

DIAGNOSTICO DEL PROGRAMA REGIONAL DE USAID DE PREVENCIÓN DE VIH PARA AMÉRICA CENTRAL

Dra. Laura León Noriega



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA

- Población total en Centroamérica = 41 millones
- Población entre 15 y 49 años = 20.5 millones
- El ingreso bruto anual per cápita calculado para el año 2006 se estimó entre Int. \$9,220 para Costa Rica y Int. \$2,720 para Nicaragua
- El gasto en salud per cápita para el año 2005 se calculó entre Int. \$226 para Honduras y Int. \$684 para Costa Rica
- Ingresos medios bajos = B, ES, G, H, N
- Ingresos medios altos = CR y P

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

- La información disponible describe una epidemia de VIH concentrada^[1] en poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH, especialmente hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y mujeres trabajadoras sexuales.
- Se ha reportado prevalencia alta de VIH en pacientes que consultan por infecciones de transmisión sexual (11.2%) y personas con tuberculosis (11.8%).

^[1] La clasificación está actualmente en revisión por el Grupo de Referencia de ONUSIDA para Estimaciones, Modelos y Proyecciones, pero se define como una **EPIDEMIA CONCENTRADA** a aquella en la que el VIH se ha diseminado rápidamente en sub-poblaciones definidas, pero no se ha establecido en la población general. La prevalencia es consistente mayor al 5% en al menos una sub-población específica y menor al 1% en mujeres embarazadas en áreas urbanas.

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

CUADRO 1
PREVALENCIA DE VIH (%) ESTIMADA EN ADULTOS JOVENES
(15 A 24 AÑOS)
(2007)

PAÍS	MASCULINO	FEMENINO
Belice	0.5	1.5
Costa Rica	0.4	0.2
El Salvador	0.9	0.5
Guatemala	ND	1.5
Honduras	0.7	0.4
Nicaragua	0.3	0.1
Panamá	1.1	0.6

Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Core data on epidemiology and response [on line]. Geneva, Switzerland. UNAIDS. 2008. [Consulted: September/13/2009]. Available on:
<<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>>

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

CUADRO 2

PREVALENCIA DE VIH DE LOS ESTUDIOS DE VIGILANCIA CENTINELA
(MEDIANA)

PAÍS	MUJERES EMBARAZADAS		MTS		HSH		PACIENTES CON ITS		PERSONAS CON TB	
	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO
Belice	1.4	2000	ND	--	ND	--	ND	--	ND	--
Costa Rica	0.3/0.1	1997*	0.1	2004	11	2009 (b)	0.8	2000	2.2	1990
El Salvador	0.3	1997	5.7	2009 (c)	10.8	2009 (c)	5.3/6	1996*	3	1993
Guatemala	0.9	1998	3.3/6.1	2002*	11.5	2002	0.7	1991	11.8	2002
Honduras	2.9/3.6	1999*	5.4	2008 (a)	5.7	2008 (a)	11.2	1991	6.2	1992
Nicaragua	0.2	2004	2.7	2003	9.3	2002	ND	--	0	1993
Panamá	0.5	1997	2	2002	10.6	2002	ND	--	ND	--

Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Core data on epidemiology and response [on line]. Geneva, Switzerland. UNAIDS. 2008. [Consulted: September/13/2009]. Available on:

<<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>>

(a) **Fuente:** Secretaría de Salud de Honduras. ECVC Honduras. 2008. Datos para Tegucigalpa.

(b) **Fuente:** Ministerio de Salud de Costa Rica. Estudio de seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica. Informe oficial preliminar. Agosto 2009. Costa Rica. Disponible en: <http://onusida.hn/publicaciones_recientes/Preliminar_Estudio_Prevalencia_Poblacion_HsH.pdf>

(c) Ministerio de Salud. ECVC El Salvador. 2009.

* **NOTA:** En todos los casos se reporta el dato más reciente disponible en el documento revisado. Cuando hay datos diferentes para áreas urbanas y áreas rurales en el mismo año, se reportan ambos datos.

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

CUADRO 2

PREVALENCIA DE VIH DE LOS ESTUDIOS DE VIGILANCIA CENTINELA
(MEDIANA)

PAÍS	MUJERES EMBARAZADAS		MTS		HSH		PACIENTES CON ITS		PERSONAS CON TB	
	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO
Belice	1.4	2000	ND	--	ND	--	ND	--	ND	--
Costa Rica	0.3/0.1	1997*	0.1	2004	11	2009 (b)	0.8	2000	2.2	1990
El Salvador	0.3	1997	5.7	2009 (c)	10.8	2009 (c)	5.3/6	1996*	3	1993
Guatemala	0.9	1998	3.3/6.1	2002*	11.5	2002	0.7	1991	11.8	2002
Honduras	2.9/3.6	1999*	5.4	2008 (a)	5.7	2008 (a)	11.2	1991	6.2	1992
Nicaragua	0.2	2004	2.7	2003	9.3	2002	ND	--	0	1993
Panamá	0.5	1997	2	2002	10.6	2002	ND	--	ND	--

Carencia de información

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

CUADRO 2

PREVALENCIA DE VIH DE LOS ESTUDIOS DE VIGILANCIA CENTINELA
(MEDIANA)

PAÍS	MUJERES EMBARAZADAS		MTS		HSH		PACIENTES CON ITS		PERSONAS CON TB	
	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO
Belice	1.4	2000	ND	--	ND	--	ND	--	ND	--
Costa Rica	0.3/0.1	1997*	0.1	2004	11	2009 (b)	0.8	2000	2.2	1990
El Salvador	0.3	1997	5.7	2009 (c)	10.8	2009 (c)	5.3/6	1996*	3	1993
Guatemala	0.9	1998	3.3/6.1	2002*	11.5	2002	0.7	1991	11.8	2002
Honduras	2.9/3.6	1999*	5.4	2008 (a)	5.7	2008 (a)	11.2	1991	6.2	1992
Nicaragua	0.2	2004	2.7	2003	9.3	2002	ND	--	0	1993
Panamá	0.5	1997	2	2002	10.6	2002	ND	--	ND	--

Información de más de 10 años

Carencia de información

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

CUADRO 2

PREVALENCIA DE VIH DE LOS ESTUDIOS DE VIGILANCIA CENTINELA
(MEDIANA)

PAÍS	MUJERES EMBARAZADAS		MTS		HSH		PACIENTES CON ITS		PERSONAS CON TB	
	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO	%	AÑO
Belice	1.4	2000	ND	--	ND	--	ND	--	ND	--
Costa Rica	0.3/0.1	1997*	0.1	2004	11	2009 (b)	0.8	2000	2.2	1990
El Salvador	0.3	1997	5.7	2009 (c)	10.8	2009 (c)	5.3/6	1996*	3	1993
Guatemala	0.9	1998	3.3/6.1	2002*	11.5	2002	0.7	1991	11.8	2002
Honduras	2.9/3.6	1999*	5.4	2008 (a)	5.7	2008 (a)	11.2	1991	6.2	1992
Nicaragua	0.2	2004	2.7	2003	9.3	2002	ND	--	0	1993
Panamá	0.5	1997	2	2002	10.6	2002	ND	--	ND	--

Información de más de 5 años

Información de más de 10 años

Carencia de información

ESCASA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

- UNGASS:
 - 2 países (Belice y Nicaragua) no presentaron ninguno de los 5 indicadores relacionados con HSH.
 - 2 países (Costa Rica y Panamá) presentaron únicamente 4 de los 5 indicadores para HSH.
 - De 158 países que presentaron el informe de avance de los indicadores de UNGASS en el 2008, únicamente **119** reportaron datos en cuanto a la disponibilidad de pruebas diagnósticas de VIH en los últimos 12 meses, y de estos solamente **45** reportaron el dato específico para MTS, lo que corresponde al **28%** del total. [\[1\]](#)
- No hay información regional disponible sobre el grado de adherencia, uso del condón, reducción de parejas y otros comportamientos de riesgo en PVVs; así como tampoco sobre la sobrevida a 1, 5 ó 10 años con TARV.

[\[1\]](#) WHO/UNAIDS/UNICEF. TOWARDS UNIVERSAL ACCESS. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector [on line]. Geneva, Switzerland. 2009. [Consulted: October/03/2009]. Available on: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090930_tuanr_2009_en.pdf>

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN CENTROAMÉRICA

Estimaciones 2007

163,000 PVVs

< 1,800 PVVs <15a

Hasta el 2007

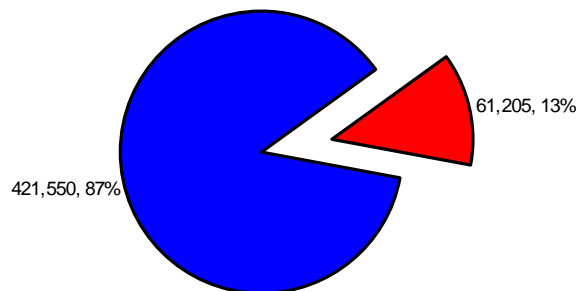
50,088 casos sida (acumulados)

66.18% hombres

Rel. H:M \approx 2:1

Entre 7,500 y 9,400 fallecidos

Personas que se hicieron la prueba
entre 2006 y 2007



Hasta el 2008

31,482 con TARV

55% cobertura (LA)

No datos H:M

■ Mujeres embarazadas ■ Personas que no son ME

INVERSIÓN EN LA RESPUESTA EN CENTROAMÉRICA

INVERSIÓN TOTAL



US\$ 201.4 millones entre 2005 y 2007

Sector público: US\$ 151 millones (75%)

Entre 20% y 37% en prevención

INVERSIÓN EN P.M.R.



Escasa información desagregada

Entre 2% y 6% asignado específicamente

< 2% para HSH

< 1% para MTS

INVERSIÓN EN POBLACIÓN GENERAL



Entre 16 y 34%

INVERSIÓN FM



US\$ 273 millones entre 2003 y 2014

US\$ 188.6 millones aprobados

SITUACIÓN Y RECOMENDACIONES: HSH y MTS

SITUACIÓN

- Cobertura de 55% con TARV
- Prevalencia de 16.1% para HSH en LA
- Prevalencia de 4% para MTS en LA.

- Alta prevalencia de ITS y bajo % de uso del condón en HSH
- 1 de cada 20 HSH tiene acceso a prevención, tratamiento y atención de VIH (mundial)
- Alta prevalencia de ITS en MTS

RECOMENDACIONES

- Ampliar el acceso al VCT para PMR:
 - Promoción de los servicios
 - CCC (estrategias focalizadas)
 - Ambientes amigables (dentro o fuera de los servicios de salud)

- Diseñar nuevas estrategias para alcanzar a HSH no intervenidos o no visibles.
- Diseñar nuevas estrategias para alcanzar a MTS clandestinas.
- Registrar y reportar información desagregada para PMR
- Registrar y reportar información desagregada por género.
- Ampliar la oferta de condones masculinos

SITUACIÓN Y RECOMENDACIONES: PVVs

SITUACIÓN

ECVC-Honduras:

- Alta prevalencia de ITS
- 48% declaró haber usado condón en la última relación sexual (62.2% hombres y 38.1% mujeres).
- Más de la mitad tuvo relaciones sexuales de riesgo durante el último año.
- Una cuarta parte de las mujeres nunca usó condón con parejas ocasionales durante el último año.
- Baja escolaridad y la mayoría sin empleo.
- Escaso conocimiento de los métodos de prevención, de las formas de transmisión y de la reinfección por VIH.

RECOMENDACIONES

- **Urgente:** implementación de estrategias efectivas y servicios de prevención y salud reproductiva dirigidos a PVVs.
- Integrar a la comunidad y los servicios de atención integral para prestar los servicios de apoyo y seguimiento a los PVVs.
- Implementar una estrategia efectiva de referencia y contra-referencia
- Debe documentarse y monitorearse el grado de adherencia, uso del condón, reducción de parejas y otros comportamientos de riesgo en PVVs

CONCLUSIONES: ¿Qué **no** funciona?

- Ofrecer pláticas, charlas o actividades informativas aisladas.
- Implementar intervenciones de prevención y/o atención sin medir el efecto y el impacto.
- Intervenir únicamente a los individuos más visibles de las PMR, saturándolos con actividades y/o insumos (como condones, por ejemplo)
- Ofrecer servicios que no se promueven adecuadamente.
- Promover servicios que no son accesibles.
- Negociar ampliaciones de presupuesto u otros recursos sin contar con información estratégica.
- Enfocar las actividades en el cumplimiento de metas de proceso, descuidando la calidad, el impacto y el efecto de las intervenciones.
- Habilitar educadores pares sólo por su calidad de tales.
- Implementar actividades de CCC que no se apoyan en un oferta amplia y accesible de servicios (pruebas diagnósticas de VIH, Dx + Tx de ITS, referencia y contrareferencia a servicios de atención integral, apoyo de pares).

CONCLUSIONES: ¿Qué **no** funciona?

- Intervenciones de prevención y atención que no se apoyan en la comunidad.
- Desarrollar acciones de prevención y/o atención que no se registran y reportan
- Registrar o reportar información epidemiológica, de gasto y de los servicios, sin desagregar por género, grupo étnico, grupos de alto riesgo.
- Registrar y reportar número de actividades.
- Desconocer cuántas personas son intervenidas por más de uno de los actores de la respuesta nacional.
- Buscar a las PVVs entre las poblaciones con **menor** prevalencia de VIH
- Ofrecer a las PVVs exclusivamente tratamiento clínico para el VIH y las IOs
- Planificar sin conocer el total de personas que debe ser cubierto por un determinado servicio.

CONCLUSIONES: ¿Qué funciona?

- Diseñar e implementar las intervenciones de CCC utilizando un **modelo teórico de cambio de comportamiento monitoreado periódicamente** por estudios diseñados ad hoc y un sistema para la toma de decisiones gerenciales.
- Que las actividades de CCC sean apoyadas por una amplia oferta y promoción de los servicios del paquete mínimo.
- El acceso a pruebas voluntarias diagnósticas de VIH debe estar abundantemente disponible, siendo además ampliamente recomendado y utilizado en todos los niveles de atención (médicos particulares, clínicas y otros servicios comunitarios de salud).
- Ofrecer servicios de prevención y atención en ambientes amigables dentro o fuera de los servicios de salud.
- Contar con información estratégica que permita planificar asertivamente y negociar la asignación de recursos.
- La atención integral a PVVs debe incluir actividades de CCC, acceso a condones, diagnóstico y tratamiento de ITS, y servicios de prevención de la transmisión/reinfección del VIH y salud reproductiva.

CONCLUSIONES: ¿Qué funciona?

- Las metas de tamizaje voluntario con consejería deben planificarse con base en las prioridades que dicta la evidencia, enfocándose en las poblaciones con prevalencias más altas, pero sin perder los logros alcanzados en PTMH. Debe tenerse siempre presente que el objetivo principal de las intervenciones de tamizaje voluntario es lograr que aquellas personas que lo necesitan tengan acceso a la atención integral.
- Ampliar la oferta de condones.
- Diseñar e implementar una estrategia nacional de acceso a condones para armonizar las intervenciones de los diferentes actores.
- El acceso a pruebas voluntarias de VIH y tratamiento integral son parte esencial de cualquier estrategia de prevención, pero además la prevención debe ser la parte central del tratamiento.
- Diseñar e implementar un sistema que permita dar seguimiento a las personas desde las instancias de prevención hasta las de atención integral con el fin de asegurar que se les prestan todos los servicios que una estrategia ampliamente activa de prevención demanda.

