
**ENFOQUE CONJUNTO PARA APLICACIONES DE VIH/SIDA EN LA REGION DE CENTROAMÉRICA
Y LA REPUBLICA DOMINICA ANTES EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA
TUBERCULOSIS Y LA MALARIA
2014-2020**

Abril 2014



Mecanismo de Coordinación Regional
Grupo Técnico Asesor en VIH, Tuberculosis y Malaria
www.mcr-comisca.org



I. INTRODUCCIÓN

El presente documento resume el enfoque elaborado de manera conjunta por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH Sida (ONUSIDA), el Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida (PEPFAR), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USIAD) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en consultación y bajo la coordinación del Mecanismo de Coordinación Regional del COMISCA.

Este documento se enmarca dentro de las estrategias regionales existentes (ver punto 2.2) y pretende apoyar su implementación a través de una financiación estratégica por parte del Fondo Mundial. El enfoque conjunto basa sus planteamientos en los elementos comunes que comparten los países de la región, tanto por las características de la epidemia, como por las oportunidades y beneficios de una estrategia común en el marco de los avances de la integración Centroamericana para responder al VIH. Gracias a su experiencia, logros, compromiso político y avances científicos y tecnológicos, la región cuenta con las características necesarias para lograr de manera sostenible el control completo de la epidemia y contenerla como amenaza de salud pública.

II. ANTECEDENTES

2.1 Estado actual de la epidemia

2.1.1 La carga del VIH. A fines de 2012, se estimaba un total de 35.3 millones de personas viviendo con VIH (PVV) en el mundo, con 2.3 millones de nuevas infecciones anuales y 1.6 millones de fallecimientos.¹ En América Latina, con el 8% de la población mundial², vivían 4% de las PVV, es decir, 1.4 millones de personas.³ En Centroamérica, con el 7.8% de la población de América Latina⁴, viven 10.6% de las PVV de la región, equivalente a 148,500 personas.^{4*}

2.1.2 Epidemia concentrada. Las estimaciones de VIH en población adulta y los estudios de comportamiento y vigilancia en poblaciones específicas indican que en todos los países la prevalencia de VIH es varias veces mayor en Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) en comparación con la población general. En aquellos que cuentan con datos desagregados para la población Transgénero (Trans) la prevalencia de VIH es todavía mayor, según se desprende de los datos presentados en la Tabla 1. En el caso de las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) la situación varía entre los países y se ha registrado una disminución progresiva en la prevalencia.

TABLA 1. TASAS ESPECÍFICAS DE PREVALENCIA DEL VIH EN POBLACIÓN ADULTA Y GRUPOS MÁS AFECTADOS EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

Grupo de población	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
Adultos	1.4	0.3	0.6	0.7	0.5	0.3	0.7	0.7
HSH	13.9	10.9	10.8	8.9	11.7	7.5	17.1	6.8
Trans	nd	nd	25.8	23.8	31.9	27.8	37.6	nd
MTS	0.9	0.6	5.7	3.7	15.6	2.4	1.6	6.1

Últimos datos disponibles de los países hasta el 30/09/13 (aunque el período de recolección de datos puede variar).

Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de los Encuesta Centroamericana del Comportamiento en Belice 2012, El Salvador 2012, Guatemala 2013, Honduras 2012, Nicaragua 2010, y La Republica Dominicana 2012. Para Panamá, estimaciones tomados del estudio nacional de epidemiología en 2013. Para Costa Rica, estimaciones tomados del MoT 2013.

¹ UNAIDS (2013) AIDS Info: Epidemiological Status: World Overview. Integrado por ONUSIDA a partir de reportes de los países. En:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

² UNDESA (2013) Tabla de Población Mundial Anual por País y Región 2010-2100. World Population Prospects: The 2012 Revision. En: <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>

³ UNAIDS (2012) Regional Factsheet 2012: Latin America and the Caribbean. Basado en informes de progreso de los países. En: https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/2012_FS_regional_la_caribbean_en.pdf

⁴ UNAIDS (2013) UNAIDS Report on Global HIV Epidemic 2013. Anexo: Epidemiología. Tabla: Personas con VIH. Página A-10. En: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

* Favor de notar que el enfoque conjunto incluye República Dominicana lo cual el número de personas viviendo con VIH sería 193,500

La evidencia anterior señala que los hombres que tiene sexo con hombres y las personas transgénero es la población más vulnerable y con mayores factores de riesgo frente a la epidemia en la región; y que de acuerdo con estándares internacionales⁵, la epidemia es de tipo concentrada dada la prevalencia del VIH en la población de HSH incluyendo a las Trans. Por otra parte, los estudios de Modos de Transmisión del VIH (MoT), señalan que de las nuevas infecciones que se prevén para los próximos años en Nicaragua, Guatemala y El Salvador, el 51%⁶, 60% y 46%⁷ respectivamente⁸, provendrán de las poblaciones clave (PC⁹) y de estas, la gran mayoría proviene de los HSH y las Trans.

En Panamá, Costa Rica y Honduras se estima que la distribución porcentual de las nuevas infecciones en PC será de 73%, 80% y 73% respectivamente. (Informes oficiales de país 2013)

En República Dominicana, el resultado de la aplicación del modelo arrojó que la mayoría de las nuevas infecciones para el 2010 ocurrirían también en PC, con 37%.

2.2 Estado actual de la respuesta

2.2.1 Marco de políticas. La región cuenta con una base sólida de acuerdos políticos y estrategias en VIH de carácter regional y nacional. El Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015, articula la atención del VIH Sida en el ámbito de reducir los riesgos y la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, el ambiente y los estilos de vida. Adicionalmente, entre los resultados estratégicos se enfoca el fortalecimiento de las autoridades sanitarias para la toma de decisiones utilizando las buenas prácticas y evidencias para la generación de políticas y planes.

De manera específica, el Plan Estratégico Regional para VIH/sida 2010-2015 (PER), tiene como misión armonizar los esfuerzos para la formulación de políticas y la integración participativa de agendas de cooperación regionales que estimulen el flujo de recursos para intensificar la respuesta al VIH Sida. En el PER los países definieron seis líneas estratégicas cubriendo las siguientes áreas relacionadas al VIH Sida: autoridad regional con liderazgo multisectorial; marco estratégico regional; información estratégica para la toma de decisiones; acceso universal; involucramiento de redes de sociedad civil en procesos de políticas; armonización de estrategias de la cooperación regional con el PER.

La Estrategia Regional de Sostenibilidad para el VIH adoptada por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), y ratificada por los Presidentes y Jefes de estado de la región en febrero de 2013, responde a los escenarios de reducción de recursos, elevación de costos y tendencia creciente de la prevalencia del VIH en la región.¹¹ Tiene como propósito acelerar el progreso hacia el Acceso Universal y entre los objetivos cuentan: a) aumento de la efectividad de la prevención para reducir las nuevas infecciones; b) mejorar el acceso, la calidad y la equidad de la atención y el tratamiento para las PVV; c) fortalecer la conducción, el uso la movilización y la asignación de recursos con base en evidencia y orientada a resultados; d) reducir la dependencia de recursos externos como consecuencia de una mayor apropiación nacional de la respuesta.

A nivel de los países, estos tienen planes estratégicos costeados, en proceso de implementación; además, sistemas de monitoreo establecidos, mecanismos de coordinación integrados y estudios del gasto en la respuesta al VIH Sida a nivel nacional.

2.2.2 Marco de compromisos internacionales y regionales. A nivel mundial, la Declaración Política de 2011 sobre VIH Sida recomendó asegurar que los recursos destinados a la prevención se dirijan a medidas basadas en evidencia que reflejan el tipo de epidemia por medio del enfoque geográfico, en redes sociales y en poblaciones vulnerables, tomando en cuenta cuánto aportan a las nuevas infecciones, para que los recursos se gasten de manera costo-efectiva.¹⁰ En este contexto, el Marco de Inversiones propuesto por ONUSIDA, recomienda que la cartera de inversión en VIH tenga tres componentes: programas básicos, habilitadores esenciales y sinergias con

⁵ ONUSIDA/OMS (2013). Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic. En: <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/index.html>

⁶ Informe oficial abril 2012.

⁷ Informe oficial enero 2012

⁸ Los estudios de Modos de transmisión del VIH: Nuevas infecciones por grupo de exposición y recomendaciones para la prevención, realizados en Nicaragua, 2012. El Salvador, 2011, y Guatemala 2012, están disponibles en: <http://www.pasca.org/content/modos-de-transmisi%C3%B3n-mot>

⁹ Poblaciones clave de mayor riesgo: poblaciones clave tanto para la dinámica de la epidemia como para la respuesta a la epidemia. Las poblaciones clave son distintas de las poblaciones vulnerables, las cuales están supeditadas a presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a la exposición a las infecciones; entre ellas, el VIH. (Terminología ONUSIDA octubre 2011). Para efectos del presente documento, se consideran como poblaciones clave en América Central HSH, Trans y TSF ¹¹ SE/COMISCA – MCR (2013) Op.cit.

¹⁰ UNGASS (2011) Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV and AIDS. A/RES/65/277. Párrafo 60.

sectores de desarrollo. Entre las acciones básicas de los programas, identifica las que se dirijan a las PC, en especial HSH y MTS, así como programas centrados en la reducción de la exposición al riesgo de VIH mediante la modificación del comportamiento de los individuos y de las normas sociales¹¹.

El Marco de Cooperación (MC) entre el Gobierno de los Estados Unidos y Gobiernos de la Región para apoyar la implementación de la respuesta regional de Centroamérica al VIH Sida, define compromisos conjuntos en las áreas de prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y ambiente de políticas; siendo el enfoque de este MC las poblaciones claves.

2.2.3 La inversión en VIH Sida. En 2010, el gasto en VIH Sida de los países de la región fue de USD 214.6 millones, equivalente a USD 5 por habitante, y 1.8% del gasto en salud. El 63% de los recursos es público; 10% privado y 27% externo; la mitad de los fondos externos proviene del Fondo Mundial.¹² A nivel regional el 47% de los recursos se invierte en atención y tratamiento; el 38% en prevención; 8.6% en gestión de programas; y 6.4% en otras áreas¹⁵. El gasto en prevención destinado a HSH y MTS parece ser extremadamente bajo en comparación con el gasto total en prevención, según muestra la Tabla 2.

TABLA 2. GASTO TOTAL EN PREVENCIÓN Y EN PREVENCIÓN EN HSH Y MTS COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN VIH EN PAÍSES CENTROAMERICANOS, 2010.

Gasto en prevención (%)	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
GastoTotal	2.36%	15.25%	22.70%	37.5%	45.4%	12.81%	49.20%	25.1%
Gasto en HSH	0.01%	0.09%	2.10%	5.0%	2.40%	0.77%	0.77%	0.39%
Gasto en MTS	0.01%	3.26%	2.40%	2.0%	3.40%	0.33%	1.34%	0.47%

Fuente: Estudios de MEGAS 2012 para El Salvador, Guatemala y Honduras. 2010 para el resto

2.3 El balance de los esfuerzos

Por un lado se tienen resultados positivos en la atención de la infección por el VIH y el acceso a tratamiento. La expectativa de vida de las PVV se ha logrado prolongar, reduciendo la mortalidad y además la morbilidad asociada al VIH. Estimaciones realizadas entre 2001 y 2012 presentan un descenso del 33% en el número de muertes anuales por causas relacionadas al Sida, lo cual representa cuatro mil vidas salvadas anualmente.¹³

También se ha logrado reducir la prevalencia en poblaciones priorizadas como son las mujeres embarazadas para la prevención de la transmisión vertical y en mujeres trabajadoras del sexo a través del fortalecimiento de programas existentes de profilaxis para ITS dirigidos a esta población y de otras intervenciones de cambio de comportamiento.

No obstante, la prevalencia en otras poblaciones clave por su alto nivel de exposición al riesgo, como son HSH y Trans, se mantiene extremadamente elevada, en comparación con el mismo indicador para otros grupos de población. Esta situación es resultado del descenso en la mortalidad, pero también del aumento en el número de nuevas infecciones. El indicador de la prevalencia suma o acumula los casos activos (no fallecidos) diagnosticados en el pasado más los casos nuevos de VIH. De acuerdo con la tendencia evidenciada en los estudios de Modos de transmisión del VIH, es de esperar que un alto porcentaje de los nuevos casos ocurran en estos dos grupos de población.

Tabla 3. TAMAÑOS DE POBLACIONES CLAVES ESTIMADAS EN PAÍSES DE CENTROAMÉRICA Y REPUBLICA DOMINICANA (números redondeados)

Grupo de población	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
HSH	4,500	47,300	47,800	112,800	55,900	37,900	34,800	118,500
Trans	nd	nd	nd	4,600	3,400	2,900	600	nd
MTS	500	1,400	27,300	22,600	22,600	11,500	17,700	47,500

¹¹ ONUSIDA (2011) Un nuevo marco de inversión para la respuesta mundial al VIH. UNAIDS/ JC2244E.

¹² SE-COMISCA / MCR (2013). Estrategia de Sostenibilidad de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH. Abril de 2013. En: <http://www.vihcentroamericard.org/sites/default/files/files/MCR%202013%20Estrategia%20de%20Sostenibilidad%20en%20VIH%20Abril%202013.pdf> ¹⁵ Estudios de MEGAS 2010 de los países centroamericanos.

¹³ ONUSIDA (2012). <http://www.aidsinfoonline.org> (Sources UNAIDS Spectrum Estimates).

Fuentes: Estimaciones de Spectrum (2012) para Dominica Republica, Panamá (MTS y HSH), El Salvador, y Guatemala; estimaciones de MoT (mas reciente 2013 o 2012) para Panamá (Trans), Nicaragua, Belize, Honduras y Costa Rica.

II. ENFOQUE CONJUNTO

A partir de la evidencia expuesta y considerando los principios, aspiraciones y objetivos de las políticas de VIH Sida en la región, el enfoque conjunto tiene como propósito optimizar la respuesta al VIH y avanzar hacia la sostenibilidad programática y financiera, mediante la definición de factores calificativos y requerimientos especiales que aplicarán a las subvenciones del FM para Centroamérica y República Dominicana:

Principios rectores		Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
		Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belize, República Dominicana ¹⁴)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua)
Objetivo de desarrollo ("Goal" en inglés; "Meta" en español)	Lograr de manera sostenible contener la epidemia del VIH, para que ya no sea una amenaza de salud pública	Mantener o lograr <0,50% de <u>prevalencia</u> en la población general para el 2020 ¹⁵ . Bajar la incidencia en las poblaciones claves de los HSH, Trans y MTS hacia el 0.5% ¹⁶	
Enfoque	Abordar en las poblaciones claves: HSH, Trans y MTS, priorizando las áreas geográficas de más alta prevalencia (<i>hotspots</i>)	100% de los recursos deben ser asignados a poblaciones clave	Al menos el 50% de los recursos deben ser asignados a poblaciones clave. El financiamiento debe priorizar alcanzar una cobertura mínima de servicios de prevención del 80% entre cada población clave ¹⁷ antes de usarlo en otras actividades.
Tratamiento, atención y seguimiento a PVV	Toda persona elegible debe ser tratada (acceso universal) y recibir atención periódica (seguimiento de CD4 y carga viral al menos una vez al año) El Tratamiento 2.0 debe ser implementado en un periodo de 1 a 3 años	El costo de ARVs, CD4 y carga viral debe ser absorbido 100% por el país	El país debe presentar plan de sostenibilidad para absorber el 100% del tratamiento (ARVs, CD4 y CV) en un periodo de 3 a 5 años
Actividades de Prevención	Basadas en paquete mínimo de prevención que incluya: diagnóstico de VIH, condones, lubricantes, actividades de cambio de comportamiento abordaje de metodologías de pares y grupales, un paquete de ITS de relevancia en prevención de VIH. Conteo de personas alcanzadas con el paquete mínimo y no número de contactos realizados, medido con CUIs compartido a nivel nacional. Cobertura mínima de poblaciones (>=80%) ¹⁹	El país debe presentar plan de sostenibilidad para absorber estos costos.	

¹⁴ Este enfoque será aplicado con flexibilidad en los casos de Belice y República Dominicana, cuyo perfil epidemiológico y entorno presentan algunas características propias que puede requerir una respuesta diferenciada

¹⁵ Prevalencia estimada para la subregión en población general 2012 es de 0,65%

¹⁶ Debido a las dificultades relacionadas a la medición de la incidencia, este logro podrá ser medido con estimaciones y triangulaciones de datos

¹⁷ Sumando todas las intervenciones financiadas por el Fondo Mundial, PEPFAR y fondos locales o de otros donantes.

Otras actividades clave	<p>TB-VIH</p> <p>Eliminación de transmisión materno-infantil (ETMI) y de sífilis congénita.</p> <p>DDHH - Incluir actividades para superar barreras legales, impulsar respecto DDHH para poblaciones claves y reducir estigma y discriminación.</p> <p>Fortalecimiento sociedad civil y comunitario</p>	<p>Asegurar la colaboración para el abordaje de TB/HIV</p> <p>ETMI y de sífilis congénita deberá ser financiado por el Gobierno</p> <p>Según características del país</p> <p>De acuerdo al plan de sostenibilidad (ver arriba bajo prevención)</p>	<p>Asegurar la colaboración para el abordaje de TB/HIV, con énfasis en poblaciones clave.</p> <p>Pueden incluir ETMI y de sífilis congénita con un plan de sostenibilidad para absorber los costos en un periodo de 3 años</p> <p>Según características del país</p> <p>De acuerdo al plan de sostenibilidad (ver arriba bajo prevención)</p>
-------------------------	---	--	---

Anexo 1: OPERACIONALIZACION DE FACTORES CALIFICATIVOS Y REQUERIMIENTOS ESPECIALES

1. Objetivo de desarrollo

Se espera que los países de Centroamérica y República Dominicana que presenten sus propuestas al Fondo Mundial compartan un objetivo de desarrollo común, acorde a los compromisos nacionales e internacionales asumidos por los mismos: lograr de manera sostenible contener la epidemia de VIH en la región para que ya no sea una amenaza de salud pública.

El control de la epidemia se medirá principalmente a través de indicadores de incidencia y prevalencia. Se asume que incidir en la prevalencia, especialmente entre las poblaciones clave, es un esfuerzo de largo plazo, por lo que la meta propuesta es de mantener o lograr <0,50% de prevalencia en la población general para el 2020.

Sin embargo, para poder controlar la epidemia, en el corto plazo es necesario focalizar esfuerzos en reducir las nuevas infecciones, en población general, pero sobre todo entre los grupos clave, entre los cuales se concentran las nuevas infecciones. La meta a nivel regional en términos de incidencia es de bajar la incidencia entre las poblaciones claves de HSH, Trans y MTS hacia el 0.5%. Debido a las dificultades relacionadas a la medición de la incidencia, este logro podrá ser medido con estimaciones y triangulaciones de datos.

A nivel nacional esto se podrá traducir en metas diferenciadas país por país.

2. Enfoque

De acuerdo a las directrices del FM, se espera que – dependiendo del nivel de ingreso de cada país – un porcentaje pre-establecido del presupuesto se destine a actividades focalizadas y de alto impacto¹⁸. Esto es para asegurar que los recursos del FM sean dirigidos estratégicamente, para impactar en la epidemia y la respuesta de forma significativa y lograr el control del VIH.

En el contexto de los países de la región centroamericanos, y basado en la evidencia disponible, se consideran como intervenciones focalizadas y de alto impacto a las actividades relacionadas a la entrega de paquetes integrales de servicios de prevención para poblaciones clave en áreas geográficas de más alta prevalencia (hotspots). Es importante resaltar que una parte integral de este componente son las actividades orientadas a mejorar el entorno y los factores estructurales que dificultan el acceso de las poblaciones clave a los servicios (derechos humanos, estigma y discriminación, fortalecimiento de la sociedad civil). Se remite a las notas informativas temáticas disponibles en la página internet del Fondo Mundial para mayor información en estos aspectos en el anexo 2

¹⁸ Requerimiento de Focalización de las Propuestas, Decisión de la Junta Ejecutiva GF/B25/DP16

En el caso de países de ingreso medio alto, el 100% de los recursos solicitado deben ser asignados a dichas intervenciones. En el caso de países de ingreso medio bajo, por lo menos el 50% de los recursos deben ser asignados a dichas intervenciones.

Es importante notar que, más allá del requerimiento de focalización de la propuesta, se espera que las notas conceptuales presentadas al FM propongan metas ambiciosas en términos de cobertura (% de poblaciones clave alcanzadas con paquetes de servicios de prevención). El país debería destinar los recursos del Fondo Mundial prioritariamente a este componente, hasta alcanzar una cobertura nacional¹⁹ de por lo menos el 80% de cada población clave. Esto podría implicar que fuera necesario asignar a este componente más del 50% del presupuesto total también para países de menor ingreso.

Basado en la evidencia disponible, se consideran como poblaciones clave en el contexto de la Región América Central a los HSH, Trans y MTS. En el proceso de presentación de propuestas al FM, para que un país agregue poblaciones clave adicionales (por ejemplo, usuarios de drogas inyectables, migrantes, privados de libertad, poblaciones indígenas, etc.) deberá presentar evidencia que compruebe que dichos grupos poblacionales son desproporcionalmente afectados por la enfermedad en un país (tasas de prevalencia y/o tasas de infección creciente). En alternativa, si el país considera que existen algunos indicios, aun no suficientes, que otras poblaciones podrían considerarse como clave, pueden incluir en la propuesta algún estudio que permita recolectar mayor evidencia al respecto.

Se espera que los países asuman esfuerzos hacia otros grupos poblacionales (p.e. jóvenes, trabajadores, mujeres embarazadas, población general) con sus propios recursos, y a través de esfuerzos de integración de actividades relacionadas con VIH en otros programas nacionales (p.e. política y programas nacionales de juventud, de trabajo, de salud materno-infantil, etc.). Fondos semillas podrían solicitarse al FM para fortalecer estos esfuerzos de integración intersectorial, si necesario y bien justificado.

3. Tratamiento, atención y seguimiento a PVV

Acorde al compromiso adquirido en el marco de la Estrategia Regional Centroamericana de Sostenibilidad para la respuesta al VIH se espera que las propuestas presentadas por los países de la región centroamericanos tengan como meta el tratamiento universal a las PVV elegibles para recibir tratamiento. Consecuentemente, las metas propuestas en el marco de desempeño en términos de cobertura al tratamiento deberían lograr el 80% de las personas estimadas que lo necesiten. Esto se refiere tanto a tratamiento ARV como a seguimiento de CD4 y CV, independientemente de la contribución del FM a la financiación nacional.

Cada país define los umbrales de CV para el acceso al tratamiento, considerando las recomendaciones de Tratamiento 2.0.

Se espera que los países que apliquen a financiamiento del FM puedan demostrar sus esfuerzos hacia la implementación de las recomendaciones de la estrategia Tratamiento 2.0, específicamente:

1. Hayan recibido la primera misión de OMS/OPS de diagnóstico y recomendaciones para la implementación de la estrategia Tratamiento 2.0
2. Sobre la base de los resultados de dicha misión, hayan elaborado un plan de transición para la implementación de la estrategia Tratamiento 2.0 en un marco de uno a tres años desde la fecha de la primera misión de OPS.

Como anexo a la propuesta, los países deberían incluir los resultados de la misión, así como el plan de transición.

En cuanto a la financiación de ARV, CD4 y CV, se espera que los países de la región redoblen sus esfuerzos hacia la sostenibilidad del tratamiento. Es así que se espera que los países de ingreso mediano alto financien el 100% de ARV, CD4 y CV que se necesitan a nivel nacional. Los países de ingreso mediano-bajo deben transitar hacia el mismo objetivo de absorción total del tratamiento; consecuentemente, se espera que aquellos países de ingreso mediano-bajo que siguen solicitando cofinanciación del FM para ARV, CD4 y CV, especifiquen qué porcentaje de la necesidad total representa esta cofinanciación, y presenten en anexo a la nota conceptual un plan de sostenibilidad para absorber el 100% del tratamiento en un periodo de 3 a 5 años.

¹⁹ Considerando la suma de todas las acciones implementadas en el país, independientemente de su fuente de financiamiento (p.e. Fondo Mundial, PEPFAR, fondos nacionales, otros donantes)

Finalmente, se destaca que los países deberían abordar este tema de una perspectiva amplia, demostrando como su estrategia de tratamiento, atención y seguimiento a PVV aborda por ejemplo los temas de calidad de la atención, adherencia, abandonos y resistencia.

4. Actividades de prevención

Como mencionado en el punto 2, se espera que las actividades de prevención vayan focalizadas a las tres poblaciones clave HSH, Trans y MTS. Asimismo, se espera que las propuestas presentadas al Fondo Mundial apunten a lograr una cobertura mínima entre cada una de estas poblaciones mayor o igual al 80% a nivel nacional, independientemente de la proporción de contribución nacional del FM a dichas actividades.

Para medir cobertura de poblaciones clave a nivel nacional, será necesario que cada país:

- 1) Presente una clara definición de cada población clave que se alcanza con intervenciones²⁰;
- 2) Cuente con datos del tamaño de cada grupo para definir el denominador del indicador (ver sección de monitoreo y evaluación);
- 3) Cuente (o proponga instalar en el marco de la propuesta) con sistemas de información que permitan medir personas alcanzadas con servicios en vez de contactos; a través de un mismo código único de identificación compartido por todas las principales organizaciones que proveen servicios de prevención a poblaciones clave (ver sección de monitoreo y evaluación).
- 4) Presente una clara definición de que se incluye en el o los paquetes de servicios ofertados en el marco de la propuesta.

Acorde a los compromisos asumidos por los países de la región en la Estrategia de Sostenibilidad, se espera que en mediano plazo los países disminuyan su dependencia de la cooperación externa y asuman los gastos de prevención en poblaciones clave. Con este fin, se espera que los países presenten como anexo a la propuesta un plan de sostenibilidad para poder financiar este componente de una forma sostenible en un marco de tiempo determinado.

5. Otras actividades clave

En el marco de propuestas al FM, los países pueden también incluir otras actividades clave, según las prioridades nacionales. Por ejemplo: actividades colaborativas TB-VIH, actividades para la ETMI²⁴. Se remite a las notas informativas temáticas disponibles en la página internet del Fondo Mundial para mayor información en estos aspectos.

6. Productos de salud

El FM concentrará sus inversiones en los productos de salud y medicamentos que se consideran más estratégicos. Los principios seguidos para considerar un producto como estratégico son:

- Que aporta a la expansión de servicios básicos para prevenir, atender o tratar la enfermedad.
- Nuevos productos o estrategias programáticas que a raíz de recientes innovaciones o evidencias científicas son recomendados como eficaces en la prevención, atención o tratamiento por OMS/OPS.

En la Tabla 4 se definen las categorías de productos considerados como estratégicos, diferenciados según nivel de ingreso de los países.

Principios rectores	Objetivos particulares para los países según nivel de ingreso	
	Ingreso medio alto (Costa Rica, Panamá, Belize, Republica Dominicana) Nicaragua)	Ingreso medio bajo (Guatemala, El Salvador, Honduras,
Prevención	Condomes, lubricantes, diagnóstico de VIH según algoritmo nacional, paquete de ITS de interés para prevención del VIH (diagnóstico y tratamiento con énfasis en productos y estrategias innovadoras) ²⁵	

²⁰ Ver en anexo 4 las definiciones ONUSIDA Octubre 2011

Atención y tratamiento	NA ARV,	oportunistas (diagnóstico y tratamiento con énfasis en productos y estrategias innovadoras ¹⁹).
TB/VIH	Cartuchos Gen-xpert para diagnóstico de resistencias a rifampicina en número necesario para fortalecer atención específica de co-infección TB/VIH	
ETMI	NA	Pruebas VIH para mujeres embarazadas, ARV para mujeres embarazadas y formulaciones pediátricas, diagnóstico infantil temprano

A estos productos estratégicos se podrían añadir otros no estratégicos hasta un máximo del 10% del presupuesto asignado a productos de salud. La delimitación entre estratégicos o no estratégicos deberá ser aprobada por la Secretaría del Fondo Mundial.

Las cantidades que se solicitan de productos estratégicos de salud deben ser debidamente justificadas, ligándose a las metas cuando sea posible.

Todos los productos de salud que se adquieran con la ayuda del Fondo Mundial deben cumplir la política de calidad que corresponda. La compra de dichos productos debe someterse a las políticas generales del Fondo Mundial en cuanto a adquisiciones de productos sanitarios. Como costos indirectos ligados a las compras internacionales de productos de salud se podrá aprobar un máximo del 15% del presupuesto total en productos de salud. Si las compras fueran domésticas se podrá incluir un presupuesto limitado para costos indirectos con el fin de cubrir gastos de control de calidad si ello fuera requerido. Ello debe ser debidamente justificado.

24 Solo en países de mediano ingreso.

25 Sólo si es para introducir una innovación técnica o programática que pueda conllevar avances significativos en el país y para cuya introducción el país tenga limitaciones en recursos o de otro tipo. En este caso, se debe incluir un marco temporal para la introducción de la innovación con financiación del FM.

Anexo 2: DIRECTRICES ADICIONALES SOBRE EJES TEMATICOS DEL VIH

Los factores calificativos y requerimientos mencionados anteriormente se focalizan en algunos aspectos clave para la región. Sin embargo, la respuesta al VIH en la región también incluye otros ejes y temas importantes que los países pueden incluir en sus propuestas. Para estos, existen directrices generales elaboradas por el Fondo Mundial y sus socios técnicos. Los países deberían analizar con atención estos documentos a la hora de preparar sus propuestas al Fondo Mundial (el listado no es exhaustivo):

Documentos disponibles por el Fondo Mundial:

- Abordando trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombre y transgeneros en el contexto de VIH (disponible solo en inglés):
http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_SOGI_InfoNote_en/
- Las mujeres, Las niñas y la igualdad de género:
http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_Gender_InfoNote_es/
- Directrices para intensificar la inclusión y ampliación de la actividades conjuntas en materia de Tuberculosis y VIH en los procesos y las subvenciones del Fondo Mundial:
http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_TB-HIV_InfoNote_es/
- Los derechos humanos en las subvenciones para el VIH, la Tuberculosis, la Malaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud:
http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_HumanRights_InfoNote_es/
- Fortalecimiento de sistemas comunitarios (disponible solo en inglés):
http://cms-staging.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_CSS_InfoNote_en/
- Fortalecimiento de intervenciones de salud materna y reproductiva (disponible solo en inglés):
http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_RMNCH_InfoNote_en/

Documentos disponibles por socios:

- Biblioteca virtual de estrategia tratamiento 2.0 <http://www.mcr-comisca.org/content/biblioteca-virtual>
- Profilaxis post-exposición para prevenir la infección de VIH (disponible solo en inglés):
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf

- Directrices de prevención de PEPFAR (disponible solo en inglés): <http://www.pepfar.gov/reports/guidance/171094.htm>
- La implementación de los programas integrales de VIH / ITS con profesionales del sexo: enfoques prácticos de intervenciones de colaboración (disponible solo en inglés): http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- Nuevo marco de inversión para la respuesta Mundial al VIH-ONUSIDA 2011: http://www.onusida-latina.org/images/2012/junio/JC2244_InvestmentFramework_es.pdf
- Por la salud de las personas trans. elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe 2013: http://www.mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/BLUE%20PRINT%20Elementos%20para%20el%20desarrollo%20para%20con%20portada%20FINAL31jul_2013.pdf

Anexo 3: REQUERIMIENTOS MINIMOS DE INFORMACION Y FINANCIACION DE COSTOS DE MONITOREO Y EVALUACION

Monitoreo y evaluación es un componente importante para el Fondo Mundial en que aporta la información necesaria para tomar decisiones basadas en la evidencia. Para poblaciones claves (HSH, MTS y Trans), se reconoce que hay grandes limitaciones en las fuentes de datos y los sistemas de información para determinar tasas de cobertura e incidencia del VIH, los cuales son importantes para determinar impacto. El mapeo de estudios en la Región Centroamérica anexado a este documento muestra por país y grupo de interés las brechas de información para varios indicadores críticos. El Fondo Mundial espera que las propuestas consideren acciones para contar con los siguientes requerimientos mínimos de información. En particular, el Fondo Mundial recomienda que los países que identifiquen brechas de información en el proceso de preparación de sus propuestas soliciten financiamiento al Fondo Mundial para completar la información faltante, sea a través de reprogramación de ahorros en subvenciones existentes o como parte del presupuesto de monitoreo y evaluación de las nuevas propuestas. Recordamos que los países deberían asignar entre 5 y 10% de los presupuestos a la línea de monitoreo y evaluación. Se espera que en la determinación de los costos específicos dentro de esta línea, se prioricen las áreas listadas a continuación.

1. Tamaño de poblaciones clave

Como mencionado en la sección *Actividades de Prevención*, el Fondo Mundial espera que países lleguen a una cobertura de por lo menos el 80% en cada población clave. Por ello, es necesario contar con estimaciones confiables en cuanto a los tamaños de las poblaciones clave, en cuanto denominadores para determinar las tasas de cobertura. Hasta la fecha, algunos países en la región no cuentan con este dato; por otro lado, algunas de las estimaciones existentes tienen problemas de calidad que pone en duda su confiabilidad.

En esta área, los pasos recomendados a cada país son:

- Países deben analizar la confiabilidad de la información existente y acordar con el FM y socios técnicos la necesidad de actualizar la información existente.
- Determinar la metodología más apropiada al contexto del país a ser utilizada para el/los estudios de tamaños de poblaciones clave. A continuación se presenta una referencia sobre metodologías utilizadas, con sus ventajas y desventajas:
 - a. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_estimating_populations_en.pdf

- Preparar un plan de trabajo costeadado para el desarrollo de los estudios, considerando también roles y responsabilidades, y aspectos de cofinanciación entre FM, fondos nacionales y de otros donantes/socios técnicos.

2. Cobertura de servicios de prevención en poblaciones clave

El segundo dato para poder determinar cobertura en poblaciones clave es el número de personas alcanzadas con paquetes de servicios de prevención. Con este fin, es necesario que los países cuenten o instalen un sistema único de identificación que permita medir personas alcanzadas y no contactos. Asimismo, es necesario que este sistema único sea adoptado a nivel nacional, para evitar doble conteo de personas y permitir medir el número de personas alcanzadas en total en el país. El mismo sistema podrá extraer la información desglosada sobre el número de personas alcanzadas con fondos del FM, del Gobierno Estadunidense y otras fuentes.

3. Incidencia del VIH

Con los métodos existentes, la incidencia del VIH en poblaciones clave en la región América Central es muy difícil de medir. Estimaciones de Spectrum son los más usados pero tienen varias limitaciones en usar para poblaciones claves en que se requiere mucha información centinela sobre estas poblaciones, lo que los países no suelen tener. Para paliar esas brechas se sugiere utilizar la incidencia generada por Spectrum en poblaciones claves y triangularla con otra información, por ejemplo:

- 1) proporción de nuevas infecciones entre los casos nuevos de VIH diagnosticados. Para esa medida se utilizará metodologías de ensayos u de recuento de CD4.
- 2) Tendencias de prevalencia del VIH entre jóvenes de 15 a 24 años o nuevos iniciadores quienes son personas que recién han adoptado comportamiento de riesgo. Para esa medida se recurrirá a encuestas bio comportamentales de muestras limitadas.

Se adjunta la referencia sobre la metodología de Triangulación:

<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Triangulacion.pdf> Adicionalmente la herramienta de Modos de Transmisión del VIH permite estudiar la distribución porcentual de las nuevas infecciones del VIH por modos de transmisión. No mide incidencia como tal pero es muy útil para la planificación de programas de prevención. El MoT requiere los datos más recientes y detallados sobre:

- 1) Prevalencia del VIH
- 2) Prevalencia de ITS
- 3) Comportamiento sexual
 - número de parejas
 - número de actos sexuales
- 4) Uso de condón
- 5) Número y porcentaje de personas recibiendo TAR

Todos los modelos tienen sus limitaciones y fortalezas pero son utilizados por varios socios y países para planificar programas de prevención. La calidad de los resultados de los modelos son totalmente dependiente de la calidad de los insumos.

Se espera que los países pongan en marcha las acciones necesarias para mejorar los insumes información arriba mencionada y así mejorar la confiabilidad de los próximos estudios. Con este fin los países pueden incluir en el presupuesto de M&E de nuevas subvenciones los costos para desarrollar encuestas entre poblaciones clave con muestras suficientes para asegurar representatividad a nivel nacional, así como otros estudios y mejora en sistemas de información relevantes.

1. Fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación

El Fondo Mundial puede también apoyar financieramente el fortalecimiento de los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación basado en un diagnóstico de necesidades. El diagnóstico debería evaluar las fortalezas y debilidades de los sistemas para coleccionar y reportar datos, y notar áreas de mejora que necesitan financiamiento o asistencia técnica. Si el país ya contara con dicho diagnóstico, debería anexarlo a la propuesta; si el país no contara con un análisis existente, debería prever de realizarla. Un ejemplo de una herramienta útil para esta valoración, es la Herramienta de Fortalecimiento de Sistemas de M&E (MESST, por su sigla en inglés) usada por el Fondo Mundial.

Anexo 4: DEFINICIONES DE POBLACIONES CLAVE – Terminología ONUSIDA Octubre 2011

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

Trabajador o trabajadora sexual*

El término «trabajador o trabajadora sexual» procura no juzgar, y se centra en las condiciones de trabajo en las que se venden servicios sexuales. Los trabajadores sexuales engloban a hombres, mujeres y transgéneros, adultos y jóvenes mayores de 18 años, que consienten recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica. Formulaciones alternativas aceptadas son: «mujeres / hombres / personas que venden relaciones sexuales». Los clientes de los trabajadores sexuales pueden, del mismo modo, llamarse «mujeres / hombres / personas que compran relaciones sexuales». Evítese el uso del término «trabajador sexual comercial» porque se considera redundante.

Los niños menores de 18 años que venden relaciones sexuales se consideran víctimas de la explotación sexual (véase «prostitución»), salvo que se determine de otra forma.

**Para el enfoque conjunto, solamente se refiere a mujeres trabajadoras sexuales.*

Transgénero

«Transgénero» es el término que se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Los transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). A los transgéneros es preferible llamarlos por «él» o «ella» atendiendo a su identidad de género; es decir, al género que representan y no a su sexo biológico.