c.	Enfoque de género

35 IV. PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL ANÁLISIS

- 35 1. Componentes programáticos
- 35 a. Prevención de la transmisión sexual en las PEMAR
- 36 b. Prevención entre usuarios de drogas inyectables (UDI)
- 36 c. Prevención en los ambientes de los servicios de salud
- 36 d. Prevención en poblaciones vulnerables, consejería y pruebas voluntarias
- 37 e. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)
- 38 f. Atención a personas con VIH
- 38 g. Infecciones de transmisión sexual
- 38 h. Coinfección TB-VIH
- 39 2. Componentes del sistema de salud
- 39 a. Rectoría y gobernanza
- 40 b. Financiamiento y aseguramiento
- 40 c. Organización de la provisión de servicios en el sistema de salud
- 41 d. Recursos humanos
- 42 e. Tecnología en el sistema de salud:
- 42 i. Medicamentos
- 43 ii. Laboratorio
- 43 iii. Bancos de sangre
- 43 f. Sistemas de información y vigilancia
- 44 3. Ejes transversales
- 44 a. Estigma y discriminación

45 V. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

- 46 1. Primera etapa: Planificación
- 46 a. Acuerdo nacional, identificación de necesidades y preparación del plan de trabajo
- 46 b. Revisión y adaptación de los lineamientos
- 47 c. Elaboración del documento de referencia
- 47 d. Conformación del equipo de evaluación
- 48 e. Adaptación de los lineamientos de evaluación y sus instrumentos
- 48 f. Selección de las personas, municipios y establecimientos a visitar
- 49 2. Segunda etapa: Trabajo de campo
- 49 a. Recolección de información
- 49 b. Sistematización de los hallazgos
- 49 3. Tercera etapa: Análisis y recomendaciones
- 49 a. El proceso de análisis
- 51 b. Preparación de un informe preliminar
- 51 4. Cuarta etapa: Informe final y seguimiento
- 51 a. Preparación del informe final
- 51 b. Comunicación de los resultados
- 52 c. Formulación del plan de seguimiento

53 VI. ANEXOS

58 VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

i. Prefacio

Los gobiernos de las Américas han asignado una alta prioridad a la atención de las personas con VIH y a los esfuerzos de contención de la epidemia -junto al incuestionable compromiso político de la comunidad internacional que participa de la ayuda oficial para el desarrollo- logrando movilizar un volumen de recursos comparativamente alto, en relación a los montos tradicionales que se manejan en los sistemas de salud y en el gasto social en general. Reconociendo que el financiamiento es todavía insuficiente, existe gran interés por asegurar que se utilice con efectividad y con miras a construir sostenibilidad.

La autoridad nacional de salud, en su rol rector, se enfrenta al desafío de orientar a los múltiples actores involucrados en la respuesta del sistema de salud -que trabajan desde su perspectiva y en función de sus mandatos- para asegurar una complementariedad de los esfuerzos y que los recursos se gestionen con eficiencia en soluciones costo-efectivas. En estas circunstancias, el fortalecimiento de los sistemas de salud ha sido reconocido como un requerimiento clave para mejorar la calidad de la inversión en VIH; tema que cobra renovada importancia en virtud de los retos que pone la actual crisis financiera internacional.

Los lineamientos que se presentan en este documento se han desarrollado tomando en cuenta la experiencia acumulada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en la conducción de ejercicios de evaluación de la respuesta del sistema de salud al VIH, los cuales han permitido entregar información al ente rector para tomar decisiones conducentes a una respuesta más efectiva y sostenible. El marco conceptual se sustenta en la premisa de que la asignación y gestión de los recursos deben estar orientadas por el principio de maximizar la rentabilidad social; esto exige proveer una adecuada atención a las personas con VIH, al mismo tiempo que se trabaja intensamente en reducir la velocidad de transmisión del virus.

Con la entrega de este instrumento, la OPS/OMS renueva su compromiso de continuar apoyando a los países de la Región en el fortalecimiento de una respuesta integrada del sistema de salud al VIH, en beneficio de la población de las Américas.



Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

ii. Reconocimientos


Este documento es el resultado del trabajo conjunto de las Áreas de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) y de Desarrollo de Sistemas de Salud (HSS) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Matilde Pinto, Asesora Principal en Economía y Planificación en Salud/FCH, asumió la conducción técnica para la elaboración del documento. Mario Cruz-Penate, Asesor en Fortalecimiento de Servicios de Salud/HSS, tuvo como responsabilidad principal el componente de sistemas de salud.

En el proceso de elaboración, revisión y finalización de estos lineamientos se contó con la participación de las siguientes personas: Amalia del Riego, Paulo Lyra, Rafael Mazín, Diego Postigo, Omar Sued, Javier Vásquez y Cristina Torres revisaron versiones preliminares y contribuyeron con texto a la versión final; Fernando Amado, Sonja Caffé, Rigoberto Centeno, Marylin Entwistle, Cyril Pervilhac, Tin Tin Sint, y Luis Villa entregaron aportes a la versión preliminar en el marco de una reunión técnica realizada en Trinidad y Tobago, en agosto de 2008; Mónica Alonso, Raúl González y Gottfried Hirnschall entregaron sus comentarios a versiones aún en borrador; Donna Espeut y Pedro Luis Castellanos contribuyeron como consultores en diferentes etapas; Rosario Camargo y Gisella Plata colaboraron durante su pasantía en FCH; Marcela Gieminiani asumió la labor de edición.

iii. Acrónimos

ARV:	Antirretrovirales
CMX:	Cotrimoxazol
DOT:	Tratamiento de observación directa (Del inglés, <i>direct observation treatment</i>)
FODA:	Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas
HSH:	Hombres que tienen sexo con otros hombres
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
ME:	Mujeres embarazadas
M&E:	Monitoreo y evaluación
ONG:	Organismo no gubernamental
OBC:	Organizaciones de base comunitaria
OBF:	Organizaciones basadas en la fe
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PPL:	Personas privadas de libertad
PEN:	Plan estratégico nacional
PEMAR:	Poblaciones en mayor riesgo
PTMI:	Prevención de la transmisión maternoinfantil
PEP:	Prevención post exposición
PCR:	Reacción en cadena cuantitativa de la polimerasa, o prueba de carga viral. (Del inglés <i>Polymerase chain reaction</i>)
PITC:	Ofrecimiento de prueba por el proveedor (Del inglés, <i>Provider-initiated testing and counseling</i>)
PRM:	Problemas relacionados con medicamentos
SC:	Sífilis congénita
SSR:	Salud sexual y reproductiva
TB:	Tuberculosis
TS:	Trabajadores/as sexuales
UNGASS:	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH
UDI:	Usuarios de drogas inyectables
VCT:	Promoción de la prueba voluntaria (Del inglés, <i>Voluntary counseling and testing</i>)



“Acceso universal significa establecer un ambiente en el cual las intervenciones de prevención, tratamiento, cuidados y apoyo estén disponibles, accesibles y a precios viables para todas las personas que lo necesiten. Esto cubre un amplio rango de intervenciones que están dirigidas a individuos, hogares, comunidades y países”.

WHO. Priority Interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. August, 2008.

Introducción

El fortalecimiento de los sistemas de salud ha sido reconocido como un elemento clave para mejorar su capacidad de respuesta al VIH. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició una línea de cooperación técnica en evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en el año 2007, con un ejercicio que se llevó a cabo en República Dominicana y en el cual -a partir de una evaluación que originalmente tenía como alcance el programa nacional de VIH- se concibió el marco conceptual y de análisis sistémico que se presentan en estos lineamientos¹. Con la elaboración de esta metodología que se basa en el análisis de la calidad de la inversión en VIH, se da respuesta a la preocupación por identificar soluciones sostenibles y costo-efectivas, que ha sido una inquietud permanente, aun en tiempos de bonanza económica².

El advenimiento de la crisis financiera internacional de 2009 generó un intenso debate sobre la necesidad de tomar medidas para asegurar la continuidad de tratamiento y mejorar las estrategias de prevención. En este marco, una recomendación clave es la de fortalecer la eficiencia y costo-efectividad de los recursos destinados al VIH. El programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida ha llamado a los países a examinar sus programas de VIH, especialmente en actividades que absorben grandes cantidades de fondos, e identificar dónde se puede ahorrar o mejorar la eficiencia. Además, insta a los socios en el desarrollo a aumentar su apoyo a los países para mejorar la priorización en la asignación de recursos para tratamiento y prevención, y enfocarse en programas de resultados probados de acuerdo a la evidencia. Indica, además, que “esto incluye tomar ventajas de sinergias y eficiencias que pueden ser posibles a través de una mejor integración de los servicios”³.

En la Reunión Consultiva de Alto Nivel sobre la Crisis Financiera y la Salud Mundial, convocada por la OMS en enero de 2009, se reconoció que, no obstante la urgencia de tomar medidas de mitigación en el corto plazo, es aconsejable tener una perspectiva de largo plazo y tomar medidas conducentes a fortalecer al sector salud⁴. Asimismo, se entregaron recomendaciones para mejorar la efectividad y eficiencia del gasto, y retomar el enfoque de atención primaria en salud como orientador de una política hacia el acceso universal⁵.

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana. 2008.

² El informe Hacer rendir el dinero (ONUSIDA,2006), reportaba que en los últimos 10 años la disponibilidad mundial de recursos para el VIH se había multiplicado por 40 y hacía un llamado a que los recursos se utilizaran “de la manera más eficiente y efectiva posible.” Entre otras recomendaciones, hacía ver que “una mejor coordinación de todos los actores es la clave para hacer rendir el dinero.”

³ The global economic crisis and HIV prevention and treatment programmes: Vulnerabilities and impact. World Bank, UNAIDS, July 2009.

⁴ WHO. The financial crisis and global health - Report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland - 19 January 2009

⁵ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.

Este documento contiene un instrumento orientador para llevar adelante los procesos de evaluación y fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida. Se ofrecen lineamientos y no un manual, con el propósito de que cada país tenga la opción de seleccionar y profundizar en cada componente, de acuerdo a su propia realidad y a los temas que considere relevantes para abordar con la evaluación.

En el capítulo II se presentan los objetivos y naturaleza de la evaluación; en el capítulo III se ofrece el marco conceptual, que tiene dos ejes de análisis: componentes programáticos de prevención y atención al VIH y los seis componentes del sistema de salud;

en el capítulo IV se incluye un conjunto de preguntas orientadoras para el análisis y presentación del reporte de la evaluación; en el capítulo V se propone una metodología de trabajo que, naturalmente, debe ser adaptada a las circunstancias en que se realice la evaluación en términos de temas críticos a incluir, disponibilidad de tiempo y presupuesto, y nivel de participación en el proceso de evaluación de los diferentes actores en la respuesta del sistema de salud al VIH. El capítulo VI incluye anexos complementarios.

Esta es una primera versión que se actualizará en función de las experiencias de los países en su aplicación.

Naturaleza de la evaluación

El fuerte compromiso de la comunidad internacional y de cada país con el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus metas específicas sobre VIH, unidas a la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS)⁶, se ha traducido en el fortalecimiento de las respuestas nacionales y en un aumento de sus recursos financieros. En los últimos años, muchos países han contado con un volumen de recursos sin precedentes.

El progreso del conocimiento científico y la mayor disponibilidad de recursos han sido reconocidos como factores clave para aumentar la eficacia de los programas nacionales y la respuesta de cada nación al VIH. Sin embargo, en muchos países los logros se han visto afectados por limitaciones a nivel político, organizacional y gerencial de la respuesta del sistema de salud, así como por características de los determinantes de la salud, que requieren ser abordados en el campo más amplio de las políticas públicas.

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)-6

Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades.

Meta 6.A.- Haber detenido y comenzado a descender la propagación del VIH/sida hacia el año 2015.

- 6.1 Prevalencia del sida entre la población de 15 a 24 años.
- 6.2 Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo.
- 6.3 Porcentaje de población entre 15- 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH.
- 6.4 Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años.

Meta 6.B.- Haber logrado acceso universal al tratamiento del VIH para quienes lo necesiten hacia el año 2010.

- 6.5 Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos ARV.

Fuente: ONU. PNUD. *Proyecto Milenio*.

⁶ Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH. 25-27 de junio de 2001.

En los últimos años, los países, los organismos de financiamiento, las organizaciones no gubernamentales y aquellas de cooperación internacional, han fortalecido su convicción de que para lograr efectividad y sostenibilidad a las respuestas nacionales es necesario que éstas se articulen con el desarrollo de los sistemas de salud de cada país –que son los responsables directos de la mayor parte de los componentes de las respuestas nacionales al VIH– y con las políticas nacionales de salud y desarrollo social^{7, 8, 9}.

Los lineamientos que se presentan en este documento tienen como fin orientar procesos que generen información para la toma de decisiones a nivel político, gerencial y programático del sistema de salud. Esto permitirá fortalecer su capacidad de respuesta para reducir la propagación del VIH y garantizar el acceso universal sostenible.

Los países han realizado además importantes ejercicios de monitoreo y evaluación (M&E) de las respuestas al VIH. Estos esfuerzos, sin embargo, se han concentrado en dar seguimiento a indicadores de monitoreo, sin mucho análisis de las causas que hacen que estos indicadores no se muevan en la dirección o magnitud esperada. Por tal razón, su contribución a los procesos de decisión para fortalecer la respuesta de los sistemas de salud ha sido limitada. Las conclusiones de un monitoreo concentrado en indicadores de proceso o de proyectos específicos no son transferibles a la evaluación de la respuesta del sistema.

Las autoridades nacionales de salud han asumido el desafío de lograr acceso universal a la atención integral de todas las personas con VIH –incluyendo el tratamiento con medicamentos antirretrovirales– hacia 2010, y desarrollar intervenciones efectivas que

reduzcan la incidencia y prevalencia del VIH para el año 2015. En este sentido, la reducción de la prevalencia en la población de adolescentes y jóvenes (15 – 24 años), es un indicador Proxy de reducción de nuevos casos.

La respuesta se entrega con la participación de múltiples actores, tanto en el financiamiento, como en la provisión. Considerando que cada actor tiene mandatos específicos, es función de la autoridad nacional de salud cautelar que exista una real coordinación entre ellos para maximizar la efectividad y la rentabilidad social de los recursos –nacionales y externos– que los países movilizan para el VIH.

El objetivo de la evaluación es que sus hallazgos y recomendaciones sean utilizados para mejorar la efectividad en el uso de los recursos que el país moviliza para alcanzar las metas de acceso universal, de tratamiento y cuidados integrales al VIH/sida, y para reducir la transmisión. Por tal razón, se espera que las evaluaciones que se realicen con estos lineamientos formen parte del ciclo de planificación estratégica de cada país, y que los resultados sean un insumo importante para la elaboración de planes estratégicos y operacionales.

Con la evaluación se intenta responder dos preguntas:

- ¿Están los recursos para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera en que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país en relación al VIH? De no ser así,
- ¿Qué cambios, a nivel programático y del sistema de salud podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

⁷ The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria. Strategic approach to health system strengthening. Sixteen board meeting. Kunming, China. 12-13 November 2007.

⁸ WHO. Everybody business. The global fund and health system strengthening. WHO's framework for action. Geneva, 2007.

⁹ Physicians for human rights (PHR). Guide to using rounds 7 and 8 of the global fund to support health system strengthening. Washington, EE.UU, 2007.

1. Objetivos de la evaluación

Objetivo general	Objetivos específicos
<p>Analizar la respuesta del sistema de salud al VIH/sida hacia el logro de las metas de acceso universal, con el fin de identificar acciones a nivel de política, organizacional y gerencial que consoliden una respuesta efectiva y sostenible, con criterio de rentabilidad social.</p>	1. Identificar logros y brechas en la cobertura de las intervenciones de prevención y tratamiento integral del VIH/sida.
	2. Analizar la relación entre la respuesta programática y los componentes del sistema de salud, para identificar los factores que desde el sistema de salud, facilitan o limitan la entrega de una respuesta programática efectiva y sostenible.
	3. Identificar la disponibilidad, composición, asignación y utilización de los recursos financieros para el logro y sostenibilidad de las intervenciones con el fin de detener la propagación del VIH/sida y entregar cuidados y tratamiento.
	4. Ofrecer recomendaciones que sirvan de base para la formulación de políticas y elaboración de planes operativos para una respuesta efectiva y sostenible del sistema de salud frente al VIH/sida.

2. Alcance de la evaluación

Con el propósito de emitir recomendaciones a la autoridad nacional sanitaria y a los diferentes actores que participan en la respuesta del sistema de salud, a través de la evaluación se intenta identificar:

- Las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones vulnerables en el país; si todas ellas están identificadas en el plan estratégico nacional, y si se están desarrollando intervenciones específicas para cada una.
- Los principales resultados de la respuesta nacional con respecto a las metas de acceso universal y la detención del VIH. Además, las brechas de la respuesta programática a las PEMAR y poblaciones vulnerables con respecto a las metas de acceso universal y detención de la propagación del VIH asumidas por el país.
- Los procesos de producción de los resultados encontrados en la respuesta nacional y su relación con los diferentes componentes del sistema de salud.
- Las características de la inversión en la respuesta programática para lograr el acceso universal y la detención de la propagación del VIH.

- La relación entre los costos, los resultados y la sostenibilidad. Asimismo, la calidad de la inversión en función de la rentabilidad social.
- Las recomendaciones críticas organizadas de acuerdo a los componentes del sistema de salud, para una respuesta más efectiva y sostenible.

3. Consideraciones al proceso de la evaluación

- La evaluación se realiza desde la perspectiva del sistema de salud. Por lo tanto, además de tomar en cuenta al programa nacional de VIH/sida, se analizan las respuestas de otros programas dentro del ministerio de salud, como tuberculosis, salud sexual y reproductiva, y adolescentes. Se incluye, asimismo, a los proveedores o financiadores, entre ellos instituciones de seguridad social, ministerios, organizaciones de la sociedad civil y entidades ejecutoras de recursos externos. El objetivo es analizar la forma en que la respuesta se ve afectada por el desempeño del sistema de salud en sus diferentes componentes.
- La evaluación de la respuesta del sistema de salud del país al VIH/sida es un proceso nacional con aportes de la cooperación internacional,

- que implica la participación y auto reflexión de sus protagonistas en los niveles de decisión y ejecución. La evaluación se concibe como una oportunidad para que los diferentes actores reflexionen sobre su práctica y las posibilidades de fortalecerla.
- c. La cooperación internacional aporta experiencias de otros países, facilita el proceso, contribuye con una visión de conjunto –nacional e internacional– y propicia el uso de diversas fuentes de información y la contribución de diversos actores.
 - d. El monitoreo y la evaluación son parte de un sistema que articula y fundamenta los procesos de decisión. La evaluación, a diferencia del monitoreo, enfatiza en los resultados y en el impacto de las políticas, estrategias e intervenciones que forman parte de la respuesta nacional, más que en los indicadores de procesos. La evaluación se vincula a los aspectos gerenciales de la gestión de proyectos y programas en el corto plazo, y a los procesos políticos y de planificación estratégica. Además, es complementaria con los procesos y mecanismos de monitoreo.
 - e. Estos lineamientos proporcionan orientaciones generales y deben ser asumidos con flexibilidad para asegurar que responden a la situación epidemiológica y a las características y necesidades de la respuesta nacional y del sistema de salud del país.
 - f. La evaluación no es una revisión exhaustiva de los procesos e indicadores de la respuesta nacional. La evaluación caracteriza los procesos del sistema de salud que producen resultados, y en este sentido prefiere trabajar con procesos e indicadores seleccionados como “trazadores”. Más que la cantidad de información recolectada, importa la capacidad de reconstruir y caracterizar los principales procesos productivos.
 - g. Al identificar brechas entre los resultados propuestos y los obtenidos en diferentes PEMAR y poblaciones vulnerables, y al relacionarlos con las características de los procesos de producción de las intervenciones, la evaluación suministra información constructiva sobre la calidad de la inversión e identifica oportunidades para mejorarla.
 - h. La información utilizada para realizar la evaluación debe incluir al menos los tres a cinco últimos años disponibles para evitar que variaciones de corto plazo puedan introducir errores de apreciación. Es importante, además, identificar las coyunturas en las cuales se han introducido cambios significativos en la respuesta nacional –en los que se reorientó la respuesta del sistema de salud al VIH– y la información colectada debe incluir al menos el último de estos cambios.
 - i. Es necesario tener en cuenta las orientaciones sobre confidencialidad y discreción. El propósito de la evaluación es que todos los participantes reflexionen sobre las limitaciones y brechas encontradas, inicien el diálogo e identifiquen acciones para mejorar la respuesta. El equipo de evaluación debe estar consciente de que durante el proceso se puede acceder a información que no tiene que ser divulgada, y que incluso puede ser confidencial. Es necesario, entonces, adoptar medidas necesarias para evitar que ésta llegue a personas y entidades que puedan usarla con fines diferentes a los previstos. Se recomienda que los integrantes del equipo evaluador designen a una sola persona responsable de manejar y suministrar información, y que no se haga público el contenido de los informes, conclusiones y recomendaciones hasta que no sean revisados y aprobados por el equipo y las autoridades nacionales de salud. Ellos, al igual que las autoridades directamente responsables de la respuesta nacional al VIH/sida, deben ser los primeros en conocer los resultados de la evaluación.
 - j. Respecto a los medios de comunicación social, al ser la salud un campo de interés público hay información que puede ser de difícil manejo, lo que varía dependiendo del país y de las circunstancias. Al respecto, se recomienda que una vez conformado el equipo evaluador se defina –en conjunto con las autoridades nacionales de salud– la política de comunicación e información que se aplicará a lo largo del proceso.

Marco conceptual de la evaluación



El marco conceptual de la evaluación se basa en la premisa de que la asignación y utilización de recursos en salud -como en el desarrollo humano en general- debe orientarse a lograr la máxima rentabilidad social¹⁰.

Para lograr rentabilidad social, es necesario que los recursos se asignen a intervenciones de probada efectividad con el objetivo de prevenir la propagación del virus y entregar tratamiento integral. Además, es crucial que en la implementación de estas intervenciones se sigan procesos que permitan lograr, con ese nivel de recursos (definición de eficiencia), el máximo de resultados técnicamente posibles. Ambos conceptos quedan incorporados en el análisis de calidad de la inversión que se propone en estos lineamientos¹¹.

Efectividad se entiende como la capacidad de cerrar las brechas y acercarse a las metas del acceso universal.

El concepto de **calidad de la inversión** se refiere a que la inversión se realiza en condiciones que aseguren su rentabilidad social (acceso a tratamiento y prevención).

Rentabilidad social de la inversión en VIH es proveer adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia, al tiempo en que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus -entre las poblaciones en mayor riesgo y hacia la población general.

Una inversión con calidad asigna los recursos a intervenciones pertinentes y los produce con procesos eficientes.

1. El marco de análisis

En la figura 1 que se presenta a continuación, se indican los principales elementos que son parte del marco de análisis de la evaluación. Este incluye: a) los componentes programáticos y b) componentes

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en República Dominicana. 2008.

¹¹ El concepto de inversión, en concordancia con el concepto en uso en el sector salud, incluye tanto los recursos de operación como aquellos destinados a la formación de capital fijo para la respuesta al VIH.

del sistema de salud, que son los dos ejes en torno a los cuales se realiza la evaluación; c) los grupos poblacionales; y d) los factores transversales.

a. Componentes programáticos: incluyen prevención y atención integral. La prevención se basa en actividades dirigidas a grupos poblacionales (PEMAR, vulnerables y general) y al ambiente de provisión de servicios. En la figura solo se presenta un detalle de poblaciones en mayor riesgo y poblaciones vulnerables, que corresponden a las actividades prioritarias de prevención. En la sección de análisis de los componentes de la respuesta programática se incluyen todos ellos. La atención integral se divide en PTMI, personas con VIH, ITS y TB/VIH.

A partir del análisis de metas y logros se pueden identificar las brechas programáticas, que son los resultados aún no alcanzados respecto a las metas. El análisis de los procesos productivos permitirá obtener una noción de la efectividad de las intervenciones y de la calidad de la inversión que se está ejecutando.

b. Componentes del sistema de salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define seis componentes o pilares del sistema de salud, y sus características y desempeño afectan la capacidad de respuesta del sistema al VIH. Por ejemplo, las regulaciones sobre cobro o gratuidad que forman parte de la política de financiamiento sectorial tienen un impacto directo en el acceso, transformándose así en un factor facilitador o limitante de la capacidad de respuesta. El análisis de los procesos de producción de las intervenciones de prevención y tratamiento integral permitirá identificar elementos facilitadores para una respuesta sólida y que por lo tanto conviene reproducir; y elementos limitantes que requerirán correcciones. Las recomendaciones para el fortalecimiento de la respuesta se construyen sobre la base de estos hallazgos.

c. Grupos poblacionales: El análisis se enfoca en las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones vulnerables. Los países suelen identificar a las PEMAR como “grupos prioritarios”, y se incluye a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a trabajadoras y trabajadores sexuales (TS), a clientes de TS y a usuarios de drogas inyectables (UDI). Las mujeres embarazadas (ME), aunque no son parte de la población en mayor riesgo, son identificadas como población prioritaria debido al compromiso de los países de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita. La identificación de grupos vulnerables (con frecuencia llamados “otras poblaciones a atender”) varía entre los países, tal como se refleja en los planes estratégicos nacionales. Por lo tanto, en este gráfico la identificación de poblaciones se ofrece solo como propuesta para que cada país incluya los grupos que correspondan, de acuerdo a las características de la epidemia en el país y su realidad socioeconómica.

Para facilitar la identificación de pertenencia de las personas a los grupos de población específicos y el acceso a intervenciones pertinentes, se incluyen a continuación las definiciones acordadas a nivel internacional:

Poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) están integradas por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que aumentan la probabilidad de exposición al VIH. Estos comportamientos incluyen sexo sin protección (en particular sexo anal), sexo con varias parejas, y uso de instrumentos cortopunzantes o equipos de inyección que puedan estar contaminados con sangre infectada. Estas poblaciones incluyen a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales (TS), sus clientes y los usuarios de drogas inyectables (UDI).

Poblaciones vulnerables son grupos que debido a factores biológicos, ambientales o socioculturales tienen control limitado, o ningún control, para reducir la exposición al VIH. Estas personas no siempre es-

tán expuestas al riesgo, pero si se da la exposición tienen menos poder para evitar la transmisión. Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información; sin habilidades o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales (particularmente mujeres jóvenes y adultas); personas con otras infecciones de transmisión sexual; personas forzadas a tener relaciones sexuales o son presionadas a convertirse en sexualmente activas; aquellas que tienen relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y drogas; y mujeres prepúberes, adolescentes y aquellas personas cuya actividad sexual es afectada por las condiciones ambientales, tales como individuos privados de libertad (PPL) y migrantes.

La expresión 'poblaciones claves' se ha acuñado para referirse a grupos que incluyen a ambos grupos poblacionales.

d. Factores transversales: Existen tres temas que afectan de un modo transversal a la capacidad de respuesta: (a) enfoque de género; (b) factores socio-culturales que se expresan en estigma y discriminación, y (c) análisis del cumplimiento de los compromisos de derechos humanos contraídos por el país.

En el texto se describen cada uno de estos componentes (programáticos, sistémicos y transversales), y en el capítulo 5 se presenta una lista de preguntas orientadoras para la conducción del análisis y presentación de hallazgos y recomendaciones.

2. Componentes de la respuesta programática al VIH/sida

Con el propósito de alcanzar las metas de cobertura universal hacia 2010 y de reducir la transmisión del VIH para 2015, la mayoría de los países de la Región han formulado un plan estratégico nacional (PEN). En él se establecen los objetivos y metas, se identifican las PEMAR, los determinantes de vulnerabilidad y poblaciones vulnerables, y se establecen las estrategias para alcanzar las metas de acceso universal y detención de la propagación de la transmisión del VIH/sida.

El plan estratégico nacional se traduce en respuestas programáticas nacionales para la prevención del VIH, que incluyen componentes de prevención y atención integral.

Durante la evaluación se analizan los procesos de producción de cada componente de la respuesta programática y su impacto sobre los resultados.

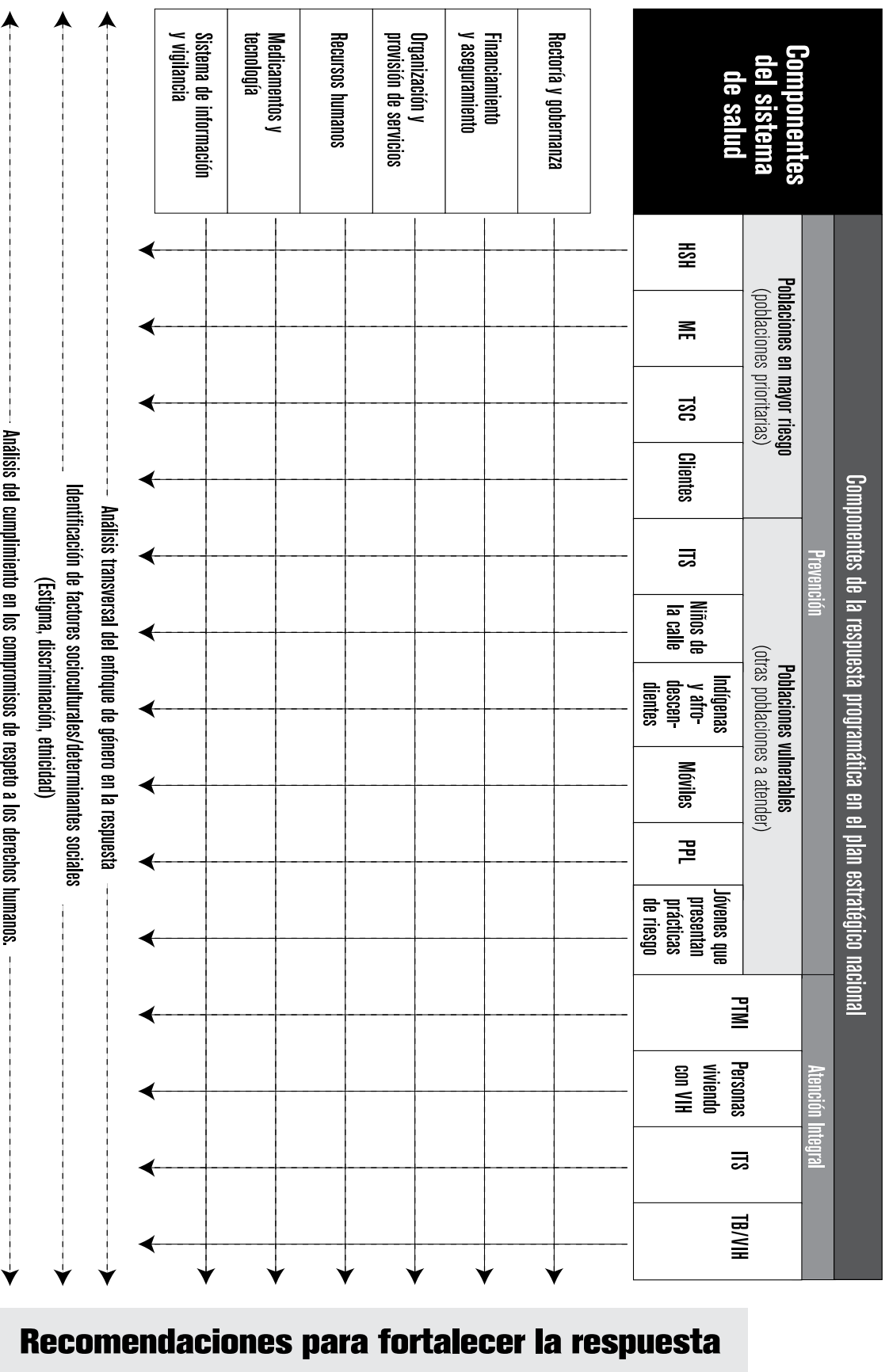
a. Componentes de prevención

Se orientan a detener la propagación del VIH y se dirigen a las PEMAR, incluyendo transmisión materno-infantil y poblaciones más vulnerables. Su objetivo es reducir la efectividad de la transmisión a través de actividades de prevención primaria y secundaria¹², y reducir la extensión de la transmisión mediante acciones de promoción de la salud y de prevención primaria, en ambientes comunitarios y de los servicios de salud.

Las estrategias de prevención buscan prevenir o reducir la eficacia de los principales mecanismos de transmisión

¹² Se considera prevención primaria a la acción de evitar que las personas contraigan el VIH mediante acciones generales de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones. Incluye la promoción de un mejor conocimiento sobre el VIH y sus mecanismos de transmisión dirigida a los grupos y poblaciones en riesgo y las poblaciones más vulnerables, incluyendo la PTMI. Se considera prevención secundaria a la acción, mediante la atención integral, de reducir las probabilidades de que las personas con VIH lleguen a desarrollar el sida.

Figura 1. Marco de análisis de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida



Para cada uno de estos grupos poblacionales los países definen estrategias, políticas, normas y protocolos, asignan recursos, organizan actividades y establecen metas de cobertura y de efectividad que se expresan en indicadores que pueden ser monitoreados y evaluados. La forma práctica en que se aplican los recursos disponibles y se organizan y ejecutan las actividades, constituye el proceso productivo que permite obtener los resultados. La relación entre los resultados obtenidos en cada caso y las metas de accesibilidad, efectividad y sostenibilidad propuestas, permite reconocer las brechas.

Principales estrategias de prevención

De acuerdo a la situación epidemiológica en cada grupo en riesgo y población vulnerable, los países aplican estrategias integradas que buscan prevenir o reducir la eficacia de los principales mecanismos de transmisión¹³, entre ellas:

• Prevención de la transmisión sexual

Promueve prácticas de sexo seguro a través de cambios de comportamiento, como la disponibilidad, promoción y el uso correcto del condón para reducir el riesgo de transmisión entre las PEMAR, poblaciones vulnerables y la población general. Las intervenciones incluyen educación y comunicación para fortalecer el conocimiento sobre el VIH y los mecanismos de transmisión, con el fin de empoderar a las personas sobre su sexualidad y su salud y aumentar en ellos la percepción de riesgo. Un enfoque multisectorial y la participación activa de individuos y organizaciones, constituyen factores necesarios para que estas intervenciones sean efectivas¹⁴.

• Prevención de la transmisión entre usuarios de drogas inyectables (UDI)

Para controlar la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI), es necesaria una estrategia de tres componentes^{15,16}: **1.-** prevenir el uso de drogas; **2.-** facilitar y estimular el acceso a tratamientos para adicciones; **3.-** que los UDI se involucren en estrategias que los protejan a ellos y a sus familias de la exposición al virus a través de intervenciones de prevención y reducción de daños. En este sentido, los programas de intercambio gratuito de jeringuillas usadas por nuevas y descartables, han mostrado ser muy efectivos.

• Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI)

Esta estrategia se ha incluido como parte de la atención integral de grupos prioritarios, debido a que la efectividad de la PTMI depende de la disponibilidad, acceso universal y calidad de la atención materno-infantil integral (prenatal, perinatal e infantil), así como de la aplicación adecuada de protocolos efectivos de reducción de la transmisión del VIH.

Uno de los desafíos para conseguir la eliminación de la transmisión de madre a hijo, es lograr la capacitación temprana y cobertura universal de atenciones de salud materna e infantil de calidad, que incluya protocolos de PTMI.

• Prevención en poblaciones vulnerables

El concepto de poblaciones vulnerables se relaciona con la exclusión social, condiciones de vida deterioradas y acceso limitado al sistema de salud y a las intervenciones programáticas de prevención del VIH^{17,18,19}.

¹³ WHO. Priority interventions: HIV prevention, treatment and care in the health sector. Geneva, 2008.

¹⁴ UNAIDS. A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programs for most-at-risk populations. Geneva, 2007.

¹⁵ UNAIDS. Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva, 2004.

¹⁶ UNAIDS. Case studies. UNAIDS Best practice collection. Geneva, 2006.

¹⁷ Flaskerud J, Winston R,.- Conceptualizing vulnerable populations health-related research. Nursing research V7 (2)> 69-78. 1998.

¹⁸ Department of Health and Human Services. HIV/AIDS, drug use and vulnerable populations in the US. Washington. USA. July 2009.

¹⁹ Public Health Agency of Canada.- Population at risk. Federal initiative to address HIV/AIDS. Canada 2004.

Las poblaciones vulnerables varían de un país a otro y su identificación se relaciona con el comportamiento epidemiológico del VIH y sus características sociales específicas. Es necesario considerar que muchas veces la información disponible sobre la salud en estas poblaciones es limitada y no refleja su situación real de vulnerabilidad y riesgo.

A medida que la epidemia de VIH se extiende, comienza a rebasar a los grupos de población cuyas conductas los exponen a mayores riesgos de transmisión, como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadoras (es) del sexo y sus clientes, las parejas de estos clientes, personas con infecciones de transmisión sexual (ITS) o tuberculosis (TB) y usuarios de drogas inyectables. El VIH ha alcanzado progresivamente a otros segmentos de población, que por razones de diversa índole son vulnerables, aun cuando el riesgo de transmisión es menor que en los grupos mencionados anteriormente. Entre estos se incluye a las personas privadas de libertad, niños y adolescentes de la calle o que no están incorporados en el sistema educativo, migrantes, pueblos indígenas y afrodescendientes, y poblaciones que viven en condiciones de pobreza y que tienen un bajo nivel educativo y limitado acceso a servicios de salud.

Los pueblos indígenas y afrodescendientes requieren especial atención debido a que algunas de sus prácticas ancestrales y culturales los ponen en situaciones de riesgo de infección por VIH, como los ceremoniales en pueblos afrodescendientes que involucran prácticas de incisión y corte que pueden conllevar exposición a sangre potencialmente contaminada; o ciertos ritos de iniciación sexual en pueblos indígenas.

Para que las intervenciones de prevención y tratamiento dirigidas a esta población sean efectivas, se requiere que los proveedores de salud manejen el conocimiento necesario para diseñar e implementar intervenciones culturalmente competentes. Un factor clave es el lenguaje y el nivel de dominio que cada pueblo tiene del idioma oficial del país, ya sea oral o escrito. Si las intervenciones se realizan en su propia lengua, las probabilidades de que la respuesta sea más sólida aumentan.

Los usuarios de drogas psicotrópicas ilegales (no necesariamente inyectables) también son una población vulnerable, sobre todo cuando su adicción conlleva al deterioro de su autoestima, relaciones sociales y marginación, así como a la conformación de grupos que tienden a ser cerrados y de difícil acceso.

La prevención del VIH en estas poblaciones representa un desafío que debe ser asumido por el sistema de salud y con frecuencia requiere desarrollar abordajes vinculados al desarrollo de los servicios para la atención de la población general²⁰. La OMS, UNFPA, ONUSIDA y otras organizaciones de cooperación, han llamado la atención sobre la importancia de vincular la respuesta al VIH con el adecuado desarrollo de los servicios generales de salud sexual y reproductiva, y en general de salud materno-infantil, así como con las diferentes redes y niveles de atención del sistema de salud para la población general, con énfasis en el primer nivel de atención^{21,22,23}.

Las campañas informativas y educativas a través de medios masivos de comunicación, generan una opinión favorable respecto a la prevención en la población general. Además, refuerzan las conductas preventivas y permiten llegar a sectores de población

²⁰ McKinney M, Marconi K, Cleary P, Kates J, Young S and O'Neill J.- Delivering HIV services to vulnerable populations: An evaluation and research agenda. Public Health Reports. March-April 2002. V 117. Washington USA.

²¹ WHO, IPPF, UNAIDS and UNFPA. Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: A framework for priority linkages. Geneva 2005.

²² UNFPA. Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS. An annotated inventory. Geneva 2005.

²³ WHO. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Geneva, August, 2008.

que no tienen una adecuada percepción del riesgo de transmisión. Por lo tanto, deben ser consideradas un componente importante de las estrategias de prevención. Sin embargo, para lograr mayor impacto, es necesario focalizarlas en las PEMAR y poblaciones vulnerables, considerando estrategias adecuadas para asegurar una efectiva transmisión del mensaje. La participación de las organizaciones sociales a nivel comunitario o en ambientes específicos, debe considerarse como una de las estrategias que favorecen el logro de estos resultados.

• **Prueba voluntaria (VCT) y ofrecimiento de prueba por el proveedor (PITC)^{24,25 ,26 ,27}**

El conocimiento que cada persona tiene de su estado serológico le permite recibir la atención necesaria para prevenir la progresión rápida de la enfermedad en caso de estar infectada, extremar las precauciones necesarias para evitar infectarse si no lo está, o prevenir la transmisión a terceras personas si ya es portadora del virus.

La estrategia para conocer el estado serológico es la prueba voluntaria con orientación (*consejería*). Ésta es proactiva y se realiza por demanda del usuario de los servicios. A menudo se la describe como una estrategia a la que la persona “opta” por razones de interés personal.

Es importante que el proveedor de salud ofrezca la posibilidad de una prueba de VIH en forma voluntaria e informada a toda persona que sea atendida en un servicio de salud de cualquier nivel.

Los proveedores de servicios pueden a su vez recomendar la prueba después de que, al evaluar el riesgo de exposición del usuario, consideran que existen probabilidades de que pueda ser portador o porque encuentran manifestaciones clínicas que así lo sugieren. La prueba también se puede ofrecer como parte de los exámenes rutinarios de atención clínica o control de paciente sano. El término genérico para esta estrategia es el de “*ofrecimiento de prueba por el proveedor*”. Al igual que la prueba por solicitud del cliente, ésta es también voluntaria. La diferencia fundamental es que en la primera modalidad es el usuario quien opta por solicitarla (se le conoce en inglés como modalidad *opt-in*). Cuando es el proveedor quien ofrece o recomienda la prueba, el cliente puede optar por no hacérsela (*opt-out*).

Aunque en situaciones de epidemia concentrada la probabilidad de encontrar personas con VIH en poblaciones en menor riesgo es comparativamente baja, la prueba voluntaria es costo efectiva, porque permite captar a personas que no se auto identifican como parte de las PEMAR. Por lo tanto, tiene impacto en los cambios de comportamiento y favorece el ingreso a otras estrategias de prevención y de atención a personas con VIH.

Se debe ofrecer consejería y la posibilidad de una prueba de VIH en forma voluntaria y consentida a toda persona que sea atendida en un servicio de salud de cualquier nivel y que sea caracterizada como perteneciente a una población vulnerable o a una en mayor riesgo. En poblaciones privadas de libertad deben desarrollarse intervenciones efectivas de prevención del VIH que incluyan acciones educativas, acceso ilimitado a condones y realización de pruebas para VIH.

²⁴ UNFPA and IPPF South Asia Regional Office: Integrating HIV voluntary and counseling testing services into reproductive health promotion.

²⁵ Andrew Creese, Katherine Floyd, Anita Alban, Lorna Guinness.- Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A systematic review of the evidence. The Lancet, V 359, Issue 9318, Pages 1635-1642. May, 11 2002.

²⁶ WHO. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Geneva. December 2008.

²⁷ Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH en la Región las Américas. OPS,2008.

• **Prevención en ambientes de provisión de servicios de salud y prevención post exposición²⁸**

Se sugiere:

- Garantizar sangre segura en los servicios de salud para toda la población.
- Aplicar las medidas básicas universales de precaución en los ambientes de salud (normas de bioseguridad).
- Acceso universal a las intervenciones de prevención post exposición (PEP), en forma permanente.

• **Intervenciones en la población general**

Dirigidas a propiciar conductas preventivas en la población general a través del aumento de los conocimientos básicos sobre VIH, sida, ITS y sus mecanismos de transmisión. Asimismo, buscan informar sobre las estrategias y formas de prevención, y la importancia y los resultados del tratamiento y la atención integral de las personas con VIH y sus familias. Se dirigen, además, a reducir el estigma y la discriminación y a proteger los derechos humanos de las personas con VIH. Entre ellas se incluyen:

• **Intervenciones para fortalecer el marco legal y regulatorio**

La respuesta de los países y del sistema de salud al VIH requiere de un marco legal integral en el que se definan con precisión: las responsabilidades y atribuciones del sistema de salud y sus formas de interacción con otros sectores; los componentes y estrategias básicas de prevención, tratamiento y atención; los mecanismos de financiamiento; la garantía de acceso universal; los derechos de las personas con VIH, incluyendo la penalización a las violaciones en ambientes laborales, educativos, en los servicios de salud y otros; y se establezca la asistencia social que el país haya determinado.

Este marco legal debe ser actualizado en forma periódica de acuerdo a los adelantos en los conocimientos y experiencias a nivel nacional e interna-

cional, y a la evolución y tendencias de la epidemia. Además debe incorporar la normativa, estándares y lineamientos técnicos regionales e internacionales de derechos humanos y VIH que han sido aceptadas por cada Estado.

• **Intervenciones en el sistema educativo**

Se sugiere la incorporación de contenidos adecuados de educación sexual y reproductiva -específicamente sobre VIH e ITS- en niveles del sistema educativo desde el básico hasta el universitario, y dirigidos a fortalecer los conocimientos y las conductas preventivas, así como a reducir la discriminación y el estigma en las personas con VIH.

• **Intervenciones en ambientes laborales**

Destinadas a reducir la discriminación y estigma hacia las personas con VIH en ambientes de trabajo, y a proteger sus derechos laborales. Buscan además promover conductas de prevención.

• **Intervenciones a través de los medios de comunicación masiva**

Dirigidas a hacer llegar información y mensajes educativos a la población general, a reforzar conductas preventivas y a reducir el estigma y la discriminación. Sus contenidos deben ser coherentes con las orientaciones de las estrategias de prevención y de atención integral que conforman la respuesta del sistema de salud al VIH.

• **Intervenciones a nivel comunitario**

Se orientan a promover un mejor conocimiento y comprensión sobre el VIH/sida a nivel de las organizaciones comunitarias para reforzar sus aportes en ciertas intervenciones, como la captación temprana a embarazadas, la reducción de la exclusión y discriminación, el fortalecimiento del apoyo comunitario a las personas con VIH y sus familias y el mejor conocimiento de la disponibilidad de los servicios de salud y atención al VIH.

²⁸ UNAIDS.- Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Toward universal access. 2007.

b. Componentes de atención integral

Se basan en la aplicación de normas y protocolos nacionales en los que se establece la forma de organizar la atención, el cuidado y su frecuencia, además de los esquemas de tratamiento.

Incluye: (i) atención integral a las embarazadas y a los recién nacidos para la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH y de la sífilis congénita (ii) atención integral a las personas con VIH (iii) atención integral a las personas con ITS, y (iv) atención integral a las personas con co-infección TB/VIH.

i. Atención integral a las embarazadas y a los recién nacidos para la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH y de la sífilis congénita

Se estima que en el año 2007 hubo alrededor de 55.000 niños infectados con VIH y entre 164.000 y 344.000 infecciones congénitas por sífilis en América Latina y el Caribe. La meta UNGASS es reducir al menos en un 50% (con respecto a los valores de 2001), el porcentaje de recién nacidos con VIH a las 8 semanas de nacidos.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y UNICEF, promueven la estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas, con un abordaje conjunto que permite aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico y prevención mediante la integración de servicios de atención prenatal, SSR y prevención del VIH. Se han establecido como metas la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. Esto se define como la "reducción de la transmisión materno-infantil del VIH al 2% o menos y reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos vivos"²⁹.

Un enfoque integral de la PTMI incluye intervenciones de promoción antes del embarazo, durante el periodo prenatal, en el momento del parto, posparto y en el recién nacido³⁰. Este enfoque debe estar complementado con intervenciones de promoción dirigidas a evitar embarazos no deseados y a fortalecer la prevención de la transmisión por vía sexual, sobre todo en adolescentes y jóvenes, así como a promover la captación temprana de embarazadas para control prenatal.

Esta estrategia está diseñada con un enfoque de sistema, tal como se indica en los objetivos programáticos de la iniciativa. Por lo tanto, su implementación constituye una oportunidad para modelar un abordaje integrado en la red de servicios.

Los objetivos programáticos de esta iniciativa se definen como:

- Aumentar la cobertura de atención prenatal y parto atendido por personal cualificado a más del 95%;
- Aumentar la cobertura de detección de sífilis y VIH en embarazadas a más del 95%;
- Aumentar la cobertura de profilaxis del VIH y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y niños a más del 95%;
- Aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH e ITS en forma integrada con los otros servicios de salud, incluidos los centros de atención prenatal, SSR, servicios para adolescentes y de violencia de género;
- Aumentar a más de 95% el número de países de la Región que disponen de sistemas de información que permiten monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y SC, y apoyar la toma de decisiones.

Se espera que con posterioridad al nacimiento, la madre se incorpore a un programa de cuidados integrales para personas con VIH y reciba los esquemas de ARV que correspondan según su estado clínico y los

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009.

³⁰ WHO/UNICEF. Inter Agency Task team on PMTCT. Geneva 2007.

Un enfoque integral de la PTMI incluye intervenciones de promoción, antes del embarazo, durante el periodo prenatal, en el momento del parto, posparto y en el recién nacido.

protocolos nacionales. Se debe tomar en cuenta, además, la Convención de las Naciones Unidas para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y la Convención de los Derechos del Niño.

Asimismo, la mujer debe recibir consejería sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre con VIH, y se debe promover la sustitución de la lactancia materna por fórmulas infantiles. El sistema de salud debe garantizar el acceso a las fórmulas lácteas sustitutivas, siempre que su utilización sea factible desde el punto de vista cultural y ambiental (ej. acceso a agua limpia). El hijo debe ingresar a un protocolo de cuidados integrales que debe incluir la realización de una prueba diagnóstica virológica antes de cumplir las 8 semanas y a los 6 meses, preferiblemente con PCR³¹.

La meta es que los países implementen protocolos clínicos que minimicen la probabilidad de transmisión de VIH y sífilis de la madre al hijo³². En este contexto, se espera que durante el control prenatal las embarazadas reciban consejería y pruebas de VIH y de sífilis, y que aquellas con resultados positivos entren en un protocolo de PTMI que incluya el uso de antirretrovirales (ARV), de acuerdo a su estado clínico, y que se evalúe oportunamente la necesidad de realizar cesárea alrededor de la semana 38 del embarazo. En lo que se refiere a sífilis, se espera que la mujer reciba las pruebas de laboratorio, tratamiento y control como lo indique el protocolo.

Las parejas hombres de mujeres con VIH o sífilis deben recibir consejería y prueba voluntaria de VIH o sífilis y tratamiento según corresponda.

ii. Atención integral a personas con VIH

La OPS/OMS promueve que la atención integral de las personas con VIH se integre en el sistema de salud en sus diferentes niveles de atención, con un enfoque de atención primaria³³. En esta misma línea se han desarrollado un conjunto de recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad y efectividad de la atención³⁴.

La incorporación de la atención integral de las personas con VIH en los servicios locales de salud- que tengan un enfoque familiar y comunitario- es de gran importancia para fortalecer la adhesión y la continuidad del cuidado

La atención debe incluir un componente de educación para modificar el comportamiento de riesgo (prevención positiva); profilaxis; tratamiento adecuado de infecciones oportunistas; tratamiento con ARV utilizando protocolos nacionales estandarizados, efectivos y basados en evidencia (evitando esquemas sub estándar que contribuyen al desarrollo de resistencia); apoyo psicológico; y asistencia y protección social.

La capacidad de tratamiento y cuidado en los servicios de salud, requiere de un personal de salud que maneje los aspectos técnicos específicos y que realice su trabajo con una actitud de respeto a las personas, acepte la diversidad y sea inclusivo. La actitud del trabajador de la salud, en todos los ámbitos, es un elemento crucial para reducir el estigma y discriminación que sufren las

³¹ WHO. ARV Therapy for HIV infections in infants and children. Toward universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva 2007.

³² OPS/OMS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita. En prensa.

³³ Socorro Gross-Galiano. Respuesta sostenida al VIH: Desafíos financieros. Reunión ministerial en VIH y desarrollo en América Latina y el Caribe. Presentación en ECOSOC-Revisión Ministerial Anual Jamaica 4-6 junio, 2009.

³⁴ OPS. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: En la ruta hacia el acceso universal. Washington DC, 2008.

personas con VIH y que constituye una barrera al acceso. Dentro de los servicios, es fundamental contar con un buen sistema de supervisión, rendición de cuentas y aseguramiento de la calidad. Finalmente, la promoción del interés de la población en conocer su condición de VIH mediante pruebas voluntarias de manera informada, y el acceso a la prueba sin cobro al usuario, son factores clave para la provisión de un tratamiento oportuno.

Las personas que reciben atención en múltiples servicios, suelen estar más propensas a la discontinuidad y a desarrollar resistencia por recibir tratamientos inconsistentes. La incorporación de una atención integral a las personas con VIH en los servicios locales de salud, que tengan un enfoque familiar y comunitario, es de gran importancia para fortalecer la adhesión, la continuidad del cuidado y para favorecer que la persona reciba más atenciones en un solo lugar.

iii. Atención integral a personas con ITS

Entregar atención para ITS en los servicios primarios de salud a través de personal debidamente capacitado en el manejo sindrómico, ha demostrado ser muy efectivo y además constituye una oportunidad para captar a personas con riesgo de exposición al VIH.

iv. Atención integral a personas con co-infección TB/VIH

El manejo de la coinfección VIH/TB requiere de la existencia de protocolos estandarizados y unificados a nivel nacional, compatibles con las mejores recomendaciones que puedan ser aplicadas en los servicios generales de salud de diferente nivel.

3. Componentes del sistema de salud

Una buena parte de la respuesta nacional al VIH/sida es responsabilidad del sistema de salud. Esto incluye la provisión de la red de servicios, el liderazgo y regulación de la rectoría, y las estrategias de financiamiento sectorial en función del aseguramiento. Por lo tanto, las características del sistema de salud y su rol en

facilitar o limitar las capacidades de la respuesta programática, son determinantes clave en el alcance de las metas de acceso universal y de reducción de la transmisión del VIH, maximizando la rentabilidad social de la inversión en prevención y atención integral.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD

- Rectoría y gobernanza
- Financiamiento y aseguramiento
- Organización y provisión de servicios
- Recursos humanos
- Medicamentos y tecnología
- Sistema de información y vigilancia

Everybody's business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's framework for action. Geneva 2007.

En el marco de estos lineamientos se trabaja con el concepto de sistema de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que "incluye a todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primaria es promover, recuperar o mantener la salud. Esto incluye tanto los esfuerzos para influenciar los determinantes de salud, como las actividades orientadas directamente a mejorar, atender y restablecer la salud. Un sistema de salud es, por lo tanto, más que la red de establecimientos públicos que entregan atención; incluye a la madre que cuida del niño enfermo en su hogar, a proveedores privados, a programas para la modificación de conducta, a campañas para el control de vectores, a entidades aseguradoras, a la salud ocupacional y al marco jurídico efectivo, entre otros. También incluye acciones intersectoriales del personal de salud, por ejemplo, que exhorten al ministerio de educación a promover la educación de las mujeres, lo que constituye un claro determinante de una mejor salud"³⁵.

Los componentes del sistema de salud son los pilares o *building blocks* definidos por la OMS para fortalecer el sistema de salud y mejorar sus resultados. Estos

han sido adoptados por los principales cooperadores internacionales en la respuesta al VIH y las ITS^{36,37}.

A continuación se describe brevemente cada componente, y en el capítulo 5 se incluyen preguntas orientadoras para la evaluación de cada uno de ellos. Estas preguntas servirán al equipo de evaluación para organizar su análisis y recomendaciones, y no necesariamente son las que se harán en las entrevistas o visitas a establecimientos.

a. Rectoría y gobernanza

La función de rectoría se refiere a la conducción estratégica, y está generalmente asignada jurídicamente al ministerio de salud en su condición de órgano del estado con atribuciones en salud.

La rectoría y gobernanza tienen como objetivo asegurar la existencia de marcos estratégicos de política que se combinan con supervisión efectiva, formación de coaliciones, provisión de regulación e incentivos apropiados, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas (*WHO, 2007*).

La rectoría incluye:

- Marcos estratégicos políticos, legales y regulatorios
- Planes estratégicos nacionales que se combinan con funciones de habilitación; regulación, control y supervisión efectiva; formación de coaliciones; regulación y diseño del sistema y rendición de cuentas; monitoreo de los resultados; y evaluación del impacto sobre la equidad y sobre la situación de salud.
- Relaciones con otros sistemas y sectores, tales como educación, municipios, asistencia social y empleo, entre otros.

La gobernanza se refiere a la conducción gerencial y suele ser responsabilidad de los diferentes componentes del sistema y de la respuesta nacional.

Sus funciones incluyen:

- Programación, asignación de recursos, gestión del personal, monitoreo de procesos y construcción de viabilidad.

La aplicación de las recomendaciones internacionales conocidas como “las tres uno”: *una sola autoridad nacional, un solo marco de acción y un solo sistema de monitoreo y evaluación*³⁸, es relevante para la efectividad de la respuesta nacional al VIH

b. Financiamiento y aseguramiento

Es función de este componente el diseño e implementación de la política de financiamiento sectorial. Esto supone un conocimiento de los costos, fuentes y usos de los fondos.

Un buen sistema de financiamiento de salud recauda fondos suficientes para la salud, de forma tal que asegura que las personas pueden usar los servicios necesarios sin barreras financieras y estén protegidos de gastos catastróficos o del empobrecimiento asociado con la obligación de pagar por esos servicios. Proporciona incentivos a proveedores y usuarios para ser eficientes (*WHO, 2007*).

Un buen sistema de financiamiento garantiza:

- a. disponibilidad de recursos adecuados en cantidad y oportunidad para el cumplimiento de las metas propuestas.
- b. eliminar y reducir al mínimo las barreras de acceso, entre ellas el “gasto de bolsillo” que las perso-

³⁵ WHO. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva 2007.

³⁶ The global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria. Strategic approach to health system strengthening. Sixteen board meeting. Kunming, China. November 12- 13 2007.

³⁷ The global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria. Hoja informativa. Enfoque del Fondo Mundial sobre el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Serie hojas informativas del Fondo Mundial. 15 de septiembre, 2008.

³⁸ ONUSIDA.- Los tres uno. Principios fundamentales. Ginebra 2004.

nas y familias deben pagar para recibir servicios de salud.

- c. sostenibilidad en el mediano y largo plazo, y continuidad (sostenida) de los aportes.

c. Organización y provisión de servicios

Incluyen actividades de promoción de la salud, prevención, atención y cuidado. Se basan en estrategias de atención primaria de la salud que priorizan la atención ambulatoria y en servicios integrales accesibles a toda la población, con un enfoque predominantemente familiar y comunitario, adecuada capacidad resolutoria y acceso a medios de diagnóstico y terapéuticos.

Buenos servicios de salud son aquellos que brindan intervenciones de salud –atención personal y no personal– de forma efectiva, segura y con calidad a todas las personas que lo necesiten, dónde y cuándo sea necesario y con desperdicio mínimo de recursos (*WHO, 2007*).

Este componente del sistema de salud se ocupa de cómo se organizan y administran los insumos y servicios en los diferentes niveles o redes de prestación de servicios, para garantizar acceso, calidad, seguridad y continuidad de la atención a las necesidades de salud.

Para efectos de la evaluación, el análisis de este componente debiera contar con:

- a. Una organización de redes de proveedores, con énfasis en los programas y servicios vinculados directamente con el VIH/sida, entre ellos TB, atención materna, salud sexual y reproductiva, y programas de salud de adolescentes y jóvenes;
- b. Factores que afectan el comportamiento del usuario para demandar servicios de prevención o atención;
- c. Disponibilidad o carencia de conjuntos integrados de prestaciones garantizadas;
- d. Manejo de la infraestructura y logística, y
- e. Protocolos de atención y calidad.

d. Recursos humanos

La fuerza de trabajo en salud de un país incluye a los proveedores de servicios de salud, a los gestores y a los trabajadores de apoyo. Además, incluye tanto al sector privado como al personal sanitario del sector público, trabajadores no retribuidos y asalariados y cuadros legos y profesionales.

Un buen desempeño del personal sanitario implica trabajar y responder de manera justa y eficiente para lograr los mejores resultados posibles de salud, con los recursos disponibles y en circunstancias particulares. Es decir, se cuenta con personal suficiente, bien distribuido, que es competente, receptivo y productivo (*WHO, 2007*).

Un buen desempeño implica contar con:

- a. Perfil y cantidad de personal adecuado para la prestación de servicios de acuerdo con los protocolos y normas nacionales correspondientes a cada nivel y tipo de servicio;
- b. Personal capacitado en las tareas que le son asignadas, y acceso a actualizaciones periódicas;
- c. Carreras funcionarias u otros mecanismos que aseguren la adecuada selección y gestión administrativa, así como los incentivos correspondientes;
- d. Ambientes laborales satisfactorios y que posibiliten las buenas prácticas de atención y servicios, con la adecuada protección y seguridad sanitaria;
- e. Existencia de incentivos y reconocimientos especiales por actualización, cumplimiento, ubicación geográfica y trabajo en ambientes de mayor riesgo, entre otros.

e. Medicamentos y tecnologías

La gestión de los medicamentos (desde la definición de los protocolos terapéuticos), la adquisición (producción, compra, donaciones, etc.), el almacenamiento, la distribución, dispensación, aseguramiento de calidad y vigilancia epidemiológica - entre otros - es indispensable para una buena respuesta nacional al

Un buen sistema de salud garantiza el acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías esenciales de diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a las normas y protocolos nacionales. Además garantiza su calidad, inocuidad, eficacia y costo-efectividad, y su uso científicamente sólido. Esto incluye los recursos de laboratorio y de disponibilidad de sangre, componentes y derivados (*WHO, 2007*).

VIH/sida, tanto por su relevancia para los resultados en salud, como para la viabilidad financiera debido al costo que significa para el sistema³⁹.

i. Pruebas de laboratorio

Es importante para la respuesta nacional contar con pruebas de laboratorio para VIH -incluyendo las de confirmación- tanto para actividades de prevención y atención a PEMAR, como para promoción de pruebas voluntarias y consejería en poblaciones vulnerables. Asimismo, son fundamentales para la atención integral de las personas con VIH y las embarazadas (según protocolos de PTMI). Para lograr acceso satisfactorio a servicios de laboratorio, se requiere de una organización en forma de redes articuladas y de la existencia de sistemas de garantía de calidad que funcionen en forma permanente.

Mientras mejor sea el acceso a estos recursos en los niveles periféricos y ambulatorios del sistema de salud, mayor será la probabilidad de que el sistema de salud entregue una respuesta efectiva y con calidad de la inversión.

ii. Acceso a sangre segura

El acceso a sangre segura para todos, incluyendo sus elementos y derivados, es un componente esencial de los sistemas de salud y de gran importancia para la res-

puesta nacional al VIH/sida. Este componente requiere, además, de un sistema de donantes voluntarios, y la garantía de tamizaje según los protocolos nacionales, que incluya VIH, hepatitis viral y sífilis. Asimismo, se necesita de una organización sistémica que haga posible la disponibilidad y acceso en forma efectiva y segura, y la reducción de las transfusiones innecesarias mediante un adecuado uso clínico de la sangre, sus derivados y sus alternativas, siempre que sea posible⁴⁰.

Esto generalmente requiere del desarrollo de redes sistémicas de bancos de sangre, procesos de captación de donantes que aseguren disponibilidad y acceso, laboratorios, mecanismos de procesamiento y almacenamiento.

Debido a la multiplicidad de actores e intereses involucrados, y a la necesidad de sistemas normativos y reguladores, la organización efectiva de sistemas tecnológicos, medicamentos, laboratorios y bancos de sangre, está directamente vinculada a las funciones de rectoría y gobernanza.

f. Sistemas de información y vigilancia

Es importante que los sistemas de información sobre VIH/sida estén articulados con el sistema general de información del sistema de salud para evitar, en lo posible, la existencia de sistemas paralelos y autocontenidos. La información debe permitir el monitoreo de los principales indicadores del proceso, resultados e impacto de la respuesta nacional en los diferentes PEMAR, poblaciones vulnerables, PTMI, en adultos y en la infancia, para relacionarlos con datos familiares, comunitarios y socioeconómicos.

Con respecto a la PTMI, los sistemas de información deben permitir relacionar la información obtenida de la atención en los diferentes momentos del embarazo con la recolectada durante y luego del nacimiento. Incluye información prenatal, durante el nacimiento,

³⁹ OMS.- Acceso equitativo a medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. N° 8. 2004.

⁴⁰ OPS. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas. CD 48/11. Agosto, 2008.

Un sistema de información y vigilancia de salud en buenas condiciones de funcionamiento garantiza la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fidedigna y oportuna por parte de los encargados de adoptar las decisiones a diferentes niveles del sistema de salud, sobre los determinantes, el desempeño del sistema y el estado de salud (WHO, 2007)

atención posparto a la madre y al recién nacido, y durante la alimentación. La evaluación también analizará las condiciones de monitoreo del país a los indicadores de la iniciativa de eliminación de la TMI, VIH y SC.

La vigilancia del VIH no debe limitarse a la información sobre casos; es necesario que incorpore la vigilancia de conductas de riesgo y de factores determinantes y condicionantes, a fin de conocer el impacto de las intervenciones y sustentar las decisiones correspondientes. Esto se conoce como “vigilancia de segunda generación”⁴¹.

4. Ejes transversales

a. Análisis del cumplimiento de los compromisos de derechos humanos

Los derechos de las personas con VIH o sida, están protegidos por instrumentos internacionales vinculantes sobre derechos humanos de carácter más genérico, que regulan el derecho a la salud, entre otros. No obstante, y debido al impacto del VIH en las sociedades de todos los países⁴², son numerosas las declaraciones y estándares de distinto alcance y naturaleza que se han promulgado en los últimos años y que afectan la forma en que se deben regular y proteger los derechos humanos en el ámbito específico del VIH/sida.

Considerando que el análisis es transversal, estos lineamientos proponen un análisis de la legislación, las políticas, los programas y las prácticas de la respuesta al VIH para valorar cuál es el nivel de cumplimiento con los compromisos de derechos humanos.

Se recomienda revisar el derecho internacional sobre derechos humanos, que busca prevenir e impedir abusos en base a la discriminación y otras violaciones hacia las personas con VIH, o hacia personas que pertenecen a las PEMAR, en quienes se presume una alta incidencia de la infección⁴³.

El principal estándar para ser aplicado en las políticas o prácticas administrativas de los países, es el documento “Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos”⁴⁴, elaborado en 1996. El año 2006 se publicó una nueva versión consolidada (anexo 1). A pesar de que estas directrices no tienen carácter vinculante para los Estados, ya que no poseen los efectos de un tratado universal o re-

Los derechos humanos y las libertades fundamentales más relevantes en el contexto del VIH/sida

- Protección ante la ley
- Derecho a la libertad y seguridad personales
- Derecho a la protección de la honra y dignidad (vida privada)
- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad personal
- Derecho de circulación y residencia
- Libertad de pensamiento y expresión
- Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud; y
- Derecho a los beneficios de la cultura (beneficios del progreso científico y tecnológico)

⁴¹ UNAIDS/WHO. Guideline for second generation surveillance. Geneva 2000.

⁴² Este impacto es de tal magnitud que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas declaró el VIH/sida como una amenaza a la seguridad internacional en su Resolución 1308, del 17 de julio de 2000.

⁴³ Organización Panamericana de la Salud. Derechos humanos y salud. Personas que viven con VIH/sida. Caja de herramientas sobre derechos humanos y salud elaborada por los equipos de derechos humanos y VIH, 2008.

⁴⁴ Naciones Unidas (1997). Directrices internacionales sobre VIH/sida y derechos humanos. Resolución 1997/33, UN Doc. E/CN.4/1997/150 (1997).

gional de derechos humanos, sí constituyen una guía imprescindible para el cumplimiento de los derechos humanos de las personas con VIH. Se recomienda el uso de este instrumento para interpretar las normas generales de derechos humanos, y analizar si las políticas, planes, programas, legislaciones y prácticas nacionales son o no consistentes.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que examina y emite directrices para la aplicación del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, realizó también un análisis sobre la salud en su Observación General número 14⁴⁵, estableciendo que los elementos del derecho a la salud son los de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y no discriminación.

Instrumentos internacionales vinculantes de derechos humanos en el contexto de la salud de las personas que viven con el VIH y el Plan Estratégico 2008-2012⁴⁶

Los Estados Miembros de la OPS han recalcado que las convenciones y normas internacionales de derechos humanos ofrecen un marco conceptual y jurídico unificador de las estrategias para mejorar los beneficios de las poblaciones más vulnerables,

como son las personas con VIH, además de medidas para aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos actores. Por consiguiente, es importante incorporar en las políticas, planes, programas, leyes, prácticas y estrategias vinculadas a la salud y al VIH, las disposiciones que se encuentran en las siguientes convenciones, tratados y protocolos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano (OEA)⁴⁷:

Instrumentos de las Naciones Unidas (ONU):

- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁸
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁴⁹
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵⁰

Instrumentos del sistema interamericano (OEA):

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana sobre Derechos Humanos⁵¹
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Dere-

⁴⁵ Doc. E/C.12/2000/4, párr. 11

⁴⁶ Ver el Plan Estratégico 2008-2012, Objetivo Estratégico 7, 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 1-5 de octubre del 2007, p. 74-78. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>

⁴⁷ Los Estados Miembros de la OPS han recalcado que los instrumentos generales de derechos humanos aplicables incluyen los tratados o convenciones regionales e internacionales de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano (OEA), así como las normas internacionales y regionales de derechos humanos. Estas normas son lineamientos establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas y la OEA, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y organismos de las Naciones Unidas y de la OEA, entre otros. Véase el Objetivo Estratégico 7, Plan Estratégico de la OPS, p. 75 en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>.

⁴⁸ Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y fue ratificado por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁴⁹ Entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y fue ratificada por Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁵⁰ Entró en vigor el 3 de mayo de 2008 y ha sido ratificada por Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

⁵¹ Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

chos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”⁵²

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer⁵³
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (entre otras)⁵⁴

b. Identificación de factores socioculturales/ determinantes sociales (estigma, discriminación, etnicidad)

Desde que se detectó la epidemia, las personas con VIH -o que se presume poseen un estado serológico positivo- han sido objeto de reacciones negativas,

Hay factores que son indispensables para lograr reducir las actitudes discriminatorias de los trabajadores de salud (adaptado de OPS, 2003):

- a. Conocimientos claros sobre los medios como se transmite y no se transmite el VIH;
- b. Conocimientos que permitan eliminar el estigma contra personas con comportamientos considerados impropios o inmorales, como el estigma contra las personas homosexuales (homofobia) y las personas transexuales (transfobia);
- c. Habilidad para interactuar adecuadamente con los pacientes;
- d. Contacto regular con las personas con el virus;
- e. Técnicas para evitar el agotamiento;
- f. Conocimiento de las normas sobre los derechos humanos que protegen a los pacientes con VIH y las consecuencias de violar estas normas.

que incluyen maltrato físico y verbal e incluso pérdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, cónyuges y amigos. Mujeres y niños con VIH, por ejemplo, son blanco frecuentes de estigma y discriminación.

Otros grupos poblacionales son objeto de estigma y discriminación independiente de su estado serológico. Entre los grupos más afectados están aquellos discriminados por su orientación sexual o identidad de género, como los hombres homosexuales y las personas transgénero. Otros grupos afectados son los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas.

El estigma y discriminación resultan en repercusiones adversas importantes en la salud de las personas y la comunidad. Es probable que las personas discriminadas padezcan física y psicológicamente, y sean renuentes a solicitar pruebas o tratamiento. Ellas tienen menos probabilidades de protegerse de la infección y de proteger a sus parejas.

Una de las bases del estigma es el miedo, que se produce por la falta de conocimiento. En el caso del VIH, el estigma y la discriminación pueden partir del miedo frente a la enfermedad, o frente al modo de vida de los grupos estigmatizados, de las realidades del comportamiento sexual o de la manera en la cual se propaga el virus (OPS, 2003). El estigma aumenta cuando se desconoce el mecanismo de transmisión del VIH y subsiste el miedo al contagio por contacto ordinario en acciones tales como dar la mano, toser y compartir comedores y retretes.

En muchos servicios de salud, donde las personas en riesgo de contraer VIH, o que ya lo han contraído, buscan y esperan recibir atención y cuidados, el estigma y la discriminación son comunes y son los propios trabajadores de la salud quienes niegan apoyo y

⁵² Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay. El artículo 17 establece que los Estados partes se comprometen a proporcionar de manera progresiva instalaciones adecuadas para las personas mayores, así como alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas y a ejecutar programas laborales específicos para estas personas.

⁵³ Entró en vigor el 5 de marzo de 1995 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁵⁴ Entró en vigor el 14 de septiembre de 2001 y ha sido ratificada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

cuidado médico esencial. Los actos discriminatorios varían desde observaciones impropias, a violación de la confidencialidad de los pacientes, pasando por demoras en el tratamiento y la negación de atención e higiene básicas. Evaluaciones realizadas en algunos países de la Región han documentado la reticencia de algunos obstetras en practicar cesárea a embarazadas con VIH, aún cuando el ambiente de trabajo cumpla con las normas de bioseguridad.

Sin embargo, estudios y lecciones aprendidas indican que es posible reducir las actitudes y los comportamientos discriminatorios en los servicios de salud a través de conocimientos más amplios sobre el VIH. Las estadísticas demuestran que los proyectos de capacitación pueden dar a los trabajadores de salud una comprensión más profunda del virus y reducir sus actitudes negativas hacia las personas con VIH (OPS, 2003).

Los cursos de capacitación son el mecanismo primario para impartir conocimientos y enseñar aptitudes. Esto debiera ir acompañado de cambios institucionales, en donde los servicios de salud proporcionen a su personal los suministros apropiados que les faciliten el cumplimiento de sus funciones con el riesgo mínimo de exposición ocupacional; establezcan y respalden a los grupos de apoyo para el personal; y faciliten profilaxis posterior a la exposición debido a objetos punzocortantes o cuando corresponda⁵⁵.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en sus resoluciones 1999/49 y 2001/51⁵⁶ estableció la expresión "cualquier otra condición" que se incluye en todos los tratados de derechos humanos cuando se hace referencia a la no discriminación. Esta debe ser interpretada como la no discriminación por razones de estado de salud, incluyendo el VIH/sida. Confirma además que la discriminación en base al estado serológico de la persona, real o supuesto, está prohibida por los estándares de derechos humanos.

La Declaración de UNGASS contiene un epígrafe específico sobre el respeto a los derechos humanos, con énfasis en la necesidad de eliminar el estigma sobre el VIH y la discriminación de las personas que lo tienen, así como de los miembros de grupos vulnerables a la infección. Hace mención específica a la estrecha relación que existe entre derecho a la salud y otros derechos fundamentales, como el derecho a la educación, derecho de sucesión, derecho al trabajo, protección jurídica, derecho a la vida privada y otros. Asimismo, enfatiza en la necesidad de eliminar las desigualdades entre los sexos y la necesidad de ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva. Además, menciona la prioridad de atacar la vulnerabilidad de algunos grupos y la necesidad de fomentar su participación en el diseño e implementación de políticas públicas, así como la mitigación de los efectos sociales y económicos del VIH.

En el ámbito interamericano, la Declaración de Nuevo León⁵⁷, emitida en la Tercera Cumbre de las Américas en 2004, estableció el compromiso de hacer frente al estigma, la discriminación y al temor, que disuaden a las personas de someterse a la prueba y acceder al tratamiento y atención.

Algunas de las maneras en que el sector salud puede contribuir en la reducción del estigma y discriminación son⁵⁸:

- **Mejorar la comprensión y el compromiso de reducir el estigma y la discriminación mediante** el uso de herramientas existentes dedicadas a medir el estigma y la discriminación y sus efectos en la respuesta al VIH.
- **Brindar liderazgo sobre la necesidad de reducir el estigma y la discriminación en las respuestas nacionales al VIH.** Inspirar liderazgo, comprensión y un alto nivel de compromiso con respecto a la necesidad de ampliar notablemente las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación.

⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud, 2003. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud.

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Declaración de Nuevo León. Cumbre extraordinaria de las Américas. Monterrey, México. 13 de enero de 2004.

⁵⁸ Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. ONUSIDA 2007

- **Incluir la reducción del estigma y la discriminación en las actividades nacionales de programación, financiamiento y planificación estratégica con relación al VIH.** Garantizar que las iniciativas de programación, financiamiento y planificación brinden apoyo a programas para abordar el estigma y la discriminación.
- **Atacar las causas originales del estigma y la discriminación.** Aplicar programas que traten las causas modificables del estigma: poca sensibilización sobre el estigma y la discriminación y sus consecuencias negativas, temor a contraer el VIH mediante un contacto ocasional, y la vinculación del VIH con comportamientos considerados impropios o inmorales.

c. Enfoque de género

De acuerdo a los mandatos emanados de conferencias mundiales e interamericanas, los gobiernos de la Región de las Américas se han comprometido a promover la igualdad de género en la formulación de todas las políticas y programas públicos. La resolución de los Estados Miembros de OPS indica la necesidad de "incorporar la perspectiva de la igualdad de género, según corresponda, en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas así como también actividades de investigación y capacitación"⁵⁹. La igualdad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres⁶⁰.

La igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos.

La equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables⁶¹.

La inequidad de género y el no respeto a los derechos humanos de mujeres y niñas es un factor particularmente crítico en la epidemia de VIH, y está íntimamente vinculado a la diseminación del VIH y a las consecuencias de la epidemia. Los roles y las relaciones de género influyen en la magnitud en que hombres y mujeres son vulnerables a la infección por VIH, tienen acceso a tratamientos y atención de calidad, y son afectados por las consecuencias económicas de la infección⁶².

Es necesario tener en cuenta que por su condición social desigual, las mujeres están en desventaja con respecto al acceso a la información sobre la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para el VIH/sida una vez infectadas. Como consecuencia de estas inequidades, la tasa de VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres en el Caribe y América Latina⁶³.

Disponer de sistemas de información que permitan conocer y monitorear el impacto diferencial de la epidemia de VIH y de las intervenciones en diferentes identidades sexuales, es de gran importancia. El buen desempeño de los sistemas de salud supone políticas e iniciativas de carácter proactivo, que fortalezcan la comprensión y reduzcan o eliminen la inequidad de género. Estas deben partir del recono-

⁵⁹ Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD46.R16. Novena reunión, 30 de septiembre de 2005.

⁶⁰ OPS/OMS. Política de igualdad de género. 2005

⁶¹ Género, salud y desarrollo en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 2003

⁶² UNAIDS. Operational guide on gender and HIV/AIDS: A rights-based approach. Geneva 2005.

⁶³ Organización Panamericana de la Salud (OPS) Programa Mujer, salud y desarrollo. Hoja informativa sobre Género, VIH y sida, 2003.

cimiento de la existencia de necesidades diferentes según género e identidad sexual y deben basarse en derechos similares. El objetivo es lograr equidad de género y asegurar que la respuesta al VIH sea diseñada y ejecutada con esta direccionalidad.

En la figura 2 se presenta una descripción de las características y contenidos que definen la contribución de las políticas para mejorar la igualdad de género. Se espera que la respuesta del sistema de salud se entregue con políticas transformadoras.

Figura 2: Matriz de análisis de género en actividades, programas y políticas

Concepto/ características	Características	Contenidos de políticas
Desigual	Reconocen los derechos y oportunidades de un género más que el otro. Las desigualdades están claras, no disfrazadas, y se transmiten como “hechos de la naturaleza”.	Las políticas desiguales buscan favorecer a un género sobre el otro. En función de las relaciones patriarcales, se favorece mayoritariamente a los hombres.
Neutras	Pasan por alto las normas de género; son insensibles a las diferencias en la asignación de funciones y recursos; no son intencionalmente discriminatorias pero refuerzan la discriminación por razones de género.	Las políticas neutras, a menudo las universalistas, pasan las faltas de oportunidades y la discriminación que sustentan como algo que parece ser un método justo.
Sensibles	Reconocen las diferencias en las funciones y las responsabilidades de género, así como en el acceso a los recursos, y las tienen en cuenta al concebir las intervenciones.	Las políticas sensibles no tratan de cambiar las causas subyacentes de estas diferencias entre los sexos.
Transformadoras	Reconocen las diferencias entre las funciones y las normas de género, así como en el acceso a los recursos.	Las políticas transformadoras tratan activamente de modificar esa situación para promover la igualdad de género.

Fuente: OPS. La integración de la perspectiva de género en salud. Guía de capacitación para facilitadores. Adaptación del manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008

Preguntas orientadoras para el análisis



Para ofrecer orientación en el análisis y preparación del reporte de la evaluación, a continuación se ofrece un listado de preguntas relacionadas a cada una de las categorías del análisis utilizadas durante la evaluación: (a) componentes programáticos (prevención y atención integral) y (b) los seis componentes del sistema de salud. En estas categorías se incluyen, además, preguntas que permitan orientar el análisis y reflejar los hallazgos y recomendaciones en lo referente a los temas transversales de enfoque de género, factores socio-culturales o determinantes sociales y cumplimiento con los compromisos de derechos humanos. La idea es que el reporte de la evaluación se organice en torno a estas preguntas. Ellas, sin embargo, no constituyen un cuestionario a seguir en las entrevistas.

Al final de cada sección se solicita que el equipo identifique tres recomendaciones críticas para el fortalecimiento de la respuesta.

1. Componentes programáticos

a. Prevención de la transmisión sexual en las PEMAR

- ¿Están claramente identificadas como prioritarias las PEMAR en el plan estratégico nacional sobre VIH y en los planes de salud?
- Analizar si estas poblaciones son adecuadamente cubiertas por las estrategias de promoción y prevención, e indicar cuáles no lo están y sus posibles causas.
- ¿Promueve el Estado programas de promoción y prevención de la transmisión del VIH para HSH (hombres que tienen sexos con otros hombres, gay, bisexuales, transgénero) y otros)?
- ¿Existe apoyo del Estado para las organizaciones que trabajan con PEMAR en la transmisión sexual del VIH (ONG, OBC y OBF)⁶⁴?

⁶⁴ Organizaciones no gubernamentales, organizaciones de base comunitaria y organizaciones basadas en la fe.

- ¿Se identifican y asignan recursos específicos para la prevención de la transmisión del VIH en PEMAR y poblaciones vulnerables?
- ¿Participan las organizaciones y grupos de personas trabajadoras (es) sexuales y HSH en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de los programas e intervenciones para la prevención de la transmisión del VIH?
- ¿Consideran los programas e intervenciones para prevenir la transmisión sexual del VIH a los hombres homosexuales como parte de las PEMAR?
- ¿Se realizan periódicamente encuestas para la vigilancia de las infecciones por HIV que ocurren en HSH y en trabajadoras (es) sexuales?
- ¿Se entregan intervenciones de conocida efectividad a las poblaciones identificadas como prioritarias para la prevención de la transmisión sexual del VIH?
- ¿Se entregan estas intervenciones con un uso adecuado de los recursos?
- ¿Existe en el país algún mecanismo de análisis o evaluación para estimar la efectividad de estas intervenciones?
- ¿Se han tomado medidas en base a esa información?
- Indique qué elementos contribuyen a la efectividad y rentabilidad social de la inversión en prevención de la transmisión sexual en las PEMAR.
- Indique los elementos que limitan la efectividad de las intervenciones.

RECOMENDACIONES: Señale tres recomendaciones críticas para mejorar la efectividad y eficiencia de la inversión en prevención de transmisión sexual en PEMAR.

b. Prevención entre usuarios de drogas inyectables (UDI)

- ¿Existen en el país centros de atención para usuarios de drogas?
- ¿Cuenta el país con una política de oferta de prueba de VIH en centros de atención a usuarios de drogas?

- Considerando la naturaleza controversial, ¿Se apoyan las intervenciones de intercambio de jeringuillas?
- ¿Se conoce cuáles son los tipos de usuarios de drogas que están en mayor riesgo para la transmisión del VIH?
- El marco legal y los organismos encargados de aplicar y vigilar el cumplimiento de las leyes, ¿Facilitan el funcionamiento de los programas de prevención de la transmisión del VIH en los UDI?
- ¿Qué barreras se han identificado para el acceso a la prevención, atención y tratamiento del VIH entre los UDI?
- ¿Se involucra a los UDI y otros usuarios de drogas en los esfuerzos de prevención del VIH (en la consejería y asesoría, y en la identificación y organización como personal del programa)?

RECOMENDACIONES: Señale tres recomendaciones críticas para mejorar la efectividad y eficiencia de la inversión en usuarios de drogas.

c. Prevención en los ambientes de los servicios de salud

- ¿Cómo enfoca el sistema de salud las precauciones universales para la prevención del VIH (uso de barreras protectoras de contacto directo con fluidos, manejo y disposición segura de objetos punzantes y cortantes, descontaminación de instrumentos y otros equipos contaminados)?
- ¿Existe disponibilidad de prevención post exposición (PEP) para todos los trabajadores de salud de manera gratuita? ¿Han sido capacitados sobre su disponibilidad y uso?

d. Prevención en poblaciones vulnerables, consejería y pruebas voluntarias

- ¿Cuáles son las poblaciones vulnerables consideradas prioritarias en el país? y ¿Cómo se ha identificado el aumento de vulnerabilidad? (encuestas de seroprevalencia, hallazgos fortuitos, demandas de servicios, estudios de comportamiento, exis-

tencia de otros problemas de salud como ITS)

- ¿Responden las intervenciones de prevención a las características de estas poblaciones vulnerables?
- ¿Cuáles son las intervenciones preventivas que se realizan mediante acciones de comunicación y educación? ¿A través de los medios de comunicación masiva? ¿Hacia qué sectores de la población están orientadas? ¿Existe accesibilidad geográfica de los servicios que realizan consejería y pruebas voluntarias de VIH?
- ¿Qué acciones se han tomado para favorecer el acceso a los servicios de salud y a la prevención y pruebas sobre VIH en las poblaciones con menor acceso?
- ¿Hay alguna tarifa o costo que deban cubrir los interesados en consejería y pruebas voluntarias?
- ¿Se realizan consejería y pruebas voluntarias en servicios no gubernamentales y privados con fines de lucro? ¿Cómo se garantiza la calidad y estandarización de estos procesos, así como la confidencialidad?
- ¿Quiénes están siendo chequeados con pruebas voluntarias? ¿Cuál es el perfil social y de vulnerabilidad epidemiológica? ¿Quiénes quedan fuera? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la proporción de personas de las poblaciones vulnerables que se estima conocen su condición VIH?

e. Prevención de la transmisión materno-infantil

La pregunta síntesis general en este componente es: ¿Cuáles son las fallas del sistema de salud que hacen posible que una embarazada con VIH, que es atendida por los servicios, dé a luz un recién nacido con VIH?

Otras preguntas orientadoras:

- ¿Cómo se aborda la PTMI en los servicios de SSR y materna? ¿Está el tema de VIH y SC integrado en estos programas?
- ¿Cuáles son los protocolos nacionales de PTMI y cuál es su adecuación y efectividad esperada según la experiencia internacional?

Analizar el flujo de atención de la mujer embarazada e identificar los puntos en que se producen oportunidades perdidas.

- ¿Cuál es la proporción de embarazadas que reciben atención prenatal en el primer trimestre de su embarazo?
- ¿Cuál es la proporción de embarazadas en control prenatal a quienes se da consejería y prueba de VIH? ¿A qué proporción se le aplica la prueba de sífilis? ¿Cuáles son los porcentajes de positividad?
- ¿Cuál es la proporción de embarazadas con VIH que reciben terapia ARV y tratamiento para la sífilis según los protocolos nacionales?
- ¿Existen mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos?
- ¿Cuál es la proporción de los recién nacidos de madres con VIH que recibieron pruebas de VIH antes de las 8 semanas? ¿Cuál es el porcentaje de positividad? ¿Y para la sífilis?
- ¿Cuál es la proporción de madres con VIH que han sido integradas a los protocolos de cuidado y atención integral según los protocolos nacionales?
- ¿Cuál es la proporción de madres con VIH que recibió consejería sobre la alimentación de sus hijos en forma oportuna? ¿Cuántas recibieron apoyo alimentario o intervenciones equivalentes?
- ¿Qué poblaciones están o podrían estar con baja cobertura de PTMI?
- ¿Se hace prueba y seguimiento a la pareja de la mujer embarazada con VIH o SC?
- ¿Hay mecanismos comunitarios de captación temprana de embarazadas?

Pregunta síntesis: ¿Cuál es la proporción de mujeres sobre las que se conoce su condición de VIH y sífilis al momento del parto? ¿Existen los mecanismos para hacer la prueba y proveer un parto en condiciones en que se minimice la probabilidad de transmisión al niño? De no ser así, especifique las razones que le dan los proveedores y las que surjan de su análisis del proceso.

RECOMENDACIONES: Señale tres recomendaciones críticas para mejorar la efectividad y eficiencia de la inversión en PTMI.

f. Atención a personas con VIH

- ¿Cuál es la política nacional sobre el acceso a tratamiento y cuidado? ¿Hay un paquete mínimo de servicios e intervenciones definidas y de acceso universal?
- ¿Cuáles son las brechas en la cobertura de atención a personas con VIH (adultos y niños)?
- ¿Qué barreras encuentra el paciente para acceder al tratamiento?
- ¿Cuál es el papel de las organizaciones de la sociedad civil en los esfuerzos de tratamiento y cuidado integral de personas con VIH en el sistema de salud?
- ¿Cuál es el marco legal y reglamentario relacionado con los servicios de prevención y de tratamiento y cuidados integrales de personas con VIH en los siguientes temas?
 1. Política sobre las pruebas de VIH.
 2. Políticas de sectores diferentes a salud (elegibilidad para seguros, visas, políticas de asistencia y de protección social, etc).
 3. Existencia de algoritmos para las pruebas VIH.
 4. Existencia de guías técnicas para consejería y pruebas.
 5. Infraestructura física:
 - Red de servicios de atención y cuidados.
 - Disponibilidad y acceso al apoyo de la red de laboratorios.
 - Disponibilidad y suministros de equipamiento para las pruebas de VIH.
- ¿Cómo difieren los perfiles de quienes tienen acceso y quienes no reciben ARV?
- ¿Cómo son y cómo funcionan los procedimientos de referencia entre los servicios de atención y cuidado de personas con HIV y los otros servicios de salud?
- ¿Cuáles son los protocolos utilizados en la atención de adultos y de niños? ¿Cuáles son sus correspondencias y diferencias con las recomendaciones de la OPS/OMS?

- ¿Hay uniformidad de protocolos entre diferentes prestadores de servicios públicos, privados y no gubernamentales?
- Análisis de los mecanismos para asegurar adherencia.
- Explorar carga de enfermedad asociada al VIH.

RECOMENDACIONES: Señale tres recomendaciones críticas para mejorar la efectividad y eficiencia de la inversión en tratamiento integral.

g. Infecciones de transmisión sexual

- ¿En qué niveles y redes de atención se detecta y se presta atención a las ITS?
- ¿Cuál es la cobertura del tratamiento y sus tendencias en diferentes grupos de la población?
- ¿Se utiliza el manejo sintomático de las ITS? ¿Han sido evaluados estos protocolos?
- ¿Cuáles son las oportunidades perdidas para el diagnóstico de las ITS, y para la consejería sobre reducción de los riesgos de transmisión?

h. TB-VIH

- ¿Cuál es la frecuencia de la coinfección VIH/TB? ¿Cuál es la prevalencia de VIH en pacientes de TB? ¿Cuál es la frecuencia de enfermedad por TB en personas con VIH?
- ¿Existen y se aplican protocolos estandarizados de manejo de la coinfección VIH/TB en servicios de diferente nivel?
- ¿Cuáles son las brechas de diagnóstico de la coinfección VIH/TB en los pacientes que acuden a los servicios de salud?
- Manejo de la coinfección VIH/TB
- Mecanismos para asegurar adhesión al tratamiento (DOT)
- ¿Existen y se cumplen las guías de tratamiento a la coinfección TB-VIH?
- ¿Se realiza testeo VIH a todos los pacientes con TB?
- ¿Se investiga TB en pacientes VIH en forma adecuada?

Indicadores relevantes para el análisis del manejo de la coinfección TB/VIH

- Porcentaje del total de pacientes con TB notificados al año con prueba VIH y resultado.
- Porcentaje de enfermos con TB positivos al VIH del total testado.
- Porcentaje del total de enfermos coinfectados TB/VIH en terapia antirretroviral.
- Porcentaje del total de enfermos coinfectados TB/VIH en profilaxis con CMX.
- Porcentaje de personas con VIH recientemente identificadas sometidas a pruebas de despistaje de TB.
- Porcentaje de personas con VIH que padecen de TB del total de personas con VIH que fueron sometidas a pruebas de despistaje de TB (personas VIH recientemente identificadas + VIH conocidas).
- Porcentaje de personas sometidas a pruebas de despistaje de TB (personas VIH recientemente identificadas + VIH conocidas) que reciben terapia preventiva con INH.
- Porcentaje de enfermos con TB/VIH que tienen cultivo para BK y pruebas de sensibilidad a drogas antituberculosas.
- Resultados del tratamiento de la TB en pacientes con VIH: Denominador N° de personas que inician tratamiento, numerados curados, término de tratamiento, abandonos, fracasos al tratamiento. Se puede hacer una sola cohorte o varias de acuerdo al tipo de TB.
- Número de servicios de salud que atienden personas con VIH.
- Número de servicios de salud que atienden TB.
- Número de servicios que atienden tanto TB como VIH.
- En servicios que atienden pacientes tanto TB como VIH, ¿Existe un plan de control de infecciones?
- En servicios que atienden pacientes tanto TB como VIH, ¿Hay actividades de control de infecciones implementadas? (especialmente medidas administrativas)
- En servicios que solo atienden ya sea TB o VIH, ¿Existen flujogramas de referencia y contra referencia para el manejo de ambas patologías?

- El capítulo de TB/VIH en las normas de TB, ¿Es igual al capítulo TB/VIH de VIH?

2. Componentes del sistema de salud

a. Rectoría y gobernanza

- ¿Quién y cómo ejerce la conducción estratégica para la respuesta al VIH (políticas, planes y estrategias nacionales)?
- ¿Existe una sola autoridad nacional que conduce la respuesta al VIH?
- ¿Existe un solo marco de acción contra el VIH e ITS, expresado en planes estratégicos? ¿Cómo se articulan con los planes estratégicos de desarrollo del sistema de salud y los de desarrollo social? ¿Son explícitas las metas, los costos, los roles de los diferentes actores y los diferentes elementos clave que deben formar parte de la dirección estratégica? ¿Cómo es el alcance y adecuación de la visión estratégica en la relación con el tipo y características de la epidemia?
- ¿Existe un solo sistema de monitoreo y evaluación integrado para la respuesta al VIH?
- ¿Cuáles son los mecanismos vigentes para hacer cumplir las políticas, leyes, reglamentos y normas?
- ¿Cómo funcionan e interactúan los diferentes mecanismos para la coordinación de la respuesta del sistema de salud? ¿Están todos los esfuerzos que apoyan la respuesta -mediante la cooperación externa- perfectamente alineados con los planes y estrategias nacionales?
- ¿Existe una línea clara de gobernanza? ¿Hay una coalición funcional de los diferentes actores alrededor de una dirección estratégica común? ¿Existe algún mecanismo para rendir cuentas de las diferentes contribuciones?
- La política vigente, ¿Toma en cuenta las diferencias de género y se basa en un enfoque de derechos humanos?
- ¿Cómo se ponen en práctica los principios de participación social en el país en general? ¿Y cómo se ponen en práctica en la respuesta al VIH en particular?

- ¿Ha sido el sistema de salud capaz de producir mejores resultados de salud en relación con el VIH (mejor estado de salud –nivel y equidad) en los últimos años? Por ejemplo:
 - * ¿Ha aumentado el porcentaje de tamizaje en personas con mayor riesgo?
 - * ¿Ha aumentado la efectividad de la PTMI?
 - * ¿Ha disminuido la frecuencia o la severidad de las infecciones oportunistas en las personas con VIH bajo atención y tratamiento?
 - * ¿Qué nuevas estrategias o intervenciones han sido desarrolladas en los últimos años para mejorar el impacto de la respuesta del sistema de salud al VIH?
 - ¿Cómo se relacionan las transformaciones del sistema de salud (reformas), recientes o en curso, con el mejoramiento de esta respuesta? ¿Se han identificado los principales problemas de una manera clara? ¿Se ha planificado o se encuentran en ejecución las inversiones necesarias? ¿Hay una relación directa entre los resultados previstos y los cambios en curso y una vigilancia adecuada del proceso?
- b. Financiamiento y aseguramiento**
- ¿Cuál es el nivel y la composición del financiamiento para VIH (externo, interno (público/privado)? ¿Se ha calculado el costo del plan estratégico nacional y contrastado con el nivel del financiamiento disponible para su ejecución?
 - ¿Se ha llevado a cabo algún análisis de sostenibilidad para el acceso universal? ¿Cuáles son los principales hallazgos?
 - ¿Cuál es la brecha financiera prevista para garantizar el acceso universal?
 - ¿Cómo se organiza el país para financiar la salud y cómo afecta el modelo de financiamiento a la factibilidad del acceso universal? ¿Existe alguna barrera económica para el acceso? (por ejemplo: cobro por hacerse las pruebas de detección del VIH) ¿Están adecuadamente cubiertas las PEMAR y las poblaciones vulnerables?
 - ¿Hay algún mecanismo de aseguramiento en salud en el país a escala nacional (seguro nacional de salud, servicio nacional de salud u otro)? Si el sistema es segmentado, ¿Cuáles son los diferentes esquemas de aseguramiento que existen, el grado de cobertura de cada uno y cómo influyen en la equidad o desigualdad de los resultados?
- c. Organización de la provisión de servicios en el sistema de salud**
- ¿Se incluye el VIH en las carteras de beneficios de los mecanismos de aseguramiento en el país? ¿Cuáles son las prestaciones, atenciones o cuidados básicos que están excluidos?
 - ¿Se están usando los fondos externos de una manera conducente a una respuesta económicamente sostenible? ¿Existe noción de la eficiencia general del uso de los recursos y hay planes para mejorarla?
- c. Organización de la provisión de servicios en el sistema de salud**
- ¿Cuál es la organización del sistema de salud (modelo de atención, financiamiento y provisión)? ¿La respuesta al VIH está basada o no en esa organización del sistema?
 - ¿Cuál es la brecha real en la cobertura de los servicios? ¿Están las posibilidades de las intervenciones existentes equiparadas con la potencia del sistema de salud para entregarlas a quienes más las necesitan, de una manera integral y en una escala adecuada?
 - ¿Cuál es el nivel de integración (proceso continuo de atención) de la prestación de los servicios relacionados al VIH dentro del sistema de APS y/o la red de proveedores? ¿Hay integración de los servicios de VIH dentro de los servicios existentes o se han hecho arreglos institucionales paralelos y verticales?
 - ¿Cómo está organizada la red de proveedores y cuáles son las principales dificultades para la prestación de servicios? ¿Cómo se articulan las diferentes redes y niveles de atención?
 - ¿Cómo es el modelo de atención? ¿Es integral? ¿Es familiar y comunitario?
 - ¿Tienen los gestores locales la capacidad para adoptar decisiones en respuesta a las necesidades y las brechas a nivel local?

- ¿Están disponibles los servicios apropiados en cada nivel de la red de servicios de manera que se garantice la integralidad y el continuo de la atención?
 - ¿Cómo se relacionan las comunidades con los gestores/proveedores de servicios o establecimientos de salud? ¿Qué formas de participación social se han incorporado a los procesos de planificación y supervisión del desempeño de los servicios?
 - ¿Existen mecanismos para velar por la calidad de la atención y los derechos del paciente?
 - ¿Existen protocolos nacionales sobre la atención y cuidado de personas con VIH?
 - ¿Existen protocolos nacionales para la PTMI? ¿Cumplen los servicios con los protocolos aprobados?
 - ¿Cuáles son los mecanismos para asegurar el cumplimiento de los protocolos? (Por ej. supervisión de apoyo y evaluación del desempeño)
 - ¿Se encuentran los protocolos actualizados y en línea con las recomendaciones internacionales?
 - Describa las acciones orientadas a promover el uso racional de medicamentos, si las hay.
 - ¿Hay mecanismos que aseguren la adecuación cultural y de género de la atención?
 - ¿Se identifican otras barreras específicas para la atención desde la demanda, (percepción y exigencia de derechos, información/actitud/prácticas, utilización de servicios) y desde la oferta (infraestructura y logística)? ¿Cómo se están abordando esas barreras?
 - ¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre la calidad de servicios? (considerar la calidad técnica pero también los aspectos cualitativos de las relaciones personales).
 - ¿Están los servicios adaptados a las necesidades de las PEMAR?
- d. Recursos humanos**
- ¿Existe un análisis de las brechas existentes en materia de recursos humanos en salud? ¿Cuáles son las principales restricciones en relación con la planificación, la disponibilidad y distribución del personal sanitario?
 - Trabajadores comunitarios y voluntarios: ¿Cuál es el papel de los agentes sanitarios de la comunidad en la prestación de los servicios y en la respuesta al VIH?
 - ¿Existe una carrera profesional? ¿Están normados los perfiles y requisitos para acceder a los puestos sanitarios?
 - ¿Están los programas de educación formando adecuadamente personal en cuanto a la calidad y la cantidad requeridas en función de las necesidades de salud de la población y de forma que puedan ejecutarse las políticas de salud? ¿Se dispone de personal competente y debidamente capacitado en los diferentes niveles y establecimientos involucrados en la respuesta al VIH?
 - ¿Se ha implementado alguna estrategia de traslado de funciones (*task shifting*) o de funciones compartidas (*task sharing*)? ¿Hay necesidad de ampliar o ejecutar una estrategia de este tipo u otras estrategias en materia de recursos humanos, para hacer posible una respuesta más eficaz al VIH?
 - ¿Hay una política de contratación y de retención de personal y mecanismos de implementación a nivel del sistema o en los programas de respuesta al VIH?
 - ¿Existen diferencias entre los arreglos contractuales y beneficios para los trabajadores de salud en VIH? Si es así, ¿Cuál es el impacto de estas distorsiones en el sistema?
 - ¿Los esquemas de compensación e incentivos (financieros y no financieros) para el personal a nivel del sistema, y particularmente en el programa de VIH, son conducentes a una respuesta sostenible? Además de incentivos positivos, ¿Existe algún tipo de sistema de sanciones?
 - ¿Hay otros temas que afectan la motivación o retención del personal?
 - ¿Se han implementado en los servicios de salud mecanismos para las precauciones universales, incluido PEP?
 - ¿Se encuentra el personal apropiadamente capacitado para ser incluyente, sensible al género y no discriminador?

- ¿Está la fuerza laboral facultada para prestar atención de calidad empleando conocimientos y tecnologías actualizados? (educación continua)
- ¿Está el personal entrenado para proveer atención sin estigma ni discriminación y para respetar la confidencialidad?

e. Tecnología en el sistema de salud

i. Medicamentos:

Política nacional de medicamentos

- ¿Existe y está implementada una política nacional de medicamentos que destaque la importancia de asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales para programas especiales (VIH/sida)?
 - * ¿Cuáles son los mecanismos de financiamiento?
 - * ¿Cuál es el marco regulatorio?
 - * ¿Cómo es la estructura organizacional?
 - * ¿Define el sistema nacional de suministro?
 - * ¿Define los roles y responsabilidades en su aplicación, monitoreo y evaluación, y a cada nivel del sistema?
- Si no existe una política nacional de medicamentos, ¿Existe algún otro instrumento obligatorio aprobado donde esté explícito el derecho al acceso a medicamentos y garantizado su financiamiento? Por ejemplo: política nacional de salud, política de VIH, planes estratégicos.

Sistema de suministro

- ¿Es el ministerio de salud el ente que coordina en el país el suministro de medicamentos e insumos para el VIH? ¿Trabaja con instituciones y programas existentes y están las responsabilidades claramente definidas, incluida la responsabilidad por el financiamiento?
- ¿Existe un programa de monitoreo y evaluación del sistema de gestión del suministro de medicamentos e insumos esenciales que use indicadores de proceso y resultado?

- ¿Se han identificado cortes de suministro? ¿Existe un sistema de emergencia para responder?
- Análisis de la logística de distribución desde el nivel central al regional.
- Análisis de los procedimientos de entrega del medicamento al usuario y existencia de sistemas de control.

Protocolos de atención y lista de medicamentos

- ¿Existen protocolos armonizados que describen el tratamiento y atención de niños, adultos y embarazadas?
- ¿Están disponibles y aplicándose en los servicios de atención?
- ¿Determinan estos protocolos la lista nacional de medicamentos e insumos esenciales?

Reglamentos para el suministro de medicamentos e insumos de VIH/sida

- ¿Existen y se están aplicando reglamentos que rigen: cuantificación de las necesidades; investigación del mercado; compilación de precios indicativos; evaluación del estado de patente; proceso de compra; calidad de los suministros; almacenamiento, distribución, dispensación y control de inventarios?
- ¿Existe un programa de monitoreo y evaluación del sistema de gestión del suministro de medicamentos e insumos esenciales, usando indicadores de proceso y resultado?

Uso racional de medicamentos

- ¿Hay información disponible para prescriptores, dispensadores y pacientes que oriente el uso racional de medicamentos y que sea objetiva, apropiada y basada en evidencia?
- ¿Cuál es la proporción de tratamientos pediátricos, para adultos y embarazadas, que no cumplen las normas nacionales? ¿Qué razones se identifican para esto?
- ¿Existe un programa de seguimiento farmacológico?

terapéutico que monitoree la respuesta clínica, reacciones adversas e interacciones, la adherencia al tratamiento y otros problemas relacionados con medicamentos (PRM)?

- ¿Existe un sistema de aprobación previa para el uso de medicamentos de alto costo o esquemas inusuales?

ii. Laboratorio

- ¿Existe una definición sobre la organización de un sistema de laboratorios del sistema de salud? ¿Cómo es?
- ¿Garantiza el sistema de laboratorios el acceso universal a las pruebas básicas de VIH en todos los niveles y redes de servicios, incluyendo las pruebas para los menores de un año expuestos a la infección?
- ¿Garantiza el sistema acceso a pruebas de laboratorio clínico necesarias para la atención integral de embarazadas y personas con VIH?
- ¿Existen y funcionan sistemas de aseguramiento de la calidad de los laboratorios? ¿Cómo son?
- ¿Se garantizan los suministros de laboratorio con la calidad y oportunidad necesarias?
- ¿Qué limitaciones de los laboratorios afectan la respuesta nacional al VIH e ITS?
- Analizar el circuito de referencia de muestra y recepción de resultados en función de oportunidad y calidad.

iii. Bancos de sangre

- Analizar el origen predominante de la sangre. ¿Es donación voluntaria, de reemplazo, comercial?
- ¿Se promueve la donación voluntaria?
- ¿Cómo se organiza el sistema de bancos de sangre del país? ¿Existe una red institucional única o diferentes instituciones que procesan sangre? ¿Existen normas nacionales de calidad? ¿Cuál es el grado de cumplimiento?
- ¿Son adecuados los sistemas de selección de donantes?
- ¿Se cuenta con sistemas de control de calidad externos?

- ¿Qué pruebas de laboratorio se practican a la sangre? ¿VIH, sífilis, hepatitis, otras? ¿Cuáles son los niveles de seguridad de la sangre, componentes y derivados transfundidos en el país?
- ¿Existe un sistema de información al donante reactivo al VIH u otras ITS?

f. Sistemas de información y vigilancia

- ¿Existe un sistema que genera información pertinente y suficiente sobre las características de la epidemia y la respuesta? Esta información, ¿Se analiza adecuadamente, se distribuye y se usa a diferentes niveles para tomar decisiones?
- Si existe, ¿Es parte del sistema nacional de información en salud o es un sistema separado?
- ¿Tiene el sistema de información los siguientes componentes clave?:
 - * Sistema de vigilancia de segunda generación efectivo
 - * Sistema de monitoreo de pacientes
 - * Seguimiento y evaluación del programa y servicios
 - * Vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH
 - * Investigación operativa
- Los sistemas de información y vigilancia, ¿Entregan la información necesaria sobre el perfil y tendencias de la epidemia para el diseño e implementación de una respuesta adecuada a las características del país? ¿Permiten estimar tendencias en la transmisión? ¿Permiten estimar tendencias en la mortalidad?
- ¿Hay nexos funcionales entre los distintos sistemas de vigilancia e información dentro del sistema de salud?
- ¿Está disponible una revisión sistemática y actualizada de la situación de la epidemia en diferentes grupos y poblaciones?
- ¿Se considera adecuadamente esta información en la política, la gestión y la ejecución de la respuesta?
- ¿Permite el sistema de información monitorear los procesos, resultados e impacto de producción de las actividades que forman parte de la respuesta nacional ante el VIH/sida? ¿En diferentes PE-

MAR? ¿En diferentes poblaciones vulnerables?
¿Son conocidas las brechas de acceso a los servicios en los diferentes grupos y poblaciones?

- ¿Permite el sistema de información conocer la efectividad total de la PTMI?

3. Ejes transversales

En esta sección se ofrece un conjunto de preguntas para orientar el análisis del tema de estigma y discriminación. Las preguntas referentes a Derechos Humanos y pertinencia de género se incluyeron en las diferentes secciones del análisis.

a. Estigma y discriminación

- ¿Existe liderazgo del Estado para reducir el estigma y la discriminación relacionados a la personas con VIH y a los grupos estigmatizados?
- ¿Hay mecanismos para medir el estigma y la discriminación y sus efectos en la respuesta al VIH?
- ¿Hay programación, financiamiento y planificación de programas para reducir el estigma y la discriminación?
- ¿Está el personal entrenado para proveer atención sin estigma ni discriminación y para respetar la confidencialidad?
- ¿Los programas existentes atacan las causas originales del estigma y la discriminación? (poca sensibilización sobre el estigma y la discriminación y sus consecuencias negativas, temor a contraer el VIH mediante un contacto ocasional, y la vinculación del VIH con comportamientos considerados impropios o inmorales).

Metodología de la evaluación



Los ejercicios de evaluación realizados hasta la fecha en la Región se han desarrollado siguiendo las etapas que se sintetizan en el cuadro 1.

En el anexo II se presenta una propuesta de términos de referencia para el equipo de evaluación. Éstos deben ser adaptados de acuerdo a la realidad y necesidades del país.

Cuadro 1. Etapas de la evaluación, tareas prioritarias y productos

Etapas	Tareas prioritarias	Productos
1- Planificación	<ul style="list-style-type: none">a. Acuerdo nacional. Identificación de necesidades. Preparación del plan de trabajob. Revisión y adaptación de los lineamientosc. Elaboración del documento de referenciad. Conformación del equipo de evaluacióne. Adaptación de los lineamientos de evaluación y sus instrumentosf. Selección de las personas, municipios y establecimientos a visitar	<ul style="list-style-type: none">1. Guía adaptada2. Términos de referencia del equipo de evaluación3. Selección y adecuación de los instrumentos4. Plan de trabajo5. Documento de referencia
2- Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none">a. Recolección de información de los principales niveles organizativos y de provisión de prevención y tratamiento de VIH/sidab. Sistematización de los hallazgos y construcción de un análisis cualitativo (tipo FODA) de cada localidad y establecimiento	<ul style="list-style-type: none">1. Análisis cualitativo sobre la utilización de recursos.2. Identificación de elementos facilitadores y limitantes en la efectividad de la respuesta

Etapas	Tareas prioritarias	Productos
3- Análisis y recomendaciones	a. Entrevistas a actores clave b. Obtención de información complementaria, si es necesario c. Análisis de toda la evidencia encontrada d. Preparación de un informe preliminar	1. Informe preliminar 2. Reunión con las autoridades de salud y sectores interesados para dialogar sobre los hallazgos y recomendaciones
4- Informe final y seguimiento	a. Preparación del informe final b. Formulación del plan de seguimiento	1. Informe final de la evaluación 2. Plan de seguimiento

Primera etapa: Planificación

En esta etapa se asegura el éxito de la evaluación. Dependiendo de las condiciones de cada país, puede requerir de uno a tres meses. Se deben considerar las siguientes acciones:

a. Acuerdo nacional, identificación de necesidades y preparación del plan de trabajo

Cada país decide realizar la evaluación de su respuesta nacional ante el VIH/sida a través de sus autoridades de salud y en función de sus necesidades e interés en fortalecer y mejorar dicha respuesta. Se cuenta con la participación y cooperación externa de OPS/OMS y otros organismos. Este acuerdo se expresa en una solicitud escrita.

Si existe un plan estratégico nacional, es recomendable programar esta evaluación de acuerdo al ciclo de planificación.

En esta etapa se formulan los problemas orientadores, y se adaptan los lineamientos a las necesidades y las expectativas nacionales. Los problemas orientadores son aquellos que motivan el interés de las autoridades y otros sectores involucrados en la respuesta nacional para realizar la evaluación.

Antes de iniciar las visitas de terreno se debe asegurar que todas las personas participantes estén suficientemente familiarizadas con el marco conceptual y con las metodologías previstas, y que en lo posible se unifiquen los criterios básicos.

Es importante que toda persona que integre los equipos de terreno, así como las autoridades y responsables de los establecimientos, servicios y organizaciones a visitar, comprendan que el proceso de evaluación tiene un carácter predominantemente autorreflexivo y participativo, que implica la construcción conjunta de una caracterización de la respuesta programática del sistema de salud ante VIH/sida, para fortalecer los procesos de decisión de los responsables, en sus diferentes niveles.

b. Revisión y adaptación de los lineamientos

En esta etapa se conocen y revisan los lineamientos e instrumentos que guiarán la recolección de la información, se formulan los problemas orientadores, y se adapta a la realidad y a las necesidades y expectativas nacionales. Se debe formular un listado de autoridades y otros sectores involucrados en la respuesta nacional por realizar la evaluación. La evaluación, aunque no necesariamente se limita a estos problemas, debe incluirlos y asegurar que se formularán conclusiones y recomendaciones sobre ellos.

c. Elaboración del documento de referencia

Antes de que se inicien las actividades en terreno, es necesario asegurar que se cuenta con una apreciación preliminar del país, del sistema de salud, de la situación epidemiológica del VIH y de la respuesta del sistema de salud.

Para esto se deben identificar y coleccionar todos los documentos considerados clave por las autoridades, por los sectores nacionales involucrados y por la cooperación internacional. En base a estos documentos y otras informaciones relevantes, debe prepararse un documento síntesis que conformará el marco de referencia de la evaluación. El documento debe ser preferentemente desarrollado por un consultor externo a la respuesta programática al VIH/sida del país.

El documento síntesis de referencia debe incluir los siguientes aspectos:

Caracterización del país. Es importante contar con una síntesis de las características económicas, demográficas, culturales, sociales y de las inequidades sociales en el país que puedan ser relevantes para comprender la situación del VIH y de la respuesta del sistema de salud.

Caracterización del sistema de salud. Debe realizarse según sus diferentes componentes básicos: rectoría y gobernanza; financiamiento y aseguramiento; provisión de servicios personales y colectivos; recursos humanos, medicamentos y tecnología; sistemas de información; vigilancia y monitoreo; y evaluación. También en relación a sus aspectos transversales. Se debe describir el marco legal, los planes nacionales de salud, los procesos de reforma y las relaciones intersectoriales. Más que una descripción exhaustiva del sistema de salud, se trata de disponer de una buena síntesis de sus características relevantes a fin de comprender mejor los determinantes de las características de la respuesta del sistema de salud al VIH.

Caracterización de la situación del VIH/sida. Situación epidemiológica y tendencias de VIH en cada uno de los PEMAR y poblaciones vulnerables. Se listan los hechos destacados y las características clave.

Caracterización preliminar de la respuesta nacional y del sistema de salud al VIH e ITS. Se incluyen los componentes de la respuesta programática a los diferentes PEMAR y poblaciones vulnerables; marco legal; relación entre los diferentes componentes del sistema de salud y la respuesta programática (quiénes y cómo los ejecutan). También los hitos relevantes en la historia de la organización de la respuesta del sistema de salud.

Es importante que en la preparación del documento de referencia se identifiquen e incorporen informaciones de las diferentes fuentes disponibles, incluyendo fuentes gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales y de diversos organismos de cooperación, a fin de favorecer la apreciación más cercana posible a la realidad. Si existe discrepancia debe hacerse notar para que el equipo de evaluación la considere, tanto en el trabajo en terreno, como en la etapa de análisis.

d. Conformación del equipo de evaluación

El grupo nacional responsable de la evaluación trabajará en conjunto con el personal internacional que sea asignado por los organismos invitados. Es importante asegurar que en el grupo nacional participan representaciones calificadas de las autoridades nacionales de salud que conducen la respuesta del sistema de salud al VIH/sida, sectores no gubernamentales involucrados y sectores afectados. La conformación de este grupo debe ser oficializada por los procedimientos habituales del país (carta de la autoridad sanitaria, disposición administrativa u otro) y deben establecer con claridad los organismos internacionales que son invitados a participar.

Se debe definir la estrategia de comunicación que se aplicará durante la evaluación y la (s) persona (s) que actuarán como voceros autorizados del equipo de evaluación. Todos los integrantes deben conocer y asumir las estrategias de comunicación acordadas.

e. Adaptación de los lineamientos de evaluación y sus instrumentos

Es importante que el equipo evaluador conozca los lineamientos y se familiarice con su marco conceptual a fin de unificar criterios básicos y establecer los cronogramas preliminares.

f. Selección de las personas, municipios y establecimientos a visitar

Se organizan las visitas a establecimientos y servicios de diferente nivel y características, en los cuales se ejecutan las actividades de la respuesta programática. Interesa asegurar que todos los tipos y modalidades de la respuesta del sistema de salud, en los diferentes niveles organizativos y escenarios del sistema de salud, sean incorporados y caracterizados. El número y tipo de establecimientos y servicios que serán visitados estará relacionado con las características organizativas del sistema de salud y la diversidad de modalidades de organización y ejecución de las actividades de la respuesta al VIH/sida. Se deben incluir diferentes proveedores (públicos, privados, no gubernamentales) y, si corresponde, considerar aquellos dependientes del ministerio de salud y de otras instituciones de servicios públicos como seguro social, fuerzas armadas, etc.) Así mismo, es necesario tener en cuenta la diversidad cultural del país y la variedad de escenarios definidos por las características territoriales, económicas o de otra índole, que eventualmente puedan ser relevantes para el éxito de la respuesta del sistema de salud nacional.

Una vez configurado el mapa de los establecimientos y servicios que participan en la respuesta del sistema de salud, se procederá a la selección de cuáles serán visitados, asegurando la mayor representatividad cualitativa. La selección de áreas geográficas y establecimientos es una muestra "de conveniencia" y no intenta tener representación estadística.

Es fundamental conformar equipos multidisciplinarios y multinstitucionales para cada visita, y establecer y asegurar cuidadosamente todos los aspectos logísticos, tales como formas y medios de transporte, alojamientos, comunicaciones, fechas y otros que se consideren relevantes.

Guiándose por los componentes del sistema de salud que han sido identificados, se incluirán entrevistas a informantes clave del sistema de salud a nivel central, utilizando los instrumentos para caracterizar rectoría y gobernanza, financiamiento y aseguramiento, estructura y organización del sistema (procesos de reforma en marcha), gestión de recursos humanos, gestión de los medicamentos y de la tecnología en salud, los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, el enfoque de género y derechos humanos.

Antes de realizar la visita a terreno se debe contar con el consentimiento y disposición de participar de las autoridades y responsables de cada establecimiento, servicio u organización. Para eso deben ser informados previamente del propósito de la visita, del marco y contenido de la evaluación y del tipo de información que se espera recolectar.

La organización adecuada de las visitas de terreno determinará su éxito.

Segunda etapa: Trabajo de campo

Dependiendo de la realidad en cada país y de los avances logrados en la etapa de planificación, esta etapa puede requerir entre 2 días y una semana de trabajo en cada país.

a. Recolección de información de los principales niveles organizativos y de provisión de prevención y tratamiento de VIH/sida

El objetivo de esta etapa es caracterizar los procesos productivos de los componentes de la respuesta programática, considerando los diferentes componentes del sistema de salud. En base a esta caracterización, la información debe permitir identificar el grado en que se han logrado o se lograrán los objetivos y metas asumidos por el país, en los diferentes grupos en mayor riesgo y poblaciones vulnerables, y cuáles son las brechas actuales y potenciales para la cobertura universal y para la reducción de la transmisión (ver marco de análisis).

Es importante recopilar la información completa sobre el financiamiento del sistema de salud, pero sobre todo del gasto e inversión aplicado a la respuesta al VIH desde diferentes fuentes para diversos proyectos y programas, en el periodo de tiempo incluido en la evaluación.

b. Sistematización de los hallazgos y construcción de un análisis cualitativo (tipo FODA) de cada localidad y establecimiento

En esta etapa se incluye un análisis cualitativo tipo (FODA) en cada localidad. Es necesario avanzar en una caracterización del proceso productivo de cada uno de los componentes de la respuesta programática para cada grupo de riesgo y población vulnerable. Esta caracterización local, de carácter preliminar, será completada y enriquecida en la medida en que la siguiente etapa se contraste y enriquezca con los hallazgos en otras localidades.

Tercera etapa: Análisis y recomendaciones

La evaluación busca construir, con toda la información recolectada, una imagen nacional que caracterice la respuesta del sistema de salud al VIH/sida, en sus diferentes escenarios y situaciones clave. No pretende caracterizar en profundidad cada uno de los establecimientos y lugares visitados.

El equipo de evaluación sistematizará su análisis usando como referente la información nacional contenida en el documento de referencia que sirve como punto de partida.

a. El proceso del análisis

El análisis de la información sobre las características de la respuesta nacional se orienta a:

- Identificar las brechas de acceso, efectividad y sostenibilidad de las intervenciones que son dirigidas a cada una de las PEMAR, poblaciones vulnerables y población general;
- Caracterizar la respuesta desde la perspectiva de los componentes del sistema de salud y cómo estos se expresan en la respuesta al VIH con el fin de entregar recomendaciones para fortalecer la respuesta.

En esta etapa ya se pueden identificar las brechas que existen entre las metas propuestas y los resultados alcanzados, y obtener una aproximación de la calidad de la inversión en VIH y de su rentabilidad social.

El análisis tiene varias etapas:

i. Identificar las estrategias aplicadas y su pertinencia frente a la situación epidemiológica, las características del país y de la población y la evidencia disponible sobre su efectividad. Permite identificar brechas:

- Entre la situación epidemiológica, las metas propuestas y los planes y estrategias que conforman la respuesta nacional ante el VIH/sida.
- Entre las estrategias, las normas, protocolos establecidos y las metas propuestas y, por lo tanto, permite apreciar la adecuación y pertinencia de dichas normas y protocolos.

ii. Identificar los principales procesos productivos de cada uno de los componentes de la respuesta programática y relacionarlos con los resultados obtenidos en cada grupo de riesgo, población vulnerable y población general. Consiste en una reconstrucción cualitativa y cuantitativa (a partir de la información disponible), que permitirá caracterizar cómo se aplican en la práctica las normas y protocolos establecidos en las diferentes redes y niveles de atención del sistema de salud. Permite identificar brechas:

- Entre las metas propuestas en cada grupo de riesgo, población vulnerable y población general y los resultados logrados (acceso, efectividad, sostenibilidad).
- Entre las normas y protocolos nacionales y su aplicación en diferentes niveles y redes del sistema de salud, para diferentes PEMAR y poblaciones vulnerables.

El conocimiento de los procesos productivos que se siguen para el logro de los resultados en cada grupo poblacional, permitirá identificar fortalezas y limitaciones que impactan en las brechas identificadas.

En cada caso, es importante considerar y valorar la expresión de cada componente del sistema de salud en el proceso productivo. Por ejemplo, el compo-

te de rectoría y gobernanza se expresa en el conocimiento de las normas y protocolos, en los procesos de decisión en cada lugar, en los estilos de decisión del sistema de salud, etc. Se recomienda hacer lo mismo con los otros componentes del sistema de salud (financiamiento y aseguramiento, organización y provisión de servicios, recursos humanos, medicamentos y tecnología, sistemas de información y vigilancia); y con los aspectos transversales.

La síntesis de los análisis permitirá caracterizar la situación de los procesos productivos en cuanto a acceso universal, efectividad y sostenibilidad de la respuesta, de acuerdo a los planes, normas y protocolos nacionales, en los grupos de riesgo y poblaciones vulnerables. Esto identificará las características que son comunes en todos o la mayoría de los lugares visitados, y aquellas que son particulares a alguno(s) de ellos.

iii. Identificar las fortalezas y debilidades comunes a todos o varios de los procesos productivos en los diferentes componentes del sistema de salud, a partir de los hallazgos particulares en cada componente de la respuesta nacional y de las informaciones que puedan recolectarse a nivel central del país.

En esta etapa, el análisis busca caracterizar cómo son y cuáles son los aspectos relevantes del sistema de salud en cada uno de los componentes ya señalados. Esto permite comprender mejor las fortalezas y limitaciones de la respuesta nacional en sus diferentes componentes, y constituir oportunidades para mejorar la respuesta nacional y reducir las brechas de acceso universal con efectividad para detener la propagación del VIH y asegurar una respuesta sostenida. Estas oportunidades se constituyen en objetos de decisión.

Las brechas encontradas en la etapa anterior se relacionan con las características predominantes de los procesos productivos de la respuesta programática y las oportunidades para mejorar la calidad del gasto y la rentabilidad social, según los diferentes componentes del sistema de salud.

b. Preparación de un informe preliminar

A partir de las recomendaciones obtenidas para fortalecer la respuesta, se procede a un análisis desde las perspectivas de viabilidad y factibilidad. Este se realiza en conjunto con los principales actores y autoridades de la respuesta nacional y del sistema de salud del país, o sus representantes calificados. El resultado será un conjunto de recomendaciones que constituyen el producto preliminar del proceso evaluativo.

Cuarta etapa: Informe final y seguimiento

a. Preparación del informe final

El informe debe contener al menos una síntesis de los siguientes aspectos de la evaluación:

1. Contexto nacional. Aspectos de las políticas económicas, sociales y de salud relevantes para la situación epidemiológica y para la respuesta del sistema de salud al VIH/sida.
2. Caracterización de la situación del VIH/sida y sus tendencias. Análisis de la información disponible. Principales desafíos. PEMAR y poblaciones vulnerables.
3. Caracterización de la respuesta programática al VIH/sida en prevención y atención integral. Análisis de pertinencia en función del perfil epidemiológico. Análisis de los procesos productivos y efectividad.
4. Brechas de efectividad encontradas:
 - Entre la situación epidemiológica, las metas propuestas y los planes y estrategias establecidas.
 - Entre los planes, normas y protocolos nacionales y su aplicación en los diversos escenarios de grupos y poblaciones y en diversos niveles y redes del sistema de salud.
 - Entre las metas propuestas y los resultados alcanzados en diversos PEMAR y poblaciones vulnerables (cobertura universal y reducción de la transmisión).

- Entre los protocolos nacionales existentes y la disponibilidad de medicamentos ARV y otros, para adultos y pediátricos, así como de las pruebas para VIH, sífilis y otras ITS, y destacando el nivel de regularidad de las disponibilidades y las brechas territoriales que se hayan identificado.
 - Análisis de la calidad de la inversión. Identificación de procesos en que es posible aumentar efectividad y su relación con cada uno de los componentes del sistema de salud.
5. Principales recomendaciones.

b. Comunicación de los resultados

Las estrategias de comunicación para difundir los resultados de la evaluación deben ser cuidadosamente previstas y planificadas. La evaluación no es un fin en sí misma, sino que su objetivo es fortalecer los procesos de decisión para mejorar la respuesta nacional y lograr las metas de cobertura universal de atención integral y reducción de la transmisión de VIH en los PEMAR y poblaciones vulnerables. Los aciertos y errores en las estrategias de comunicación se reflejarán favorable o desfavorablemente en el logro de dichas metas. Como se señaló anteriormente, es importante definir quién o quiénes serán los voces autorizados del equipo evaluador. Los elegidos deben asegurar que se cumplirán efectivamente las estrategias de comunicación acordadas.

i. Información a las autoridades nacionales de salud

Un informe preliminar de carácter verbal sobre los principales hallazgos y recomendaciones debe presentarse a las autoridades nacionales de salud antes de que se elabore el informe final o se divulgue cualquier resultado.

Una vez que las autoridades nacionales revisan el informe, este debe ser conocido por las autoridades responsables de conducir la respuesta nacional y, de ser posible, por los responsables de los estableci-

mientos, servicios y organizaciones que fueron visitados durante la evaluación.

ii. Información pública preliminar

Después de que las autoridades nacionales conocen el informe, debe considerarse la posibilidad y conveniencia de hacer una presentación pública que resuma los principales resultados y recomendaciones. Esta información debe ser por escrito y de preferencia a través de comunicados de prensa.

iii. El informe final y su divulgación

El informe final escrito de la evaluación debe estar disponible en el menor tiempo posible, para evitar su desactualización. Una vez concluido e impreso, debe asegurarse su distribución y acceso a todos los sectores interesados, sobre todo a quienes forman parte de la respuesta nacional ante el VIH/sida, y los organismos de cooperación nacional e internacional.

c. Formulación del plan de seguimiento

El objetivo de la evaluación es el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida, de la calidad del gasto y de la rentabilidad social. Por lo tanto, es fundamental que se definan los procedimientos de seguimiento de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones. Estos deben ser articulados con los procesos de planificación estratégica, ejecución, monitoreo y evaluación del país y con respecto al plan estratégico nacional.

El establecimiento de estos mecanismos de seguimiento debe realizarse en forma conjunta con las autoridades nacionales.

Se sugiere la siguiente secuencia de trabajo:

Identificar las principales brechas encontradas; perspectiva de calidad del gasto y de rentabilidad social; principales problemas a enfrentar para fortalecer la respuesta del sistema de salud al VIH/sida.

- Explicar cada una de las brechas en términos de los componentes del sistema de salud, las oportunidades para mejorar la calidad del gasto y la rentabilidad social.
- Identificar las decisiones y acciones requeridas (quién y cuándo) en las estrategias nacionales para el VIH/sida, en los componentes del sistema de salud, y en las respuestas programáticas.
- Analizar la factibilidad económica y la viabilidad política de los cambios necesarios y definir las opciones a considerar.
- Establecer un cronograma posible y definir los compromisos y responsabilidades.

Es importante considerar que los resultados de la evaluación representan compromisos del país (gobierno, otros órganos del estado, ONGs, y comunidades) y de la cooperación internacional, para elevar la calidad del gasto y su rentabilidad social con el objetivo de lograr el acceso universal al tratamiento y cuidados necesarios, así como la reducción de la transmisión del VIH, en el marco de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM) y de las políticas y planes nacionales.

Al menos una vez al año se debe hacer un monitoreo y evaluación de los resultados y compromisos derivados de la evaluación.

Anexos



ANEXO I DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH Y LOS DERECHOS HUMANOS

Primera directriz: Los Estados deberían establecer un marco nacional efectivo para responder al VIH, que permita una actuación coordinada, participativa, transparente y responsable que aplique las funciones de política y programas sobre el VIH de todas las ramas del gobierno.

Segunda directriz: Mediante apoyo político y financiero, los Estados deberían procurar que se consulte a las comunidades en todas las fases de la formulación de la política y la ejecución y evaluación de los programas relativos al VIH y al sida, y que las organizaciones de la comunidad puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y derechos humanos.

Tercera directriz: Los Estados deberían analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH, para que las disposiciones sobre las enfermedades de transmisión casual no se apliquen indebidamente al VIH y que estas disposiciones concuerden con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Cuarta directriz: Los Estados deberían reexaminar y reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de derechos humanos y que no se apliquen indebidamente a los casos de VIH ni se utilicen contra los grupos vulnerables.

Quinta directriz: Los Estados deberían promulgar o robustecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto públicos como privados, en los grupos vulnerables, las personas con VIH y los discapacitados, y velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles pronto y eficaces.

⁶⁵ Naciones Unidas (1997). Directrices internacionales sobre VIH y derechos humanos. Resolución 1997/33, UN Doc. E/CN.4/1997/150 (1997).

Sexta directriz: Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles.

Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, incluidos la terapia antiretroviral y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. Los Estados deberían tomar estas medidas tanto en los niveles nacionales como internacionales, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.

Séptima directriz: Los Estados deberían aportar y apoyar los servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con VIH, facilitar asistencia jurídica gratuita para ejercer esos derechos, ampliar el conocimiento de las cuestiones jurídicas que plantea el VIH y utilizar, además de los tribunales, otros medios de protección como los ministerios de justicia, defensores cívicos (Ombudsman), las oficinas de denuncias sanitarias y comisiones de derechos humanos.

Octava directriz: En colaboración con la comunidad y por conducto de ella, los Estados deberían fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades causantes de esa vulnerabilidad mediante el diálogo con la comunidad y en particular mediante servicios sociales y de salud especiales y apoyando a los grupos de la comunidad.

Novena directriz: Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH en actitudes de comprensión y aceptación.

Décima directriz: Los Estados deberían velar porque el sector público y el privado generen códigos de conducta sobre las cuestiones del VIH que concierten los principios de derechos humanos en códigos de deontología profesional, dotados de procedimientos para aplicar y hacer cumplir esos códigos.

Undécima directriz: Los Estados deberían crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH, en particular los de las personas con VIH, sus familiares y sus comunidades.

Duodécima directriz: Los Estados deberían cooperar a través de todos los programas y organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el ONUSIDA, para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de los derechos humanos en esta materia y establecer procedimientos eficaces para proteger los derechos humanos en el contexto del VIH en el plano internacional.

ANEXO II PROPUESTA DE TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA EL EQUIPO DE EVALUACIÓN

I. Antecedentes

- Indicar la entidad que: (a) solicita la evaluación, (b) coordina el proceso de evaluación, (c) participa en la evaluación. Este es un ejercicio de evaluación de los avances y desafíos en la respuesta del sistema de salud al VIH, sida e ITS en el país, que provee información para la toma de decisiones a nivel político y organizacional. Indicar el periodo de evaluación.
- Antecedentes sobre las modificaciones que promueve o lleva a cabo la autoridad sanitaria. Indicar si el país o el ministerio de salud están en un proceso de modificación de enfoques o reestructuración de la red de servicios, y especificar los principios orientadores.
- Antecedentes sobre la política económica y social en que se enmarcan las políticas y estrategia de salud. Especificar él o los documentos que contienen esta política.
- Antecedentes sobre el documento orientador de la estrategia de VIH en el país. Periodo de vigencia del plan estratégico nacional. Cambios en la disponibilidad de los recursos financieros externos en los últimos años. Una descripción general de los actores que participan en la respuesta.
- Síntesis de la situación de la epidemia: proveer una síntesis de lo que indica la información disponible para PEMAR, población vulnerable y TMI.

II. Objetivos de la evaluación

Objetivo general	Objetivos específicos
<p>Analizar la idoneidad de la respuesta que el sistema de salud ⁽¹⁾ está entregando al VIH, sida e ITS. Esto se refiere a la revisión del nivel, composición y calidad de los servicios que se están proveyendo, en comparación con las necesidades que surgen de las características de la epidemia, el contexto de país, el nivel de recursos disponibles y las metas establecidas en la respuesta nacional.</p>	<p>1- Identificar logros y brechas en la cobertura de las intervenciones en prevención y tratamiento integral del VIH, sida e ITS.</p>
	<p>2- Analizar conjuntamente la respuesta programática y sus vinculaciones con los componentes del sistema de salud, con el fin de identificar los factores que, desde el sistema de salud, facilitan o limitan la entrega de una respuesta programática efectiva y sostenible ⁽²⁾.</p>
	<p>3- Identificar disponibilidad, composición, asignación y utilización de los recursos financieros en relación al logro y sostenibilidad de las intervenciones para detener la propagación del VIH/ITS y entregar cuidados y tratamiento al VIH, sida e ITS.</p>
<p>(1) En esta evaluación se trabaja con el concepto de sistema de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual “incluye a todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primaria es promover, recuperar o mantener la salud. Esto incluye tanto los esfuerzos para influenciar los determinantes de salud, como las actividades orientadas directamente a mejorar, atender y restablecer la salud. Un sistema de salud es, por lo tanto, más que la red de establecimientos públicos que entregan atención. Incluye, por ejemplo, a la madre que cuida del niño enfermo en su hogar, proveedores privados, programas para la modificación de conducta, campañas para el control de vectores, entidades aseguradoras, salud ocupacional y un marco jurídico efectivo”. OMS. Everybody’s business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO’s framework for action. Ginebra 2007.</p> <p>(2) Ver marco de análisis al final de estos términos de referencia.</p>	

III. Resultado esperado

Recomendaciones que sirvan de base para la actualización de las políticas, planes estratégicos y operativos para una respuesta más efectiva y sostenible del sistema de salud al VIH, sida e ITS. Con la evaluación se intenta responder a dos preguntas clave: ¿Están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera en que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país? De no ser así, ¿Qué cambios, a nivel programático y del sistema de salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

IV. Alcance de la evaluación

Con el propósito de emitir recomendaciones a la autoridad nacional de salud y a los diferentes actores en la respuesta del sistema de salud, a través de la evaluación se intenta identificar:

- a. ¿Cuáles son las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones vulnerables en el país? ¿Están todas ellas identificadas en el plan estratégico nacional? ¿Se están desarrollando intervenciones específicas para estas poblaciones?
- b. Los principales resultados de la respuesta nacional con respecto a las metas de acceso universal y la detención del VIH, en el marco de las metas 6a y 6b de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades. ¿Cuáles son las brechas de la respuesta programática en las diferentes PEMAR y en poblaciones vulnerables con respecto a las metas de acceso universal y detención de la propagación del VIH asumidas por el país?
- c. ¿Cuáles y cómo son los procesos de producción de los resultados encontrados en la respuesta nacional y cómo se relacionan con los diferentes componentes del sistema de salud?
- d. Identificar las características de la inversión en la respuesta programática para lograr el acceso universal y la detención de la propagación del VIH ¿Cómo se relacionan los costos con los resultados y la sostenibilidad? ¿Cuál es la calidad de la inversión en función de la rentabilidad social?
- e. Recomendaciones críticas, organizadas de acuerdo a los componentes del sistema de salud, para una respuesta más efectiva y sostenible.

V. Cronograma:

- Planificación de la evaluación y revisión de documentación relevante
- Análisis en el país y preparación de secciones para el reporte de la evaluación
- Presentación a la autoridad nacional de salud: conclusiones y recomendaciones preliminares
- Borrador de reporte de la evaluación
- Entrega de comentarios y correcciones al borrador del reporte
- Finalización del reporte de la evaluación
- Entrega del reporte de la evaluación

VI. Equipo de evaluación

A continuación se describe la composición mínima del equipo de evaluación. Estas personas deben trabajar como equipo durante toda la evaluación y permanecer todo el tiempo que dure el trabajo en el país. La experiencia ha demostrado que participaciones a tiempo parcial ponen un desafío extra en el proceso.

- Especialista en Análisis Económico
- Epidemiólogo
- Especialista en Prevención
- Especialista en Tratamiento
- Especialista en Gestión de Medicamentos
- Especialista en Sistemas de Salud
- Especialista en Derechos Humanos

Si no es posible contar con especialistas en análisis de estigma y discriminación o análisis de enfoque de género, cada una de estas personas se hará responsable de más de un tema en la evaluación.

VII. Algunas definiciones

Las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR): están integradas por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que aumentan la probabilidad de exposición al VIH. Estos comportamientos incluyen sexo sin protección (en particular sexo anal), sexo con varias parejas y el uso de instrumentos cortopunzantes o equipos de inyección que puedan estar contaminados con sangre infectada. Estas poblaciones incluyen a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales (TS), sus clientes y los usuarios de drogas inyectables (UDI).

Las poblaciones vulnerables: son grupos que debido a factores biológicos, ambientales o socioculturales tienen control limitado, o ningún control, para reducir la exposición al VIH. Estas personas no siempre están expuestas al riesgo, pero si se da la exposición tiene menos poder para evitar la transmisión. Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información, sin habilidades o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales (particularmente mujeres jóvenes y adultas), personas con otras infecciones de transmisión sexual, personas forzadas a tener relaciones sexuales o presionadas a convertirse en sexualmente activas, aquellas que tienen relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y drogas, mujeres prepúberes, adolescentes y aquellas personas cuya actividad sexual es afectada por las condiciones ambientales, tales como individuos privados de libertad (PPL) y migrantes.

Acceso universal: significa establecer un ambiente en el cual las intervenciones de prevención, tratamiento, cuidados y apoyo estén disponibles, accesibles y a precios viables para todas las personas que lo necesiten. Esto cubre un amplio rango de intervenciones que están dirigidas a individuos, hogares, comunidades y países. Fuente: *WHO. Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. August, 2008.*

Rentabilidad social de la inversión en VIH: Proveer adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia; al mismo tiempo que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus –entre las poblaciones en mayor riesgo y hacia la población general.

VIH

Referencias Bibliográficas

- Alban A, Creese A, Floyd K, Guinness L. Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A systematic review of the evidence. *The Lancet*, V 359, Issue 9318, Pages 1635-1642. May 11, 2002.
- Declaración de Nuevo León. Cumbre extraordinaria de las Américas. Monterrey, México, 13 de enero de 2004.
- Flaskerud J, Winston R,- Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nursing research* V7 (2)> 69-78. 1998.
- McKinney M, Marconi K, Cleary P, Kates J, Young S and O'Neill J.- Delivering HIV services to Vulnerable Populations: An Evaluation and Research Agenda. *Public Health Reports*. V 117. March-April 2002, Washington DC.
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and malaria.- Strategic approach to health system strengthening. Sixteen Board Meeting. Kunming. China. 12-13 Nov. 2007.
- Organización de Naciones Unidas. Directrices internacionales sobre VIH/sida y derechos humanos. Resolución 1997/33, UN Doc. E/CN.4/1997/150. 1997.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH. 25-27 de junio de 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Consejo Directivo. Resolución CD46.R16. Novena reunión, 30 de septiembre de 2005.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en República Dominicana. 2008.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH en la Región las Américas. Washington DC, 2008
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Género, salud y desarrollo en las Américas. Washington, DC, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. Washington DC, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita. 2009. En imprenta.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: En la ruta hacia el acceso universal. Washington DC, 2008.

VI. Referencias Bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: En la ruta hacia el acceso universal. Washington DC, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Derechos humanos y salud. Personas que viven con VIH/sida. Caja de herramientas sobre derechos humanos y salud elaborada por los equipos de derechos humanos y VIH, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Programa mujer, salud y desarrollo. Hoja informativa sobre Género, VIH y sida, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hoja informativa del programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Política de Igualdad de Género. 2005.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas. CD 48/11. Agosto, 2008
- ONUSIDA.- Los tres uno. Principios fundamentales. Ginebra 2004.
- ONUSIDA. Informe anual de 2006: Hacer rendir el dinero.
- Organización Mundial de la Salud/OMS.- Acceso equitativo a medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. N° 8. 2004.
- Physicians for Human Rights (PHR).- Guide to Using Rounds 7 and 8 of the Global Fund to support Health System Strengthening. Washington, EE.UU, 2007.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. ONUSIDA. Hoja informativa, diciembre 2003.
- Public Health Agency of Canada. Population at risk. Federal initiative to address HIV/AIDS I Canada. 2004.
- Socorro Gross-Galiano. Respuesta sostenida al VIH: Desafíos financieros. Reunión ministerial en VIH y desarrollo en América Latina y el Caribe. Presentación en ECOSOC-Revisión Ministerial Anual Jamaica 4-6 junio, 2009.
- The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria.- Strategic approach to health system strengthening. Sixteen board meeting. Kunming, China. November 12- 13, 2007.
- The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria.- Enfoque del Fondo Mundial sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud. Serie hojas informativas del Fondo Mundial. 15 septiembre, 2008.
- The Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact. World Bank, UNAIDS, July 2009.
- UNAIDS. A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programs for most-at- risk populations. Geneva. 2007.
- UNAIDS/WHO. Guideline for second generation surveillance. Geneva 2000.
- UNAIDS. Operational guide on gender and HIV/AIDS: A rights-based approach. Geneva, 2005.
- UNAIDS. Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Toward universal access. 2007.
- UNAIDS. Advocacy guide: HIV/AIDS Prevention among injecting drug users. Geneva, 2004.
- UNAIDS. Case studies. Best practice collection. Geneva 2006.
- United States Department of Health and Human Services. HIV/AIDS, Drug use and vulnerable populations in the US. Washington. USA. July, 2009.
- UNFPA. Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS. An annotated inventory. Geneva, 2005.
- UNFPA and IPPF South Asia Regional Office: Integrating HIV voluntary and counseling testing services into reproductive health promotion WHO. Priority interventions: HIV prevention, treatment and care in the health sector. Geneva, 2008.
- World Health Organization (WHO), IPPF, UNAIDS and UNFPA. Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: A framework for priority linkages. Geneva 2005.
- World Health Organization (WHO). Priority Interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Geneva, August 2008.
- World Health Organization (WHO). UNICEF. Inter Agency Task team on PMTCT. Geneva 2007.
- World Health Organization (WHO). ARV therapy for HIV infections in infants and children. Toward universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva 2007.
- World Health Organization (WHO). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva 2007.
- World Health Organization (WHO)/BCT. Aide memoire for national blood programs. Geneva, July 2002.
- World Health Organization (WHO).- Everybody business. The Global Fund and health system strengthening. WHO's framework for action. Geneva, 2007.
- World Health Organization (WHO). The financial crisis and global health: Report of a high-level consultation. Geneva, 19 January 2009.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



aecid

Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



9 789275 330845