



América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica



**Reduciendo la Vulnerabilidad al
VIH/SIDA en Centro América:**

***Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la
Epidemia en la Región***

Región de Latino América y el Caribe
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover su discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en www.worldbank.org/AIDS (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202
Correo Electrónico: mbortman@worldbank.org

Foto de la cubierta: Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia en la Región*

Marcelo Bortman;¹ Luis B. Sáenz;² Isabel Pimenta;³ Claudia Isern;⁴ Antonia Elizabeth Rodríguez;⁵ Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.⁶

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

Palabras claves: HIV, AIDS, Centro América, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Banco Mundial

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

¹ Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

² Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

³ Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

⁴ Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

⁵ Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁶ Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

Acrónimos y abreviaciones

AED/F	Academia para el Desarrollo Educativo en consorcio con The Futures Group
AHMNP	Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
APLAFA	Asociación para el Planeamiento de la Familia
ART	Terapia Antirretroviral (Antiretroviral Treatment)
ARV	Medicamentos Antirretrovirales
ASI	Asociación de Salud Integral contra el Sida
ASONAPVISIDAH	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA en Honduras
ASOVIHSIDA	Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH/SIDA
BNPP	Bank Netherlands Partnership Programme
CAFTA	Tratado de Libre Comercio en Centro América
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CENIDH	Centro Nicaragüense de los Derechos Humanos
CEPRESI	Centro para la Educación y Prevención del SIDA
CEPROSAF	Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar
CIPAC	Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos
CONADEH	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
CPMP	Comité de Propietarios de Productos Medicinales
CRP	Cruz Roja Panameña
CSS	Caja del Seguro Social
DDHH	Derechos Humanos
FDA	Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos)
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FGSTM	Fondo Global contra el Sida, Tuberculosis y Malaria
FUNDESIDA	Fundación para el Desarrollo y la Lucha contra el SIDA
GLBT	Población, gay, bisexual, lésbico, transexual
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana
HCP	Asociación de Comunicación para la Salud
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
ICAS	Instituto Centroamericano de la Salud
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA
IDEI	Instituto de Estudios Interétnicos
IDU	Usuarios que se inyectan drogas
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IIDHESA	Instituto Interamericano de Derechos Humanos en Salud
IMC	Índice de Masa Corporal

ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latino América y el Caribe
LCSHD	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
LCSHH	Sector Salud
MIGOB	Ministerio de Gobernación
MINSA	Ministerio de Salud
MSF	Médicos Sin Fronteras
MSM	Mujeres que tienen sexo con Mujeres
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan-American Health Organization
PASCA	Proyecto Acción SIDA para Centro América
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPTMH	Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo
PROBIDSIDA	Fundación Pro Bienestar y Dignidad de personas afectadas por VIH/SIDA
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
STD	Sexual Transmitted Disease (Enfermedad de Transmisión Sexual)
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TCS	Trabajadoras Comerciales del Sexo
TLC	Tratado de Libre Comercio
UDE	Usuarios de Drogas Endovenosas
UDI	Usuarios de Drogas Intravenosas
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Extraordinaria sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WBIHD	Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano

Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	v
Reconocimientos.....	viii
Resumen Ejecutivo	xi
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	xii
Respuestas nacionales.....	xiv
El VIH/SIDA en Centroamérica	1
Perfil epidemiológico.....	3
Grupos de Alta Vulnerabilidad y Vulnerables.....	6
Respuestas nacionales a la epidemia del VIH y el SIDA	11
Marco legal y regulador para dar respuesta a la atención del VIH/SIDA	11
Experiencias exitosas en respuesta a la epidemia de VIH/SIDA en Centroamérica	12
Tratamiento y adquisición de medicamentos.....	13
Conclusiones y Recomendaciones.....	18
Referencias.....	21
Anexo 1. Evaluación de Discriminación	23
Anexo 2. Formulario para la determinación de experiencias exitosas.....	26
Anexo 3. Resumen de las experiencias exitosas por países.....	28
Anexo 4. Situación de los medicamentos ARV en los países de Centroamérica, 2006	34

Tablas

Tabla 1. – Grupos de Alta Vulnerabilidad y Vulnerables.....	1
Tabla 2. Centro América: Población en millones de habitantes, PIB per Capita (US\$) y tasa estimada de prevalencia de VIH en adultos.....	4
Tabla 3. – Información epidemiológica sobre VIH/SIDA en Centroamérica	4
Tabla 4. Nivel de información para caracterizar el grupo vulnerable.....	10
Tabla 5. Estimado de la inversión anual en TAR que requiere realizar cada país para la población de 15-49 (millones US\$) Año 2004 y 2005.	16
Tabla 6. Discriminación relacionada al VIH/SIDA en Centro América.	24
Tabla 7. Respuesta para atender la discriminación arbitraria y proteger los derechos humanos de las PVVS.....	25

Figuras

Figura 1. Tasas de notificación de VIH y SIDA en países de Centroamérica.....	5
---	---

Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.⁷ Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

Costa Rica

Dr. Oscar Porras, Servicio de Inmunología del Hospital Nacional de Niños
Lorena González, Oficial de Programa Ombudsman y Derechos Humanos del IIDH
Licda. Edda Quiros,
Dra Giselle Lucas, Ministerio de Salud
Dr. Solón Chavarría coordinador del programa VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual de la CCSS
Licda. Cinthya Chacon, Asociación Demográfica Costarricense
Dr. Albin Chaves, Director Farmacoterapia CCSS
Oscar Valverde Cerros, UNFPA
Daria Suárez Rehaag, CIPAC
Edgar Briceño, ASOVIHSIDA
Lcda. Miriam Fernández Esquivel, FUNDESIDA
Lcda. Gabriela Solano, Clínica HIV/SIDA Hospital Calderón Guardia
Rodrigo Chinchilla, FONDO MUNDIAL⁸
Dra. Teresa Solano, Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud
Luis Leiva, ASOVIHSIDA
Catalina Devandas, Banco Mundial

⁷ Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁸Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria.

El Salvador

Dr. Rodrigo Simán, Director del Programa Nacional de Prevención y Control del ITS/VIH/SIDA (PNS)
Dr. Michael Bartos, Representante de ONUSIDA de Guatemala, El Salvador y Belice
Sra. Jacqueline Sagastume, PNS.
Dr. Guillermo Galván, Subdirector, PNS
Dr. Juan Carlos Durán, Unidad de Epidemiología, PNS
Dra. Alma Quezada, Atención Integral, PNS
Dra. Verónica Ávalos, PNS
Dra. Teresa Elías, PNS
Dra. Elizabeth Rodríguez, SISCA
Dr. José R. Guido Bejar, SISCA
Dr. Herbert Betancour, Punto focal, ONUSIDA
Dr. Luis Castañeda, Hospital Bloom
Lic. Odir Miranda, Director Ejecutivo Asociación ATLACTL
Lcda. Alexia Alvarado, Representante de PASCA El Salvador
A la Alianza Estratégica de Legislación del VIH/SIDA.
Dirección y personal del proyecto Rayo de Luz en la Vida
Lic. Luis Carlos Estrada, Fundación Huellas
Lic. Jaime Argueta, Asociación Agua Buena

Guatemala

Dra. Annelise de Salazar, Directora del Programa Nacional de Prevención y Control del ITS/VIH/SIDA (PNS)
Lcda. Rosse Mary Bertran, Medicamentos del PNS
Dra. Judith García, Unidad de epidemiología del PNS
Lcda. Karina Arriaza, Unidad de Información, Educación y Comunicación del PNS
Dr. Carlos Mejías, Director de Unidad de VIH/SIDA, Hospital Roosevelt
Lic. Roberto León, Consultor independiente
Lic. Fernando Cano, representante de PASCA en Guatemala
Dr. Edgar Monterroso, Director Regional CDC/GAP
Dra. Lucrecia Castillo, USAID
Dr. Michael Bartos, Representante de ONUSIDA de Guatemala, El Salvador y Belice
Lcda. María Jesús Valverde, Médicos Sin Frontera Suiza.
Dr. Cesar Antonio Núñez, Director PASCA Project
Dr. Stan Terrell, HIV/AIDS Team Leader. USAID/G-CAP
Lic. José Enrique Zelaya B., Asesor SubRegional VIH/SIDA para Centroamérica
UNICEF Guatemala
Lic. Oscar Morales, Asociación Vida
Lic. Hugo Valladares, Director Asociación Gente Nueva
Lcda. Cristina Calderón, Directora de la Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”
Lcda. Cristina Calderón, Directora
Lcda. Saira Ortega, Directora La Sala
Lic. Alván Aléman, Gerente de país PASMO y Lic. Giovanni Meléndez, Asesor Regional en Investigación y Comunicación

Dra. Carolina Reyna, Encargada del proyecto Cruz Roja
Lcda. Janet M. Ikeda, Directora IDEI
Lic. Bobolop, Payaso Coordinador, Colectivo Atz'anem k'oj
Lcda. Elena Clavijo, Directora y Patricia Santis, Administradora Hospicio San José
Dra. Hilda Quiej, Coordinadora Médica de Médico Sin Fronteras España (MSF)
Dra. Lucia Estrada, Directora Hogar Marco Antonio

Honduras

Lic. Juan Ramón Gradehly Asesor, ONUSIDA
Lic. María Tallarico, ONUSIDA
Lic. Kenneth Rodríguez, UNFPA
Lic. Janeth Flores, CONADEH
Dra. Odalys García Trujillo, Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PPTMH) – Secretaría de Salud
Lic. Javier Medina, Director, Asociación Kukulkán
Dra. Ana Marely García, Directora, ASONAPVSI DAH
Dr. Marcos Urquía; Departamento ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud.
Dr. Henry Andino, Director, Departamento ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. OPS
Lic. Gabriela Roxana Linares ASONOC – Santa Rosa de Copán

Nicaragua

Lic. Karla Aburto, Oficial de Programa, UNFPA
Lic. Graciella Marsal, CEPS
Lic. Zoyla Segura, Técnico, ICAS
Lic. Hazel Fonseca, Directora, Xochiquetzal
Lic. Brenda Mayorga, Dirección de Prevención y Asistencia Social - MIGOB
Dra. Ana Francis Obando, Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud
Dr. Julio Pérez, Asistente del Viceministro Ministerio de Salud
Dra. Matilde Román, Ministerio de Salud

Panamá:

Mgter. Emilio A. Messina G. Jefe del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud.
Dr. Orlando Quintero A. Director de PROBIDSIDA
Lcda. Migdalia Salas, Jefa del Departamento de Salud y Bienestar Social de Cruz Roja Panameña.
Lic. Ricardo Eloy Beteta, Presidente de AHMNP
Dr. Ernesto Guerrero Director de ONUSIDA Panamá
Lcda. Hilda Martínez investigadora de APLAFA
Dra. Edilma Berrio. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud

Resumen Ejecutivo ⁹

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo

⁹ El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). , Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.¹⁰ La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH

¹⁰ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en las tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

Respuestas nacionales

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.¹¹

Sistemas de Vigilancia. La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

Marco legal y normativo. Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

¹¹ The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

La prevención. Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

Tratamiento y cuidado a la salud. Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

Capacidad de laboratorio. La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.

El VIH/SIDA en Centroamérica

Este informe proporciona un resumen de seis estudios de casos de país en Centroamérica. El mismo se ha estructurado en cuatro secciones: (i) los perfiles epidemiológicos, (ii) los Programas Nacionales contra el SIDA, incluida la prevención, el tratamiento y la atención, los sistemas de vigilancia y la capacidad de laboratorio, (iii) marcos legales y normativos, incluyendo la discriminación contra personas viviendo con VIH y (iv) intervenciones con éxito.

La información epidemiológica y la información de otro tipo fueron recopiladas de los Servicios Epidemiológicos y los informes publicados por los ministerios de salud en los diferentes países. Se enumeran a continuación los grupos altamente vulnerables y vulnerables que se evaluaron. Al describir la situación de estos grupos, se prestó especial atención en evaluar hasta qué grado se podía estandarizar la información dadas las diversas fuentes usadas.

Tabla 1. – Grupos de Alta Vulnerabilidad y Vulnerables

Grupos Altamente Vulnerables	Grupos Vulnerables
Trabajadoras/es Comerciales del sexo (TCS)	Poblaciones móviles en zonas afectadas
Hombres que tienen sexo con hombre (HSH)	Indígenas y Afro-descendientes
Usuarios de drogas endovenosas (UDE)	Huérfanos y jóvenes vulnerables
Personas privadas de libertad	Personas con discapacidades
	Uniformados
	Mujeres

El estudio de los grupos de alta vulnerabilidad y vulnerables buscó también obtener información que contribuya a:

- a. Incrementar la efectividad de la prevención del VIH en las poblaciones móviles
- b. Enfatizar las iniciativas regionales, tales como los esfuerzos por fortalecer la respuesta de la sociedad civil dentro del marco de la estrategia de los “tres unos”: (i) un marco de acción contra el VIH/SIDA acordado que provea las bases para un trabajo coordinado de todos los grupos involucrados; (ii) una autoridad nacional coordinando con un amplio mandato multisectorial; y (iii) un sistema de monitoreo y evaluación a nivel nacional¹²
- c. Compra de drogas antirretrovirales y otros insumos a nivel regional. Actualmente hay poca o ninguna experiencia en compras regionales, pero dado que el estudio es una línea de base para la región, fue importante identificar brechas que una evaluación de impacto de las intervenciones futuras pueda analizar.

Para el análisis del marco legal, el estudio aplica el concepto estigma de Goffman, que lo considera como “un atributo que desacredita de forma significativa ante los ojos de la

¹² ONUSIDA. Principios fundamentales de los “Tres unos”. 2003

sociedad y conduce a una reducción de la persona que lo posee”.¹³ De acuerdo a Peter Piot “El estigma hacia las PVVS proviene de una poderosa combinación de miedo y vergüenza. Sentimientos que surgen por los modos más frecuentes de transmisión del VIH – sexo sin protección o drogas inyectables - están rodeados de tabúes y juicios morales, y también porque el SIDA es relativamente nuevo y además frecuentemente mortal. Responder ante el SIDA con culpa o abusar de las PVVS, refuerza a que la epidemia sea subterránea, lo que crea condiciones ideales para la expansión de la epidemia. “La única forma de progresar para hacer frente a la epidemia”, dice Piot, “es reemplazar la vergüenza por solidaridad y el miedo por esperanza”.¹⁴ Para el análisis de la discriminación se aplican los instrumentos de ONUSIDA.

Se realizó una encuesta para explorar la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), utilizando el instrumento del Protocolo contra la Discriminación de ONUSIDA¹⁵ (anexo 5) y también una lista de preguntas orientadoras (anexo 1). El anexo 1 incluye la lista de las personas que fueron entrevistadas. Las variables estudiadas fueron las siguientes: acceso a los servicios de salud, empleo, acceso a procesos judiciales, administración, asistencia a programas de bienestar social, acceso a vivienda, derechos reproductivos y vida familiar, acceso a seguros y servicios financieros y otros servicios públicos. En general, la metodología empleada para llenar el cuestionario fue la siguiente:

- a) La encuesta fue adaptada del protocolo de ONUSIDA, al cual se han agregado dos columnas para la recolección de la evidencia y la ubicación de contactos.
- b) El protocolo fue enviado al comité nacional responsable del programa de VIH/SIDA en cada país, con instrucciones y con una carta de motivación. Además se dio seguimiento telefónico. En los casos de falta de respuesta los cuestionarios se enviaron a ONGs que trabajan en el tema.
- c) Los cuestionarios de cada país fueron validados por el Comité Nacional u ONGs
- d) El equipo del estudio ubicó informes para verificar la información recogida.
- e) Se realizó el análisis de la información obtenida.

A fin de ubicar experiencias exitosas en las áreas de prevención y atención a las PVVS, se utilizaron las recomendaciones de un estudio de asignación de recursos basado en costo-efectividad aplicado en Guatemala, Honduras y Panamá.¹⁶ En él se identificaron las siguientes intervenciones costo-efectivas: promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVS; programas de sangre segura; información, educación y comunicación (IEC) para grupos de adolescentes y para grupos de altamente vulnerables y vulnerables (TCS, HSH, privados de libertad y uniformados); distribución gratuita de condones en grupos vulnerables y mercadeo social del condón; prevención de la transmisión madre-hijo; y manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual.

¹³ Goffman E, Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, 1963.

¹⁴ Peter Piot, UNAIDS. World conference against racism, Durban, South Africa, 2001.

¹⁵ <http://www.unaids.org>

¹⁶ Banco Mundial. El VIH/SIDA en Centroamérica: La epidemia y las prioridades para su prevención. Región LAC: Washington DC: 2003.

Las experiencias exitosas fueron seleccionadas sobre la base de recomendaciones de expertos y siguiendo un criterio predefinido. Se definió como experiencia exitosa: “Un programa, proyecto o intervención con una perspectiva comprehensiva acerca la prevención y cuidado del VIH y el SIDA, y con logros medibles relacionados con el impacto, acceso, cobertura o cambio de conductas”. Para ser seleccionados los proyectos tenían que:

- a. Estar dirigidos a grupos altamente vulnerables y vulnerables de acuerdo a la clasificación utilizada en este estudio;
- b. Tener objetivos relacionados a: estrategias de prevención efectiva dirigida a grupos altamente vulnerables y vulnerables y diseminación de información para el control de la epidemia; y estrategias para disminuir la estigmatización y la discriminación de grupos vulnerables;
- c. Tener indicadores de acceso, cobertura, impacto o cambio de comportamiento;
- d. Ser posible medir la efectividad; y
- e. Haber estado en implementación durante, por lo menos, dos años.

Una serie de aspectos deben ser considerados cuando se hace un análisis del tratamiento con antirretrovirales (ARV), incluyendo los niveles de ingresos de la PVVS y la ayuda que reciben de los gobiernos. Si bien ha disminuido el precio de los ARV en los últimos años, los recursos requeridos para este tipo de drogas, el resto de los medicamentos relacionados al VIH/SIDA y los insumos de laboratorio sobrepasan los recursos disponibles para salud en la mayoría de los países de la región. Una serie de otros factores influyen también la capacidad de los países para tratar las infecciones y proveer tratamiento de mantenimiento, incluyendo la habilidad de controlar la calidad de las drogas, garantizar el acceso de los pacientes a ellos, y la capacidad de los profesionales para administrar el tratamiento con un adecuado seguimiento y evaluación. El tema de las patentes es un tema para los países de la región. La legislación vigente en cada país, así como las normas internacionales de comercio afectan la disponibilidad de drogas de distintas formas ya sea por limitaciones para la importación como para la producción local., los requerimientos para las licencias y la protección de la información. Finalmente es necesario también analizar cómo las diferentes drogas son indicadas a los pacientes (protocolos de tratamiento) y la capacidad de los países para determinar sus necesidades y del resto de los insumos, así como, la capacidad de compra y almacenamiento.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

El SIDA es una de las primeras diez causas de muerte en tres de los seis países de Centroamérica. Se estima que en Centroamérica hay actualmente 208.600¹⁷ personas que viven VIH. Para el año 2010 la epidemia puede alcanzar una prevalencia de 2% de la población adulta y en algunos países es posible que se sobrepase este valor. La prevalencia en adultos es mayor en Honduras (1,6%), seguido por Guatemala (1%), Panamá (0,9%), El Salvador (0,6%), Costa Rica (0,6%), y Nicaragua (0,2%). La

¹⁷ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

epidemia está concentrada en los grupos de alta vulnerabilidad (HSH, TCS, personas privadas de libertad, y la población garífuna en la costa atlántica de Honduras). Un incremento en el número de muertes en adultos con SIDA ha elevado el número de niños huérfanos y jóvenes vulnerables que no reciben apoyo y están expuestos al riesgo de quedarse sin hogar, comida, salud y educación. La epidemia además tiene repercusiones económicas a nivel familiar y de los sistemas de salud, así como a la economía de los países.

Tabla 2. Centro América: Población en millones de habitantes, PIB per Capita (US\$) y tasa estimada de prevalencia de VIH en adultos

País	Población a mitad de año 2005, (millones)	PIB per Capita (Método Altas, US\$)	Prevalencia estimada HIV Adultos (%)
Honduras	7.2	1,120	1.6
Guatemala	12.6	2,400	1.0
Panamá	3.2	4,630	0.9
El Salvador	6.9	2,450	0.6
Costa Rica	4.3	1,590	0.6
Nicaragua	5.5	910	0.2

Fuente: Country at a glance, World Bank Group; UNAIDS

La incidencia acumulada para el VIH/SIDA es muy variable en la región, donde se observan cifras de 12 casos por cada cien mil habitantes en Nicaragua, hasta el extremo opuesto de 228 casos por cien mil habitantes en Honduras. Entre estos extremos el número de casos notificados por cien mil habitantes es de: 211 en Panamá, 99 en El Salvador, 61 en Costa Rica y 53 en Guatemala. Se estima que en América Latina las cifras de SIDA tienen una subestimación del 30% y los casos de VIH del 40%.¹⁸

Tabla 3. – Información epidemiológica sobre VIH/SIDA en Centroamérica

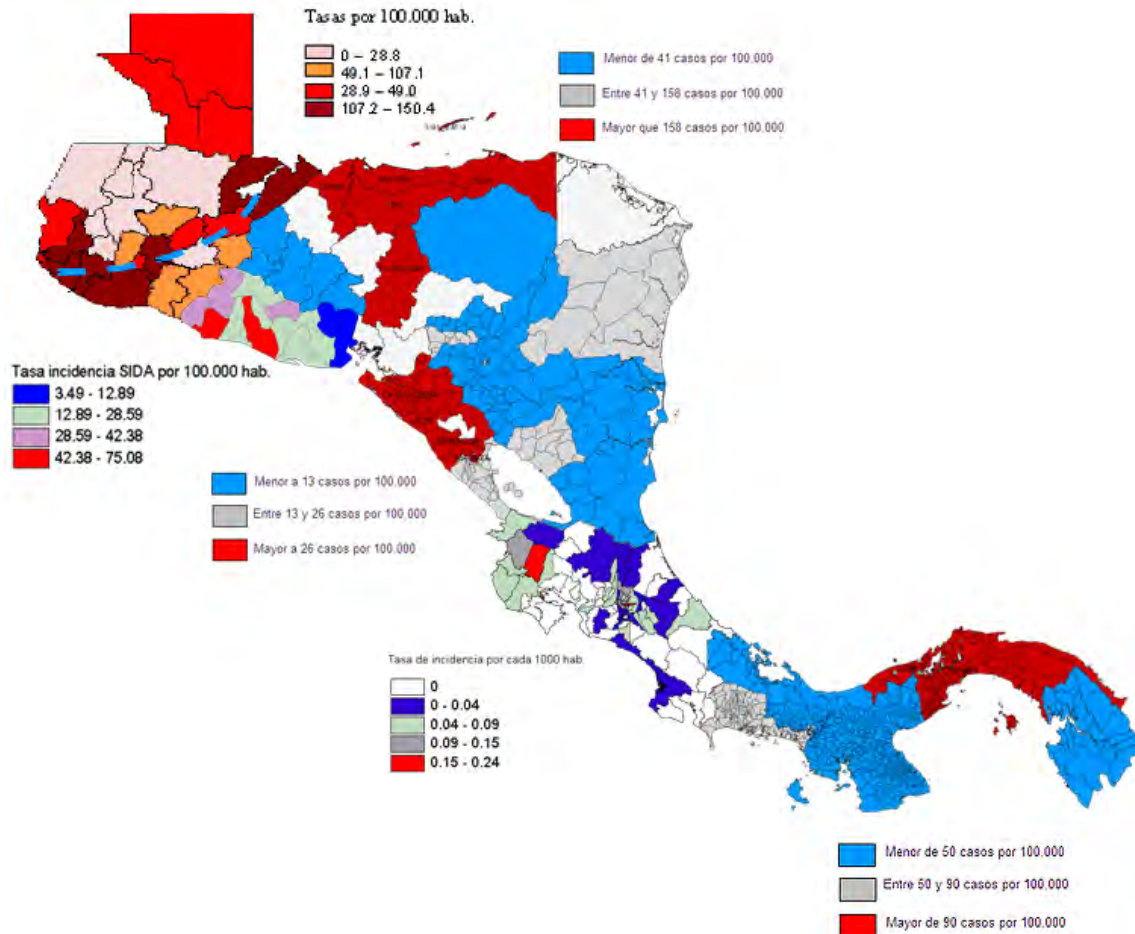
País	Casos de SIDA	Número de casos notificados, por 100,00 habitantes (1982-2004)	Estimación de Prevalencia de VIH en adultos (%)	Razón Hombre/Mujer Casos de SIDA (2001)	Prevalencia de VIH en TCS 2001/2002 [†]	Prevalencia de VIH en HSH 2001/2002 [†]
Honduras	16,363	228	1.6	1.2:1	9.0%	13%
Panamá	6,694	211	1.5	3:1	2.0%	10.6%
Guatemala	7,054	53	1.0	2.5:1	8.7%	12.0%
El Salvador	6,579	99	0.6	3:1	3.6%	18.0%
Costa Rica	2,546	61	0.6	4.4:1	0.8%	14.5
Nicaragua	662	12	0.2	4:1	1.2%	9.3%

Fuentes: Ministerios de Salud de Centroamérica, OPS, ONUSIDA, estudio multicéntrico de PASCA sobre ITS y VIH.

¹⁸ García Abreau, A., Noguera, I., Cowgill, K. *HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead. Human Development Network*, Banco Mundial, 2003

La epidemia se está feminizando. La razón hombre/mujer de la población que vive con VIH/SIDA de la región ha disminuido de 2,3: 1 en 1982 a 1,8: 1 en 2004.¹⁹ En Costa Rica esta razón cayó de 8,6: 1 a 4,4: 1, sin embargo aún es el país con menor nivel de feminización de la epidemia de la región. La “feminización” de la epidemia ha empeorado debido a factores culturales, incluyendo falta de potestad de las mujeres que con frecuencia son forzadas a tener sexo sin consentimiento y sin poder negociar el uso de condones.

Figura 1. Tasas de notificación de VIH y SIDA en países de Centroamérica



Fuente: Elaborado con datos de OPS, ONUSIDA y Centro Centroamericano de Población. El detalle de los mapas por país se encuentra en la publicación de cada país.

Cerca del 70% de los casos notificados entre 1982 y 2004, correspondieron a transmisión sexual heterosexual, en tanto que en 12% fueron asociadas a exposición homosexual o bisexual, observándose una tendencia creciente en la transmisión heterosexual y

¹⁹ García Abreau, A., Noguera, I., Cowgill, K. *HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead. Human Development Network*, Banco Mundial, 2003

decreciente en las demás.²⁰ Si bien la mayoría de los casos de VIH y SIDA se encuentran en las ciudades, en poblaciones indígenas como los garífunas, hay una alta prevalencia de la infección del VIH, que se estima seis veces superior a la población hondureña, y llega a 16% en los garífunas entre 20 y 30 años de edad. También se han identificado situaciones positivas como en los indígenas de la costa de Nicaragua donde entre 1991 y 1997 se ha duplicado el uso del condón entre la población masculina que tiene más de una pareja sexual.²¹

La epidemia en Centroamérica es notoriamente seria aún cuando hay importantes variaciones entre los países. Las razones de estas variaciones no son bien conocidas y es importante aclarar estas razones para diseñar mejores intervenciones y más costo-efectivas. Todos los países de Centroamérica cuentan con sistemas de vigilancia epidemiológica pasivos de primera generación. Si bien se utilizan diferentes normas, los servicios de salud pública realizan pruebas de VIH ya sea a solicitud de los pacientes, como en las embarazadas o como parte de estudios a individuos que pertenecen a grupos altamente vulnerables o vulnerables. Además las unidades de sangre para transfusión son sometidas a tamizaje de VIH y se realizan estudios especiales. Sin embargo, estos sistemas de vigilancia no están interconectados y no existe un registro de las diferentes etapas de la enfermedad. El Plan Estratégico de Vigilancia para VIH/SIDA busca establecer un sistema de segunda generación que incorpore la vigilancia de factores de riesgo y comportamiento que permitirá un mejor entendimiento del comportamiento de la epidemia en la región y así mejorar la respuesta.

GRUPOS DE ALTA VULNERABILIDAD Y VULNERABLES

Trabajadoras/es comerciales del sexo. Las Trabajadoras/es comerciales del sexo (TCS) y sus clientes tienen mayor riesgo para adquirir y transmitir el VIH. Los TCS tienen normalmente un alto número de clientes, que con frecuencia no usan condones. Los TCS no insisten en su uso porque o se subestima el riesgo de infección, o no tienen acceso, o para ganar más dinero al ofrecer sexo sin protección. Los TCS y sus clientes pueden actuar como puentes y transmitir la infección a otros grupos de la población.

En Honduras la prevalencia de VIH entre los TCS en 1989 fue 5,5% (n- 281) en Tegucigalpa y 19,8% (n- 247) en San Pedro Sula (PASCA). En otras localidades de este país, (como Comayagua, La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Puerto Cortés), un estudio estimó, en 1997, una prevalencia de 10%,²² mientras que otras fuentes estimaron para el 2001 un valor de 9%.²³

Como ocurre en los otros países en El Salvador el VIH/SIDA es más prevalente en las ciudades. El estudio multicéntrico ejecutado por PASCA estimó una prevalencia en TCS de 3,6% en 2001. Este estudio también indicó que el 50% de los TCS no usaban condón

²⁰ OPS/ONUSIDA. Vigilancia del SIDA en las Américas. 2005.

²¹ OPS/ONUSIDA. Vigilancia del SIDA en las Américas. 2005

²² Secretaría de Salud de Honduras, 1997

²³ ONUSIDA, PASCA, CDC, PAHO y la Universidad de Washington, 2001

al tener sexo con sus parejas regulares y que los TCS que cambiaban de áreas de trabajo tenían tasas de prevalencia seis veces superiores a las que lo hacían en lugares fijos.

En Costa Rica 0,8% de las 8.750 TCS registrados en el Ministerio de Salud son portadores de VIH. En Panamá una evaluación de la Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) en 2005 estimó que la prevalencia de VIH en cerca de 7.000 mujeres TCS era de aproximadamente un 2% y 3,5% en TCS ambulantes.

En Guatemala se realizaron estudios en 11 de las 22 regiones del país, incluyendo las seis regiones con el número más alto de casos reportados los que informaron prevalencias del 0 a 11%. La Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Acción Social (MSPAS) informó, en el 2005, una tasa global de 8,7%. Las tasas de mujeres crecieron de casi 0% en 1990 a valores entre 4,7% y 10% en 2003.²⁴ Estos estudios fueron ejecutados en la Ciudad de Guatemala, Antigua, Puerto Barrios e Izabal. Los TCS son frecuentemente niños de ambos sexos en estado de explotación. Según el Proyecto La Sala, 77% de las parejas de los TCS no usan condones.

En Nicaragua, la prevalencia encontrada en TCS en 2000 fue 1,7%, en tanto en el 2002 en Managua, León, Chinandega y Blufields fue de 1,2%.²⁵ En este grupo sólo un 6 a 11% carecía de información sobre sexo seguro.

Hombres que tienen sexo con hombres. El sexo sin protección entre hombres que tienen sexo con hombres es responsable de un importante número de casos de VIH. Este es un grupo con altas tasas de prevalencia, que con frecuencia actúa como puente de transmisión del VIH e ITS a otros grupos de la población. Varios estudios han determinado que este es el segundo grupo más vulnerable en Centroamérica. Sin embargo debido al estigma con que es vista la homosexualidad en la región, resulta difícil para los HSH hablar abiertamente sobre el tema y mucho de los resultados no se pueden generalizar.

En El Salvador, el Estudio Multicéntrico encontró que un 18% de los HSH eran VIH positivos. Según PASCA, en Costa Rica, la prevalencia de infección por VIH entre los HSH era 14,5% en 2003. En Guatemala, 12% de los HSH estudiados en 2003 en Ciudad de Guatemala eran los portadores del VIH y un 13% eran los portadores de sífilis. El Estudio Multicéntrico calculó que 31% de las PVVS eran HSH. En Panamá, se estima que el 10,6% de los HSH son VIH positivos. Se piensa que esta cifra es una subestimación debida al estigma asociado a la homosexualidad. Muchos HSH evitan visitar los centros médicos, y un 27% de todos los casos del SIDA no informaron sobre el modo de transmisión.

De acuerdo con la información obtenida por el Ministerio de Salud en Honduras el VIH/SIDA ha tenido un considerable impacto en los HSH. Entre 1985 y 2005, el 8% de los casos de SIDA reportados fueron en HSH. El estudio multicéntrico realizado en el 2001 estimó una prevalencia de aproximadamente 13% en este grupo. En San Pedro Sula,

²⁴ MERTU/CDC. Estudio Multicéntrico de Centroamérica, 2003

²⁵ ONUSIDA, 2004

una de las regiones más afectadas por la epidemia, la prevalencia fue de alrededor de 16% y 8% en Tegucigalpa. El patrón en Nicaragua fue muy distinto. CEPRESI encontró que solo el 1,2% de los HSH eran VIH positivos.

Personas privadas de libertad. Las personas privadas de libertad son consideradas como un grupo de alta vulnerabilidad por la alta frecuencia de sexo sin protección, de prácticas homosexuales y con frecuencia al uso de drogas endovenosas. Ellos también pueden actuar como puentes ya sea al reintegrarse a la sociedad o cuando reciben visitas de sus parejas.

Un estudio en Honduras en 1997 y 1998 informó que la prevalencia en la población carcelaria era de 6,8%.²⁶ En Panamá UNGASS informó prevalencias en los centros de detención de entre 5% y 13%. Este informe señaló que la mayoría de los portadores habían sido infectados antes de la detención. En El Salvador, 6.051 de los 12.106 detenidos fueron estudiados encontrándose una seroprevalencia de 0,7%. En Costa Rica la prevalencia fue 1% en 2004.²⁷ La principal causa de transmisión fue el compartir agujas, el sexo (consensuado o por violaciones), y los tatuajes con herramientas infectadas. Debido a la limitación de recursos, las pruebas son en general realizadas cuando los prisioneros presentan síntomas. En Nicaragua en una muestra de 300 prisioneros el 1% fue positivo. El uso del condón en este grupo es muy limitado.

Huérfanos. Una proporción cada vez mayor de huérfanos son hijos de personas fallecidas debido al SIDA. En Honduras un informe de UNICEF estima que en el 2002 habían 14.000 niños huérfanos debido al VIH. En Panamá el número de huérfanos por el VIH en el 2001 era de 8,100 (21% del total de los huérfanos) y se espera que 13,000 en el 2010. En El Salvador mientras que en 1990 sólo el 0,6% de los huérfanos era debido al VIH esta proporción había crecido a 11,1% en 2005. Estos valores son similares a los de Costa Rica: 0% en 1990, 3,1% en 1995 y 12,2% en 2005 (Sierra 1998) y a los de Guatemala: 0,3% en 1990 y 13,9% en 2005. En Nicaragua el número de huérfanos debido al SIDA era menor a 100 en 1995, 2000 en 2001 y 4000 en 2005.²⁸

Indígenas y afro-descendientes. La población indígena es considerada un grupo vulnerable al VIH e ITS por varias razones. En general; son poblaciones móviles, con mayor exposición a comportamientos de riesgos cuando están fuera de su comunidad. Debido a una mayor inequidad de género, hay más dificultades para negociar el uso de condones. Además las creencias de que las enfermedades provienen de maleficios, aumentan las barreras a la prevención efectiva y favorecen la transmisión del VIH.²⁹

La población garífuna de Guatemala y Honduras, es la más vulnerable de la región. Se ha estimado una seropositividad de hasta un 25%, para las ciudades de Puerto Barrios y San

²⁶ Sierra, Ministerio de Salud. Departamento para el control y prevención de ITS/VIH/SIDA y Tuberculosis. Estudio de Seroprevalencia de Sífilis, Hepatitis B y VIH en población Garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal. 1999.

²⁷ Schwab N et al. Optimizing the allocation of resources to prevent HIV in Costa Rica. World Bank 2004

²⁸ UNICEF, ONUSIDA, USAID. Niños al borde del abismo, 2002

²⁹ Traa-Valarezo, X. Evaluación Social y Estrategia para los pueblos indígenas y afro-descendientes. Banco Mundial, 2004.

Pedro Sula.³⁰ Otra fuente para el caso de la población garífuna de Honduras, estima una tasa de prevalencia del 8,4% y específicamente para mujeres del 8,5%.³¹ En el Salvador, en la población mestiza, que equivale al 7% de la población total, se estimó una seropositividad de hasta el 25%. En Panamá, las poblaciones mestizo-Kuna de la zona urbana de la ciudad de Panamá, muestran una seropositividad de hasta el 10%, mientras que para las poblaciones de las islas de Kuna Yala y de Bocas del Toro, la seropositividad es del 5%. En Costa Rica, se estima que la población indígena, correspondiente al 1,7% de la población, y que tiene una tasa de seropositividad de hasta 10%, y la población afro-descendiente, que equivale al 1,9% de la población, tiene también una tasa de seropositividad de hasta 10%. Para Nicaragua, la población miskito y garífuna de la región Atlántica alcanza una seropositividad también de hasta un 10%. Se estimó que la prevalencia de VIH/SIDA en el 2004 fue de aproximadamente 47,1 por cada 100.000 personas en la Región Autónoma del Atlántico Sur y de 25,8 por cada 100.000 personas en la Región Autónoma del Atlántico Norte.³²

Otros grupos vulnerables. La información disponible sugiere que las prevalencias de VIH en HSH, y TCS han incrementado. Esto podría ser importante para otros grupos vulnerables porque HSH y TCS pueden actuar como grupos “puente” que diseminan la epidemia a otros grupos vulnerables, incluyendo a la población general de 15 a 49 años, poblaciones móviles y uniformados. Otro grupo vulnerable en la población con discapacidad, sin embargo no se encontró información disponible sobre este grupo.

Un estudio del Instituto Mexicano de Salud Pública determinó en 2001 que la mayoría de los casos reportados en Nicaragua estaban relacionados a personas que habían adquirido el virus fuera del país, especialmente en el sur donde hay mucha población indocumentada. En Honduras, la Secretaría de Salud estimó en 1998, que una seroprevalencia de VIH de 1,3% en conductores de camiones internacionales. En El Salvador, en 2003, casi una de cada 10 familias, tenían algún miembro viviendo o había vivido en otro país, mayoritariamente hacia los países de Norte América. Según estos datos, la migración es mayor en hombres (68%) que en las mujeres (32%) y 50% era menos de 25 años de edad y con aproximadamente 7 años de escolaridad al salir del país.³³ La baja escolaridad podría ser un factor de riesgo para el VIH, sin embargo, no se encontraron referencias acerca de la prevalencia de VIH relacionada con esta inmigración.

El inicio temprano de la actividad sexual, con mucha frecuencia sin protección, en países con una alta proporción de población joven constituye un escenario de alto riesgo para la diseminación de la epidemia. En El Salvador, más del 60% de la población fue parte del grupo de 20 a 29 años en el período 1991-2004, la tasa de natalidad específica en

³⁰ Traa--Valarezo, X. Evaluación Social y Estrategia para los pueblos indígenas y afro-descendientes. Banco Mundial, 2004.

³¹ Sierra, Ministerio de Salud. Departamento para el control y prevención de ITS/VIH/SIDA y Tuberculosis. Estudio de Seroprevalencia de Sífilis, Hepatitis B y VIH en población Garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal. 1999

³² Plan Estratégico Nacional Sobre VIH/SIDA 2005-2009

³³ FESAL, 2002-2003

adolescentes (15-19) es de 104 por mil y en 22% de las mujeres entre 15 y 24 la primera relación sexual es antes de los 15 años.³⁴ En Costa Rica, se estimó que, en el 2004, en el grupo de 30 a 34 años el 17,4 por cien mil es HIV positivo y 15,2 por cien mil en el grupo de 35 a 39. Los mismos factores de riesgo fueron identificados y se menciona el trabajo infantil y abandono escolar, que expone a los niños y adultos que pueden ser portadores del VIH.

En Guatemala el 88% de la población tiene entre 15 y 49 años y de ellos un 68% entre 20 y 39 años. Se estima que el 0,7% de los uniformados en Guatemala son VIH positivos. En Guatemala los conductores de camiones son considerados también un grupo vulnerable; ellos viajan por la ruta conocida como ruta del SIDA, que cruza las dos principales vías de comunicación del país. Ellas incluyen la ruta del Atlántico de Guatemala a Puerto Barrios y la del Pacífico, de Guatemala a Escuintla y Tecún Umán en el límite con México.

La tabla 4 resume la información en cada grupo vulnerable y en cuanto a disponibilidad y calidad sobre la base de un análisis cualitativo de los sistemas de vigilancia en cada país.

Tabla 4. Nivel de información para caracterizar el grupo vulnerable.

Grupo vulnerable	Honduras	Panamá	El Salvador	Costa Rica	Guatemala	Nicaragua
Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	●	●	●	■	●	●
Hombres que tienen sexo con hombres	■	■	■	■	■	■
Usuarios de drogas endovenosas	▲	▲ **	▲	▲	▲	▲
Privados de Libertad	■	■	■	▲	▲ *	▲
Huérfanos	▲	■	▲	■	▲	▲
Jóvenes vulnerables	▲	■	●	■	■	▲
Grupos migratorios en regiones afectadas	▲	■	■	▲	▲	■
Discapacitados.	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Uniformados.	▲	▲ *	▲	▲	▲	▲
Mujeres	■	▲	■	▲	▲	▲
Grupos Indígenas y Afro-descendientes	■	■	▲	▲	▲	■

Información razonable ●, información insuficiente ■, poca o ninguna información ▲;
 * Se están ejecutando estudios.

³⁴ FESAL, 2002-2003.

Respuestas nacionales a la epidemia del VIH y el SIDA

Aún cuando todos los países de Centro América han desarrollado sus respuestas a la epidemia y quedan aún muchos desafíos para alcanzar efectivamente a los grupos altamente vulnerables, articular los mensajes de prevención y los cuidados para que sean efectivos para lograr prácticas sexuales y reproductivas seguras y saludables, y proveer cuidados de salud efectivos para quienes requieren tratamiento con drogas antirretroviral (ARV) y seguimiento. El conocimiento que la sociedad tiene sobre el VIH y el SIDA es aún inadecuado. Se requieren acciones rápidas para corregir las prácticas sexuales de riesgo, identificar los casos de VIH y proveer acceso a tratamiento con ARV. Un desafío específico es coordinar las respuestas de las ONGs y los servicios del estado, especialmente en obtener una respuesta efectiva para los tres niveles de cuidado.

Para abordar este problema, se necesita una estrategia regional para fortalecer la prevención entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, para proporcionar atención integral, para promover la detección temprana y reducir los comportamientos de riesgo. Mientras tal estrategia está elaborándose, los países en la región están poniendo en práctica los programas financiados por fondos nacionales y recursos internacionales, principalmente de la USAID y del Fondo Mundial para Combatir el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM)

Esta sección resume los hallazgos encontrados en las repuestas nacionales al VIH y al SIDA en los seis países estudiados, así como las intervenciones exitosas para prevenir el VIH y la discriminación, a la vez que analiza distintos aspectos relacionados al tratamiento, mecanismos de regulación, adquisición de medicamentos y mecanismos de financiamiento.

MARCO LEGAL Y REGULADOR PARA DAR RESPUESTA A LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA

Todos los países han desarrollado un marco legal destinado a atender la problemática relacionada con la atención al VIH/SIDA. La Constitución de cada país establece claramente los derechos a la salud de los ciudadanos y a la responsabilidad del estado de actuar en caso de existir una amenaza a la salud pública. Esta responsabilidad está respaldada por las leyes y códigos que rigen la salud y los servicios de salud, en los Ministerios de Salud y en las instituciones de Seguridad Social.

A fines de los años noventa y a inicios del nuevo siglo, se aprobaron leyes para responder al VIH y el SIDA. Las mismas en general protegen los derechos de las PVVS y garantizan los derechos a las pruebas y al tratamiento en un entorno de confidencialidad. Sin embargo, la fuerza con que estas leyes se aplican es a veces limitada y en algunos países las nuevas leyes en ocasiones contradicen la legislación vigente. Estas contradicciones se reflejan en casos de realización de pruebas para detección de VIH sin el conocimiento ni el consentimiento de la persona, mientras las leyes las prohíben, algunos Códigos de Trabajo parecen permitir su práctica, dejando un considerable espacio para la discusión legal.

Este estudio indagó y analizó la evidencia sobre discriminación y estigmatización. Se analizaron 10 aspectos discriminatorios mediante la aplicación de una encuesta elaborada sobre la base del protocolo anti-discriminación de ONUSIDA. Las tablas 6 y 7 en el anexo 1 resumen los hallazgos en cada país.

EXPERIENCIAS EXITOSAS EN RESPUESTA A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN CENTROAMÉRICA

Los grupos vulnerables, en particular HSH y TCS tienen las más altas prevalencias de VIH y son puntos focales para la diseminación de la epidemia a la población en general. Una vez que la epidemia se extiende en la población general, aquellos en edad reproductiva serán los más afectados. Esto generará repercusiones de largo plazo tanto a nivel de los hogares como en los sistemas de salud y economía en general. Actualmente la epidemia está concentrada en algunas regiones geográficas, particularmente en áreas urbanas y en rutas internas y puertos.

Prevenir la diseminación de la epidemia promoviendo conductas sexuales y reproductivas saludables constituye un enorme desafío. Los sistemas de salud enfrentan el reto de alcanzar los grupos de alta vulnerabilidad con intervenciones costo-efectivas. La sociedad civil (ONGs) aunque muy motivada, todavía carece de la capacidad necesaria. El sistema educativo también enfrenta desafíos por la falta de programas de educación sexual y porque en muchas instancias contribuye a perpetuar el estigma y discriminación hacia la PVVS.

En este contexto, el estudio analizó las intervenciones dirigidas a prevenir el VIH y las ITS, y a proveer cuidados y apoyo legal a los grupos altamente vulnerables y vulnerables. Las experiencias exitosas se seleccionaron siguiendo los criterios descritos en la introducción. Cada intervención es descrita más en detalle en los informes de cada país. En el anexo 2, se resume las características de cada intervención exitosa. El estudio encontró que:

Algunas de las intervenciones mostraron resultados positivos. Por ejemplo, una evaluación del mercadeo social de condones (PASMO Guatemala) mostró un incremento en el uso de condón en la población meta del proyecto. El programa de la Canasta básica de alimentos, (MSPAS, El Salvador) mostró ganancia del Índice de Masa Corporal (IMC) en las personas que reciben ese subsidio. También en El Salvador, si bien hubo una disminución de la transmisión vertical, hay que profundizar el análisis para descartar la intervención de variables confusas, como las relacionadas con el sistema de información.

- Las experiencias exitosas en el campo de los derechos humanos, especialmente en Guatemala y Panamá, muestran resultados positivos medidos por medio de la resolución de los casos a favor del paciente reclamante. Sin embargo, queda pendiente y esto no es responsabilidad de los programas, la identificación de posibles casos en que hubiera cabido reclamo, y que por razones de falta de acceso a los programas o de políticas claras, las personas no hicieron el reclamo.

- Los indicadores de cobertura sugieren que varios de los proyectos han sido exitosos. Por ejemplo, los de la población garífuna de Honduras y xochiquetzal en Nicaragua, parecerían tener mucho potencial. También prometedor es la alianza entre el Viceministerio de Cultura, Jóvenes y Deporte y UNFPA en Costa Rica, para incrementar la atención en la epidemia.
- Si bien las experiencias exitosas siguen los lineamientos de los planes estratégicos, el desafío que enfrenta todo futuro proyecto será determinar cómo alcanzar los grupos altamente vulnerables y vulnerables.
- Ninguna de las experiencias exitosas identificadas usó indicadores para medir impacto sobre la incidencia o prevalencia del VIH en las poblaciones escogidas como meta. Eso no quiere decir que no hayan tenido indicadores o que no se pudo obtener información, sino que carecían de instrumentos para medir el impacto de la intervención sobre la diseminación de la epidemia.
- Las múltiples experiencias en el campo educativo requerirían una evaluación del impacto que están teniendo en los grupos vulnerables a quien están dirigidas las intervenciones. Por ejemplo, las experiencias orientadas al ámbito escolar general, deben evaluarse en jóvenes, así como las orientadas a los TCS se deberían evaluar en los cambios de comportamiento y las infecciones de VIH en este grupo.
- En el futuro de los programas necesitan mayor coordinación entre las ONG que proveen ARV y los servicios de salud para las actividades de seguimiento para asegurar la adherencia al tratamiento.
- Los proyectos en el área de laboratorio deberían desarrollar la capacidad para efectuar las pruebas para el seguimiento del TAR. Esto no requiere necesariamente la compra de equipos costosos. Esto podría ser logrado mediante la toma de muestras en aquellos que viven en zonas alejadas para ser transportadas a laboratorios que si cuentan con estas capacidades. Esto favorecería el acceso a los servicios y espaciaría el desplazamiento de los pacientes a los centros especializados para su control.

TRATAMIENTO Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

Los informes nacionales sugieren que solo cerca de 14.000 casos se encuentran en tratamiento, sin embargo OPS y ONUSIDA, estiman para el 2004, cerca de 40 mil casos de SIDA en la región, cifra que concuerda con la estimación del Banco Mundial que reporta 37.500 casos entre 1998 y 2003.³⁵

Un análisis del Banco Mundial, en Guatemala, Honduras y Panamá, observó un déficit de un millón de dólares anuales para evitar entre el 10-20% de nuevos infectados. Además,

³⁵ Banco Mundial. Project Appraisal to the Central America Integration System for a Regional HIV/AIDS Project. March 2005.

se concluyó que si bien en esos tres países se invirtieron alrededor de 9.6 millones en el año 2000, su impacto no fue lo suficientemente efectivo.³⁶

Todos los países de la región enfrentan desafíos respecto de la disponibilidad de ARVs. Se han alcanzado acuerdos para obtener precios diferenciales para algunas marcas comerciales. Además algunas drogas genéricas están disponibles a través de licitaciones en el sector público o a través de agencias intermediarias y fundaciones internacionales. Sin embargo quedan retos relacionados a la planificación de compras conjunta de los ministerios de salud y los institutos de la seguridad social, establecer protocolos de tratamientos uniformes, desarrollar la infraestructura para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento y el monitoreo de la resistencia a las drogas. Además, otros desafíos son el manejo de los efectos adversos al tratamiento, el seguimiento de los pacientes con pruebas de laboratorio, y el desarrollo de mecanismos para promover la adherencia al tratamiento. Un desafío particular es resolver las dificultades para el tratamiento de pacientes con muy bajo nivel de instrucción y de las minorías étnicas muchos de los cuales carecen de acceso a servicios de salud. En el anexo 3 se resumen los hallazgos del estudio respecto de los ARV en Centroamérica.

Acceso al tratamiento. El acceso a los medicamentos no se ha medido de forma sistemática en la región. En Honduras la OPS ha estimado que solamente el 41% de las personas que necesitan tratamiento, de hecho lo reciben. En Panamá, las cifras oficiales indican que el 58% de la población que requería tratamiento, estaba recibéndolo al momento del estudio y un 3% de ellos eran menores de 5 años. En El Salvador, si bien se expresa que toda la población detectada tiene acceso, también se observan limitaciones, relacionadas con aspectos culturales y geográficos. Similar es el caso de Costa Rica en donde el Estado garantiza el acceso al tratamiento a través de la seguridad social. En Guatemala, se encontraron barreras al acceso debido a limitaciones culturales y geográficas y en Nicaragua, se estima que sólo el 10% recibió tratamiento en 2004.

En todos los países se han presentado demoras en la compra y distribución de medicamentos que limitan la continuidad del tratamiento y reducen su efectividad. En algunos casos los retrasos son tan importantes que el desabastecimiento llega a ser de varios meses. De acuerdo a la literatura este es uno de los grandes riesgos de la eficacia del tratamiento.³⁷ Una de las causas de este problema reside en los atrasos de las licitaciones por dificultades relacionadas tanto con elementos del proceso mismo de adquisiciones, como con la calidad de las muestras presentadas, especialmente de los medicamentos genéricos. Por otra parte, aún cuando los medicamentos puedan estar disponibles en los depósitos, es a veces difícil para la población que vive lejos de los centros urbanos acceder a ellos. Todos los países han mostrado interés en mejorar sus coberturas, pero esto es a veces difícil por el acceso geográfico (Honduras, Panamá, Guatemala, y Nicaragua), brechas en el seguro de salud (Costa Rica) o por el hecho de que mucha PVVS no están identificadas con las localidades de residencia.

³⁶Banco Mundial. El VIH/SIDA en Centroamérica: La epidemia y las prioridades para su prevención. Región LAC: Washington DC: 2003.

³⁷ Koenig, S.; Kuritzkes, D.; Hirsch, M.; Leandre, F.; Mukherjee, J.; Farmer, P.; del Rio, C.; Monitoring HIV treatment in developing countries. BMJ 2006; 332: 602-604.

Fuentes de financiamiento para tratamiento. En Honduras las principales fuentes de financiamiento para la compra de ARVs son el FGSTM y el Gobierno Hondureño. En el 2006 la Secretaría de Salud destinó US\$ 3.3 millones para ARV y el FGSTM dio un aporte de US\$ 1.4 millones. En El Salvador las compras las realiza el MSPAS y el ISSS, y se ha contado con la ayuda del FGSTM y del gobierno de Brasil que aportaron medicamentos como parte de sus proyectos de cooperación. En Guatemala, el presupuesto para la compra de medicamentos se ha incrementado, sin embargo, todavía hay brechas financieras que se cierran parcialmente a través de las ONG, tales como MSF (Médicos sin Fronteras). Guatemala, recibe apoyo del Fondo Rotatorio de la OPS y de la Fundación Clinton como intermediarios de las compras financiadas con recursos propios, y además cuenta con el apoyo del FGSTM y de MSF que contribuyen con ayuda no reembolsable para adquirir medicamentos. En Nicaragua, el presupuesto público para la compra de medicamentos es muy limitado y el país se financia con una ayuda del FGSTM. Costa Rica y Panamá por su parte básicamente financian la compra de medicamentos con recursos del presupuesto nacional.

Costo de los medicamentos. Los precios de los ARV han venido disminuyendo en los últimos cinco años. La falta de datos homogéneos dificulta una comparación de los gastos en ARV por países. Honduras incrementó el monto asignado para medicamentos, llegando a US\$ 3.3 millones en 2006. En El Salvador, si bien la inversión total aumentó, las partidas provenientes del sector público disminuyeron. La Caja de Seguro Social en Panamá informó que el costo mensual del tratamiento que utiliza varía entre US\$ 104 y US\$114 por mes, mientras que en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) el rango es de US\$ 61 a US\$ 192 por mes, dependiendo del esquema usado; con un costo promedio de US\$ 138. Estimaciones oficiales de la CCSS indican que la compra de drogas para el VIH/SIDA representa alrededor del 5% del total de los gastos en medicamentos de la institución. Para Guatemala, el esquema aplicado por MSF ha disminuido el costo en aproximadamente 50% con costos mensuales por tratamiento de US\$ 41 a US\$ 113 y una inversión de US\$ 1 millón en 2005 representando un considerable incremento en comparación con años anteriores.

Estimación de necesidades. Los seis países deciden la cantidad de medicamentos a comprar basados en la demanda. Solo en el caso de Costa Rica se pudo identificar un modelo utilizado sistemáticamente, que busca mantener un mínimo de existencias para 11 meses. El Salvador utiliza varias metodologías basadas en proyecciones cuantitativas mediante un modelo que también se ha utilizado exitosamente en República Dominicana. Guatemala cuenta con un modelo lineal suministrado por MSF. Nicaragua estima las necesidades mediante un análisis de las tendencias de consumo trimestral.

Estimación de las brechas de financiamiento para TAR. La tabla 5, presenta los resultados de una estimación de la diferencia entre el gasto actual en ARV y el gasto para tratar a la totalidad de las personas adultas que lo necesitan. El modelo usa tasas de prevalencia de diferentes fuentes y las poblaciones de 15 a 49 años de cada país proporcionadas por el Population Reference Bureau para los años 2003-2004. El modelo se basa en los siguientes supuestos:

- a) el 90% de las personas que reciben tratamiento ARV tienen entre 15 y 49 años,
- b) los precios del tratamiento no tuvieron grandes variaciones de 2004 al 2005,
- c) la tasa de mortalidad por SIDA no varía drásticamente de un año a otro, y
- d) el sector público utiliza el esquema de tratamiento más barato disponible.

Otro supuesto surge de la estimación de OPS/OMS, en la Hojas Informativas del VIH/SIDA, que estima que el 20% de la población VIH positivo requiere TAR. El modelo básicamente diferencia entre el número de individuos que reciben tratamiento y el 20% de la población HIV positivo y multiplica este número por el costo de la terapia antirretroviral anual en cada país.

Los resultados no presentan los costos para el tratamiento de otros grupos etéreos, como recién nacidos y niños menores de 15 años o adultos de más de 49 años. El modelo no incluye los costos de equipos y reactivos de laboratorio para el seguimiento de los tratamientos, ni el tratamiento de las infecciones oportunistas. Tampoco incluye los costos de ciclos de tratamientos para resistencia que se espera ocurra en países que han provisto tratamiento por varios años.

Tabla 5. Estimado de la inversión anual en TAR que requiere realizar cada país para la población de 15-49 (millones US\$) Año 2004 y 2005.

Indicador	Guatemala	Honduras	El Salvador	Panamá	Costa Rica	Nicaragua
Número estimado de personas que requieren TAR	12.333	12.980	4.911	3.040	2.821	1.092
Número de personas que reciben TAR ³⁸	4.193 (34%*)	2.312 (18%)	2.235 (46%)	1.873 (61%)	1.850 (66%)	33 (3%)
Costo anual del primer esquema por persona por año (US\$)	600	608	1500	1251	1616**	2400
Diferencia entre el gasto actual y el requerido para el TAR (millones US\$)	4,9	6,4	4,0	1,5	1,6	2,5

Fuentes: Planes Nacionales de SIDA, Hojas informativas sobre prevención y tratamiento. OPS/OMS.

* Incluye pacientes de IGSS, PNS y MSF

** Se estimó un promedio entre los precios de los esquemas de primera línea: US\$ 1616 y US\$ 1879.

Se destacan los siguientes hallazgos:

- El acceso universal al TAR aún no se ha alcanzado. Las coberturas varían sustancialmente de un país a otro y tienen valores muy bajos en Nicaragua y Honduras.

³⁸ Los Participantes del taller en San José (Costa Rica) comentaron que 66% de cobertura es muy baja porque se cuenta y si los pacientes cumplen con el criterio acceden al tratamiento. Los participantes de Guatemala que debe tomarse en cuenta la variación del costo de los tratamientos y que los pacientes que requieren tratamiento de segunda línea incrementan los costos 6 a 10 veces.

- Los recursos requeridos para cubrir las necesidades de tratamiento ARV representan montos importantes que afectarán los presupuestos de las instituciones de salud.
- Si las condiciones que afectan la equidad no se resuelven, es muy probable que la población no cubierta corresponda a la más pobre y a la que tenga limitaciones de acceso geográfico, cultural y económico.
- Aún cuando en el 2003 los países negociaron una rebaja de precios de los ARVs que se estimó en un ahorro del 55%, hay todavía importantes diferencias de precios de los medicamentos ARVs en cada uno de los países.
- Los países con precios de medicamentos elevados pueden utilizar los mecanismos regionales para obtener precios más convenientes, ya sea por medio del Fondo Rotatorio de OPS/OMS o la Fundación Clinton, o a través de acuerdos con casas farmacéuticas, según la reunión de Panamá 2003.

Registro de medicamentos. Los ministerios de salud en los seis países se encargan del proceso de registro de los medicamentos para el tratamiento del VIH, las ITS y las infecciones oportunistas. Para la inscripción, las casas farmacéuticas tienen que presentar los certificados de fabricación que aseguren que se trata de un medicamento seguro y de probada efectividad terapéutica. Costa Rica solicita que el producto esté inscrito en el registro de la FDA de los Estados Unidos y/o en la CPMP de la Unión Europea. Similar requerimiento tiene El Salvador pero no solicita las fuentes de inscripción. En Guatemala no se requiere registro en el Ministerio de Salud si los productos son comprados por medio del fondo rotatorio de la OPS, del FGSTM y de MSF, y están inscritos en el cuadro de medicamentos recomendados por la OMS.

Compra de medicamentos. Los seis países tienen una gama de políticas para la adquisición de medicamentos. En Panamá y Costa Rica predomina la compra por medio de fondos públicos de productos de marca a precios acordados en las negociaciones regionales con empresas farmacéuticas. También en estos países se han adquirido drogas genéricas a precios de mercado local. A través de los proyectos con el FGSTM. En Guatemala las compras del sector público se realizan por licitaciones en los que participan el Ministerio de Salud y el IGSS donde se compran marcas comerciales y drogas genéricas para el sistema público.

Conclusiones y Recomendaciones

La epidemia de VIH/SIDA en Centroamérica representa una grave amenaza para la región. En la mayoría de las áreas de Centroamérica, la epidemia está concentrada en grupos altamente vulnerables y vulnerables como los trabajadores comerciales de sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, los privados de libertad, las poblaciones móviles y algunas poblaciones indígenas. Hay una gran variación en los patrones epidemiológicos del VIH y sus tendencias en Centroamérica y la distribución de los factores de riesgo no es homogénea.

Además de los factores de riesgo tradicionales para la transmisión del VIH/SIDA, hay en Centroamérica otros factores específicos que hicieron la región particularmente vulnerable a la propagación de la epidemia. Entre estos, los dos más importantes son la proximidad con el Caribe - el cual está enfrentando una grave epidemia - y un importante patrón de migración intra e inter-regional.

Los países en Centroamérica tienen limitada capacidad económica y por ese motivo se beneficiarían de una coordinación regional y de estrategias de economías de escala. Algunos ejemplos donde podría aplicarse el enfoque regional son: intervenciones en zonas fronterizas y en poblaciones móviles; articulación de los sistemas de vigilancia; un marco legal mínimo estándar, compra conjunta de medicamentos ARV e insumos relacionados; reciprocidad de los países en los servicios de tratamiento, definición de un marco legal mínimo para la región; y coordinar la inversión tecnológica en áreas en que se requieren grandes recursos.

El logro de coordinación regional comienza por respaldar los principios de los "Tres Unos" de ONUSIDA a nivel de los países y buscar implementar esta estrategia a nivel regional. Estos principios buscan lograr el uso más efectivo y eficaz de los recursos, y asegurar la respuesta rápida y una gestión basada en resultados sobre el desarrollo de (i) un marco de acción contra VIH/SIDA acordado que proporcione las bases para coordinar el trabajo de todos los actores, (ii) una agencia/comité de coordinación regional con un amplio mandato multisectorial, y (iii) el acuerdo de estándares regionales para los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación que facilite la integración de los sistemas nacionales.

Como se ha mencionado antes, una estrategia regional necesita ser desarrollada para abordar los temas relacionados con los sistemas de vigilancia, las normas legales mínimas para PVVS, los programas de prevención en las fronteras para las poblaciones móviles altamente vulnerables y vulnerables, la adquisición de TAR, la reciprocidad de cobertura de tratamiento, la capacidad de los laboratorios y los sistemas de monitoreo y evaluación. Un mecanismo eficaz regional de coordinación debería ser implantado en Centroamérica para elaborar y poner en práctica la estrategia regional. El fortalecimiento del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y de la Secretaría Centroamericana para la Integración Social (SISCA) contribuiría al logro de estos objetivos.

En cuanto a los sistemas de información estratégica en Centroamérica, importantes mejoras pueden conducir a una mejor comprensión de la epidemia y a respuestas más eficaces. Actualmente, hay mucha información disponible acerca de la epidemia del VIH que no se analiza adecuadamente. En paralelo, hay una necesidad urgente de transformar el sistema de vigilancia actual en uno de segunda generación que tenga capacidad de generar datos no solo de información demográfica, sino también la información de comportamientos en los grupos altamente vulnerables y vulnerables.

El riesgo de la infección por VIH y su impacto alimenta las violaciones de los derechos humanos, incluyendo la discriminación contra la mujer y la marginación de los trabajadores comerciales del sexo, los usuarios de drogas intravenosas y los hombres que tienen sexo con hombres. Las personas que viven con el VIH sufren, a su vez, aún más las violaciones de derechos humanos y la violencia. La protección de los derechos humanos y la promoción de la salud pública se refuerzan mutuamente. A nivel regional, es importante que los países reconozcan y traduzcan en normas legales, los estándares de derechos humanos aceptables mínimo, que deben garantizarse a todas las personas que viven con el VIH.

Los programas eficaces para la prevención de la infección por VIH hacen énfasis en las relaciones fundamentales entre la epidemiología de la infección por VIH, los comportamientos de riesgo que facilitan la transmisión del virus, y los factores culturales, institucionales y estructurales que conducen estos comportamientos de riesgo. Dada la naturaleza concentrada de la epidemia en Centroamérica, es esencial dirigir las intervenciones a los grupos y regiones donde las tasas de transmisión son las más altas. Esto significa asignar la mayoría de los esfuerzos y los recursos a las intervenciones dirigidas a los grupos altamente vulnerables y vulnerables como los trabajadores comerciales del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas privadas de libertad y las poblaciones móviles. Los esfuerzos deben centrarse en medidas que apoyen directamente la reducción de riesgos a través de la entrega de información y generando las aptitudes, así como el acceso a productos básicos necesarios como los condones, equipos inyectables estériles y la terapia de sustitución de drogas (ej., metadona) para los grupos más necesitados. Los programas de prevención también deben abordar los factores sociales e institucionales, como las normas de conducta sexual, la desigualdad de género y el estigma relacionado al VIH, que de otro modo seguirán alimentando la epidemia del VIH en la región.

El tratamiento, atención y apoyo del VIH y SIDA son los elementos claves en la respuesta a la epidemia, no solo beneficiando directamente a las personas que viven con la infección sino también ayudando a reducir la repercusión social y económica de la epidemia e impulsando la prevención del VIH. Sin embargo, la coordinación de la entrega eficaz de estos cuidados plantea sus propios grandes retos. Asegurar tasas altas de adherencia a los esquemas terapéuticos es de especial importancia, porque saltarse un número pequeño de dosis puede conducir a la aparición de las cepas víricas resistentes. La resistencia es un problema muy grave que aumenta significativamente los costos asociados con tratamiento y disminuir su eficacia. Además, la transmisión de las cepas resistentes plantea los graves retos epidemiológicos y de salud pública.

El financiamiento para completar plenamente las respuestas regionales y nacionales debe identificarse. Los recursos nacionales disponibles hasta el presente no han sido suficientes para las inversiones necesarias para combatir la epidemia, y la región ha tenido que depender y se ha beneficiado de la ayuda internacional. Sin embargo, quedan las brechas financieras importantes, que tienen probabilidad de aumentar en un futuro próximo.

Para resolver algunos de estos temas y mejorar el uso de los recursos disponibles y futuros, economías de escalas pueden lograrse en la compra de ARV y otros insumos relacionados al VIH/SIDA y al incrementar la capacidad de laboratorio. Podrían obtenerse ganancias significativas si se lograra implementar un mecanismo de adquisición regional similar al Fondo Rotatorio de OPS para las vacunas. Este tipo de mecanismo puede reducir significativamente los precios. Es también importante que los países lleguen a un acuerdo en las políticas de cobertura de salud y el uso de esquemas de tratamiento similares a nivel regional que faciliten un programa de reciprocidad del tratamiento.

La capacidad de laboratorio es componente fundamental para el diagnóstico y prevención, tratamiento y seguimiento. Sin embargo, los laboratorios son costosos y ningún país en Centroamérica tendría recursos para establecer un laboratorio nuevo que requiera equipos e insumos sumamente costosos y un personal sumamente capacitado y especializado. Además, la incorporación de nuevas tecnologías también requiere niveles significativos de inversión. Un laboratorio regional, como se está implementando con el Proyecto Regional de VIH/SIDA, concentrará la exigencia y ofrecerá su capacidad técnica a los seis países de la región.

Es esencial también seleccionar, apoyar y aumentar la escala de las intervenciones que han resultado costo-efectivas. Los sistemas de monitoreo y evaluación deben formar parte del diseño y ejecución de las intervenciones, estableciendo líneas de base y haciendo evaluaciones sistemáticas del costo-beneficio y de sus impactos.

Referencias

- Banco Mundial. *Documento del Proyecto del Sistema de Integración Centroamericana para un Proyecto Regional de VIH/SIDA* - Project Appraisal Document of the Central America Integration System for a Regional HIV/AIDS Project, Marzo 2005.
- García Abreu, A., Noguer, I., Gowgill, K. *VIH/SIDA en Latino América: Los desafíos adelante*. - HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead. Human Development Network, Banco Mundial, 2003.
- Goffman, E. *Stigma: Notas sobre el manejo de la identidad maltratada* - Notes on the management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, 1963.
- Koenig, S., Kurtizkes, D., Hirsch, M., Leandre, F., Mukherjee, J., Farmer, P., Del Rio, C. *Monitoreando el Tratamiento del VIH en los Países en Desarrollo* - Monitoring HIV Treatment in Developing Countries, BMJ 2006, 332: 602-604.
- Ministerio de Salud, *II Plan Estratégico Nacional para la Lucha en contra del VIH/SIDA* – II National Strategic Plan for Fighting against HIV/AIDS, 2003
- PAHO/UNAIDS. *Vigilancia del SIDA en las Américas* - AIDS Surveillance in the Americas, 2005.
- PAHO/WHO. *Evolución del Sector Farmacéutico en Guatemala* - Evolution of the Pharmaceutical Sector in Guatemala. Guatemala, 2002
- PAHO/WHO. *Hojas Informativas sobre el Cuidado y Tratamiento de las Infecciones por VIH/SIDA* - Fact Sheets Regarding Care and Treatment for HIV/AIDS Infections, 2004
- Piechulek H, Mendoza Aldana J. German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Managua, Nicaragua. *Stigma and Discrimination towards HIV/AIDS in Nicaragua*. Int Conf AIDS 2004 Jul 11-16; 15.
- Schwab, N. et al. *Optimizando la Asignación de los Recursos para Prevenir el VIH en Costa Rica* - Optimizing the Allocation of Resources to Prevent HIV in Costa Rica, Banco Mundial, 2004.
- Sierra, Ministerio de Salud, Departamento para el Control y Prevención del ITS, VIH/SIDA y Tuberculosis. *Estudio sero-epidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en la población Garífuna desde El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal* - Sero-epidemiological study of Syphilis, Hepatitis B and HIV in the Garifuna population from El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek and Corozal. 1999.
- UNAIDS. *Hojas Informativas Epidemiológicas sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual* - Epidemiological Factsheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. 2004.

UNAIDS. *Principios Fundamentales de los “Tres Unos”* - Fundamental Principles of the “Three Ones”, 2003

Anexo 1. Evaluación de Discriminación

Preguntas sobre discriminación del Protocolo de ONUSIDA, anexo 5. (ONUSIDA 2000)

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

Entrevistados para la encuesta de discriminación

Fernando Cano, PASCA, Guatemala

Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras

Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador

Karla Aburto, Asesora en VIH-SIDA UNFPA, Nicaragua

Eda Quirós, Encargada Eje Derechos Humanos-Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica

Maite Cisneros, Defensoría del Pueblo, Panamá

Tabla 6. Discriminación relacionada al VIH/SIDA en Centro América.

Área	Hallazgo	Comentarios
Asistencia sanitaria	Negación del tratamiento, negación del acceso a los servicios, aislamiento en el centro médico, violación de confidencialidad o maltrato y vejaciones en razón de la condición de VIH+.	Se ha observado en todos los países. Para Guatemala, Honduras, El Salvador y Panamá se encontró evidencia. No así para Costa Rica, donde aunque se reconoce, no se ofrecen ejemplos.
Empleo	Solicitud pruebas de VIH/SIDA previo a un empleo; realización de pruebas de VIH/SIDA sin conocimiento ni previo consentimiento, negación del trabajo o pérdida del empleo debido a ser VIH+.	En Guatemala y El Salvador, el código laboral permite realizar evaluaciones y pruebas médicas previas al empleo. Para todos los países se respondió que en la práctica se presenta el hallazgo descrito.
Procesos jurídicos judiciales	Criminalización de las prácticas de HSH y de TCS así como la transmisión voluntaria o involuntaria del VIH o de alguna enfermedad de transmisión sexual.	Se encuentra en la legislación penal de Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica. No se observó para El Salvador.
	Discriminación para aceptar apelaciones a litigios por razón de ser PVVS	En Panamá se menciona un caso.
Administración	En el caso de las prisiones se observan casos de discriminación contra personas privadas de su libertad	Panamá refiere casos en este sentido.
	Solicitud de certificado de prueba de VIH para solicitantes de residencia o entrada al país.	Se observa en Panamá y Costa Rica.
Bienestar Social	No hay evidencias de ley o prácticas discriminatorias en está ámbito.	
Vivienda	Algunos bancos o financieras solicitan el examen de VIH para operaciones con la entidad.	Se reporta en Honduras. En El Salvador se reporta que al solicitar un crédito se debe firmar una autorización para la revisión de expedientes médicos. También se relaciona con el acceso a pólizas que los dueños de las viviendas deben poseer al contar con un crédito. Los créditos son de difícil acceso a las personas PVVS porque las aseguradoras las estiman de elevado riesgo por lo que las primas pueden ser excesivas e inaccesibles.
Educación	Se observa la negación de matrícula a centros educativos incluyendo universidades, en razón de ser VIH+. También se reporta falta de confidencialidad hacia estudiantes o familiares que son VIH+.	Se describen casos en Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Panamá.
Vida familiar y reproductiva	Modificaciones de la custodia paterna y derechos sucesorios.	Se reporta caso en Guatemala y Panamá
	Pruebas prematrimoniales obligatorias	Se observa en Honduras, El Salvador y Panamá.
	Se reportan casos de mujeres VIH+ que abortan y se les esteriliza en razón de su condición.	Se reporta en El Salvador y Panamá.
	Pruebas prenatales obligatorias	Se reporta en Panamá.
Seguros y servicios financieros	Negación de seguros de salud y de vida en razón del elevado riesgo de ser VIH+. En los formularios bancarios se solicita declaración jurada de su condición en cuanto a VIH así como autorización a la revisión de los expedientes clínicos.	Se reporta en Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, en donde la limitación se extiende también al Seguro Social.
Servicios públicos	Negación a servicios de transporte público	Se reportan casos en Nicaragua.

Tabla 7. Respuesta para atender la discriminación arbitraria y proteger los derechos humanos de las PVVS.

Aspecto a evaluar	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Existencia de foros que luchen contra la discriminación	Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA. Procuraduría de los DDHH La Red Regional de Derechos Humanos, capítulo Guatemala	Foro Nacional de SIDA, con 12 capítulos regionales para la defensa de los DDHH de las PVVS entre otros objetivos para combatir la epidemia	La Red Regional de Derechos Humanos, capítulo El Salvador es una instancia que vela por el cumplimiento de los instrumentos jurídicos-legales y los derechos humanos de las PVVS.	Plan Estratégico Nacional 2005-2009, funciona como un acuerdo y marco que coordina esfuerzos relacionados a la respuesta nacional entre otras cosas contra la discriminación.	Defensoría de los habitantes Agua Nueva ASOVIH SIDA Américas CIPAC	La Defensoría del Pueblo es la instancia para atender los reclamos de las personas que consideran que sus derechos han sido violentados. Los reclamos se pueden hacer por teléfono, Internet, personalmente entre otros.
Comité u ONG a cargo de fomentar el principio de no discriminación	IDEI PASCA RED SUROCCIDENTE	Comisionado Nacional de Derechos Humanos con un programa dedicado para este fin.	Alianza Estratégica de la Legislación en VIH/SIDA, cuerpo integrado por varios miembros de instancias que velan por los DDHH	Procuraduría de Derechos Humanos y el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH)	CONASIDA Ministerio de Salud	PROBIDSIDA es una ONG integrada por PVVS, encargada de desarrollar programas educativos, campañas, y foros para informar a la población.
Existencia de una ONG dedicada a la defensa de los Derechos Humanos de las PVVS ante la corte	IDEI RED SUROCCIDENTE	Asociación de Personas que Viven con el VIH/SIDA (ASONAPVSI DAH)	ATLACATL, ONG que vela por los DDHH de las PVVS.	Asociación Nicaragüense de Personas que Viven con VIH/SIDA (ASONVIH/SIDA)	Agua Nueva ASOVIH SIDA Américas CIPAC	La Defensoría y PROBIDSIDA pueden canalizar los casos ante la corte.
Existencia de campañas de información y educación relacionadas al combate contra la discriminación	Hay una serie de conferencias, charlas, actividades enfocadas contra la discriminación y el estigma.	Conferencias nacionales de PVVS conducidas por ASONAPVIH SIDA	Hay una serie de conferencias, charlas, actividades enfocadas contra la discriminación y el estigma.	En septiembre de 2005, la Red Regional de Derechos Humanos y VIH/SIDA realizó una reunión educativa (Montelimar)	El Ministerio de Salud provee asesorías y capacitación dentro de la organización (ministerio, clínicas, centros de salud del primer nivel de atención, hospitales).	PROBIDSIDA organiza actividades educativas de autoayuda, actividades comunitarias de educación y eventos de diseminación de información.

Anexo 2. Formulario para la determinación de experiencias exitosas

Nombre de la institución:	
Participación por:	
<input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
País:	Tipo de abordaje:
Región:	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA	
1. Tipo de organización:	2. Año de constitución: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	3. Descripción de la organización: Reseña histórica Objetivos Personal
B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA	
Nombre del proyecto:	
1. Tipo de abordaje:	2. Año de inicio: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	3. Año final: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	4. Descripción del proyecto: Reseña histórica Objetivos Personal

5. Población beneficiada:	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
6. Fuentes de financiamientos:	
7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto • Cobertura • Acceso • Características particulares, innovación, permanencia, metodología. <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
8. Perspectivas del proyecto para el futuro:	
9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA	
10. Fuente (s) de financiamiento.	
11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?	
Contacto: Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:	

Anexo 3. Resumen de las experiencias exitosas por países

GUATEMALA, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"	Promoción y Defensa de Derechos Humanos de personas que viven con el VIH	2002	Derechos humanos	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, Grupos Indígenas y Afro-descendientes, HSH, Grupos migratorios en regiones afectadas, damnificados directos por causa de la epidemia, y Uniformados (Ejército y policía).	Urbano y rural
Asociación Vida	Colectivo Amigos contra el Sida	2004	Derechos humanos	PVVS y HSH	Urbana
Asociación Gente Nueva	Asociación Gente Nueva	2005	Prevención y derechos humanos	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, Huérfanos, Agentes comerciales, Grupos Indígenas y Afro-descendientes, Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Grupos migratorios en regiones afectadas, damnificados directos por causa de la epidemia, y Uniformados (Ejército y policía).	Urbano y rural
Asociación de Salud Integral (ASI)	"La Sala"		Prevención	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, PVVS en general	Urbana
Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"	Proyecto "Maquilas"	2003	Prevención	Empresarios, PVVS	Urbano y rural
Asociación Panamericana de Mercadeo Social "PASMO"	Mercadeo social de condones		Prevención	Población en condiciones de vulnerabilidad	Urbano y rural
Cruz Roja	Prevención VIH/SIDA en Educación Secundaria	2002	Prevención	Jóvenes en Educación Formal de 12-22 años	Urbano y rural
IDEI	Reduciendo Comportamientos de Alto Riesgo Sexual de VIH/SIDA en Hombres Agrícolas que Migran	2002	Prevención	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Grupos Indígenas y Afro-descendientes, población móvil y PVVS.	Rural
Colectivo Atz'anem k'oj	Proyecto Payaso	2001	Prevención	Poblaciones indígenas, grupos en condiciones de vulnerabilidad	Rural
Hospicio San José	Hospicio San José	1986	Tratamiento y asistencia	Niños y niñas huérfanas con VIH positivo y PVVS en general	Urbano y rural
Medico Sin Fronteras (MSF)	Clínica Yaloc ("luchar" en Quiche)	1997	Tratamiento y asistencia	PVVS que requieran tratamiento ARV	Urbano y rural
Hogar Marco Antonio	"Hogar Marco Antonio"	1996	Tratamiento y asistencia	PVVS en fase aguda de bajos recursos	Urbana

HONDURAS, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Comisionado Nacional de los Derechos Humanos	Programa Derechos Humanos y VIH/SIDA	2002	Promoción y protección de derechos humanos de PVVS.	Todos los grupos vulnerables, PVVS.	Urbano y Rural
Secretaría de Salud	Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo ((PPTMH	2001	Prevención, promoción y tratamiento	Mujeres embarazadas VIH positivas captadas, mujeres embarazadas en general.	Urbana y rural
Asociación Kukulkán	Diversidad e integración para la prevención” / Programa Nacional de Prevención y Atención En ITS y VIH/SIDA para Hombres Gay, Bisexuales, Travestis y Hombres que Tienen sexo con Hombres	2002	Prevención y promoción	Hombres Gay, Bisexuales, Travestis, HSH. (18-39)	Urbano y Rural
Health Communication Partnership (HCP)	Programa de prevención del VIH/SIDA en jóvenes Garífunas entre las edades de 15 y 24 años	2003	Prevención y promoción.	Población de adultos jóvenes (15-24) (etnia Garífuna)	Urbano y Rural
Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF).	Prevención del VIH/SIDA en población adolescente de la etnia Garífuna	2005	Prevención y promoción.	Población adolescente –particularmente de la etnia Garífuna-	Urbana y Rural
Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSI DAH).	Visitas domiciliarias	2004	Tratamiento, mitigación del daño, el género y los aspectos legales relacionados al diario vivir de las PVVS	PVVS y los grupos vulnerables.	Urbana y rural

EL SALVADOR, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Asociación ATLACTL	Defensa de los Derechos Humanos de las PVVS	1997	Derechos humanos	PVVS	Urbana y rural
Fundación Huellas	Obra teatral-musical "La muerte afuera"	2005	Prevención	Población joven y general, estudiantes, trabajadores, personal de salud	Urbana y rural
Hospital Nacional Zacamil	Rayo de Luz en la Vida	2005	Prevención	PVVS, familiares, personal de salud y población en general	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Poblaciones Móviles	2002	Prevención	Poblaciones móviles y TCS y otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en los territorios fronterizos	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Proyecto de Prevención de la Transmisión Materna Infantil	2003	Prevención	Mujeres embarazadas VIH positivas y su bebe	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Unidades móviles para VIH	2005	Prevención y asistencia	Población en general, poblaciones en condiciones de vulnerabilidad	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Proyecto Canasta Básica de Alimentos	2005	Tratamiento y asistencia	PVVS con TAR	Urbana y rural

NICARAGUA 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fundación Xochiquetzal	Programa de Atención Integral de las PVIHS de la Fundación Xochiquetzal:	1992	Prevención, promoción y tratamiento, atención integral (medica, psicológica, legal).	Tanto población en general como PVVS.	Urbana y Rural
Ministerio de Gobernación	Proyecto Fondo Mundial – Nicaragua: Compromiso y acción ante el SIDA, TB y Malaria – Componente VIH/SIDA	2004	Prevención, promoción y tratamiento	Funcionarios de las instituciones adscritas al Ministerio de Gobernación, así como privados de libertad.	Urbano y Rural

COSTA RICA, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fondo de población de las Naciones Unidas	Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA, conocido también en las comunidades como "Manos a la Obra"	2002	Prevención, derechos humanos, género, inmigrantes	Jóvenes que viven en situaciones de exclusión social	Urbana y rural
Fundación para el desarrollo de la lucha contra el SIDA	Contribución a la erradicación de Explotación Sexual Comercial de Niñas y Adolescentes Mujeres del Área Metropolitana de San José	1998	Atención integral, género y atención	Jóvenes vulnerables y niñas y adolescentes mujeres en condiciones de violencia sexual	Urbana y rural
Centro de investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos	Reivindicación y orgullo por una vida sana.	2003	Prevención	Hombres que tienen sexo con hombres	Urbana y rural
Asociación costarricense de personas que viven con VIH/SIDA	Trabajo de Pares	2003	Atención	PVVS	Urbana y rural

PANAMÁ, 2006

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fundación PROBIDSIDA	Prevención, control y seguimiento del VIH/Sida en Panamá Fase I y Fase II	2001	Prevención	Trabajadoras del sexo, grupos indígenas y afro descendientes, HSH, jóvenes vulnerables y población general.	Urbana y rural
Asociación de hombres y mujeres nuevos de Panamá (AHMNP)	Programa de Distribución de condones en forma gratuita	2002	Prevención	HSH y "Gays"	Urbanas
Programa Nacional de VIH/Sida	Estrategia educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en escolares de 4to, 5to y 6to grado	2004	Prevención y Promoción	Escolares de 4to, 5to y 6to grado	Urbana y rural
Cruz Roja Panameña	Proyecto prevención de ITS/VIH/SIDA en privados de libertad	2004	Prevención	Privados de libertad	Centros de detención

Anexo 4. Situación de los medicamentos ARV en los países de Centroamérica, 2006

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Regulación de los medicamentos ARV	Mecanismo definido por el Ministerio de Salud para la inscripción de medicamentos aportando certificados de fabricación sobre calidad	Mecanismo definido por la Secretaría de Salud de Honduras, a través de su Unidad Técnica de Suministro de Medicamentos y la Dirección de Redes y Servicios	Mecanismo ejercido por el MSPAS para garantizar calidad. Menciona que el medicamento a inscribir debe estar inscrito en el país de origen cumpliendo los requisitos de calidad y seguridad.	Mecanismo regulador por parte del Ministerio de Salud.	Mecanismo regulador por parte del Ministerio de Salud. La Caja del Seguro Social es la encargada de comprar los medicamentos para la atención de los pacientes de VIH/SIDA. Para la inscripción se solicita que estén aprobados por la FDA de EEUU y por la oficina de registro de medicamentos de la Unión Europea. (CPMP) Se cuenta con normas para la fabricación de preservativos.	El Ministerio de Salud es el ente regulador que cuenta con un listado de medicamentos inscritos a partir de los cuales se efectúan las compras. Todos los medicamentos para VIH/Sida deben estar registrados y por ende deben contar con su respectiva patente ya sean estos ARV genéricos o de marca.
Adquisición de medicamentos ARV y para oportunistas	Adquiridos por el fondo rotatorio de OPS de lista autorizada por OPS/OMS.	Licitación internacional / De acuerdo a las Hojas Informativas de OPS, el proceso de adquisición es centralizado.	Licitación pública mediante representaciones locales de los fabricantes con base en medicamentos inscritos.	Adquiridos por el Fondo Mundial y por el fondo rotatorio de la OPS a partir de la lista de medicamentos registrados y mediante un proceso licitatorio.	La CCSS, según su responsabilidad de atención a la salud de las personas. Se compra la mayor parte a nivel central y los hospitales descentralizados tienen la posibilidad de comprar medicamentos no adquiridos a nivel central.	La Caja de Seguro Social adquiere el 73% de los medicamentos y el Ministerio el 27%. No se dan compras de ARV por parte de las ONG. El mercado privado adquiere

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
						medicamentos. Las adquisiciones por la CSS se han incrementado, no así las del MS que más bien se redujeron en un 9% en 2004.
Políticas para compras de medicamentos ARV	Sector público compra de OPS y genéricos del mercado local. Sector privado compra de marca y genéricos del mercado local.	En Honduras se compran ARV genéricos desde el año 2004, específicamente de las casas farmacéuticas CIPLA y RAMBAX.	A las casas locales No se compran genéricos por protección de las marcas al aplicar ley de patentes. Los genéricos se obtienen por medio del Fondo Mundial.	El abastecimiento se hace por medio de donaciones del Fondo Mundial	Hay varias leyes generales y específicas que autorizan a la CCSS para la compra. Se negocian precios con base en esquemas que son ofrecidos a los países del Cono Sur, no tanto a la política Centroamericana.	La adquisición de los medicamentos se hace de forma centralizada principalmente, aunque también se da a nivel institucional ya que una parte de los ARV T es adquirido directamente por el Hospital Santo Tomás. Las organizaciones públicas se vieron beneficiadas por las negociaciones en bloque que los países de Centroamérica realizaron con las compañías farmacéuticas.
Financiamiento de la compra	OPS MSF Fundación Clinton Fondo Mundial Los precios han disminuido al adquirir genéricos por los entes financiadores. 7 millones de quetzales para	Para 2005. Fondo Mundial, US\$ 1.4 millones, Secretaría de Salud US\$ 3.3 millones para ARV. En cuanto a la adquisición de los medios de	MSPAS, US\$ 30 para el 2003. Fondo Mundial por medio de PNUD. (US\$2 millones) Donación de Brasil para tratar a 100 pacientes.	Fondo Mundial, US\$ 300 mil (2005-2006)	La CCSS invierte US\$ 1300 millones anuales, lo que representa entre un 4.7 – 7.8% de lo disponible para medicamentos en la CCSS.	La única fuente de financiamiento para la compra de ART es el monto asignado en el presupuesto nacional tanto para el Ministerio de Salud como para la Caja de Seguro Social.

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
	<p>compra de ARV 2005. (US 1 Mill.).</p> <p>Costo promedio mensual para 2005 por MSF US\$ 41-113</p>	<p>diagnóstico de la infección por VIH, las fuentes de financiamiento corresponden a Fondos Nacionales y USAID. (Hojas informativas OPS)</p>				<p>Para el año 2004 el Costo promedio mensual de la triple terapia para adultos en el sistema público osciló entre US\$ 104-114.</p>
Organización de la compra	<p>Licitación con base en medicamentos registrados</p> <p>Modelo lineal basado en los requerimientos de 300 pacientes.</p>		<p>Tarda 3 meses. Se ha observado limitación en tiempo de abastecimiento.</p> <p>Se ha dado un ordenamiento de la compra por medio de la aplicación de protocolo, lo que ha significado ahorro de recursos.</p>	<p>La adquisición de medicamentos y reactivos se realiza en base a programación anual basada en reuniones técnicas, con una distribución trimestral.</p> <p>Dentro de esta planificación se consideran todas las PVVIHS que llenan los criterios clínicos, virológicos e Inmunológicos.</p> <p>No hay distinciones entre la planificación para la población en general y grupos vulnerables.</p> <p>En cuanto a la adquisición de las pruebas de laboratorio, éstas se realizan sobre la base de programación, la cual se coordina con</p>	<p>Solicitud de ofertas a las empresas registradas en el registro de oferentes. El cuadro básico de ARV consta de 6 medicamentos genéricos y 3 de marca.</p>	<p>El precio de los ARV es el de las licitaciones públicas tanto nacionales como internacionales</p> <p>Se adquieren 6 medicamentos que se prescriben según un protocolo consensuado.</p>

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
				las distintas unidades de salud.		
Acceso a los medicamentos por grupos de población	MSF se preocupa por la población que vive en zonas alejadas. Ministerio de salud ofrece atención en dos hospitales en la ciudad de Guatemala.	De acuerdo a las Hojas Informativas de las OPS, la cobertura de ARV, al año 2004, aproximadamente el 41% de las personas que requieren TAR reciben el tratamiento.	Cobertura para toda la población que sea captada, con limitaciones de acceso geográfico, cultural y social. Los pacientes que son vistos en el sector privado son trasladados al privado.	En el año 2004, de acuerdo con datos de OPS, la cobertura de TAR correspondía al 10% (N=311) del total de personas que la requerían. Un 2% del total de personas que requieren TAR y lo reciben son niños menores de 5 años.	El estar asegurado da derecho a recibir la atención y el tratamiento. Se utilizan protocolos por los médicos especialistas tratantes básicamente, de inmunología e infectología. Se garantiza el tratamiento triasociado.	La cobertura es del 58% según cifras oficiales para el año 2004, de los cuales 3.4% son niños menores de 5 años.
Mujeres embarazadas		De acuerdo a las Hojas Informativas de OPS existen protocolos para la prevención de la transmisión vertical desde septiembre 2004.	Hay protocolo de atención para estas pacientes por parte del MSPAS.	De acuerdo a las Hojas Informativas de OPS existen protocolos para la prevención de la transmisión vertical desde 2000.	Se ofrece el tratamiento según el protocolo y se enfatiza en que la mujer embarazada se haga la prueba luego de ser captada para la atención prenatal.	Se tiene un esquema para las mujeres embarazadas.
Almacenamiento	Almacenamiento central con limitaciones para mantener refrigeración.		Se ha acondicionado una bodega con condiciones especiales que ofrecen seguridad. Se distribuyen según demanda del hospital.		Condiciones adecuadas.	Condiciones adecuadas.
Problemas encontrados	Lentitud en el abastecimiento, incluso atrasos que han limitado la prescripción. Sustancias para la producción de	Información del Departamento de ITS/VIH/SIDA – julio 2005. Mutación rápida del VIH creando resistencia a los ARV, lo cual indica el cambio			Limitaciones en cumplimiento de las condiciones de control de calidad por medicamentos genéricos lo que produce desabastecimiento.	El gobierno no adquiere medicamentos ARV genéricos lo cual redundo en un gasto más elevado en TAR.

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
	<p>genéricos a nivel local tienen impuestos.</p> <p>Acceso a tratamiento para pacientes en áreas alejadas.</p> <p>Atrasos en licitaciones por carteles desiertos.</p> <p>Abandono de tratamiento con todo lo que ello conlleva y por las causas anotadas arriba.</p>	<p>constante de ARV en el cuadro básico y de mayor costo.</p> <p>Financiero: la demanda de tratamiento es superior a la capacidad financiera nacional para compra de ARV.</p> <p>Requisitos de compra: El proceso de compra ha requerido la modificación del cuadro básico de medicamentos.</p> <p>Producción de ARV: Problemas de producción por parte de las casas farmacéuticas. En Honduras específicamente ha sido con Lamivudina y Abacavir.</p> <p>Procedimientos de compra: la compra de medicamentos requiere procedimientos que garanticen la transparencia de la selección y adjudicación a las casas farmacéuticas.</p>				<p>No se ubicaron registros de resistencia a fármacos relacionados con el uso de ARV.</p> <p>Para el 2004 menos del 1% de los profesionales en salud (médicos, enfermeras y otros profesionales en salud) estaban capacitados en TAR.</p> <p>No se identificó un plan nacional para la capacitación en TAR.</p>

Área de análisis	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Tratado de libre comercio (CAFTA)					<p>Si se limitan los genéricos los precios podrían incrementarse.</p> <p>Si se aplican las restricciones de OMC para situaciones críticas como el caso del VIH/SIDA se podrá continuar con la utilización de genéricos.</p>	<p>Se cuenta con una iniciativa para aprovechar el CAFTA para llevar a cabo compras de ARV.</p>



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial
1818 H St. NW,
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

mbortman@worldbank.org