

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ITS, VIH y Sida



NICARAGUA
2006 - 2010

Delegados CONISIDA Nacional

Doctor Enrique Alvarado	MINSA
Licenciado Rodrigo Álvarez	MECD
Ingeniero Marlon Vendaña	Mitrab
Licenciada Brenda Mayorga	Migob
Doctor Claudio Sequeira	INSS
Licenciada Norma Moreno	PDDH
Señora Arellys Cano	Asonvihsida
Profesora Olga Smith	Coresida - RAAS
Licenciada Marisol Carlson	Corlusida - RAAN
Licenciada Evile Umaña	Fetsalud
Licenciado Norman Gutiérrez	Cnlssc
Licenciada Xiomara Luna	Cnlssc
Licenciado Norwin Solano	Cenidh

Equipo técnico del Plan Estratégico Nacional de las ITS, VIH y Sida

Doctora Matilde Román.	MINSA
Doctora Karla Aburto.	UNFPA
Doctor José R. Espinoza	UNICEF
Doctor Rafael Arana	NicaSalud/Coordinador del Proyecto Fondo Global
Doctora Valeria Bravo	CONISIDA
Licenciada Marilyn Mora	USAID/PASCA
Licenciada Marta Karolina Ramírez.	PASMO/Alianza Estratégica
Doctor Reynaldo Aguilar Torres	OPS
Licenciada Esperanza Camacho	Cnlcssc
Doctora Claudia Evans	USAID

Equipo consultor

Doctora Gloria Benítez Quevedo
Doctora Isabel Sirias Castillo
Doctor Luis E. Monzón Torres
Doctor Guillermo González González

Colaboradores

Doctor Cesar Núñez	USAID/PASCA
Doctor José E. Zelaya	UNICEF
Doctora María Tallarico	ONUSIDA
Doctora Lucrecia Castillo	USAID/Proyecto Regional VIH/Sida.
Doctora Ana María Pizarro	Si Mujer



COMISION NICARAGÜENSE DEL SIDA CONISIDA

PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE ITS, VIH-SIDA 2006-2010


La Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA), estructura coordinadora de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA, por mandato de Ley 238, en uso de las facultades establecidas en la misma, específicamente en el Capítulo V, Artículo 33, inciso c, que cita: "Dictaminar sobre el diseño de estrategias y políticas de prevención, apoyo, atención y control del VIH-SIDA", habiendo revisado el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH-SIDA (PEN) 2006-2010 en relación a la congruencia con la Política Nacional de Salud, los compromisos UNGASS y la propuesta de Política Pública en VIH-SIDA, considera lo siguiente:

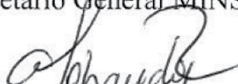
1. Los principios rectores y ejes transversales del PEN constituyen pilares básicos para mejorar esfuerzos en la respuesta nacional.
2. La MISION, VISION y Objetivos del PEN tiene coherencia con los compromisos de país en la temática de VIH-SIDA.
3. Las poblaciones priorizadas, la estrategia general y los objetivos estratégicos responden a la realidad nacional.
4. El PEN representa un esfuerzo de consenso nacional, con el objetivo de contener la epidemia del VIH-SIDA, en correspondencia con los Objetivos del Milenio.
5. Permite concertar la respuesta oportuna y eficaz contra la epidemia y sus consecuencias, con enfoque multisectorial, generando un compromiso del Estado, de la sociedad civil, de las personas que viven con el VIH y de las comunidades, optimizando los recursos nacionales y la cooperación internacional para aunar esfuerzos en la lucha contra esta epidemia en Nicaragua.


En base a lo anterior, la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA) de acuerdo a las atribuciones concedidas por la Ley 238, aprueba y se compromete a liderar el proceso de implementación, ejecución y control del presente Plan Estratégico Nacional, así como facilitar e impulsar la coordinación interinstitucional y social, que constituye su fundamento organizativo.


Dado en la ciudad de Managua, a los veintidós días del mes de Septiembre del 2006.

Atentamente,


Dr. Enrique Alvarado Abaunza
Secretario General MINSA


Dra. Ana Francis Obando
Programa VIH-SIDA


Sra. Arely Cano
Delegada ASONVIHSIDA


Ing. Marlon Vendaña
Delegado del MITRAB

ASAMBLEA
NACIONAL

ASONVIHSIDA

CENIDH

CNLCSSC

FETSALUD

INSS

MECD

MINSA


MITRAB

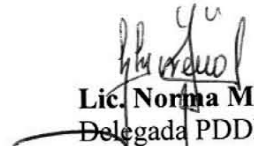
MIGOB




COMISION NICARAGÜENSE DEL SIDA CONISIDA

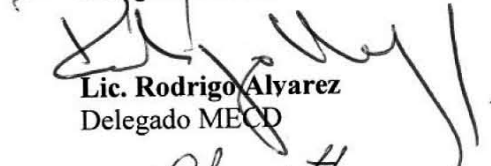
ASAMBLEA NACIONAL


Dr. Claudio Sequeira
Delegado del INSS



Lic. Norma Moreno
Delegada PDDH


ASOCIACION VIH SIDA


Lic. Isayel Green
Delegada MIGOB

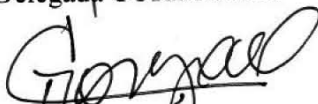

Lic. Rodrigo Alvarez
Delegado MECD

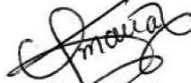
CENIDH


Lic. Marisol Carlson
Delegada CORLUSIDA

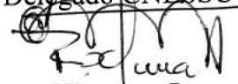

Prf. Olga Smith
Delegada CORESIDA

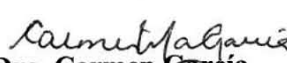
CNLSSC


Lic. Norman Gutierrez
Delegado CNLSSC


Lic. Evilec Umaña
Delegada FETSALUD


FETSALUD


Lic. Xiomara Luna
Delegado CNLSSC

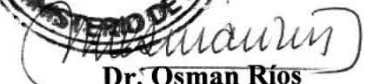

Dra. Carmen Garcia
Delegada Cruz Roja Nicaragüense

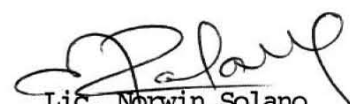
INSS


Lic. Martha Reyes
Delegada Mi Familia


Dr. Enrique Beteta
Delegado SEJUVE

MECD


Dr. Osman Ríos
Delegado CANSALUD


Lic. Norwin Solano
Delegado CENIDH

MINSA

MITRAB

MIGOB

Índice

	PRESENTACIÓN	9
I	INTRODUCCIÓN	11
II	ANÁLISIS DE SITUACIÓN	13
	A. Contexto internacional y regional del VIH/Sida	13
	B. Contexto nacional del VIH/Sida	13
III	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	19
IV	COMPORTAMIENTO DE LAS ITS, VIH Y DEL SIDA EN NICARAGUA	22
	A. Las infecciones de transmisión sexual	22
	B. Situación del VIH/Sida en Nicaragua	24
V	LA RESPUESTA NACIONAL CONTRA LAS ITS, VIH Y SIDA EN NICARAGUA	32
	A. Principales avances y lecciones aprendidas	33
	B. Factores restrictivos	37
	C. Problemas relevantes de la respuesta nacional y principales brechas que requieren ser cubiertas para una respuesta efectiva	39
VI	MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ITS, VIH y Sida	44
	A. Marco jurídico y político	44
	B. Marco institucional	48
	C. Principios rectores el Plan Estratégico Nacional de las ITS /VIH/Sida	50
	D. Ejes transversales del Plan Estratégico Nacional de ITS VIH/Sida	51
VII	VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ITS, VIH Y SIDA	52
VIII	MONITOREO Y EVALUACIÓN	57

PRESENTACIÓN

En Ministerio de Salud de Nicaragua, presenta el Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA 2006–2010, a instituciones de gobierno, sociedad civil, organizaciones religiosas, personas que viven con el VIH, cooperación internacional y organismos no gubernamentales que trabajan en el tema del VIH.

Este documento es el resultado de un proceso de consultas con participación multisectorial a nivel departamental y regional, con el objetivo de brindar una herramienta técnica y científica, que permita conducir una respuesta nacional oportuna y eficaz ante la epidemia y sus consecuencias en nuestro país.

El Ministerio de Salud con el apoyo de la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA) y diferentes actores sociales comprometidos en esta lucha contra el VIH/SIDA cumple con los compromisos internacionales de Declaración UNGASS, Objetivos del Milenio entre otros, basados en la prevención, atención, tratamiento, y apoyo en pro de mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH y población vulnerable.

En este contexto el Ministerio de Salud y la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA), de acuerdo a las atribuciones concedidas por la Ley 238 y su reglamento, se compromete a liderar y velar el proceso de implementación, ejecución y control del presente Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA 2006–2010, así como facilitar e impulsar la coordinación interinstitucional y social, que constituye su fundamento organizativo.

Agradezco y felicito a todos y a todas quienes contribuyeron en la elaboración, discusión y aprobación de este documento, convencida de que ha sido un valioso aporte en beneficio de la salud de ésta y futuras generaciones de la población nicaragüense.


Margarita Gurdían López
Ministra de Salud
Presidenta de CONISIDA

 MINISTRA
DE SALUD

I. INTRODUCCIÓN

El diseño del Plan Estratégico Nacional para las ITS, VIH y Sida 2006-2010, liderado por el CONSIDA con participación de personas que viven con el VIH, organizaciones de la sociedad civil, instituciones de gobierno que trabajan el tema del VIH y Sida y la cooperación internacional, es una continuidad de los esfuerzos que se vienen realizando en el país desde que apareció el primer caso en 1987.

La epidemia del VIH y Sida es una realidad en Nicaragua, cuya trascendencia se expresa no solamente en la salud de las personas que viven con el VIH, sino en la forma como afecta su núcleo familiar, comunitario y social, con un fuerte impacto socioeconómico en el desarrollo humano de la población y del país.

Por esta razón, se ha confluído en un esfuerzo por concertar estrategias nacionales, para hacer realidad el compromiso de nación de contener la epidemia del VIH y Sida, haciendo énfasis en los derechos humanos dentro del marco de la seguridad ciudadana y el bienestar colectivo, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de compromiso de la Asamblea Mundial extraordinaria de Naciones Unidas para el VIH y Sida del año 2001.

Desde la etapa final de construcción del primer Plan Estratégico Nacional en 1999, se constituyó el Comité de Monitoreo y Evaluación del PEN, el cual se reactivó a inicios del año 2004, dada la importancia de evaluar sus resultados, encontrando elementos que potencian las fortalezas desarrolladas para incorporar ajustes que permitan superar las limitaciones y debilidades de la respuesta nacional, especialmente en aquellos aspectos que limiten alcanzar los nuevos desafíos.

La actualización del Plan Estratégico se realizó a través de un proceso de revisión documental de información estadística y otros materiales bibliográficos, consultas a informantes claves, discusiones grupales, encuentros nacionales que contaron con participación multisectorial y la colaboración técnica de expertas y expertos nacionales e internacionales.

Para el trabajo de los grupos de consulta se elaboraron guías técnicas y documentos base, que permitieron la socialización, discusión y construcción de compromisos sobre las estrategias e intervenciones a ser implementadas; las principales sugerencias estuvieron orientadas a privilegiar los enfoques de equidad, género, generacional y derechos humanos. Se le brindó particular atención a las características multiculturales y multiétnicas de las regiones autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua.

Al final se obtuvo un producto que tiene como cualidad central el consenso alcanzado entre los distintos actores institucionales y sociales que participaron, lo que le da consistencia, especialmente de cara a la cooperación internacional que ha sido un actor clave en las acciones desarrolladas para contener los embates de la epidemia.

El Plan Estratégico Nacional, PEN, para las ITS, VIH y Sida 2006-2010, constituye una herramienta guía para el ordenamiento de la respuesta nacional, teniendo de referencia el marco jurídico del país, las políticas de Estado, la ratificación de los compromisos internacionales, así como el consenso de distintos actores institucionales, sociales y comunitarios, que contribuyen a contener y mitigar los efectos de la epidemia del VIH y Sida.

El presente plan pretende responder a las demandas y propuestas de la sociedad civil, de las personas que viven con el VIH y de las instituciones del Estado, así como de otros sectores relacionados a la epidemia, a fin de contar con estrategias adecuadas al contexto nacional de la misma, bajo un enfoque multisectorial y multidisciplinario.

La difusión y el conocimiento del PEN por parte de funcionarios y funcionarias de todos los niveles de las instituciones del Estado y de la sociedad civil, la promoción interna en los servicios educativos y de salud, el dominio de sus contenidos por parte de trabajadoras y trabajadores de la salud y la educación, así como del personal uniformado, de las personas que viven con el VIH, de trabajadoras sexuales, de la comunidad homosexual, de grupos de adolescentes y jóvenes, de organizaciones de mujeres, de líderes religiosos y de las comunidades, constituirá la más firme garantía de aplicación, monitoreo y evaluación de la respuesta nacional a la epidemia.

El desarrollo de las estrategias contenidas en el plan, permitirán la respuesta oportuna y eficaz a la epidemia y a sus consecuencias, lo que demanda el imprescindible compromiso del Estado, de las múltiples expresiones de la sociedad civil, de las personas que viven con el VIH y de las comunidades, así como del apoyo de la cooperación internacional para una respuesta sostenida ante el VIH y el sida.

II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

A. Contexto internacional y regional del VIH y del sida

Según el informe de ONUSIDA sobre la situación de la epidemia en el año 2005, el número de personas que viven con el virus del VIH alcanzó a 40.3 millones; de éstas, 4.9 millones fueron afectadas por el VIH en ese mismo año, falleciendo 3,1 millones.¹

Para América Latina se estimó en el mismo año, que 2 millones de personas viven con el VIH, de las cuales 240 mil contrajeron la infección y otras 95 mil fallecieron a causa del Sida.² La epidemia es especialmente grave para la población más joven. Las mujeres representan el 36 por ciento de los 1,7 millones de personas adultas que viven con el VIH en la región.

En América Central la epidemia sigue aumentando desde 1990, concentrándose en las zonas urbanas; la prevalencia del VIH en adultos es menor al 1 por ciento en El Salvador, Costa Rica y Nicaragua, el uno por ciento --o superior-- en Guatemala, Panamá y Honduras, siendo la más alta la de Belice, con el dos por ciento.

Estudios recientes sobre la prevalencia de la infección VIH indican que en trabajadores sexuales varían desde menos del uno por ciento en Nicaragua, al 2 por ciento en Panamá, 4 por ciento en El Salvador y más del 10 por ciento en Honduras. La prevalencia de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha resultado igualmente alta en dichos países, desde el 9 por ciento en Nicaragua al 18 por ciento en El Salvador.

El crecimiento de la epidemia entre las jóvenes, niños y niñas, despierta especial preocupación. Las mujeres constituyen cerca de la mitad de las personas adultas (15-49 años) que viven con el VIH en el mundo; las jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de adquirir el VIH que los hombres jóvenes.³

B. Contexto nacional del VIH y del sida

1. Factores políticos

La **Constitución Política de la República de Nicaragua** establece que la salud de sus ciudadanos y ciudadanas es un derecho, una obligación del Estado organizarla y promoverla a través de sus instituciones y organismos especializados, facilitando en ese proceso la participación activa y consciente de la sociedad tanto a nivel general como en cada una de sus comunidades.

¹ ONUSIDA/OMS **Situación de la epidemia de sida**. Diciembre 2005.

² Ídem. **Situación de la epidemia de sida**, Diciembre del 2005.

³ ONUSIDA. **Llamado de expertos a detener la epidemia de VIH/SIDA**. Noviembre 2005.

De hecho, estas referencias constituyen la esencia de la ley 423, “Ley General de Salud”, en la que se institucionaliza la actuación conjunta de las instituciones del Estado, liderada por el Ministerio de Salud, así como de las distintas expresiones de la sociedad que laboran en el campo de salud.

De igual forma, se ha ampliado el marco jurídico institucional para la protección social, con el fin de materializar acciones y servicios que contribuyan, tanto a mejorar el nivel de vida de la población como su desarrollo integral. En ese contexto se han creado instituciones como Mifamilia, la Procuraduría de derechos humanos y las comisarías de la mujer. En general, este esfuerzo ha estado dirigido a modificar condiciones de vulnerabilidad de distintos sectores de la sociedad; sin embargo, aún quedan brechas para modificar efectivamente esta vulnerabilidad, en el ámbito legal, social y cultural, que son factores que facilitan la diseminación de la epidemia.

En el campo específico de la epidemia del VIH y del sida, se aprobó la ley 238, “Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida”, que constituye un marco de referencia para la actuación institucional y social del país en relación a la epidemia; sin embargo, aún existen limitantes para poder cumplir con un compromiso social y político efectivo con las personas que viven con el VIH/Sida (PVVS).

La discriminación, el estigma, y la homofobia, son factores que inciden en un insuficiente abordaje hacia los hombres que tienen sexo con hombres, HSH, tal como se enuncia en la legislación nacional, que aún penaliza las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

En lo referente a la política educativa y a la educación como resultante y fundamento del desarrollo social, debe señalarse que esta determina la salud y modifica las condiciones de vulnerabilidad de las personas, especialmente ante el riesgo de contraer el VIH. En Nicaragua, más de un millón de niñas y niños no logra ingresar a la educación primaria anualmente, y un alto porcentaje se ve obligado a abandonar las aulas

De acuerdo a datos de la UNESCO, solamente el 44,6 por ciento de los niños y el 52,6 por ciento de las niñas que iniciaron el primer grado de primaria llegaron al quinto grado en 1999. La tasa de alfabetización de la población de 15 a 24 años es la segunda más baja en Latinoamérica, sólo superada por Haití: 67,9 por ciento en hombres y 68,7 por ciento en mujeres.

El nivel medio de escolaridad es de 4.9 años; en la población urbana de más de diez años el promedio es de 6.2 años y en las zonas rurales es de 3.2 años. Se estima que el analfabetismo creció al 26 por ciento en la población masculina y al 24 por ciento en la femenina.⁴ En la población en extrema pobreza el analfabetismo creció a 37,6 por ciento, en tanto en la población no pobre es del 10,4 por ciento.⁵

En 1997 el Ministerio de Educación Cultura y Deportes, MECD, publicó la Política de educación de la sexualidad⁶ y realizó nuevas transformaciones curriculares, al mismo tiempo creó el departamento de valores morales humanos. A finales del 2004, el MECD

⁴ Endesa, 2001. INEC, Encuesta Demográfica y de Salud, 2001

⁵ **El PNUD y Nicaragua en el tercer milenio, 2001.**

⁶ 1997 – Ministerio de Educación.

incorpora nuevas disposiciones que sugieren retardar el inicio de relaciones sexuales, la fidelidad mutua en la pareja, abstinencia y las prácticas sexuales responsables, incluido el uso adecuado del preservativo, que se incorpora a las tradicionales recomendaciones basadas en valores. Estos mensajes quedan a nivel cognoscitivo, por lo que debe hacerse énfasis en lograr cambios de comportamiento individual y colectivo frente al VIH y el sida.

El Estado nicaragüense al ser signatario de convenios internacionales, asumió diversos compromisos para garantizar el respeto a los derechos humanos y la protección de la integridad de las personas, en especial respecto a la temática del VIH, sin embargo esto no se ha logrado plenamente debido a la falta de voluntad de priorizar acciones para detener y mitigar la epidemia.

2. Factores socioeconómicos

Desde la perspectiva socioeconómica, la población nicaragüense presenta un cuadro limitado en lo que respecta a su desarrollo humano, altas tasas de desempleo y subempleo, tendencia al empleo en el área de servicios y en general bajos ingresos, situaciones que inciden en las deficientes condiciones de vida de una parte significativa de la población y en el bajo acceso a servicios básicos de educación formal, salud, seguridad pública, justicia, etcétera, lo que es más evidentes en las zonas rurales o las zonas urbanas marginales.

La medición del desarrollo a través del índice de desarrollo humano en el año 2002, presenta a Nicaragua en el nivel 118 --el más bajo de Centroamérica--, ubicándolo entre los países de desarrollo humano medio. En cuanto al índice de desarrollo de género, Nicaragua también ocupa el último lugar en Centroamérica.⁷

Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe, sólo superado por Haití. En 2001, el 42,6 por ciento de la población vivía con menos de un dólar al día y 77,8 por ciento vivía con menos de dos dólares. Entre 1993 y el 2001, los hogares con jefatura femenina representaron el 19 por ciento en el área rural y en el área urbana 37 por ciento.⁸ La desocupación afecta en mayor medida a las mujeres, con el 14 por ciento de la PEA a finales de 1999 en zona urbana y a 30 por ciento en la zona rural. Se estima que alrededor de 24 mil niños y niñas de 10 a 14 años trabajan en el sector informal y otros seis mil en el sector formal.

La Costa Caribe nicaragüense es, en el plano económico, la región más pobre del país con un fuerte deterioro de su medio ambiente. Su historia, explica porqué la región padece hoy un fuerte atraso, una tasa de desempleo muy alta y carencias en los servicios públicos básicos tales como la educación, sanidad u otros servicios sociales.

La última encuesta de medición del nivel de vida⁹ evidenció que más del 60 por ciento de la población vive en condiciones de pobreza; así se mostró que existe una relación estrecha entre el nivel de pobreza y la pertenencia a determinados grupos étnicos.

⁷ Informe de Nicaragua. Diagnóstico Nacional Cairo +10, junio 2004

⁸ Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Nicaragua. Isolda Espinosa G. Septiembre 2004.

⁹ Encuesta de Medición del Nivel de Vida. Nicaragua 2001. Niveles de pobreza en la población étnica; los negros (80 por ciento) y miskitus (60 por ciento)

Las situaciones descritas muestran en su conjunto que el país tiene un alto nivel de inequidad e injusticia de género, en el cual la mujer y la niñez ocupan un lugar secundario, así como las poblaciones afro-descendientes y comunidades étnicas de la Costa Caribe.

La combinación de bajos ingresos en los empleos formales, altos costos en la canasta básica y limitado acceso a medidas de protección social, inciden en que la población nicaragüense tenga serias limitaciones para enfrentar, por sí misma, los costos de eventos en el campo de salud y con mayor razón los gastos derivados del tratamiento ante el VIH/Sida como los ARV, o la medicación necesaria para enfrentar las infecciones oportunistas que se presentan en los casos de sida.

En compensación se evidencian en el país compromisos del sector privado empresarial y religioso para apoyar las acciones que requieren la respuesta social a la epidemia. Por una parte, el sector empresarial vinculado a la salud, ha comenzado a participar en los foros de discusión sobre el VIH y el sida y ha asumido algunos compromisos con los actores institucionales y sociales que están vinculados a la respuesta nacional. Por otra parte, el sector religioso, ha iniciado un mayor compromiso con las acciones emprendidas por el Estado y la sociedad civil.

3. Factores socioculturales

La sociedad nicaragüense se caracteriza por tener de forma predominante una cultura patriarcal, lo que influye en el modelo de desarrollo del ciudadano común; esta condición asociada al limitado acceso a información científica sobre las ITS, VIH y Sida, así como las limitaciones en el acceso a la educación, o la calidad de la atención que se recibe en el sector público, condicionan prácticas sexuales riesgosas vinculadas directamente con la transmisión de las ITS, el VIH y el Sida.

La construcción social de género se basa en el desigual ejercicio del poder entre hombres y mujeres, lo que es notorio en el hogar, la comunidad y la sociedad en general. Esta situación influye directamente en la salud de las mujeres, adolescentes y jóvenes, niños y niñas, dados los papeles diferenciados que se les asignan culturalmente, que se traducen en estereotipos conductuales que se asocian con actitudes y prácticas de riesgo para su propia salud y la de quienes les rodean. Los bajos niveles de responsabilidad de los hombres sobre su propia sexualidad y reproducción conducen a jóvenes y adultos, a mantener frecuentes relaciones sexuales casuales, sin protección.

Asimismo, este marco cultural y social crea las bases para la violencia de género, especialmente la violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres, que favorece la dinámica de la epidemia por la posición que ocupan las mujeres al interior de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.¹⁰ Las violaciones sexuales, el aumento de la explotación sexual hacia niñas y adolescentes y el tráfico sexual con fines comerciales, afecta a la población urbana de las principales ciudades --incluida Managua--, donde el 40 por ciento de las mujeres que ejercen la prostitución son menores de 18 años.

¹⁰ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Movimiento Autónomo de Mujeres de Nicaragua, 2005.

Las situaciones anteriores se convierten en verdaderas barreras para el desarrollo de prácticas sexuales seguras y constituyen un caldo de cultivo para la estigmatización social y discriminación a las PVVS y a su entorno familiar o social.

4. Factores sociodemográficos

Nicaragua, cuenta en la actualidad con una población de cinco millones 626 mil 492 de habitantes¹¹ y para el año 2010, se espera que pase de los seis millones. La población es predominantemente joven, con altas tasas de crecimiento, natalidad y fecundidad, en especial en adolescentes y jóvenes. Un elemento relevante son los procesos migratorios externos e internos en busca de oportunidades, el desplazamiento de población joven sin acceso a acciones de prevención, atención y educación, todo lo cual incrementa la vulnerabilidad al VIH/Sida.

La extensión territorial de Nicaragua es de 129.494 km², incluidos los lagos Cocibolca y Xolotlán. Al correlacionar población y territorio, se encuentra que la densidad poblacional del país es la más baja de Centroamérica, con 43,56 personas por kilómetro cuadrado, pero al mismo tiempo con una distribución muy desigual como producto de las características del desarrollo económico y social.

El país se divide política y administrativamente en quince departamentos y dos regiones autónomas, con un total de 153 municipios, los que también muestran grandes contrastes respecto a la distribución de la población.

El 57 por ciento de la población vive en la zona del pacífico, el 31 por ciento en la región del centro y norte y el 12 por ciento en la región del caribe. Las últimas décadas se caracterizan por un crecimiento acelerado de la población urbana, lo que se debe por una parte a las tasas de crecimiento diferenciales entre la población urbana y rural, así como por las altas tasas de migración desde el campo a la ciudad. Esta tendencia se mantendrá en los próximos años, de tal forma que se espera que para el 2010, la población urbana represente un porcentaje superior al 60 por ciento.

La población de Nicaragua es multilingüe, multiétnica y pluricultural. Entre los grupos étnicos de todo el país existen: 77 por ciento mestizos, 11 por ciento blancos, 9 por ciento negros e indios 5 por ciento. Según su lengua materna, el 97,53 por ciento habla español, el 1,66 por ciento miskitu, el 0,17 por ciento sumo, y el 1,57 por ciento inglés. La mayoría de habitantes del Pacífico son mestizos, el 96 por ciento; con algunas comunidades indígenas en Masaya, León, Matagalpa, Rivas y Nueva Segovia.

En la Costa Caribe se identifican más de 700 comunidades indígenas y étnicas como los raras, miskitus, sumos, mayagnas, ulwas, garífonas, creoles, nahoas, chorotegas y mestizos. Ambas regiones del Caribe nicaragüense abarcan el 57 por ciento del territorio y, con cerca de 300 mil habitantes, representa el 9.5 por ciento de la población nacional.¹²

La población aumentó en el último quinquenio a un ritmo del 2,7 anual y se espera que la tasa de este ritmo de crecimiento no se reduzca de forma considerable hasta

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, estimaciones al 2004

¹² Cerlac/York University y Uraccan. <http://www.yorku.ca/cerlac/URACCAN/Coast.html>

casi finalizar el segundo decenio del presente siglo, por lo que los cambios en la pirámide poblacional serán graduales. Esto implica que la población seguirá siendo eminentemente joven, con una media de edad de 17 años con pequeñas variaciones en los próximos años.

La esperanza de vida al nacer en el período 1995-2000 fue de 68,4 años, siendo un poco mayor la de las mujeres con respecto a los varones. Las personas entre 15 y 64 años conforman el 54,3 por ciento de la población y se espera que para finales del quinquenio, 2005-2010, comience a incrementarse con mayor celeridad la proporción del grupo mayor de 65 años.

La población adolescente entre los 15 y 19 años, es del 23.5 por ciento del total y se irá ampliando en los próximos años; esto implica mayores presiones sobre el mercado laboral y la posibilidad de incrementar la tasa de migración de estos grupos en búsqueda de oportunidades. La tasa global de fecundidad nacional es de 3.2 hijas e hijos por mujer; a nivel urbano es de 2.6 y a nivel rural es de 4.4 hijas e hijos por mujer. La fecundidad de las mujeres en extrema pobreza duplica la de las mujeres no pobres.

Las mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años representa el 24,92 por ciento del total; las y los nacidos vivos esperados anualmente serán 176 mil. Las mujeres de 10 a 14 años son el 6,17 por ciento de la población total. La fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años fue 119 en el 2001, siendo la más alta de América Latina, la mitad de las jóvenes a los 19 años ya han estado alguna vez embarazadas.¹³ Se prevé que este grupo seguirá teniendo una de las mayores tasas de fecundidad en los próximos años.

5. Factores conductuales

La conducta sexual de las y los adolescentes y jóvenes está marcada por el inicio precoz de las relaciones sexuales, lo que tiene como consecuencia, elevadas tasas de embarazos en las adolescentes; estos embarazos en general no son planificados y, en muchas ocasiones, concluyen en las complicaciones por aborto inseguro.

Estos comportamientos están asociados al bajo nivel educativo de la población en general y en particular de las adolescentes, las limitaciones de la educación sexual, los problemas de múltiples parejas e inestables relaciones familiares y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial los de planificación familiar o de programas alternativos para los adolescente con énfasis para temas sobre sexualidad.

Asímismo, diversos estudios muestran que en los últimos años se viene incrementando el uso de alcohol, estupefacientes y otros tipos de drogas por adolescentes y jóvenes, los que constituyen factores asociados a prácticas sexuales de riesgo las que se convierten en el caldo propicio para la transmisión de las ITS, VIH y Sida; la promiscuidad es otro tipo de conducta sexual de riesgo que ha sido identificada como elemento importante para la reproducción de la epidemia, en especial cuando no se ha logrado incorporar el uso del condón de forma generalizada, por los diversos grupos de población que desarrollan relaciones sexuales en condiciones de riesgo.

¹³ Minsa, Dirección de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, 2000.

La pobreza y la falta de oportunidades de crecimiento económico --las mismas razones por las cuales las mujeres ocupan un lugar inferior en la sociedad--, inducen a las mujeres al trabajo sexual y la carencia de legislación y políticas que protejan sus derechos las torna especialmente vulnerables. La falta de acceso a la educación formal, a la educación sexual, a servicios de asesoría jurídica, a métodos para evitar la infección por VIH, o a servicios de salud adecuados, hace que sufran múltiples discriminaciones, como reflejan investigaciones nacionales y regionales sobre trabajadoras sexuales.¹⁴

IV. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

De manera general, las instituciones públicas de salud poseen condiciones estructurales limitadas; los servicios de apoyo son insuficientes y en muchos casos obsoletos; la dotación de tecnología médica resulta insuficiente para las demandas actuales y no disponen de las cantidades y el surtido requerido de medicamentos, instrumental y otros insumos médicos de importancia. El siguiente cuadro muestra la dinámica que han tenido en los años recientes los servicios de salud pública del MINSA.

El segundo nivel de atención del MINSA cuenta con 32 hospitales y una policlínica; en total se cuenta con un poco más de cinco mil 5,000 (0,96 camas por mil habitantes), de las cuales el 95 por ciento son camas para la atención de pacientes agudos. Una de las mayores debilidades, en lo referente a instalaciones físicas, la constituyen los servicios de quirófanos, hospitalización y servicios de emergencia. El 62.5 por ciento de los hospitales se concentran en la región del Pacífico.

Esta concentración en el Pacífico y la dispersión de la población en el centro y este del país, provocan una heterogeneidad muy marcada en cuanto a la disponibilidad de camas especialmente para los departamentos de Matagalpa, Chontales, Masaya y Nueva Segovia.

RED DE SERVICIOS MINISTERIO DE SALUD

Niveles	2000	2001	2002
Primer nivel de atención	1012	1026	1047
Centros de Salud con camas	25	26	26
Centros de Salud sin camas	148	150	152
Puestos de Salud	841	850	889
Segundo nivel de atención	32	33	33
Hospitales agudos	27	28	28
Hospitales crónicos	4	4	4
Policlínicas	1	1	1
Totales	1044	1059	1080

Fuente: Oficina de estadística-DGPD- MINSA

¹⁴ Vulnerabilidad y Género: las mujeres frente al VIH/SIDA. CONCASIDA. Pizarro, Ana M., Noviembre 2005.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, no tiene infraestructura propia para brindar atención médica a sus derechohabientes por lo que compra servicios a proveedores privados bajo el modelo de salud previsional. De acuerdo a la encuesta de establecimientos de salud en Nicaragua 2001, existen 203 unidades de salud en el sector privado, de las cuales cinco son hospitales, 99 clínicas y policlínicas, 41 empresas médicas previsionales, 49 clínicas financiadas por los ONG y nueve casas maternas.

El porcentaje de población que tiene acceso a los servicios de salud supera el 70 por ciento; a los servicios básicos del MINSA tiene acceso el 60 y 76 por ciento dependiendo si se trata de zonas rurales o urbanas. El 7,7 por ciento de la población es derechohabiente del Instituto de Seguridad Social, INSS, y entre el 5 al 10 por ciento tiene acceso por sus propios medios al sector privado. Se estima que la población que no tiene acceso a servicios de salud oscila entre el 25 y el 30 por ciento del total.

La accesibilidad de la población rural no asegurada, a los servicios que brinda el MINSA, está aún más limitada por factores como la desigual distribución territorial de las unidades y su lejanía a muchas comunidades dispersas; la incapacidad para asumir los gastos de transporte y alojamiento que implica la movilización hacia las cabeceras departamentales; el cobro por la provisión de algunos servicios, los horarios limitados de atención y otros mecanismos restrictivos, factores que de conjunto hacen crítica la situación en las zonas rurales.

Entre los años de 1995 y 2001 el presupuesto del MINSA se redujo del 7.5 por ciento al 3.6 por ciento del PIB,¹⁵ siendo el más bajo de la región centroamericana; esta reducción ha incidido en la disponibilidad de fuerza de trabajo contratada por el MINSA, la que se redujo en un 18 por ciento entre 1990 y el 2002. De igual forma, la reducción presupuestaria repercutió en la adquisición de medicamentos, mantenimiento de las unidades de salud, conservación y reposición de la tecnología disponible, tanto para los medios diagnósticos como terapéuticos.

La producción de servicios ambulatorios y de hospitalización en el MINSA ha permanecido relativamente estáticos en los últimos años, a pesar del crecimiento población, lo que está relacionado con los problemas señalados en su organización y las limitaciones financieras. Así mismo, la utilización limitada de los servicios públicos por parte de la población refleja su percepción sobre su capacidad operativa y resolutive, lo que induce a la población a la búsqueda de otras alternativas para la solución de sus problemas de salud.

Producción de servicios – MINSA

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Consultas Médicas	6,787,830	6,742,305	7,000,6248	6,114,624	7,762,066	7,148,886	7,089,979	7,205,883
Recetas	7,4554,565	8,127,263	8,075,532	7,622,863	8,830,642	8,906,636	8,785,627	9,216,365
Controles	2,073,991	2,200,340	2,390,300	2,456,532	3,007,515	2,906,912	3,089,572	2,988,755
Hospitalizaciones	356,420	352,034	363,418	324,133	284,893	291,279	286,093	276,608
Exámenes de Lab.	4,917,328	4,902,385	5,450,861	4,819,164	5,677,318	5,860,997	6,157,089	5,782,168

Fuente: Oficina de estadística-DGPD-Minsa

¹⁵ Ministerio de Salud de Nicaragua. Plan Nacional de Salud. Septiembre 2003.

En cambio, la utilización de los servicios por parte de los asegurados muestra una tendencia a incrementarse, lo que está relacionado con el mejor acceso geográfico y económico a los mismos, la mayor disponibilidad de recursos como producto del modelo de salud previsual y la condición de derecho habientes que tienen los asegurados ante el INSS. **Ver cuadro siguiente.**

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS INSS

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Consultas médicas	483,493	752,243	1,166,249	1,335,983	1,600,121	1,725,057	1,864,336	2,008,464
Recetas	625,361	1,395,765	2,085,078	2,779,245	3,337,580	3,346,311	3,625,693	4,026,464
Hospitalizaciones	6,089	12,593	20,811	26,010	32,543	37,075	38,232	38,919
Exámenes de lab.	248,963	346,608	507,534	663,979	811,132	855,392	905,032	990,959

Fuente: Gerencia de Salud Provisional. INSS

Compensando la pobre inversión del sector público en salud, se ha observado un incremento de este gasto en los hogares, el que se ha triplicado entre 1995 y el 2001, pasó de un poco más de 500 millones a más de un 1.500 millones de córdobas de 1980. En suma, existen evidencias suficientes para catalogar la oferta de servicios de salud como no equitativa, en especial para aquellos grupos de población que más los requieren, como es el caso de las poblaciones pobres y de las áreas rurales.

La inversión pública en salud para contener la epidemia del VIH y del sida es muy limitada, ya que sólo se destinan 1.2 dólares per cápita -entre las personas que conviven con el VIH- dirigidos principalmente al tratamiento.¹⁶ Con fondos públicos se financian la vigilancia epidemiológica y las acciones de promoción y prevención primaria; el resto de acciones son cubiertas principalmente con fondos de la cooperación internacional, lo que crea una dependencia externa importante para las acciones diseñadas en la respuesta nacional.

Como consecuencia de lo anteriormente descrito, el MINSa tiene una reducida capacidad para el diagnóstico del VIH y por ello lo hace de forma centralizada; igualmente la pobre disponibilidad de recursos limita las posibilidades de realizar un programa de supervisión activo de la infección por el VIH, por lo que el diagnóstico se realiza mayormente en personas que solicitan la prueba, sesgando la información disponible, que por otra parte está afectada por importantes niveles de subregistro, lo que debe tenerse muy en cuenta al considerar los bajos niveles de incidencia y prevalencia reportados en el país.

Complementando los esfuerzos del MINSa, se encuentran diversas instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales (61), las que desarrollan distintos aspectos de la temática del VIH y Sida. Una cuarta parte de ellas tiene más de catorce años de experiencia en este campo, el 90 por ciento se dedica principalmente al desarrollo de acciones de promoción y prevención, algunas participan en el diagnóstico y tratamiento (20 por ciento) y otras están más dirigidas a la atención paliativa, el apoyo psicológico, legal e inclusive las secuelas personales y familiares.¹⁷

¹⁶ 2004. El Presupuesto Público y el VIH-SIDA. CISAS, 2004.

¹⁷ UNICEF. Mapeo de instituciones y organizaciones no gubernamentales que participan en la temática del VIH/SIDA Nicaragua. 2005

Para desarrollar acciones de contención de la epidemia, se ha contado con el apoyo de la cooperación internacional entre las que se destaca el apoyo de las Agencias de Naciones Unidas como el PNUD, OPS/OMS, Unicef, de los distintos organismos de cooperación oficial como DFID, Fgstm, Reino de los Países Bajos, Austria, así como algunas fuentes no gubernamentales provenientes de Austria, España, USAID, etcétera.

El financiamiento aportado ha sido decisivo para el cumplimiento de muchas de las actividades planificadas en el PEN 2000-2004, el fortalecimiento de CONSIDA y el desarrollo del enfoque multisectorial.

De hecho, la cooperación internacional, durante el período 2002-2008 aportó al país, una suma próxima a los veinte millones de dólares, los que se ejecutan a través de quince proyectos dispersos en la geografía nacional. En octubre del 2003, Nicaragua recibe una subvención de parte del Fondo Mundial contra el sida, tuberculosis y malaria para el período 2003-2007 por la cantidad de aproximadamente 19 millones de dólares, de los cuales un poco más de diez millones corresponden a la prevención y tratamiento del VIH/Sida, el cual es administrado por una federación de los ONG: NicaSalud.¹⁸

V. COMPORTAMIENTO DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA EN NICARAGUA

A. Las infecciones de transmisión sexual (ITS).

La importancia de las ITS para la Salud Pública está siendo percibida con mayor claridad, especialmente por la carga de morbilidad y mortalidad que representan, incluyendo complicaciones frecuentes y secuelas como infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical, pérdidas fetales, sífilis congénita, bajo peso al nacer, prematuridad y oftalmía neonatal.

Por otro lado, la relación entre las ITS y la infección por el VIH está suficientemente documentada. La mayoría de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas o condicionan comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión de las ITS más comunes, son los mismos que se relacionan con la transmisión sexual del VIH, mientras que la presencia de cualquiera de dichas ITS incrementa significativamente el riesgo de infección por el VIH.

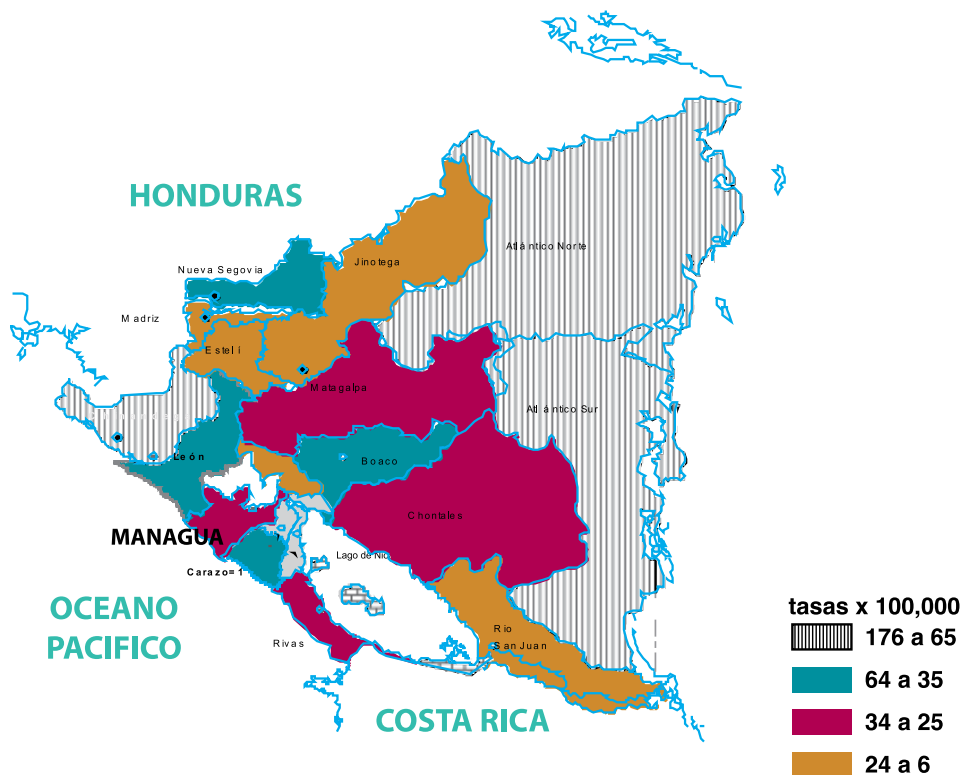
La existencia de marcados subregistros en la información reportada sobre el comportamiento de las ITS en Nicaragua, no permite realizar valoraciones bien fundamentadas sobre la magnitud y distribución del problema. Por otra parte, la aplicación del abordaje sindrómico de las ITS en las unidades de salud no se ha implementado en un 100% y ocasiona una contradicción con el llenado de las boletas de notificación obligatoria, ocasionando un reporte inadecuado de las ITS al utilizarse tanto el manejo sindrómico como el diagnóstico clínico.

¹⁸ Elementos para el fortalecimiento de la cooperación multisectorial para la respuesta nacional ante el VIH/SIDA en Nicaragua. Documento borrador preparado por Anne Christian Largaespada F. para Nicasalud.

Entre el año 2000 y el 2004 se mantuvieron similares las fluctuaciones en la tasa de incidencia de las ITS al período 1987-1999, con valores cercanos o superiores a 100 x 100.000 hab., por lo que puede suponerse que los valores reales son muy elevados. La gonorrea, el condiloma y la sífilis adquirida presentan las tasas más elevadas en el conjunto de las ITS que se reportan los territorios con mayor número de casos identificados son la RAAS y la RAAN, seguidos de Masaya, Chinandega, León y Managua.

Los mayores niveles de la incidencia reportada corresponden a las edades entre 15 y 24 años, con un incremento de la afectación en mujeres; este patrón coincide plenamente con la afectación del VIH en mujeres cada vez más jóvenes.

Tasa de Incidencia de ITS por SILAIS Nicaragua - 2005



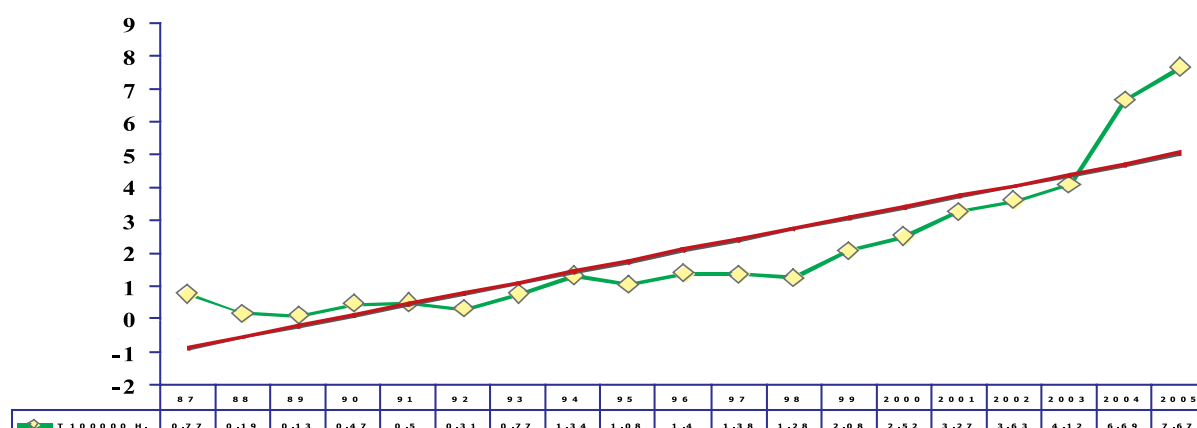
Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

A. Situación del VIH y del SIDA en Nicaragua

1. Comportamiento de la epidemia en general

Aunque la epidemia del VIH en Nicaragua se ha mantenido con bajos niveles de prevalencia en la población general, en los últimos años se ha producido un aumento acelerado de la incidencia. Mientras que entre 1993 y 1999 se diagnosticó un promedio anual de 22 nuevas infecciones, entre 2000 y 2004 la media anual de nuevas personas VIH + se incrementó a 131, o sea tuvo un ascenso del 495% en 4 años.

TASA DE INCIDENCIA DE VIH/SIDA POR AÑO NICARAGUA 1987 - 2005



Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

Desde el año 2000 hasta Diciembre 2005, la incidencia acumulada del VIH/Sida se multiplicó tres veces mas, elevándose de 2.52 en el 2000 a 7.67x100.000 hab al finalizar el año 2005.¹⁹ Como es lógico de esperar en una afección de carácter crónico, el número de personas viviendo con VIH/SIDA se ha incrementado aceleradamente; a Diciembre 2005 se registran 2.031 casos VIH/SIDA.

Según recientes estimaciones nos permitieron calcular para este año una prevalencia de VIH de 0.13%²⁰⁻²¹ en personas de 15 a 49 años de edad. Como la prevalencia del VIH no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica como de bajo nivel, aunque investigaciones realizadas en Hombres que tienen Sexo con Hombres han encontrado niveles de prevalencia superiores al 9%²². Lo que nos orienta hacia una epidemia concentrada.

¹⁹ MINSA. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Evaluación Septiembre 2005.

²⁰ MINSA. Vigilancia epidemiológica ITS/VIH-SIDA Nicaragua, Setiembre 2005.

²¹ Ejercicio de estimaciones de VIH/SIDA mediante el Método Hoja de Cálculo. Agosto 2005.

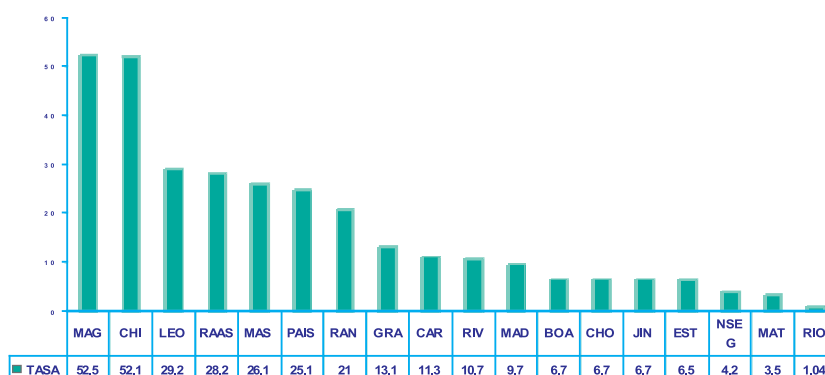
²² Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con Hombres. Nicaragua, 2002.

Las proyecciones realizadas por el Ministerio de Salud para el período 2006-2010 permiten estimar que al final del mismo el número de personas viviendo con el VIH se habrá incrementado en un 11.2%, por lo que la prevalencia correspondiente alcanzará el 0.24% de la población entre 15 a 49 años. Resalta el elevado número de personas seropositivas y casos de SIDA que se estima requieran tratamiento al final del quinquenio, lo que indudablemente representará un reto para la capacidad nacional de enfrentar la respuesta a uno de los componentes más costosos en la lucha contra el VIH/SIDA.

2. Distribución territorial de la epidemia

Todos los departamentos del país han reportado casos de VIH/SIDA; sin embargo, los mayores niveles de incidencia y prevalencia se registran en Managua, Chinandega, León, RAAS y Masaya.²³

**Prevalencia del VIH/SIDA por SILAIS
Nicaragua 1987 - 2005.**



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. MINSA

Managua, Chinandega, León y Masaya, son algunas de las ciudades más densamente pobladas del país, con gran movilidad poblacional, económica, comercial y concentración de servicios públicos e instituciones académicas. Chinandega posee, además, una extensa frontera terrestre y uno de los puestos fronterizos más importantes con Honduras, país que presenta los más elevados niveles de prevalencia del VIH/SIDA en América Central.

Por otra parte, en las cabeceras de estos departamentos se concentran servicios de salud con capacidad para la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico, lo que puede haber influido en el mayor nivel de detección de casos. La prevalencia de VIH en estos departamentos a diciembre del 2005 es: Managua 52.5, Chinandega 52.1, León 29.2 y Masaya 26.1 (todos por 100,000 habitantes)

Las Regiones Autónomas del Atlántico tienen elevados índices de pobreza y desigualdades sociales que afectan especialmente a los grupos étnicos y comunidades

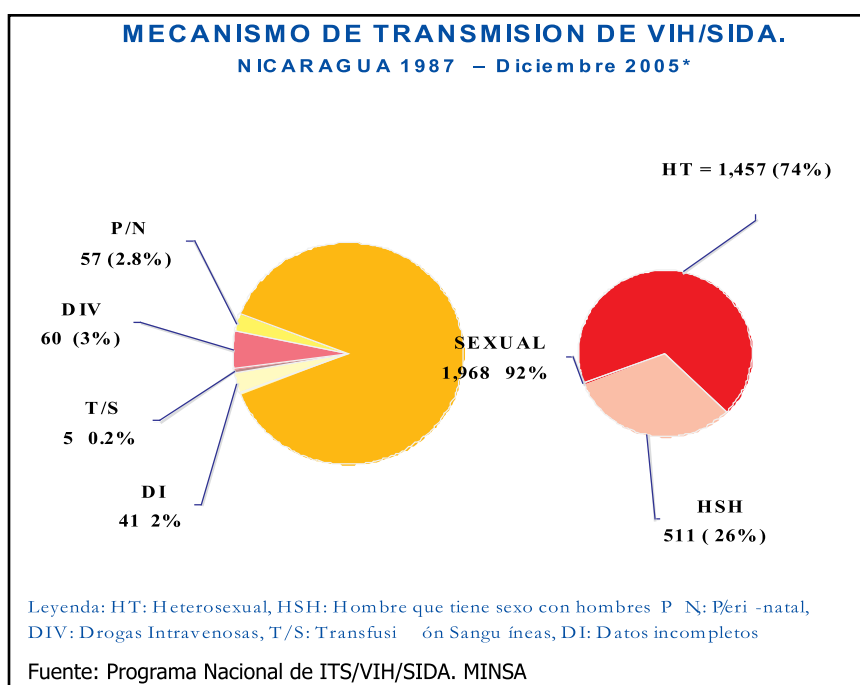
²³ MINSA. Situación epidemiológica del VIH/SIDA. Boletín Epidemiológico, Junio 2005.

afrodescendientes, prevalece el aislamiento geográfico, la desatención de sus necesidades, así como prácticas laborales que exponen a la población en general y a las mujeres en particular a la epidemia, el trabajo en los cruceros y el turismo sexual que ello implica, así como la mayor exposición al consumo de drogas dado al flagelo del narcotráfico. La tasa de prevalencia del VIH por 100,000 habitantes hasta el mes de diciembre del 2005 es para la RAAS de 28.2 y la RAAN de 21.

3. Principales formas de transmisión y su impacto en poblaciones vulnerables.

3.1 Transmisión sexual.

En el acumulado de VIH y SIDA a Diciembre 2005, la vía de transmisión predominante es sexual (92% del total), con predominio de la relación heterosexual (72% del total). En el mismo período, la relación de hombres que tiene sexo con hombres alcanzó el 26% del total.



Centroamérica y Nicaragua, desde el inicio de la epidemia, presentan un patrón predominante de transmisión sexual, que se diferencia de todas las demás regiones del continente americano.²⁴ Entre personas heterosexuales VIH+, en los últimos 5 años se observa un incremento de la participación porcentual del sexo femenino, que representaba el 31% en el 2000 y aumentó al 37% a diciembre 2005.²⁵

²⁴ Vigilancia del Sida en las Américas. OPS, junio 2005. ONUSIDA

²⁵ Idem.

a) Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

La discriminación y estigmatización hacia los HSH incrementa su vulnerabilidad debido a las implicancias sociales que tiene la práctica sexual entre hombres. La infección por VIH/SIDA ha impactado de forma desproporcionada a las comunidades de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, con una media de edad joven, por lo que muy probablemente la infección por VIH también está avanzando en adolescentes y jóvenes. Investigaciones sobre vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con respecto al VIH/SIDA, indican que existen factores que contribuyen a esta vulnerabilidad, que van desde lo individual a lo estructural, tales como la pobreza, las masculinidades hegemónicas, el poder, la transgresión de género, la marginalidad social.

Según resultados del Estudio Multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en HSH²⁶, el 32% de los entrevistados refirió no convivir con ningún compañero sexual; un 63% sí convive con una pareja sexual masculina; y un 10% convive con una mujer. De todos los HSH entrevistados, el 51% admitió haber tenido alguna vez relaciones sexuales con mujeres; es así que puede visualizarse el puente desde la población de HSH a la población general y las mujeres en particular. Además, la frecuencia de uso de condón con compañero ocasional en los últimos 30 días, no sobrepasó el 38.5%.

El 72% de gays y el 44% de bisexuales, se han hecho la prueba del VIH por auto-identificación sexual. La percepción de mucho riesgo, según la auto identificación sexual para contraer VIH, ascendió al 61.8 % de gay y al 73% de bisexuales; el 38.20% de gay aseguran no tener ningún riesgo, lo mismo que un 27% de bisexuales. Se observan múltiples factores que contribuyen a la persistencia del VIH en esta población, aunque a la vez, la movilización permanente de organizaciones de salud relacionadas a esta comunidad actúa como un importante factor que facilita la prevención.

b) Trabajadoras comerciales del sexo (TCS).

Las trabajadoras sexuales se desenvuelven en un contexto en el que es frecuente el consumo de alcohol y drogas; enfrentan violencia física, psicológica y sexual, generalmente no logran utilizar el condón u otro medio de protección con la totalidad de sus clientes y reportan bajos niveles de protección en las relaciones con sus parejas estables.²⁷

Según investigaciones nacionales del 2003, el 97,7% de las trabajadoras sexuales fijas y ambulantes había comenzado sus relaciones sexuales antes de los 20 años, lo que revela una exposición evidentemente precoz a las infecciones transmitidas sexualmente. De ellas, el 62% tenía 15 años o menos y el 35,7% entre 16 y 20 años. Resulta revelador que el 44% tenía 14 años y menos, emergiendo la posibilidad que un importante porcentaje de esas relaciones sean producto del abuso sexual y la violación.²⁸

²⁶ Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Nicaragua. Marzo-Julio-2002. Apoyo técnico y financiero de PASCA/USAID, Universidad de Washington, OPS, ONUSIDA, CDC y Agencia Española de Cooperación Internacional.

²⁷ Identificación de conductas y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en la población TCS en ocho departamentos de Nicaragua. CONSIDA, 2004.

²⁸ Estudio multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en TCS. Nicaragua, 2003.

La mayoría de trabajadoras sexuales, -entre 71 a 97,6%-, conocía medidas para evitar infectarse con el VIH como usar condón, evitar transfusiones de sangre, evitar inyectarse con agujas contaminadas, solo tener una pareja sexual y reducir el número de parejas. Sin embargo, a pesar del elevado conocimiento sobre medidas de prevención, entre el 4% y el 46% aún sostenía creencias erróneas sobre la transmisión del VIH y su propia percepción de riesgo.

El 88,47% de las TCS manifestó tener algún o mucho riesgo de infección, el 55% reveló no usar condones de manera consistente con sus clientes y el 33% haber tenido muchas parejas. Estos últimos datos son semejantes a los resultados del Estudio Multinacional 2003-2004 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH, Uso del Condón y otros temas de Salud Sexual (PASMO), en el que se destaca que sólo el 9.7% de las TCS entrevistadas utilizó consistentemente el condón en los últimos 12 meses.

Las razones principales por las que dejan de usar el condón son las siguientes: ellas confían en su pareja o el compañero no quiere usarlo. El 78.3% de las entrevistadas respondió dejar de usar condón al tener relaciones sexuales con su pareja o marido. Sin embargo, un alto porcentaje de la TCS reportan que usaron consistentemente el condón en los 30 días previos a la entrevista y que ellas son las que sugieren su uso a los clientes. El índice de uso disminuye con los clientes regulares comparado con los clientes nuevos.

Esta situación de vulnerabilidad de la TCS, incide en que siendo la prevalencia de VIH del 0.3, la de las trabajadoras sexuales ambulantes sea de 1.4, en cambio entre las fijas no hubo trabajadoras positivas.

c) Poblaciones móviles

Estudios realizados en poblaciones móviles ponen de manifiesto la existencia de una baja percepción del riesgo de infectarse con una ITS o el VIH y la presencia de prácticas sexuales de riesgo sin protección. La influencia de otros factores contribuyen a incrementar la vulnerabilidad, como el desplazamiento hacia países con mayor prevalencia del VIH/SIDA y la elevada frecuencia de relaciones ocasionales.

De acuerdo al estudio "Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica", del Instituto Nacional de Salud Pública de México, desarrollado en el departamento de Rivas, se encontró que la migración y el VIH/ SIDA están asociados. La pobreza y marginalidad hacen más vulnerable a la población nicaragüense frente al VIH y el creciente flujo migratorio desde Nicaragua a países vecinos con mayor incidencia en VIH y SIDA la agudiza.

Rivas departamento de alta influencia migratorias, presenta una diversidad cultural lo que sumado a su posición geográfica que la convierte en una estación de paso y tránsito. Esta situación que ha aportado nuevos elementos para la vida y el desarrollo, también ha contribuido a un contexto de vulnerabilidad y riesgos de personas frente al VIH y el SIDA, especialmente por el incremento del trabajo sexual, contrabando de armas, drogas y trata de personas.

Los temas de migración y SIDA no se encuentran en la agenda política de los partidos y el gobierno. La problemática de migración solo se toma en consideración cuando se dan deportaciones o arrestos a migrantes indocumentados, la dinámica de las poblaciones móviles no es un asunto de interés.

Se identifica la violación a los derechos humanos, fundamentalmente entre las poblaciones móviles no autorizadas, especialmente mujeres, niños y niñas que, por su condición de subordinación y sometimiento, son víctimas de abusos sexuales, sobornos y sexo transaccional por parte de diferentes actores con los que se relacionan.

Muchos de estos actores poseen conocimientos en torno a las ITS, VIH y Sida, sin embargo, ven el problema como algo ajeno a su contexto, a su individualidad, sin percibir el riesgo para sí mismos y los suyos.

La dinámica de movilidad de las poblaciones se convierten en un factor de diseminación del VIH, dado que los comportamientos sexuales cargados de tabúes y machismo, se magnifican cuando se encuentran en medios que les permiten comportamientos diferentes de forma transitoria, lo que representa un alto riesgo para sus compañeras, quienes carecen de posibilidad de negociar una práctica sexual segura y se convierten en víctimas del VIH.

La carencia de intervenciones del gobierno y la sociedad civil para incidir sobre la problemática de migración y el VIH, debido las limitaciones de recursos materiales y humanos que sufren estas instituciones, genera una respuesta social insuficiente para enfrentar el contexto de vulnerabilidad.

d) Personas privadas de libertad.

Entre las personas privadas de libertad, a la baja percepción individual del riesgo se suman el tedio, las tensiones, las frustraciones y la promiscuidad sexual frecuentes en el ambiente carcelario.

e) Adolescentes y jóvenes.

A diciembre 2005, 71% de todas las personas seropositivas diagnosticadas desde el inicio de la epidemia tienen entre 20 y 39 años, mientras que el 10.3% son niñas, niños y adolescentes de 0 a 19 años; en este rango, el 74% tiene entre 10 y 19 años. Esto se relaciona con el inicio precoz y sin protección de la actividad sexual y la presencia de relaciones sexuales forzadas, producto del abuso sexual y violación. De manera singular se observa que en el rango de adolescentes VIH+ de 10 a 14 años, el 63% son mujeres.²⁹

En la población adolescente, el porcentaje de mujeres resulta casi el doble del porcentaje de mujeres adultas. En Nicaragua, a diciembre 2005 el MINSA reporta que las mujeres son el 17% del total de personas de 20 a 34 años afectadas por el VIH; sin embargo del total de personas adolescentes afectadas de 10 a 19 años, las mujeres ascienden al 28%.

²⁹ Vulnerabilidad y Género: las mujeres frente al VIH/SIDA. CONCASIDA. Pizarro, Ana M., Noviembre 2005.

Se dispone de poca información sobre los niños, niñas y adolescentes que son objeto de explotación sexual comercial y sobre las personas usuarias de drogas intravenosas.

f) Mujeres en general

En los últimos años se ha producido una tendencia acelerada hacia la feminización de la epidemia. Mientras que en marzo 2001 había 1 mujer por cada 3.12 hombres VIH+ a nivel nacional,³⁰ a diciembre 2005 la relación descendió a 2,7 hombres por mujer.

Progresivamente, la razón hombre-mujer se va reduciendo a expensas de las edades más jóvenes y se va equiparando aceleradamente entre los 15 y 19 años. Tomando en cuenta diferentes rangos de edad de las mujeres, se observa que entre los 20 y 29 años hay 2,22 hombres VIH+ por mujer, y entre los 30 y 39 años hay 3,46 hombres por mujer. Sin embargo, entre los 15 a 19 años, esta relación desciende a 1,2 hombres por mujer y empeora a 1,14 hombre por mujer, si en este rango incluimos adolescentes (de 10 a 19 años)³¹. La feminización de la epidemia adquiere relevancia cuando menor es la edad de las mujeres.

Según los registros del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida la tasa de incidencia del VIH para la mujer se incrementó de 1.5 por cien mil habitantes en el 2002, hasta 3.4 por cien mil habitantes en el 2004. Los mismo registros señalan que las amas de casa representaron el 53% del total de las mujeres infectadas en el período, pasando del 4.6% de todos los casos en 1996 al 16% del total en el 2004.

g) Mujeres en edad fértil y embarazo.

A diciembre 1994, el 97.29% de las mujeres VIH + en la edad fértil, tenían entre 15 y 49 años.³² Diez años después ese porcentaje se redujo a 90.73, a expensas del incremento de las mujeres VIH +de 10 a 14 años, que no estaban incluidas en el cálculo inicial.

Aunque en el Plan Nacional de Salud se recoge una cifra estimada de 443 huérfanas y huérfanos por esta causa para el año 2003 ³³, si se considera la Tasa Global de Fecundidad al total de mujeres en edad fértil, es posible que hayan nacido desde inicios de la epidemia entre 750 y 1.500 niñas y niños positivos, de los que se desconoce si continuaron igual.

La afectación del VIH en mujeres que se embarazan, ocurre con predominio de las más jóvenes; las que menos posibilidades tienen de exigir métodos de prevención, de evitar relaciones de riesgo, como de obtener servicios adecuados y tratamientos. A junio 2005 en Nicaragua, el MINSA registró 62 embarazadas VIH+ desde el comienzo de la epidemia, de las cuales el 53,22% tiene de 15 a 24 años, entre ellas el 22,58% tiene de 15 a 19 años.³⁴

³⁰ Había 487 hombres y 156 mujeres. Programa Nacional de ETS/VIH/SIDA. MINSA, Marzo 2001.

³¹ Programa Nacional de ETS/VIH/SIDA. MINSA, Setiembre 2005.

³² Aunque hay que destacar que entre los 10 y 44 años ocurren no solamente embarazos precoces, sino también muertes maternas. En el año 2002, de 35 muertes maternas en menores de 19 años, 5 ocurrieron entre niñas de 10 a 15 años.

³³ MINSA. Plan Nacional de Salud 2004 -2015, Página 109.

³⁴ Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSA, Nicaragua.

En el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ES/VIH/SIDA 2000-2004 se incorpora la oferta de alternativas ginecoobstetras para las mujeres portadoras del VIH en edad fértil como métodos anticonceptivos, controles prenatales, inicio de la terapia antiretroviral hasta el aborto terapéutico con previa evaluación de un comité multidisciplinario; sin embargo, en la realidad no se aplica y las mujeres portadoras de VIH que han solicitado el aborto terapéutico no han logrado obtener respuesta. Aún así, se está fortaleciendo la atención para lograr disminuir la transmisión vertical del VIH en los neonatos, teniendo en este período todavía rechazo y discriminación, que terminan por incrementar el daño que el VIH ya les ha ocasionado.

3.2 Transmisión vertical.

Desde 1983 a diciembre del 2005 se han identificado 57 infecciones por vía perinatal, que representan el 2,82% del total acumulado. Entre el año 2000 y el 2005 se produjo un aumento en la detección de nuevas infecciones por vía vertical de 2 en el año 2001 a 11 en el 2004, incrementándose de 2.4% del total en el 2001 al 4% en el 2004.

En Nicaragua, al igual que en la mayoría de países centroamericanos, aún no existen evidencias claras sobre la transmisión del VIH durante la lactancia materna. Investigaciones internacionales reportan amplias diferencias sobre las probabilidades que una mujer VIH+ infecte al feto o recién nacido durante el embarazo, el parto o la lactancia, especialmente cuando la lactancia es prolongada, situando la transmisión vertical entre 7 y 45%,³⁵ en países en desarrollo.³⁶ Estas contradicción plantean un desafío ante los mensajes para el personal de salud y para las propias mujeres, dado que se requieren criterios homogéneos, aplicables a la realidad local.

3.3 Incidencia de casos de sida y de la mortalidad por esta causa

Desde 1992 el número anual de casos de sida ha tenido una tendencia creciente, aunque con algunas fluctuaciones. La tasa de incidencia del SIDA x 100.000 hab. ha continuado incrementándose sostenidamente en los últimos cinco años, pasando de 0.51 en el 2000 a 0.81 x 100.000 hab. en el 2004.

A fines del año 2004, el acumulado de personas fallecidas desde el inicio de la epidemia representa el 30,12%, el total de seropositivas asciende a 55,12% y los casos SIDA identificados en el mismo período a 14,74%³⁷. Aunque ese porcentaje no puede considerarse una medida exacta del riesgo de morir a causa del SIDA, permite tener una idea bastante aproximada de su alta letalidad³⁸.

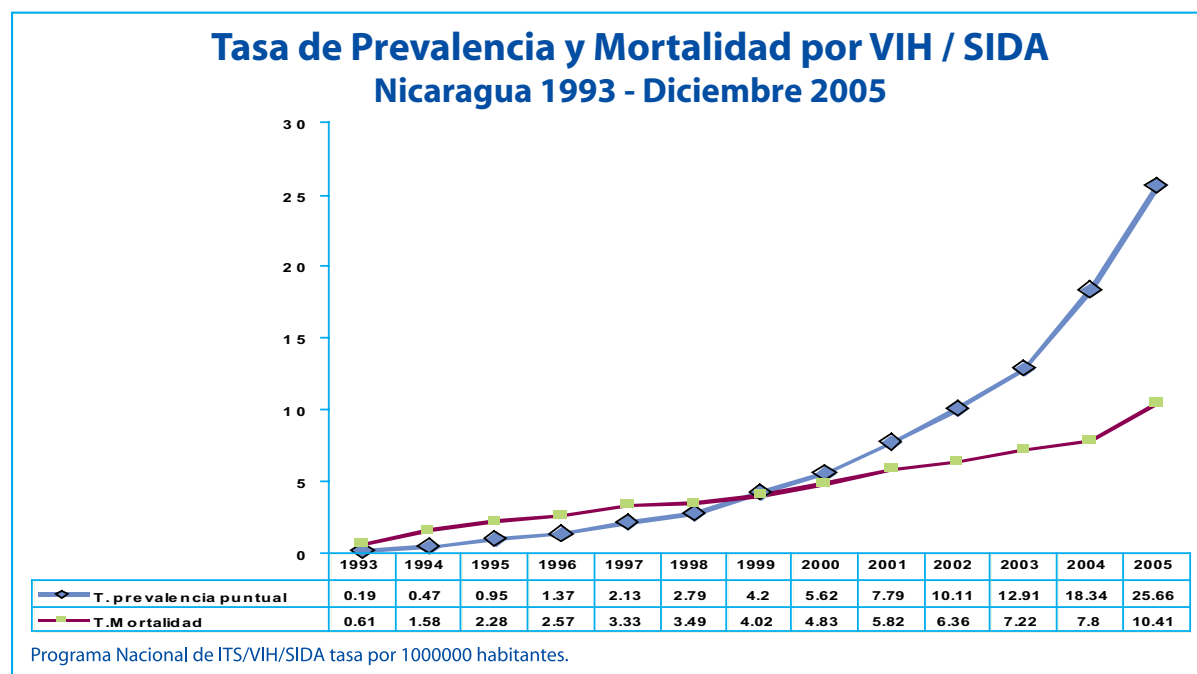
³⁵ Lactancia materna y VIH/SIDA. Campaña Mundial contra el SIDA, ONUSIDA.

³⁶ Aunque otras fuentes ubican este último porcentaje en más del 50%. La lactancia materna, se afirma, constituye el 3% al 4% de todos los casos de transmisión vertical, aunque otras fuentes la reportan entre el 14% y el 19%. Situación de la lactancia materna y la transmisión del VIH en América Latina. SIDALAC. 2001

³⁷ Sobre 1.872 registrados a Setiembre 2005. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

³⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua. Vigilancia Epidemiológica, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

La detección de casos SIDA, muy cercana al momento del fallecimiento, prevaleció en los primeros años de la epidemia; en 1994, se reportó³⁹ un 66,33% de personas fallecidas en relación al total de casos SIDA, diez años después, ese porcentaje descendió al 48,93%⁴⁰, que aun continúa siendo alto, evidenciando la detección tardía de la enfermedad.



VI. LA RESPUESTA NACIONAL CONTRA LAS ITS, EL VIH Y EL SIDA EN NICARAGUA.

Durante los últimos cinco años, la respuesta nacional para enfrentar las ITS, VIH y Sida tuvo como referencia el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ETS/VIH/SIDA 2000-2004 (PEN), diseñado en 1999 con participación del Gobierno, la sociedad civil y colaboración técnica nacional e internacional, a través de un proceso que implicó tres encuentros nacionales y multisectoriales, entrevistas, grupos focales, etc.

El Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ETS/VIH/SIDA 2000-2004, tuvo como objetivo general “Contribuir a reducir la incidencia de las ETS/VIH/SIDA, promoviendo con participación multisectorial, cambios de conducta hacia estilos de vida saludables, que conlleven a reducir el contexto de vulnerabilidad de la población nicaragüense”.

Con ese referente, el PEN 2000-2004 centró los lineamientos de actuación de la respuesta nacional en ocho estrategias:

³⁹ Personas fallecidas (67) en relación al total de casos SIDA (101). Análisis secuencial VIH/SIDA en Nicaragua, Ana María Pizarro, 2001

⁴⁰ Sobre 1.872 registrados. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Septiembre 2005.

- Fortalecer las redes de colaboración que actualmente existen en el país.
- Incidir en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y promoción de los derechos humanos y aseguramiento de la igualdad ante la ley de las personas viviendo con el VIH/ SIDA y el principio de la no discriminación en la respuesta nacional a la epidemia.
- Diseñar e implementar acciones para la gestión y obtención de recursos financieros dirigidos al cumplimiento del PEN.
- Diseñar e implementar un plan de IEC dirigido a la población general para la prevención de las ETS/VIH/SIDA
- Controlar y prevenir las ETS.
- Garantizar sangre segura y sus hemoderivados.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para las ETS/ VIH/ SIDA en todos sus niveles y subsectores de salud.
- Atención integral en los servicios de salud tanto públicos como privados a las personas que viven con el VIH/SIDA.

A. Principales avances y lecciones aprendidas

Aunque existen limitaciones de conocimiento y de difusión del Plan Estratégico Nacional de las ITS, VIH y Sida en diferentes niveles de instituciones oficiales y de la sociedad civil, la visión integradora y multisectorial desde la óptica de derechos y equidad, bajo el cual fue concebido, facilitó en cierta medida la participación de diferentes entidades del Estado, principalmente del sector de salud, de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en su conjunto, en el desarrollo de acciones para contribuir a detener la epidemia y comenzar a revertir su impacto.

Existe voluntad política de articular una respuesta nacional, con participación multisectorial y social, en un contexto que muestra avances relativos en los planos político, jurídico y normativo. En los esfuerzos de coordinación se destacan numerosas organizaciones no gubernamentales (ONGs) que desarrollan programas y proyectos vinculados a la atención y apoyo de los grupos más discriminados en relación a la epidemia.

Se han realizado acciones de abogacía para incidir en el ámbito político, informando y sensibilizando a diputados, funcionarios de instituciones y dirigentes de organizaciones para una mejor comprensión del tema y de las complejas repercusiones. Las políticas públicas relacionadas con el VIH, lo ubican como un problema de salud que debe ser atendido de manera integral, con énfasis en la prevención a través de la educación formal y no formal, con énfasis en la población adolescentes y jóvenes.

En los últimos años se ha desarrollado un marco legal en la temática de VIH que debe ser fortalecido en las áreas de protección a la mujer incluyendo los temas de violación y abuso sexual. El marco jurídico vigente incluye aspectos contra la discriminación de las personas que viven con VIH, enfatizando en la protección de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a la confidencialidad y a la provisión de servicios accesibles para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

Sin embargo, las personas que viven con VIH o tienen SIDA, no cuentan con un punto de referencia establecido para formular denuncias por violación de sus derechos

humanos, dado que no está funcionado el Comité Ético establecido en la Ley 238, como instancia especializada para tal fin. Sin embargo CONISIDA ha creado mecanismos alternativos que permiten atender casos de denuncia de discriminación. De igual forma, algunas organizaciones sociales dedicadas a la promoción de los derechos humanos han recibido y brindado asesoría a personas afectadas por la epidemia del VIH que consideran que sus derechos han sido violentados en diferentes ámbitos, incluidas las instituciones oficiales.

La Ley 369 de Seguridad Transfusional constituye un aporte significativo al cumplimiento de los objetivos relacionados con la prevención de la infección por el VIH, por lo que amerita mayor difusión y aplicación. Sin embargo, no han sido instauradas las instancias que deben aplicar la ley para el control de los 24 centros de recolección de sangre existentes en el país y hasta fecha se institucionalizó recientemente el Programa Nacional de Sangre Segura.

La Ley de Promoción Integral de la Juventud, establece que se deberá brindar información sobre la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el embarazo en adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ITS y el VIH aspectos de capital importancia dado el alto índice de embarazos en la adolescencia y las características de la epidemia que afecta principalmente a población joven.

Un elemento relevante es la constitución de la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA), encargada por Ley de conducir los esfuerzos en la lucha contra la epidemia, promover la participación concertada de las instituciones estatales, actores de la sociedad civil y comunidad internacional; cuyo accionar se traduce en la extensión de su alcance a nivel departamental y regional mediante la constitución de Comisiones Departamentales y Regionales con diferentes niveles de funcionamiento.

El liderazgo del MINSA para impulsar las acciones del PEN ha sido reconocido por representantes de la sociedad civil, principalmente en los aspectos relacionados con la vigilancia de la epidemia; la capacitación del personal de salud y de agentes comunitarios, la aplicación de normas técnicas, la disponibilidad de instrumentos de información y notificación; la mejoría de la calidad de la atención a las PBS y en el trabajo con redes comunitarias para la prevención y atención a jóvenes y adolescentes.

Se ha fortalecido la participación multisectorial, destacándose la incorporación activa de varios Ministerios a las iniciativas promovidas por la CONISIDA y se ha implementado la capacitación de trabajadoras (es) en temas de prevención y mejora de la atención, incluyendo el ámbito laboral.

Las organizaciones de la Sociedad Civil han incrementado su participación en CONISIDA a través de la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA desde la Sociedad Civil, coordinando los esfuerzos de numerosas ONG's e incrementado la capacidad de convocatoria. Las acciones de sensibilización de la opinión pública para la defensa y promoción de los derechos humanos de las PVVS y las experiencias en el desarrollo de proyectos relacionados con el VIH/ SIDA, incluyen la atención de grupos priorizados. Desde las ONG's se ha trabajado en la prevención de las ITS y del VIH, promoviendo prácticas sexuales responsables y seguras, el respeto a la diversidad, la educación en

valores humanos universales, el reconocimiento de medidas de protección frente a la epidemia, incluido el uso condón y la promoción de derechos humanos.

Persiste un bajo nivel de participación del sector público, ONGs y grupos comunitarios en el proceso de formulación de políticas sobre el VIH y aún se hace necesario hacer efectiva la voluntad política expresada por el Gobierno en relación al tema.

El país cuenta con una gama de experiencias desarrolladas por organizaciones de la sociedad civil, nacionales y locales, entre las cuales se incluyen la formación de promotoras(es) sociales, comunitarios, adolescentes y juveniles y la educación de pares con HSH, TCS, amas de casa y PVVS. La diversidad de abordajes existentes en el país, es una oportunidad para la selección de estrategias de actuación costo efectivas, que cuenten con un alto grado de aceptación social por parte de la población.

ASONVIHSIDA, organización que agrupa a la mayoría de las personas viviendo con VIH, ha fortalecido su organización y ha ampliado su presencia nacional a través de la conformación de sus representaciones departamentales, demandando frecuentemente dentro de la CONSIDA el respeto a las crecientes necesidades y expectativas de sus representados-as y a la promoción de sus derechos. Recientemente ha formado en el programa de Educación para la Vida del MECD, los primeros (18) consejeros para trabajar con PVVS.

Otro elemento que se destaca es la incorporación de las organizaciones basadas en la Fe y su esfuerzo por divulgar el riesgo de la epidemia y sobre medidas de prevención del VIH sustentadas en valores religiosos, desarrollando actividades de sensibilización a líderes religiosos sobre la magnitud de la epidemia y educación en adolescentes y jóvenes sobre la promoción de prácticas sexuales responsables, enfocadas a la abstinencia y la fidelidad.

Actualmente se intenta lograr un consenso para definir la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para la prevención de las ITS y del VIH, tomando en cuenta la diversidad de abordajes que prevalecen en el país, y pretendiendo que sea diseñada a partir de investigaciones que revelan las más frecuentes prácticas de riesgo, e incluir la promoción de acciones destinadas a la población general y poblaciones específicas.

Con relación a la vigilancia epidemiológica, aún funciona de manera pasiva. La ley 238 la captación de nuevos casos se realiza por demanda de los usuarios, casi siempre originada por otras causas, no primariamente por VIH. Esto incide en que la captación sea tardía, cuando la persona ya presenta signos y síntomas de la enfermedad. Lo anterior explica porqué el 60 % de los PVVS son captados como caso SIDA”

A pesar de ello, se ha avanzado en la actualización e implementación de normas de vigilancia epidemiológica, capacitación de recursos para el sistema de información, control de la calidad de las muestras de VIH e inicio de la vigilancia de segunda generación. Además se han implementado centros de vigilancia centinela a embarazadas en unidades de salud de los 17 SILAIS. Desde la sociedad civil se destaca un conjunto de iniciativas que van desde investigaciones sobre el tema del VIH/SIDA en las poblaciones

meta, hasta el diseño y aplicación de sistemas de registro de información⁴¹ y estudios secuenciales desde la perspectiva de género.

Aunque no existen normas para la prevención de la infección por VIH y para la atención de las personas conviviendo con VIH/SIDA, se han diseñado pautas para la aplicación del tratamiento (ARV) y normas de seguridad transfusional para mejorar el abordaje del VIH/SIDA.

En el terreno de la prevención y control de las ITS se destaca la actualización y distribución del Manual del Manejo Sindrómico y de sus instrumentos de información y notificación, la capacitación del personal de salud del sector público de salud y educación, salud previsual, organizaciones no gubernamentales, comunidad y centros laborales.

Se han realizado esfuerzos para la prevención de la infección del VIH por vía sanguínea, desarrollando el programa de "Garantía de la seguridad de la sangre y sus hemoderivados", que ha permitido reducir la aparición de casos nuevos. Se ha fortalecido el Sistema de Garantía de Calidad en los bancos de sangre, la respuesta a problemas tecnológicos y de preparación de recursos humanos, con el apoyo de la cooperación externa. Existe coordinación entre la Cruz Roja, sociedad civil y MINSA para el seguimiento de casos positivos a nivel local, mediante atención y consejería a personas detectadas como VIH positivos y capacitación en bioseguridad.

La prevención de la transmisión vertical mediante la administración de ARV a embarazadas con VIH, inició en el 2003 asociada a asesoría en la atención prenatal. En el 2004 se administró ARV al 100 % de embarazadas (14) y se comenzó la entrega de sucedáneos de la leche materna.

Se ha mejorado la atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA, incrementando el acceso a ARV y la prevención de infecciones oportunistas, con prioridad a las embarazadas. En 2003, se inició la capacitación al personal de salud a nivel nacional en el manejo integral a las PVVS, aunque en la práctica sólo los hospitales Roberto Calderón e Infantil "La Mascota" se encargaron de iniciar el tratamiento ARV.

Con financiamiento del Fondo Mundial y apoyo técnico- financiero de ONUSIDA, Nicaragua inició en 2003 el tratamiento ARV a 17 PVVS. Ya para el 2004 se brindó tratamiento a 52 y a septiembre del 2005 se brinda tratamiento a 156. Para finales del 2005 se esperaba dar tratamiento a 227 PVVS, cumpliendo el compromiso firmado por el Presidente de la República (Monterrey, 2004), con la Iniciativa 3 X 5 lanzada por OMS y apoyada desde ONUSIDA.

En el 2004 se inició la descentralización de la terapia ARV en los departamentos de Managua, León, Chinandega, RAAS, RAAN. Para ello se han realizado capacitaciones y se pretende formar equipos médicos multidisciplinarios en hospitales departamentales, para la atención integral a las PVVS y el manejo de la terapia ARV. Sin embargo, aún no existe un sistema de vigilancia para el tratamiento ARV.

⁴¹ ONG que desarrollan monitoreo de políticas públicas sobre el VIH/SIDA: SI Mujer Base de datos Atenea. Casa Alianza.

En aras de hacer más accesible los servicios a las PVVS y a las embarazadas, en el 2004 se inició el estudio de carga viral, a partir de la compra e instalación de la tecnología requerida en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA (CNDR). Está pendiente el abordaje de los problemas relativos a la inseguridad alimentaria y nutricional, los cuales influyen en la evolución y calidad de vida de los PVVS, así como en otros aspectos sociales que tienen repercusiones en los PVVS y sus familiares..

La participación de ONGs en la formación de recursos humanos, asesoría a usuarias y usuarios en la prevención del VIH/SIDA, trabajo en redes y el aumento de centros alternativos de atención en salud brindando servicios para ITS, VIH y Sida, en coordinación con las unidades públicas de salud.

Se ha incrementado el apoyo social a las personas que reciben terapia ARV, fortaleciendo la adherencia mediante la asignación de financiamiento para agregar la canasta alimenticia básica y asegurando sucedáneos de la leche materna a una parte de las y los recién nacidos de madres VIH positivas.

Se han realizado esfuerzos para brindar atención domiciliaria con participación de activistas comunitarios y ONGs en algunas regiones del país, destacándose las comisiones de la Costa Atlántica, las que por sus características geográficas y la existencia de comunidades de difícil acceso, han tenido que multiplicar esta experiencia.

Desarrollo de investigaciones relacionadas con el VIH, producto de los esfuerzos de diferentes instituciones y ONGs en todo el país, han podido ser utilizadas como referencia para una mejor comprensión del problema y para la orientación de decisiones relacionadas con el fortalecimiento del Plan Estratégico Nacional, dando prioridad a poblaciones específicas, desde un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos.

La existencia de unidades para la formación de recursos humanos y de investigación, ha contribuido a la disponibilidad creciente de recursos calificados para la aplicación de la estrategia de prevención del VIH, y ha fortalecido la capacidad de gestión y la provisión de servicios integrales, a nivel central y en los diferentes departamentos, además de aportar recursos e instalaciones para el diseño, desarrollo y difusión de investigaciones de gran utilidad. El enfoque de la formación de nuevas y nuevos profesionales debería integrar una clara perspectiva de derechos humanos, con un enfoque de género y generacional, que fortalecería los esfuerzos realizados.

B. Factores restrictivos de la Respuesta Nacional.

En el ámbito político no hay una cabal comprensión de la magnitud e importancia de la epidemia del VIH como problema social y de su impacto en el país; en esto influye un liderazgo efectivo incipiente y carencia de mecanismos de gestión que contribuyan al desarrollo de la respuesta nacional.

En el plano jurídico son notorios los avances en leyes que contribuyen a un enfoque de derecho en la contención de la epidemia; sin embargo, falta aún mecanismos de

operacionalización y control de la aplicación efectiva de las leyes, que permitan alcanzar un mayor impacto desde las acciones derivadas del PEN.

Las políticas públicas y los proyectos específicos de las instituciones oficiales propician mayor sensibilidad en algunos tomadores de decisiones a nivel del Estado y de organizaciones de la sociedad civil para incorporar la educación sexual a los programas preventivos como parte de un consenso nacional como norma nacional.

Hasta ahora, el contenido divergente de los mensajes emanados desde diferentes fuentes confunde a la población, no establece claramente la magnitud de la epidemia ni fortalece la percepción de riesgo personal y social, haciendo poco visible el problema en la agenda nacional.

Una importante proporción de funcionarias-os públicos, trabajadoras-es de los servicios de salud y educación, educación, salud previsual y de otras instituciones oficiales, así como las PVVS y sus familiares, aún no conocen en profundidad los derechos humanos tutelados en la legislación vigente y la extensión de los mismos en la prestación de los servicios sociales, educativos, previsionales o de salud que reciben.

Aunque los medios masivos de comunicación transmiten información sobre la epidemia, muchas veces los hechos de la vida cotidiana que afectan a las personas viviendo con VIH o SIDA son reflejados en las páginas de sucesos o en la nota roja con una connotación negativa, discriminadora y culpabilizadora, por lo que hace falta continuar los esfuerzos por sensibilizar a profesionales de la comunicación y a propietarios y empresarios.

El Sector Empresarial Privado se está incorporando al esfuerzo social para enfrentar la epidemia, el caso del sector privado de la salud se ha venido vinculando a la problemática del VIH, tanto desde su perspectiva como proveedor de servicios al INSS, como en su participación en el diseño de la política de salud.

El financiamiento interno resulta insuficiente ya que se limita al desarrollo de las acciones institucionales que el MINSa desarrolla en el PEN; por esta razón existe una gran dependencia de la cooperación externa. Esta situación pone en riesgo la sostenibilidad de las acciones, especialmente cuando a partir del 2007 concluya la subvención del Fondo Mundial en lo que respecta a la prevención y atención del tratamiento a los PVVS.

Dado el escaso financiamiento nacional, las acciones institucionales de la Respuesta Nacional han estado limitadas en lo que respecta a recursos humanos y materiales, por lo que muchas de sus acciones descansan en el apoyo de proyectos financiados por la cooperación internacional, los que no siempre se aprovechan adecuadamente.

Debe señalarse que no se ha dado una utilización eficiente de los recursos del Fondo Mundial, debido a debilidades en la gestión de los beneficiarios. En algún momento se ha observado un escenario de recursos superiores a la capacidad de absorción para un tipo de actividades, y al mismo tiempo, no fueron asignados los recursos para otras actividades estratégicas como la investigación de grupos vulnerables y sus comportamientos, factor crítico para entender la dinámica de la epidemia y proponer medidas de prevención y control adecuadas.

C. Problemas relevantes de la respuesta nacional y principales brechas que requieren ser cubiertas para una respuesta efectiva.

1. En la conducción de la Respuesta nacional.

Problema: Liderazgo insuficiente para la gestión y articulación de la respuesta nacional.

El liderazgo de CONISIDA de cara a la respuesta nacional aún es insuficiente para articular todos los actores institucionales de gobierno, de la sociedad civil, sector privado y comunitario, en un esfuerzo nacional que logre efectivamente enfrentar la epidemia. A pesar de los avances que ha tenido en su institucionalización, CONISIDA muestra debilidades en su estructura organizativa, en sus mecanismos de funcionamiento y sobre todo de gestión para impulsar con eficacia las acciones que se requieren como respuesta nacional.

Por otra parte, CONISIDA aún no logra extender sus mecanismos de actuación a todos los departamentos y regiones del país, y donde lo ha hecho, requiere fortalecer los mecanismos de participación y actuación de todos los actores locales que deberían estar involucrados en el enfrentamiento de la epidemia, de tal forma que las acciones de la respuesta nacional se adecuen a las realidades concretas y los grupos vulnerables de cada territorio.

Brecha: Limitada capacidad de conducción y articulación de los diversos actores que intervienen en la respuesta nacional

Incrementar la capacidad de conducción de CONISIDA e integrar de forma efectiva la totalidad de actores vinculados a la respuesta nacional es una meta por alcanzar. Muchos esfuerzos actuales están dispersos, en ocasiones con duplicidad de intervenciones para los mismos beneficiarios y territorios, lo que incrementa costos y reduce la eficacia global de la respuesta.

La participación de la comunidad en la respuesta nacional, como sujeto de derecho, es aún limitada. No se han organizado suficientes espacios efectivos de participación ciudadana en el análisis de los problemas relacionados con la epidemia, en el diseño de intervenciones participativas y en el control del cumplimiento de las disposiciones legales vinculadas con la prevención del VIH/ y con la promoción y defensa de los derechos humanos de las personas ante el sida. Los integrantes de los grupos de población más vulnerables ante la epidemia no están suficientemente representados en los espacios de concertación y toma de decisiones existentes a nivel nacional y local.

2. En la vigilancia del comportamiento de la epidemia.

Problema: Limitaciones del sistema de vigilancia de la epidemia.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, existe una limitante estructural en cuanto al sistema de vigilancia de las ITS, VIH y Sida; la información disponible sobre el

comportamiento de la epidemia está muy afectada por los niveles de subregistro existentes; el pesquizado del VIH es pasivo y hay muy baja cobertura de la prueba voluntaria en los grupos de riesgo; el llenado de las boletas de reporte y las fichas epidemiológicas es deficiente; no se ha logrado la integración en su totalidad de las instituciones de salud privadas ni de los centros alternativos a la vigilancia; la disposición de recursos para asegurar la vigilancia, el diagnóstico activo y el control de la calidad es insuficiente

La información para dar seguimiento eficiente de los factores que condicionan el comportamiento de la epidemia; controlar la marcha de las principales líneas estratégicas y evaluar los resultados e impacto de las intervenciones que se desarrollan no es completa ya que hemos estado orientados bajo lineamientos de vigilancia de primera generación.

Por otra parte la vigilancia de la evolución clínico epidemiológica de las personas que conviven con el VIH en los diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad no tiene un seguimiento continuo debido a que hay limitaciones en la búsqueda activa de los casos y esto amparado por la ley 238, lo mismo que con los resultados e impacto de la aplicación de los criterios de atención integral, incluyendo los efectos de la terapia ARV y la prevención de las infecciones oportunistas.

Brecha: Limitado conocimientos sobre la magnitud y distribución de las ITS, VIH y Sida, el comportamiento de los factores que las determinan y los resultados e impacto de las intervenciones que se desarrollan.

En los próximos años deberá contarse con un sistema moderno de vigilancia epidemiológica de segunda generación que cubra no solo la población demanda que atiende al sector público, sino que también al conjunto de la población y al mismo tiempo que de cuenta de muchos fenómenos del comportamiento de la epidemia, incluyendo los resultados e impacto de las intervenciones que se ha venido desarrollando desde la respuesta nacional.

Se deberán realizar esfuerzos para articular los realizados en los últimos años como la creación de sitios centinelas, investigaciones, estudios, etcétera, así como la información que generan organizaciones que laboran en la temática del VIH, e incluso las que puede generar el sector privado, tanto el que brinda servicios a través del modelo de salud provisional como el que atiende abiertamente a la población.

3. En el acceso a los procesos de atención integral

Problema: Atención integral insuficiente en cantidad y calidad, así como desarticulación de los distintos esfuerzos que se realizan en el país.

Derivado de diversos factores --económicos, limitaciones de recursos, organizativos y tecnológicos, etcétera--, la oferta de servicios y acciones para enfrentar el VIH desde el sector público es limitada si se toma en consideración el comportamiento de la epidemia, lo que ha obligado a que tanto los procesos de diagnóstico y tratamiento se realicen de forma centralizada en algunos ámbitos del país.

Al mismo tiempo existen otras capacidades para brindar servicios y acciones de atención las que laboran de forma independiente y en muchas ocasiones teniendo como beneficiarios las mismas poblaciones que atiende al sector público, lo que al final redundaría en que existe limitaciones en el acceso a cuidados de carácter integral que contribuyan al enfrentar con efectividad el comportamiento de la epidemia.

Por otra parte, la atención que se está brindando no se basa completamente en protocolos estandarizados o normas de atención que regulen la calidad de la atención brindada, lo que asociado al limitado entrenamiento que se ha brindado al personal médico redundaría en que la calidad de los servicios no esté en el óptimo deseable. De hecho, tanto los problemas de accesibilidad derivados por la oferta insuficiente, como los de calidad de la atención brindada, están incidiendo en que se estén detectando tardíamente los PVVS y que un porcentaje alto de estos sean catalogados como casos de sida.

Brecha: Limitaciones en el acceso a los procesos de atención integral a las poblaciones o grupos en condiciones de vulnerabilidad.

En los próximos años será necesario incrementar el acceso a los procesos de atención integral a los grupos en condiciones de vulnerabilidad (adolescentes y jóvenes, HSH, TS, poblaciones móviles, etcétera, lo que necesariamente pasará por articular y organizar la oferta disponible en el país lo que incluye tanto los servicios públicos del MINSA, como los que ofrecen las empresas médicas previsionales a la población asegurada, así como las capacidades y servicios que ofertan los ONG.

La baja cobertura de atención prenatal y la falta de regularidad y calidad en la consejería hacen que la proporción de embarazadas a las que se realiza la prueba voluntaria del VIH sea baja; no hay control de la atención al parto de las embarazadas con VIH, lo que ha incidido en que se incremente la transmisión vertical del VIH.

Por otra parte, será necesario desarrollar acciones de planificación familiar dirigidas a las mujeres en edad fértil con VIH, organizar los mecanismos para atender las solicitudes de emergencias obstétricas y bajo nivel de esterilización quirúrgica a las mujeres viviendo con VIH/Sida que lo requieren.

Otro aspecto a tener en cuenta al valorar este problema es el control en los bancos de leche, que de mantenerse el bajo nivel de monitoreo del VIH en las embarazadas y en las madres que aportan leche materna a los lactarios que funcionan en los hospitales, puede hacer que esta práctica saludable se convierta en un factor de riesgo adicional para la transmisión vertical del VIH.

Aunque no se conoce la magnitud real y los factores asociados al uso de drogas intravenosas, será necesario diseñar estrategias específicas para la atención a estos grupos y la disminución de su vulnerabilidad. Al mismo tiempo, se deberán divulgar suficientemente las normas de bioseguridad en las unidades de salud de todos los subsectores, disponer de recursos suficientes para su aplicación y establecer mecanismos de control de su cumplimiento.

En lo que respecta a la cobertura a la terapia ARV y la profilaxis de las infecciones oportunistas será necesario ir incrementándola en la medida de los recursos disponibles.

Al mismo tiempo se deberá avanzar del enfoque esencialmente clínico, al manejo de los ámbitos familiar, comunitario y laboral, con el apoyo integral, psicológico, nutricional y social que requieren las personas que conviven con el VIH. En la mejora de la calidad, además de estandarizar los enfoques es necesario superar las actitudes de rechazo y conductas discriminatorias de algunos prestadores.

4. En el comportamiento de la población

Problema: Mecanismos de promoción y prevención poco efectivos para incidir en el comportamiento de los grupos vulnerables, como consecuencia de la falta de especificidad de sus condiciones particulares.

La prevención de las ITS y el VIH/Sida ha descansado principalmente en una estrategia nacional de información, educación y comunicación dirigida a la población general, pero no ha existido un enfoque armónico, multisectorial e integrado que responda a las necesidades y características de los grupos más vulnerables, especialmente de los HSH, las TS y poblaciones móviles; no ha habido un tratamiento diferenciado a los departamentos o regiones que lo requieren debido a que presentan mayores tasas de incidencia.

La estrategia nacional de IEC no constituye el referente real de la totalidad de los actores que se involucran en la tarea, ya que en la práctica coexisten acciones aisladas, muchas veces superpuestas en un mismo territorio o grupo beneficiario; con enfoques diversos, que en algunos casos reflejan posiciones contradictorias. Por otra parte, hace falta una estrategia específica dirigida a la prevención en los grupos étnicos y comunidades indígenas, especialmente de la Costa Caribe; las acciones desarrolladas no toman en cuenta la complejidad de las peculiaridades socioculturales, religiosas e idiomáticas, lo cual limita su efectividad.

La cobertura y accesibilidad a servicios de salud integrales para la prevención de las ITS y el VIH/Sida son insuficientes; la consejería no es estable y generalmente tiene poca calidad, con gran número de oportunidades perdidas en la oferta y realización de pruebas voluntarias de VIH a personas en riesgo. No se ha estudiado suficientemente la relación entre la TB y el VIH/Sida.

En el control y tratamiento de las ITS se destacan los altos niveles de subregistro en la notificación en general y en especial de los casos de sífilis congénita; así como la baja proporción de afectados por las ETS a los que se brinda consejería de calidad para la prueba voluntaria de VIH; sólo una tercera parte de los casos diagnosticados recibe tratamiento en las unidades públicas de salud y la identificación y control de contactos es muy limitada. Hay desconocimiento acerca del cumplimiento de las normas vigentes en las instituciones privadas.

Brecha: Persistencia de prácticas sexuales de riesgo que causan el incremento de la incidencia de las ets y de la transmisión sexual del vih.

La transformación de las prácticas sexuales de riesgo en prácticas sexuales seguras es un resultado necesario para los próximos años para lograr contener la epidemia;

sin embargo, lograrlo implica superar lo actuado en promoción y prevención. Por una parte, será necesario conocer el impacto que las acciones de IEC han producido en los diferentes grupos de población, especialmente entre los grupos de mayor vulnerabilidad, con el fin de diseñar acciones que trasciendan el nivel de información y conduzcan al cambio de actitudes y prácticas responsables para la prevención de las ITS, VIH y Sida.

Por otra parte, será indispensable identificar las mejores prácticas de promoción desarrolladas por las instituciones y organizaciones que trabajan en la temática de las ITS, VIH y Sida, con el fin de seleccionar las más efectivas de acuerdo a las necesidades y características de los grupos de mayor vulnerabilidad con el fin de establecer una estrategia nacional, con formas específicas de actuación a nivel local, en la que se combine diversas forma de promover los cambios de actitudes y comportamientos relacionados con las prácticas sexuales.

De igual forma será indispensable diseñar procesos específicos de prevención que puedan ser aceptados socio culturalmente por los diferentes grupos étnicos que integran la sociedad nicaragüense. En este proceso será indispensable empoderar a la población en general, así como a sus distintas expresiones organizativas de tal forma que la comunidad participe activamente en la promoción de prácticas sexuales responsables y la puesta en marcha de mecanismos efectivos prevenir la diseminación de la epidemia.

5. En el tratamiento global de la epidemia

Problema: Limitada articulación de las políticas públicas para el tratamiento efectivo de la epidemia en el país.

A nivel formal la temática de la epidemia del VIH está contemplada en la agenda nacional y recogida en diversas políticas de gobierno; sin embargo, en la práctica existen esfuerzos dispersos desde las instituciones del estado cuya efectividad es insuficiente para enfrentar los factores estructurales que condicionan el comportamiento de la epidemia, así como los efectos que está generando no solamente en los PVVS, sino también en sus familias y comunidades.

De hecho, no se ha estudiado con la profundidad requerida la magnitud del impacto individual, familiar, económico y social de la epidemia. No se conoce en detalle la situación de los niños huérfanos por esta causa y no existe una estrategia nacional para garantizar la atención integral y social a los mismos. No se dispone de un estudio de las tendencias del impacto de la epidemia a corto y mediano plazo, lo que contribuye a limitar la capacidad de proyectar de manera más eficaz la respuesta nacional para los próximos años.

Brecha: Incremento del impacto familiar, social y económico de la epidemia.

Enfrentar el impacto socioeconómico de la epidemia implicará un tratamiento integral de los programas nacionales de protección social que permitan por un lado reducir la vulnerabilidad de los grupos más desprotegidos socialmente, mejorar su situación y la

capacidad para enfrentar la epidemia y por otro atender los aspectos sociales de los PVVS, casos de sida, así como a sus familias y comunidades de forma tal que minimice el impacto socioeconómico.

Por ello, será indispensable crear un consenso nacional sobre un tratamiento integral y multisectorial de la epidemia y sus consecuencias, que se base en la definición y articulación de políticas públicas efectivas que complementen los esfuerzos específicos desde las instituciones y organizaciones del sector salud y las comunidades. Así mismo será necesario involucrar al sector empresarial con el fin de asegurar la inserción laboral de los PVVS, de tal forma que les permita expresar sus capacidades productivas y poder contribuir a su sostén individual y familiar.

Sin embargo, es indispensable que el impacto familiar, social y económico de la epidemia sea enfrentado desde una perspectiva de derecho humano, con el fin de contribuir a reducir cualquier rescoldo de discriminación que pueda existir hacia los PVVS o los casos de sida.

VI. MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ITS, VIH Y SIDA

A. Marco jurídico y político

A finales de la primera mitad del Siglo XX, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*⁴² plasmó claramente que todas las personas tienen derecho por igual a la protección de su salud, al respeto a la dignidad humana y a vivir sin discriminación de ningún tipo.

En años más recientes, tanto el *Programa de acción de la cuarta conferencia internacional sobre población y desarrollo*⁴³ como el *Plan de acción de la conferencia sobre los derechos de la mujer*⁴⁴, recogieron entre sus objetivos prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y Sida, reducir su incidencia, proceder a su tratamiento y prevenir las complicaciones, dando prioridad a los programas de educación para niños, niñas, mujeres y hombres.

Por su trato preciso de la problemática específica del VIH/Sida, se destacan la *Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas*⁴⁵, entre cuyos objetivos aparece "Reducir la propagación de enfermedades, especialmente el VIH y Sida y el paludismo"; y la *Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH y SIDA, UNGASS*⁴⁶ aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio del 2001, que expresa el compromiso de los gobiernos participantes en el sentido de "Reducir la incidencia del VIH y comenzar a revertir los efectos de la epidemia del VIH y SIDA para el año 2015."

⁴² Declaración Universal de derechos humanos. Asamblea General de Naciones Unidas 10 de diciembre de 1948.

⁴³ Programa de Acción de la 4ta. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

⁴⁴ Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. ONU. Beijing, 1995.

⁴⁵ Declaración del Milenio. ONU 8 de septiembre 2000

⁴⁶ Declaración de Compromisos de lucha contra el SIDA. ONU junio del 2001.

En esta última reunión se dejó claramente establecido que la acción eficaz contra la epidemia requiere de un firme liderazgo del gobierno y la participación activa y plena de la sociedad civil, los círculos empresariales y el sector privado, mediante la aplicación de estrategias y planes nacionales que enfrenten el silencio, el estigma y el rechazo; eliminen la discriminación y la marginalidad; protejan y promuevan las libertades fundamentales y los derechos humanos; consideren la perspectiva de género; definan las obligaciones de las instituciones gubernamentales y aseguren mecanismos efectivos de colaboración entre éstas y la sociedad civil, el sector empresarial, las personas que viven con VIH/Sida y aquéllas que pertenecen a grupos vulnerables; incluyan acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo, así como para la reducción de los efectos de la epidemia y basen su financiamiento en el presupuesto nacional y en el apoyo de la cooperación externa.

El PEN incorpora fundamentos jurídicos establecidos en la Constitución Política de la República de Nicaragua, la cual señala el derecho igual a la salud para todos los ciudadanos sin discriminación y la responsabilidad del estado de garantizar las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, dirigiendo y organizando programas, servicios y acciones de salud y promoviendo la participación popular.⁴⁷

Otros derechos y principios básicos reconocidos en los tratados internacionales, como el derecho a la vida y a la igualdad ante la ley y los principios éticos de no discriminación, confidencialidad y autonomía, que aparecen refrendados por la *Constitución Política de la República de Nicaragua*⁴⁸, forman parte del sustrato jurídico del PEN y deberán presidir su aplicación y todas las normas que se deriven de él.

1. Referentes jurídicos más inmediatos para la concepción y ejecución del Plan estratégico nacional de las ITS, VIH y Sida

La ley 238. De promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida⁴⁹, garantiza a todos los ciudadanos nicaragüenses y a los extranjeros que residen en el territorio nacional, el más absoluto respeto a sus derechos humanos en todo lo relacionado con la prevención y el control del VIH; la no discriminación, la confidencialidad y el respeto a la autonomía personal; la posibilidad de recibir educación sanitaria y sexual que promueva prácticas sexuales responsables y seguras; el acceso a servicios de salud con atención integral, humanizada y de calidad, incluyendo el tratamiento más efectivo; así como la obligación de todas las entidades públicas y privadas que cumplan funciones de información, comunicación y educación, de garantizar información científica veraz y oportuna para la prevención. Dispone la creación de CONSIDA,⁵⁰ como instancia de gobierno encargada de velar por la aplicación consecuente de esta ley.

⁴⁷ Constitución Política de la República de Nicaragua, Artículo No. 59.

⁴⁸ Constitución Política de la República de Nicaragua, Artículos 23, 27, 46 y 47.

⁴⁹ Ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida y su reglamento. La Gaceta diario oficial No 232. Nicaragua. 1996.

⁵⁰ Artículo 31 de la ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida y su reglamento. La Gaceta Oficial No 232. Nicaragua. 1996.

La ley 423, Ley general de salud y su reglamento,⁵¹ define como Sistema nacional de salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas y, en su artículo 11, reconoce la construcción de modelos de salud autónomos para las regiones del caribe.

La ley establece que todas las personas e instituciones están obligadas a cumplir las medidas para la protección de la población en caso de epidemias y define un programa de atención a las enfermedades de alto costo, que comprometan especialmente la economía individual y sectorial. Por otra parte, promueve el respeto a los derechos y la dignidad humana, entre ellos a la confidencialidad y el sigilo, en todas sus acciones y procedimientos.

La ley No. 185, del Código del Trabajo,⁵² dispone que los empleadores están obligados a cumplir las medidas para proteger la salud de los trabajadores y reducir riesgos laborales.

Decreto ley 975, Ley Orgánica de la Seguridad Social⁵³ faculta al INSS para implementar, dentro del régimen de seguridad social, todas las prestaciones con los riesgos profesionales, y establece en el artículo 74 que ejecutará programas para la prevención de enfermedades profesionales y establece claramente las obligaciones de los empleadores.

Ley No 369, Ley de seguridad transfusional,⁵⁴ establece que la donación, procesamiento, conservación, suministro y transfusión de sangre humana y de sus componentes y derivados, resulta de interés público y define las medidas para la preservación de la salud de los donantes y la máxima protección de los receptores.

Ley No 287. Código de la niñez y la adolescencia, define que todas las niñas niños tienen derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental, educación, el tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social y a los servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud.

Ley No. 392. Ley de promoción del desarrollo integral de la juventud, tiene por objeto promover el desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes; garantizar el ejercicio de sus derechos y obligaciones; establecer políticas institucionales y movilizar recursos del estado y de la sociedad civil para la juventud.

Para los efectos de esta ley se entiende por joven a toda persona nacional o extranjera radicada en el territorio nacional cuya edad oscile entre los 18 y 30 años de edad; los límites de edad señalados aquí no sustituyen los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes que garantizan derechos civiles y políticos así como garantías penales.

⁵¹ Ley General de Salud No 423 fue aprobada el catorce de marzo del 2002, publicada el 17 de mayo y entró en vigencia en Septiembre del mismo año. La ley ya fue reglamentada y sancionada por el Presidente de la República, el diez de enero del 2003.

⁵² Ley No 185. Código del Trabajo. Gaceta oficial No 205, 30 de Octubre de 1996.

⁵³ Decreto Ley No 975. Ley Orgánica de la Seguridad Social. La Gaceta, Diario oficial No 29. 1 de Marzo de 1982.

⁵⁴ Ley de seguridad transfusional. Aprobada el 28 de Noviembre del año 2000, pendiente su reglamentación.

La ley No 28, referente a la autonomía de las regiones de la Costa Caribe nicaragüense, establece que los órganos administrativos deberán administrar los programas de salud, educación y sociales en coordinación con las instancias nacionales del Estado.

Asimismo, el marco político que delimita el Plan estratégico nacional de las ITS, VIH y Sida está delimitado por un conjunto de políticas públicas de la República de Nicaragua, las que se materializan en los siguientes instrumentos:

El Plan Nacional de Desarrollo⁵⁵ aborda el problema del VIH y reclama que sea atendido para reducir su transmisión.

La Política nacional de población⁵⁶ y su **plan de acción** orientan el desarrollo de un programa nacional para atender lo relacionado con la salud sexual y reproductiva e incluye la prevención del VIH/Sida y responsabiliza al MECD para garantizar una educación sexual científica y veraz a educandos y educadores y al MINSA con implementar un paquete básico de atención que incluye el VIH, aplicando un modelo de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes, encaminado al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y a la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH.

La Política nacional de educación⁵⁷ reconoce al VIH/Sida como un problema de salud relacionado con la poca educación sexual, estableciendo la incorporación de estos temas en los programas docentes en los diferentes niveles de enseñanza, así como en la formación de los educadores.

Por otra parte, las **Políticas de la juventud**⁵⁸ y la **Política nacional de atención y prevención integral a la niñez y la adolescencia**,⁵⁹ y su Plan Nacional de Acción para la atención integral a la niñez y la adolescencia, definen entre sus objetivos que se deberá garantizar el acceso a la información y educación sexual y a servicios integrales de salud a los jóvenes para poder prevenir las ETS /VIH/Sida.

La Política nacional de salud y el Plan nacional de salud⁶⁰ reconocen la necesidad de fortalecer la atención de varias enfermedades transmisibles endémicas, incluido el VIH/Sida, elevar la cobertura y calidad de las prestaciones sociales y fomentar ambientes y estilos de vida saludables, e incluye objetivos para fortalecer la promoción y la aplicación de la guía terapéutica del conjunto de síntomas de las ITS; desarrollar estrategias de IEC en todos los niveles para la prevención de factores de riesgo e incrementar la cobertura de atención a las personas que viven con VIH; así como la meta de detener la incidencia del VIH en el 2015 y comenzar a revertir su propagación, aumentando la detección de casos.

El Plan nacional de lucha contra la violencia, define como una prioridad trabajar en el empoderamiento de la mujer, promoviendo prácticas de respeto y equidad que permita

⁵⁵ Plan Nacional de Desarrollo. Gobierno de Nicaragua. 2002

⁵⁶ Política Nacional de Población. Diciembre de 1997. Plan de Acción. Secretaría de la Presidencia. Nicaragua 2001

⁵⁷ Política Nacional de Educación. Gobierno de Nicaragua. 2001

⁵⁸ Política Nacional de Juventud. Secretaría de la Presidencia. Nicaragua. 2001

⁵⁹ Política Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la adolescencia. Gobierno de Nicaragua. 2001

⁶⁰ Política Nacional de Salud y su Plan de Acción. Nicaragua 2004.

eliminar todo tipo de violencia y explotación contra la mujer, la niñez y la adolescencia y poder elevar la calidad de vida de la población nicaragüense.

El marco normativo está conformado por un conjunto de resoluciones y normas ministeriales que regulan principalmente los aspectos técnicos y éticos que deben ser cumplimentados en la ejecución de diferentes acciones relacionadas con la prevención y atención al VIH/Sida, constituyendo el referente directo para el actuar de los trabajadores de la salud, los maestros y profesores, el personal de los bancos de sangre y otros.

B. Marco institucional

CONISIDA. Sobre la base de lo establecido en la Ley 238, se creó y se viene desarrollando la Comisión Nicaragüense del SIDA, CONISIDA, a ella le corresponde liderar el proceso de implementación, ejecución y control del Plan Estratégico Nacional, así como facilitar e impulsar la coordinación interinstitucional y social, que constituye su fundamento organizativo⁶¹.

Orgánicamente, CONISIDA está integrada por instituciones del gobierno, la sociedad civil, el sector privado, personas con VIH y otras instancias interesadas en aportar esfuerzos en la lucha contra el sida. A partir del 2005 se han venido integrando a CONISIDA, instituciones invitadas con carácter permanente, tales como Cruz Roja Nicaragüense, Cámara Nicaragüense de la Salud (CANSALUD), Secretaria de la Juventud (SEJUVE) y Ministerio de la Familia (Mifamilia).

La ley 238 y su reglamento establecen las principales responsabilidades de las instituciones estatales, así como las obligaciones de las personas naturales y jurídicas en relación con la prevención del VIH y la atención de las PVVS. Por su parte, la ley 290, de organización, competencia y procedimientos del poder ejecutivo⁶² establece los ámbitos de competencia de cada una de las instituciones que lo conforman, constituyendo un referente para la organización y distribución de funciones en la Respuesta Nacional a las ITS, VIH y Sida.

Asimismo, la ley 238 prevé la formación de un comité técnico ético encargado de recibir y resolver las denuncias por violación de los derechos humanos de las personas con VIH; el mismo debe funcionar en un espacio concreto, con competencias precisas, con un presupuesto asignado para tal fin por las autoridades nacionales. A continuación se señalan las competencias de las instituciones involucradas en la respuesta al VIH.

El MINSA como entidad rectora sectorial para la atención a la salud de la población, será el encargado de dictaminar y velar por la aplicación de las normas técnicas para la prevención de las ITS y del VIH, así como la atención integral y con calidad a las PVVS, regulando los servicios de consejería, asesoría, apoyo y tratamiento hospitalario, domiciliar o ambulatorio.

⁶¹ Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Artículo 33.

⁶² Ley 290 de Organización, Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo. Gaceta Oficial No. Nicaragua,

También velará por el control del funcionamiento de los mecanismos de vigilancia y reporte de los laboratorios y el cumplimiento de las consejerías previas para ofertar la prueba voluntaria del VIH en las unidades de salud y todo lo relacionado con su manejo y confidencialidad. El MINSA y los bancos de sangre deberán velar por la calidad de la sangre y los hemoderivados y prohibirán su uso con fines comerciales.

El MECD deberá garantizar la información y la educación sexual a los niños, niñas y adolescentes, que incluya los temas para la prevención del VIH y velará porque las personas que viven con VIH/sida tengan acceso a los centros educativos y que puedan practicar deportes y participar de las actividades recreativas en sus comunidades sin ser objeto de discriminación.

El INSS garantizará los beneficios de la seguridad social a la población trabajadora que vive con VIH/Sida y a sus familiares. En las clínicas médicas provisionales velará por el cumplimiento de las normas de prevención, la oferta de pruebas voluntarias y su reporte al sistema de vigilancia, así como la atención integral a las PVVS.

El Mitrab deberá garantizar el derecho al trabajo de las PVVS y su desempeño laboral; trabajará en la prevención en el ámbito laboral educando a los trabajadores en el autocuidado para evitar la infección del VIH y el riesgo laboral por esta causa.

El Ministerio de la Familia, como instancia rectora de la política social, deberá intervenir en la atención a los grupos más vulnerables por causa de la epidemia, como son las PVVS y sus familias, los huérfanos por causa del sida y los niños y niñas y adolescentes con VIH o con una gran exposición al riesgo por causas relacionadas con la explotación y el abuso sexual, la drogadicción y la violencia de género.

El Ministerio de Gobernación garantizará acciones de información y educación para la prevención del VIH entre el personal directivo, funcionarios públicos y escuelas formadoras de recursos humanos y en las unidades de salud que le están subordinadas. También asegurará las medidas de prevención y atención a la población penitenciaria para evitar la infección.

Los Ministerios de salud, educación, cultura y deportes, gobernación y de la familia, el INIM, la Comisión Nacional de Protección de los Derechos del Niño y la Niña; la Secretaría de Acción Social y otras entidades públicas, así como los ONG, las universidades públicas y privadas, los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria y los medios de comunicación masiva, trabajarán en la prevención del VIH como una acción concertada y conjunta entre el estado y la sociedad civil y tomarán en cuenta que los mensajes y contenidos utilizados reflejen el respeto a los derechos humanos y las diferencias culturales, de género, de etnia y generación en los comportamientos de la población.

Las organizaciones de la sociedad civil participarán en el desarrollo de las estrategias del PEN con arreglo a su función social específica y al tipo de actividades o servicios principales que se vinculan con ella, en el marco de sus diferentes capacidades y experiencias, de manera que la utilización más eficiente de sus potencialidades individuales contribuya al fortalecimiento de la respuesta nacional, evitando la dispersión y duplicación de esfuerzos mediante mecanismos adecuados de concertación.

- La participación de las personas que viven con el VIH/Sida, representadas en CONISIDA por la Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con VIH/Sida -- Asonvihsida-- en todas las actividades estratégicas que se vinculan con la prevención de las ITS y el VIH/Sida, incluida la evaluación y monitoreo de su ejecución, resultados e impacto, constituye una prioridad, por lo que se promoverá su integración en comisiones de trabajo e instancias de coordinación entre el estado y la sociedad civil a nivel local, departamental y nacional, así como su participación en acciones concretas interna en las instituciones.

La ley 238 prevé la creación de CONISIDA departamentales, las que tienen como misión integrar a todos los actores locales en la lucha contra el sida, aunando esfuerzos para enfrentar la epidemia en sus localidades. En el caso de las regiones del caribe nicaragüense, se crearon Corlusida y Coresida las que emergen sobre la base de la ley de autonomía de las regiones del Caribe nicaragüense, por lo que jurídicamente tienen un marco de referencia diferente a las CONISIDA departamentales.

C. Principios rectores del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida.

La ejecución del Plan estratégico nacional de lucha contra las ITS, VIH y Sida en Nicaragua se realizará en el marco de un conjunto de principios generales y ejes transversales que constituyen pilares básicos de su desarrollo para mejorar los esfuerzos comunes en la lucha contra el sida.

- **Universalidad.** La articulación de todas las acciones y servicios que se brinden en el marco de la Respuesta nacional al VIH y Sida deben tomar en cuenta a toda la población, sin distinción de género, raza, religión, credo político, con independencia de los distintos regímenes de financiamiento.
- **Integralidad.** Implica una visión abarcadora del ser humano en su esencia biológica, psicológica, social, y de su compleja interrelación con su entorno, por lo que las intervenciones que se ejecuten deben contemplar acciones integradas en los ámbitos de la promoción de la salud, prevención de las ITS y del VIH, así como el tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud y el bienestar de las personas con VIH/Sida, considerando, además, los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la calidad de vida de los individuos, la familia y la comunidad, con el objeto de lograr una atención integral de las personas que viven con VIH/Sida y sus familiares.
- **Complementariedad.** Como cualquier problema de salud, la prevención y atención de las ITS, VIH y Sida, al tener diferentes dimensiones, requiere de un esfuerzo mancomunado de las diferentes entidades públicas, privadas y comunitarias, y las agencias de cooperación, que deben coordinarse y articularse para lograr mayor eficiencia e impacto sobre la población general y sobre los grupos vulnerables en especial, implementando y desarrollando las estrategias con responsabilidad social compartida.

- **Interculturalidad.**⁶³ Nicaragua es un país multiétnico y la convivencia de grupos de población con diferentes concepciones de la vida, el bienestar y la salud, algunos con idiomas diferentes al español, operando en forma simultánea y sistemática en un territorio, hace necesario el diseño de modelos de intervención que consideren esas particularidades y busquen la armonización entre los diferentes sistemas.
- **Equidad.** Oportunidad que tienen los distintos segmentos de la población de acceder y utilizar los servicios esenciales de educación, salud y asistencia social, de acuerdo a sus necesidades particulares y con privilegio de los sectores más vulnerables, para el desarrollo de sus posibilidades y alcanzar una vida digna.
- **Continuidad.** Las acciones integrales deben ser sostenibles en el tiempo, tomando en cuenta todos los ámbitos y etapas del ciclo de la vida. Se aprovecharán todas las oportunidades posibles para garantizar acciones de información y educación para la prevención de las ITS y del VIH.
- **Calidad.** Las acciones que se desarrollen en todos los componentes del PEN deben tener efectividad comprobada, ser aceptadas y generar satisfacción en sus destinatarios, con el menor costo y riesgo posibles. Se brindará especial atención a los grupos más vulnerables, con la intención de prevenir los riesgos de la infección y sus consecuencias. Las instituciones que prestan servicios sociales y de salud garantizarán un trato humanizado y respetuoso de los derechos a las personas que viven con VIH/Sida, con apego a las normas técnicas vigentes.
- **Solidaridad.** Se refiere a los mecanismos de distribución de asignación de recursos financieros, provenientes tanto de las cotizaciones de la seguridad social como los de origen fiscal, mediante los cuales las personas con mayores recursos contribuyen al acceso a las prestaciones de aquellos con menores posibilidades.

D. Ejes transversales del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida

Todos los componentes estratégicos del PEN, las intervenciones que los integran y los mecanismos de gestión que se requieren para su implementación y seguimiento, tienen implícito, en cada caso y momento, el apego a un conjunto de elementos conceptuales que se han denominado Ejes Transversales.

- **Respeto a los Derechos Humanos.** Todas las acciones del Plan Estratégico Nacional deberán ajustarse al más irrestricto respeto a los derechos humanos de las personas, especialmente de aquellas que pertenecen a los grupos más vulnerables y de las que viven con VIH.
- **Ética.** De la misma manera, todas las personas, naturales o jurídicas, que por razón de sus funciones, sean públicas o privadas, deban atender a las personas pertenecientes a los grupos de mayor vulnerabilidad ante la epidemia o a las que

⁶³ La interculturalidad se entiende como la convivencia de diferentes concepciones de la salud --tradicional, occidental y familiar entre otras--, operando de forma simultánea y sistemática en un territorio, hace necesario el diseño de modelos que busquen la armonización entre los diferentes sistemas.

viven con el VIH/Sida, mantendrán actitudes y conductas basadas en los principios de:

- **No discriminación**, deberán tratarlas con el mismo respeto y atención que se les brinda a las demás personas.
- **Confidencialidad**, no divulgarán ninguna información que pueda identificar a las PVVS o afectar su vida en los ámbitos privado, económico, social, político y cultural.
- **Autonomía personal**, se reconocerá el derecho de las PVVS de tomar decisiones sobre su salud para conservar su vida, contando con la información científica y veraz que requieran.
- **Enfoque de género**. Enfrentar las ITS y el VIH/Sida desde esta perspectiva, implica reconocer que existen diferencias entre hombres y mujeres, condicionadas por la construcción social de género y las discriminaciones sociales, que se expresan en inequidades para la mujer, muy especialmente en la incapacidad para tomar decisiones con autonomía y libertad, sobre todo en el plano sexual y las relaciones de pareja, lo cual aumenta su vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/Sida. Su uso significa promover el empoderamiento de la mujer para conseguir prácticas de respeto entre hombres y mujeres y el reconocimiento efectivo de la igualdad de derechos de la mujer para protegerse y prevenir la infección por el VIH.

VII. VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ITS, VIH Y SIDA

A. VISIÓN

Nicaragua ha modificado favorablemente los factores individuales y sociales que condicionan el comportamiento epidemiológico de las ITS, el VIH y el Sida; ha asegurado el derecho de las personas viviendo con VIH o Sida y sus familias a una atención integral y ha mitigado el impacto de la epidemia, atendiendo la diversidad de su población, de manera integral y multisectorial

B. MISIÓN

Armonizar la respuesta nacional en un esfuerzo concertado entre las instituciones del Estado, la sociedad civil, la comunidad y las personas viviendo con el VIH o el sida, encaminada a generar acciones para la promoción de la salud y la prevención de las ITS /VIH, así como la atención integral no discriminatoria de la personas que viven con el VIH o el sida.

C. OBJETIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO

Contener la incidencia de las ITS /VIH/Sida y mitigar los efectos de la epidemia, mediante el desarrollo de una respuesta nacional integral, equitativa, efectiva y multisectorial, que incorpore acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad; la prevención de todas las formas de

transmisión de las ITS y el VIH, así como el acceso al tratamiento específico de los casos positivos.

1. Metas generales

- 1.1 Para el 2010, habrá una reducción del 20 por ciento en el número de nuevas infecciones de VIH.
- 1.2 En 2010, el 40 por ciento de las poblaciones vulnerables tendrán acceso a servicios de atención integral, incluyendo prevención, atención y tratamiento antirretroviral.
- 1.3 En el 2010, Porcentaje de los lactantes con el VIH nacidos de madres viviendo con el virus será inferior al 1 por ciento y la incidencia de la sífilis congénita serán de menos del 0.05 casos por 1000 nacimientos vivos.
- 1.4 Para el 2010, se habrá incrementado en un 50 por ciento la percepción de riesgo al VIH entre las poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- 1.5 Para el año 2010 el 70% de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años tendrán un conocimiento adecuado acerca de la prevención del VIH.

• Poblaciones priorizadas

La respuesta nacional debe centrar sus esfuerzos de promoción y prevención en aquellas poblaciones cuyas prácticas y condiciones de vida les hacen más vulnerables ante la epidemia del VIH; de igual forma se deberá centrar los esfuerzos de atención integral a las personas que viven con el VIH o tienen sida, haciendo énfasis en la atención a los huérfanos o dependientes directos de personas que tienen sida.

Poblaciones en las que deberá priorizarse el desarrollo de las acciones de la respuesta nacional.

- Adolescentes y jóvenes
- Niños y niñas víctimas de violencia
- Niños y niñas en explotación sexual
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Trabajadoras del sexo (TS)
- Poblaciones móviles
- Privados de libertad
- Personal uniformado
- Mujeres en edad fértil, y embarazadas
- Poblaciones indígenas y afrodescendientes
- Huérfanos por causa del sida.

Desde la perspectiva de distribución territorial, debe priorizarse la atención a los departamentos de Chinandega, Managua, la Región Autónoma del Caribe Norte, León, la Región Autónoma del Caribe Sur y Masaya. Así mismo debe hacerse énfasis

en los departamentos fronterizos que son objeto de tránsito poblacional frecuente y aquéllos que son el corredor natural de la comunicación terrestre entre los países centroamericanos, ya sea para el tránsito colectivo de personas o de carga comercial.

D. ESTRATEGIA GENERAL

La multiplicidad de factores que intervienen en el comportamiento de la epidemia sugiere que la respuesta nacional debe concretarse en acciones multisectoriales que actúen de forma efectiva sobre el conjunto social y en especial sobre las poblaciones con mayor vulnerabilidad. A pesar de ello, se debe tomar en cuenta los limitados recursos que el Estado puede disponer para la contención de la epidemia y mitigar sus efectos lo que obliga pensar en la necesidad de una acción concertada entre el Estado y la sociedad para enfrentar conjuntamente la epidemia.

Sin embargo, una acción conjunta entre instituciones del estado y sociedad, implica la necesaria superación de la diversidad de enfoques y abordajes que se vienen desarrollando para enfrentar la epidemia, lo que sería posible a través de un proceso permanente de concertación, de tal forma que se logre actuar de manera complementaria en una sola dirección, aplicando las intervenciones más efectivas, de tal forma que pueda alcanzar el objetivo de contener la epidemia y mitigar sus efectos en la sociedad.

Sobre la base de estas premisas, la Estrategia general debe ajustarse y dinamizar el desarrollo del Modelo de atención Integral en salud, lo que implica articular funcionalmente todas las capacidades disponibles públicas, privadas, sociales y comunitarias, creando redes de actuación multisectorial que permita desarrollar una respuesta nacional efectiva frente a la epidemia de ITS /VIH/SIDA, que se exprese en acciones integrales que sean accesibles a la población en general, especialmente para las poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad económica, étnico-cultural, social y epidemiológica.

E. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 1.- Armonizar de manera efectiva la actuación multisectorial del Estado, la Sociedad Civil y la Comunidad, en una respuesta nacional concertada ante la ITS, VIH y Sida que cuente con el acompañamiento coordinado de la Comunidad Internacional.**

Meta: Para el 2010 el país contará con un mecanismo de armonización multisectorial que asegure una respuesta nacional concertada y efectiva.

Resultados intermedios requeridos.

- 1.1 Para finales del 2007, CONISIDA deberá contar con mecanismos institucionalizados que le permitan coordinar de forma efectiva la respuesta nacional
- 1-2 Para finales del 2007 se deberá contar en todos los departamentos del país con mecanismos efectivos que articulen las instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en una respuesta nacional efectiva.

1-3 Para el 2007 tener concertada la asistencia brindada por la Comunidad Internacional en función de la implementación de la respuesta nacional.

2.- Incrementar el acceso a servicios de atención integral a través de articular las capacidades existentes en el país, tanto públicas como privadas, de la sociedad civil y las comunidades.

Meta: Para el año 2010, la totalidad de las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil y comunitarias estarán articuladas y funcionando con los mismos abordajes a luz de plan concertado contención de la epidemia.

Resultados intermedios requeridos

2-1 Para el 2007 contar con una organización de servicios de atención basada en redes y alianzas estratégicas territoriales que desarrollen las intervenciones de control de la epidemia.

2-2 Para el 2007 deberá contarse con un proceso de integración de la oferta de servicios de salud públicos, privados, de la sociedad y comunitarios en todos los departamentos del país.

2-3 Para el 2008 contar con un modelo de gestión descentralizada de los procesos locales de atención integral de las ITS, VIH y Sida.

2-4 Para el 2008 contar con un sistema de garantía de la calidad de la atención en todo el ámbito nacional.

2-5 Para 2007, contar con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de ITS, VIH y Sida que sea capaz de proveer información sobre la epidemia y la respuesta nacional.

2-6 Para el 2007 contar con recursos humanos con capacidades científico-técnicas para ofertar servicios integrales en todo el país.

3.- Reducir los comportamientos de riesgo tanto sexuales, como discriminatorios y de prácticas institucionales frente a la epidemia de las ITS, VIH y Sida, a través de la ejecución de acciones de promoción y prevención efectivas.

Meta: Para el 2010, entre las poblaciones vulnerables se registrará un incremento del 60 por ciento del uso declarado de preservativos en el último contacto sexual de riesgo.

Resultados intermedios requeridos

3-1 Para el 2007 contar con programas que promuevan el ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida desarrollados por sector educativo formal y no formal.

3-2 Para finales del 2006 contar con una campaña masiva de comunicación social para el incremento de la percepción de riesgo y movilización social alrededor de la problemática de las ITS /VIH/Sida.

4.- Propiciar el desarrollo de políticas públicas que contribuyan de manera efectiva al abordaje integral de la epidemia a través de procesos de abogacía basados en una amplia participación ciudadana que fortalezcan de manera sistemática el estado de derecho.

Meta: Para el 2010, el sector salud trabajará activamente con otros sectores gubernamentales y gobiernos locales en la implementación de políticas públicas y provisión de programas integrales para ITS /VIH/Sida que promuevan el bienestar en general.

Resultados intermedios requeridos

4-1 Para finales del 2007, contar con mecanismo que propicie la participación activa de la sociedad en general y de los PVVS en particular, en los procesos de desarrollo de políticas públicas.

4-2 Para finales del 2007 contar con una campaña que promueva en la población en general acciones de promoción y defensa pública de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH o tienen sida.

4-3 Contar para finales del 2006 con una masa crítica en el país con capacidad para el diseño de propuestas de políticas públicas en beneficio de las personas que viven con el VIH.

5: Fortalecer el carácter intercultural y autónomico de la respuesta a la epidemia del VIH/Sida en las regiones de la Costa Caribe de Nicaragua.

Meta: Para el 2010 las regiones autónomas contarán con un modelo de abordaje intercultural de las ITS, el VIH y el SIDA que será adaptable a las variadas realidades de los pueblos indígenas y las comunidades étnicas.

Resultados intermedios requeridos

5-1 Para el 2010 se contara con un modelo de atención integral que pueda adaptarse culturalmente a cada pueblo indígena y grupo étnico de la costa del caribe.

5-2 Para el 2007 se cuenta con programas regionales de atención de las ITS y VIH/Sida descentralizados gestionados por las autoridades regionales.

5-3 Para el 2010 desarrollado un amplio programa de inserción socio económica, culturalmente viable para las personas que viven con VIH/Sida y familiares.

- 5-4 Para el 2010 las comisiones regionales, Coresida y Corlusida son capaces de formular, ejecutar, evaluar y monitorear la respuesta regional.

VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Plan Estratégico Nacional de ITS /VIH/Sida, Nicaragua 2006-2010, está diseñado para asegurar la contención de la epidemia, así como mitigar su impacto en el plano familiar, comunitario y social. Estratégicamente esto se logrará a través de desarrollar una respuesta nacional concertada eficaz y efectiva que tenga de fondo políticas públicas capaces de incidir en las condicionantes de la epidemia, al mismo tiempo que se fomenten prácticas saludables en las poblaciones vulnerables que incorporen la conciencia del riesgo de contraer el VIH.

La estrategia seleccionada es la forma de conceptualizar la respuesta nacional sobre la base de las características específicas de la epidemia en Nicaragua, tomando en cuenta por un lado los retos que implican las metas sobre ITS /VIH/Sida establecidas en el Plan Nacional de Salud, las que se corresponden con los compromisos que el país ha asumido a nivel internacional, ODM, UNGASS, etcétera; y por otro, los avances y limitaciones que se ha tenido para desarrollar una respuesta nacional eficaz, eficiente y efectiva que contribuya a la contención de la epidemia en el año 2015.

Con estos referentes, el rumbo del PEN se estructura a partir de una serie de objetivos estratégicos, los que establecen el posicionamiento que debe tener la respuesta nacional para el 2010; cada uno de ellos cuenta con su meta específica, así como resultados intermedios que será necesario alcanzar para controlar la epidemia. Ya en su desagregación la estructura del PEN establece las estrategias operacionales, así como las intervenciones y acciones concretas a través de los cuales se alcanzarán los resultados intermedios de forma eficiente y efectiva.

Desde esta perspectiva el PEN es una línea de continuidad entre el Plan Nacional de Salud --respecto a las metas y compromisos internacionales-- y los aspectos específicos del abordaje multisectorial y social de la epidemia; asimismo se espera que anualmente se establezcan planes operativos a través de los cuales se pueda precisar la actuación de la multiplicidad de actores que intervienen en el control de la epidemia, en los que se exprese su esfuerzo mancomunado y la mejor utilización de los recursos disponibles.

Sobre la base de la estructura del PEN y su desagregación en planes operativos anuales, el modelo de seguimiento deberá incluir dos tipos de vigilancia: por un lado el comportamiento de la epidemia --o que incluye los cambios de comportamientos de las poblaciones vulnerables-- y por otro los resultados que se vayan alcanzando a través de la implementación de las intervenciones previstas en el PEN, de tal forma que se pueda conocer el grado de su eficacia y efectividad y poder hacer los ajustes necesarios en el transcurso de los próximos años.

El diseño del modelo de seguimiento del PEN en lo que respecta al comportamiento de la epidemia debe tomar como referencia las metas generales del plan, estableciendo los indicadores de impacto necesarios, de acuerdo a poblaciones vulnerables y su

distribución territorial. Desde el punto de vista operativo de la implementación del PEN, se identificarán indicadores trazadores en correspondencia con los resultados, estrategias e intervenciones diseñadas, los que deberán abarcar la actuación multisectorial de todos los actores involucrados en la respuesta nacional.

El seguimiento de las metas generales e indicadores trazadores de los resultados esperados en el PEN debe tener una periodicidad que se ajuste a las necesidades de toma de decisiones en el país y el desarrollo de los sistemas de vigilancia existentes; de hecho, durante el período 2006-2010 será necesario desarrollar esfuerzos para avanzar en sistemas de vigilancia de segunda y tercera generación que permitan monitorear la eficacia e impacto del PEN en el comportamiento de la epidemia y la eficiencia con que se desarrollaron sus acciones.

Así mismo, en el modelo de seguimiento del PEN se debe incluir la vigilancia sistemática de los objetivos específicos de los planes operativos anuales, de tal forma que se pueda prever los alcances y hacer los ajustes necesarios en las intervenciones que fueron diseñadas. En este ámbito es indispensable que el seguimiento sea multisectorial y social, de tal forma que se pueda contar con una visión real de la respuesta nacional, la eficiencia con que se ejecutan las intervenciones y la cantidad de recursos que se utilizan para el control de la epidemia.

Las fuentes de información para el seguimiento del PEN y los planes operativos anuales debe abarcar la actuación de todas las instituciones públicas y privadas, así como de las organizaciones de la sociedad civil, y las comunitarias involucradas en la respuesta nacional. El procesamiento de las mismas debe estar a cargo del Minsa como órgano rector del sector y analizadas en las instancias de coordinación establecidas en la ley 238.

Complementando al esfuerzo que se realice para dar seguimiento al PEN y los planes operativos, será necesaria la realización de al menos una evaluación intermedia que valore su implementación --el proceso-- y otra que valore el impacto alcanzado al final del período.

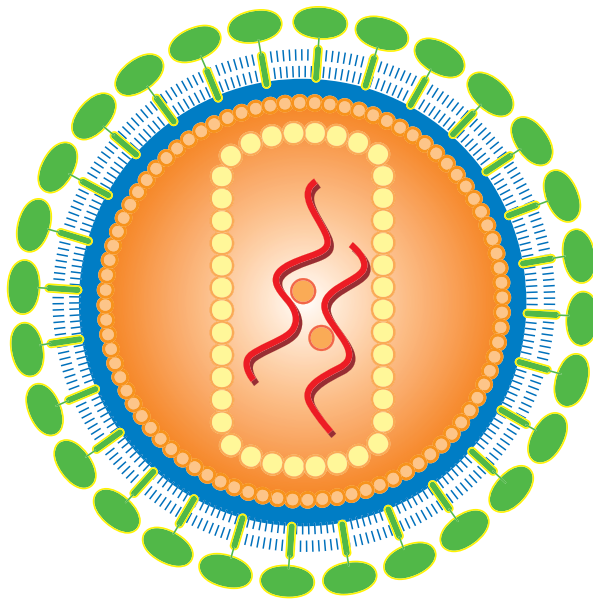
En la evaluación intermedia se debería hacer énfasis en valorar el desempeño logrado a través de la estrategia implementada; o sea la respuesta nacional bajo un esquema de actuación articulada de las distintas instituciones del estado, organizaciones sociales y comunitarias.

En cambio la evaluación final debería centrarse en el impacto alcanzado en la epidemia. En ambos casos será necesario tener claro el marco de referencia --línea de base-- que se utilizará para las evaluaciones del PEN.

Las informaciones requeridas para las evaluaciones del PEN deberán combinar fuentes primarias y secundarias; con respecto a las fuentes primarias será indispensable involucrar a los actores que participan en la implementación del PEN, así como a sus

beneficiarios. Sobre las fuentes secundarias, serán las que disponen las instituciones y organizaciones que participen en la respuesta nacional, seleccionando aquellas que informaciones que contribuyan a valorar los alcances del PEN.

Sería deseable que se pudiera complementar las informaciones con los resultados de encuestas de nivel de vida y de salud, así como estudios que se realicen para conocer aspectos específicos de la epidemia.



Intervenciones		Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
			01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
<p>OBJETIVO 1: Armonizar de manera efectiva la actuación multisectorial del Estado, la sociedad civil y la comunidad, en una respuesta nacional concertada ante la ETS, VIH y SIDA que cuente con el acompañamiento coordinado de la Comunidad internacional.</p> <p>ESTRATEGIA 1.1: Fortalecer el liderazgo de CONISIDA para garantizar su accionar según el mandato de la Ley 238 y su Reglamento, como estructura coordinadora de la respuesta nacional.</p>										
<p>Dotar a CONISIDA nacional de normas de funcionamiento para institucionalizar su actuación de acuerdo a la ley 238.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reglamentar y monitorear la actuación de las Instituciones del Estado y organismos de la sociedad civil que participan en la respuesta nacional. Reactivar el Comité técnico-ético en CONISIDA nacional para la recepción, respuesta y seguimiento de las denuncias. Establecer vínculos formales entre CONISIDA nacional y las Departamentales, municipales, Corlusida y Coresida, garantizando la participación multisectorial y local. Facilitar la participación de las poblaciones más vulnerables en instancias locales y nacionales. 	X	X	X	X	X	Porcentajes CONISIDA departamentales funcionando activamente bajo la conducción nacional.	CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X					Corlusida y Coresida funcionan activamente.	CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X						CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X				X		CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
<p>Dotar a CONISIDA de procesos de gestión eficaces para asegurar una actuación amplia multisectorial y social en la respuesta nacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Oficializar el PEN 2006-2010 como el instrumento rector para el abordaje de las ITS y el VIH/Sida en Nicaragua. Elaborar Planes de Acción departamentales y locales ajustados a las necesidades y contextos específicos. Diseñar e implementar un modelo de gestión que asegure la coordinación efectiva de las distintas instituciones estatales y organismos de la sociedad civil. Implementar un sistema de monitoreo del PEN 	X					Grado de cumplimiento de los planes departamentales y locales	CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X	X	X	X	X		CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X	X	X	X	X		CONISIDA	Miembros de CONISIDA	
		X	X	X	X	X		CONISIDA	Miembros de CONISIDA	

ESTRATEGIA 1.2: Profundizar el proceso de articulación entre el Estado, sociedad civil y la comunidad en todos los departamentos del país con el fin de asegurar la realización de acciones conjuntas.									
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Dotar a las CONISIDAS departamentales de mecanismos de vinculación efectiva multisectorial, pública y privada, social y comunitaria en la respuesta nacional	<ul style="list-style-type: none"> Definir mecanismos locales de integración y concertación entre los miembros de las redes nacionales y locales. Crear mecanismos de participación social y comunitaria en departamentos y municipios, que incluyan el control social del cumplimiento de las disposiciones jurídicas de la ley 238. Promocionar el trabajo en red y alianzas estratégicas entre el Estado, sociedad civil, el sector privado y la comunidad para realizar acciones conjuntas en todos los departamentos, regiones del país. 	X	X				Porcentaje de participación efectiva de las instituciones y organizaciones civiles a nivel departamental.	CONISIDA	Redes
		X	X					MINSA	CONISIDA Redes
		X	X	X	X			CONISIDA	Redes
ESTRATEGIA 1.3: Concertar la asistencia brindada por la Cooperación Internacional en función de la implementación del Plan Estratégico Nacional 2006-2010.									
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Articular los aportes de la cooperación internacional en función de las estrategias del PEN.	<ul style="list-style-type: none"> Integrar una Mesa Nacional para armonizar la cooperación con la participación de ONUSIDA y las Agencias de Cooperación internacional a través del apoyo técnico y financiero para garantizar la implementación y evaluación del PEN. Elaborar una Cartera de proyectos que orienten los fondos que aporta la cooperación externa en función del acceso universal. Conocer y controlar sistemáticamente los resultados de las intervenciones que se ejecutan a través de los proyectos financiados por el Fondo global. 	X	X	X	X	X	Porcentaje del financiamiento externo distribuido de acuerdo a las intervenciones y acciones establecidas en el PEN.	MINSA	CONISIDA
		X	X	X	X	X		MINSA	CONISIDA MCP Redes MCP
		X	X	X	X	X		CONISIDA	Nicasalud Agencias Internacionales

Crear el fondo nicaragüense para el VIH y Sida.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear el fondo sobre la base a lo establecido en el artículo 34 de la Ley 238. • Reglamentar el funcionamiento del Fondo para el VIH. • Establecer los flujos financieros para el funcionamiento del Fondo para el VIH. 	X	X	X	X	Gastos en prevención del VIH.	CONISIDA Presidencia MINSIDA	MINSIDA Presidencia CONISIDA MINSIDA CONISIDA Cancillería
		X	X	X	X			
		X	X	X	X			

OBJETIVO 2: Incrementar el acceso a servicios de atención integral a través de articular las capacidades existentes en el país, tanto públicas como privadas, de la sociedad civil y las comunidades									
ESTRATEGIA 2.1 Promover el trabajo en Redes y alianzas estratégicas territoriales para el abordaje de las intervenciones que incorporen los aspectos demográficos, epidemiológicos, culturales, normas sociales y estilos de vidas de las diferentes poblaciones.									
Intervenciones	Acciones	Año				INDICADOR	ACTORES		
		01	02	03	04		05	Responsable	Participantes
Organizar la oferta de servicios de salud y apoyo social tomando en cuenta las capacidades públicas y privadas existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar de acuerdo a lógica del Modelo de Atención Integral en Salud un esquema de atención escalonado de atención al VIH/SIDA. • Integrar territorialmente la atención de PWS en los servicios de salud de las instituciones públicas (Modelo de Atención Integral en Salud), previsionales, privadas y alternativas. • Brindar atención y prestaciones correspondientes a las personas trabajadoras aseguradas en el régimen de seguridad social que conviven con el VIH o SIDA, de acuerdo a lo establecido en el artículo 23 del reglamento de la Ley 238. 	X	X	X		Porcentaje de PWS atendidos de forma integral en sus territorios.	MINSIDA	Redes	
			X	X			MINSIDA	EMP, Redes ONG	
			X	X	X		INSS	MINSIDA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención a los privados de libertad viviendo con VIH/SIDA y la referencia a un servicio apropiado al quedar en libertad. • Brindar atención integral a uniformados, en especial los que conviven con el VIH/SIDA 	X	X	X	X		Migob	MINSIDA	
		X	X	X	X		Migob Ejército	MINSIDA	

Ampliación de la oferta de los servicios de atención en especial de consejería en ITS -VIH y SIDA tanto en el sector público como privado, los que deben incorporar al hombre e idealmente a la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar recursos humanos de los servicios de salud y líderes comunitarios para aplicación de las Normas de Consejería para prevenir las ITS -VIH/SIDA. • Brindar consejería sobre la prueba voluntaria de VIH a grupos específicos (HSH, TS, pacientes con TB o ITS, embarazadas, víctimas de violencia sexual), aprovechando las oportunidades en los servicios de salud públicos, privados, provisionales y alternativos. • Ofrecer y priorizar servicios de Consejería a grupos específicos, como HSH, TS, poblaciones móviles, personal uniformado, UDI. • Promover el uso correcto y sistemático del condón como método de doble protección para la prevención del embarazo y de las ITS. 	X	X	X	X	X	X	Cobertura de consejería recibida por grupos priorizados.	MINSa	Redes ONG con Experiencia Redes ONG con Experiencia	
		X	X	X	X	X	X	X		MINSa	
		X	X	X	X	X	X	X		MINSa	Instituciones Formadoras Redes
		X	X	X	X	X	X	X		MINSa	CONISIDA Redes

ESTRATEGIA 2.2: Ampliar la oferta de servicios de prevención del VIH, atención y apoyo a las personas que viven con VIH o tienen Sida y sus familias, integrando en los territorios la oferta de servicios de salud y la de otras instituciones del estado con el fin de brindar apoyo integral a los individuos, las familias y las comunidades.

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Desarrollar acciones para la prevención del VIH en las mujeres embarazadas mediante intervenciones basadas en la familia y la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de material educativo específico para prevención de la transmisión vertical durante actividades educativas en la comunidad y unidades de salud. • Involucrar a las parteras en la consejería comunitarias mediante visitas domiciliarias. • Acciones educativas y de comunicación en Casas Maternas. 	X	X	X	X		Porcentaje de mujeres con VIH que reciben consejería específica sobre la transmisión vertical.	MINSa	ONG, EMP
			X	X	X			MINSa	ONG
			X	X	X	X		MINSa	ONG

Incremento de la accesibilidad a servicios apropiados de planificación familiar a mujeres en edad fértil viviendo con VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información y asesoría técnica a las mujeres en edad fértil que viven con VIH/Sida para que sepan elegir métodos de planificación familiar. • Facilitar el acceso económico a métodos anticonceptivos seguros. • Diseñar y ejecutar un programa de esterilización quirúrgica de mujeres en edad fértil que viven con VIH. 	X	X	X	X	X	X	X	Porcentajes de mujeres con VIH que tienen acceso a métodos de planificación familiar.	MINSa	Mibob, EMP Redes
Fortalecer la capacidad técnica de la red de laboratorio para el diagnóstico del VIH en las áreas geográficas de mayor incidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Completamiento de insumos y equipos adecuados para el diagnóstico del VIH • Capacitación de técnicos de laboratorio para mejorar la calidad del diagnóstico del VIH a nivel local • Asistencia técnica a los laboratorios de Sida's por parte del CNDR y control de calidad del diagnóstico de laboratorio. 	X	X	X	X	X	X	X	Porcentajes de laboratorios del país con capacidad para el Dx del VIH.	MINSa MINSa MINSa	ONG, EMP ONG, EMP ONG, EMP
Atención Integral del embarazo, parto y puerperio de las embarazadas que viven con VIH para reducir la transmisión vertical del VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda activa de mujeres con VIH para brindarles atención prenatal oportuna. • Brindar atención integral de las embarazadas viviendo con VIH/SIDA, incluyendo apoyo nutricional y atención psicosocial. • Brindar tratamiento profiláctico ARV a las embarazadas que viven con VIH/SIDA, para prevenir la transmisión perinatal. • Capacitar y sensibilizar a los integrantes de los comités de aborto terapéutico para la atención de las demandas de interrupción voluntaria del embarazo de mujeres que viven con VIH o SIDA, con respeto a sus derechos. 	X	X	X	X	X	X	X	Porcentajes de mujeres embarazadas que reciben consejería en VIH y se realizan la prueba. Porcentajes de embarazadas que viven con el VIH que reciben tratamiento profiláctico ARV.	MINSa MINSa CONISIDA	ONG, EMP ONG Redes, EMP ONG EMP, Migob Asociaciones de profesionales
Atención integral de los hijos de madres VIH positivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención especializada a los recién nacidos de madres viviendo con VIH/Sida y asegurar un seguimiento adecuado. • Garantizar los medios seguros para la alimentación del recién nacido, incluyendo sucedáneos de la leche materna. 	X	X	X	X	X	X	X	Porcentajes de recién nacidos de madres con VIH que reciben atención especializada.	MINSa MINSa	Migob, EMP Redes Migob, EMP Redes

		X	X	X	X	X	X	X	X	Minsa	Mibob, EMP Redes Mibob, EMP Redes
	<ul style="list-style-type: none"> Control y monitoreo a las madres de ARO mediante la Consejería Promover la realización de la prueba de VIH en las donantes de leche. 	X	X	X	X	X	X	X	X	Minsa	Mibob, EMP Redes
Organizar en Silais del país la integración de los servicios de salud materno-infantil y la atención del VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de estándares para asegurar la calidad de la atención a los PVVS Fortalecimiento del sistema de suministros de insumos médicos y no médicos para la atención integral del VIH/SIDA Organizar los servicios de salud para la prevención del VIH y atención integral a mujeres, niños y adolescentes. Fortalecer mecanismos referencia y contrarreferencia de personas viviendo con VIH para continuidad de la atención Articular los servicios de salud comunitarios e institucionales en la atención de la mujer, niñez y adolescencia, estableciendo flujos y mecanismos. 	X	X	X	X	X	X	X	Minsa	Silais	
Aseguramiento de la atención y apoyo social a las PVVS y sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un programa para la capacitación y preparación técnico laboral de las PVVS para promover su incorporación al trabajo. Desarrollar una campaña de abogacía para incrementar las oportunidades de las PVVS de acceder al trabajo. Capacitar al personal de salud y de los servicios sociales y activistas comunitarios para la atención domiciliaria de las PVVS. Desarrollar un programa de acompañamiento a las PVVS que permita elevar su calidad de vida. Capacitar al personal de defensoría laboral del Mitrab para asesoramiento y abordaje de casos donde se violenten los derechos laborales de las PVVS. 	X	X	X	X	X	X	X	Mitrab	Redes - ONG Migob	
		X	X	X	X	X	X	X	X	Mifamilia	Redes - ONG Migob - Mitrab
		X	X	X	X	X	X	X	X	Minsa	Instituciones Formadoras
		X	X	X	X	X	X	X	X	Mifamilia	Redes ONG con experiencia Mitrab
		X	X	X	X	X	X	X	X	PDHH	

<p>Atención integral a niños con VIH o sida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Screening, pruebas diagnósticas tempranas y seguimiento clínico a niños nacidos de madres viviendo con el VIH. • Integración de la atención del VIH a servicios de atención a la niñez, incluyendo suplemento de micronutrientes, inmunizaciones, consejería, tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia y prácticas seguras de alimentación. • Capacitación a la familia para el seguimiento ambulatorio del niño con VIH y el apoyo emocional. • Garantizar el acceso a diagnóstico y tratamiento apropiado a niños viviendo con el VIH. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Porcentajes de niños que reciben ARV o cotrimoxazole del total que lo necesitan</p>	<p>MINSAs</p>	<p>Redes ONG con experiencia</p>
<p>Atención integral a las familias afectadas por el sida, en especial a los huérfanos y otra niñez vulnerable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de situación de huérfanos y vulnerabilidad de la niñez y adolescencia frente al VIH • Diseñar y ejecutar una política, estrategias y programa para la protección y apoyo integral a huérfanos y otra niñez vulnerables a causa del VIH/Sida • Fortalecer las capacidades de la familia y comunidad para la atención de huérfanos y otra niñez vulnerable a causa del VIH/Sida • Apoyo socioeconómico a las familias de niños y adolescentes viviendo con el VIH o huérfanos por esta causa. • Fortalecer las capacidades de instituciones del Estado y ONG para el abordaje del impacto social del VIH/Sida en la población • Promover coordinación entre instituciones del Estado para garantizar el derecho a la salud, educación y protección a niños huérfanos y otra niñez vulnerable a causa del VIH. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Porcentajes de familias de PVVS que reciben apoyo integral de parte del estado y la sociedad civil.</p> <p>Porcentajes de huérfanos a causa del VIH/SIDA que asisten a la escuela</p> <p>Porcentajes de huérfanos a causa del VIH/Sida con acceso a servicios de salud.</p>	<p>Mifamilia</p> <p>Mifamilia</p> <p>Mifamilia</p> <p>Mifamilia</p> <p>Mifamilia</p> <p>Mifamilia</p>	<p>MINSAs</p> <p>CONSIDA</p> <p>MINSAs</p> <p>Redes</p> <p>Redes, MINSAs</p> <p>MINSAs</p> <p>MINSAs</p>

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Fomento de prácticas laborales seguras en el espacio de trabajo para la prevención de las ITS y el VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar de manera permanente a los trabajadores/as expuestos a riesgos en el ámbito laboral. • Asegurar los medios necesarios para la implementación efectiva y control de las normas de bioseguridad. • Garantizar la disponibilidad de la terapia post-exposición. 	X	X	X	X	X	Porcentajes de trabajadores capacitados en temas de prevención del VIH.	Mitrab	Instituciones Formadoras CONISIDA Mitrab
		X	X	X	X	X		MINSa	MINSa
		X	X	X	X	X		MINSa	MINSa
Reforzamiento de la descentralización de la atención especializada a las PVVS.	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y capacitar a los especialistas necesarios para la formación de equipos médicos multidisciplinarios en las unidades cabeceras departamentales. • Diseñar y ejecutar un programa para la extensión de la organización y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios a la totalidad de los hospitales. • Ampliar la red de servicios mediante convenios con los ONG y grupos religiosos que cuenten con capacidades para la atención de las PVVS. • Implementar en los Silais del país un modelo de vigilancia de segunda generación. 	X	X	X			No de especialistas entrenados para brindar atención de forma descentralizada.	MINSa	Instituciones Formadoras las EMP, los ONG Migob
		X	X	X		X		MINSa	EMP, ONG
		X	X	X		X		MINSa	EMP, ONG. Migob
Descentralización e incremento de la cobertura de la terapia ARV y para la prevención de las infecciones oportunistas.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y ejecutar un programa para la descentralización de la terapia ARV a las cabeceras departamentales. • Gestionar la asignación de una partida presupuestaria y de fondos de la cooperación, para la adquisición de medicamentos ARV y para el tratamiento de las infecciones oportunistas. 	X	X	X	X	X	Porcentaje de PVVS que reciben tratamiento ARV de forma descentralizada.	MINSa	CONISIDA Redes
		X	X	X	X	X		MINSa	CONISIDA Redes

ESTRATEGIA 2.4: Asegurar en todo el ámbito nacional el cumplimiento de las normas establecidas para la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con VIH.										
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES		
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes	
Implementar el uso de un protocolo para el manejo integral de las ITS, VIH y Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal de salud para la aplicación de los criterios de atención integral y protocolos de atención y seguimiento a las PVVS. Actualizar y divulgar las normas de consejería para la atención a las PVSS y a sus familiares, que permitan descentralizar su acción y mayor calidad en su ejecución. 	X	X	X	X	X	Porcentaje de personal de salud integrado a la atención de los PVVS que ha sido capacitado.	MINSA	Instituciones Formadoras	
			X	X	X	X			MINSA	Instituciones Formadoras
Aseguramiento de la administración de sangre segura y sus hemoderivados.	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar un sistema de regulación y control de la calidad de la sangre a transfundir. Elaborar y ejecutar un programa que garantice la calidad de la sangre obtenida a través de donaciones voluntarias. Diseñar e implementar un programa de capacitación permanente del personal de los bancos de sangre. Brindar consejería preprueba a los donantes de sangre. Garantizar los recursos para el programa de garantía de la calidad de los bancos de sangre. 	X	X	X			Tamizaje de unidades de sangre de transfusión.	MINSA	Cruz Roja	
		X	X	X	X	X			Cruz Roja	EMP, ONG MINSAs
		X	X	X	X				Cruz Roja	ONG MINSAs insa
			X	X	X	X			Cruz Roja	Instituciones Formadoras Cruz Roja
			X	X	X	X			MINSAs	Cooperación

ESTRATEGIA 2.5: Integrar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de ITS, VIH y Sida a todas las instituciones de salud de los diferentes sectores, así como las distintas formas de pesquisaje activo de las ETS y el VIH para su diagnóstico temprano y manejo adecuado.									
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Integración al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH y Sida a todas las instituciones de salud de los diferentes sectores.	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar un plan de vigilancia epidemiológica que integre a todos los actores involucrados en la respuesta nacional. Capacitar personal de los diferentes subsistemas en el manejo de la Vigilancia de Segunda y Tercera Generación. 	X	X	X	X	X	Porcentajes de instituciones de salud integradas al sistema de vigilancia.	Minsa	CMN, Migob INSS, ONG EMP
		X	X	X	X	X			Minsa
Incremento del pesquisaje activo del VIH en la población general, focalizando en grupos específicos (TCS, HSH embarazadas, etcétera).	<ul style="list-style-type: none"> Estructurar el flujo del proceso de diagnóstico y comunicación de resultados, asegurando que las personas con resultados positivos puedan ser referidas para su atención y seguimiento. Promover la realización de la prueba voluntaria del VIH Ampliar la Pre y Postconsejería garantizando la confidencialidad, el consentimiento informado y la autonomía personal especialmente en poblaciones específicas con prácticas y condiciones de alto riesgo (embarazadas, HSH, TS, pacientes con TB e ITS, víctimas de violencia sexual, niñas y niños en explotación sexual), aprovechando las oportunidades en los servicios de salud públicos, privados, provisionales y alternativos. 	X	X	X	X	X		Minsa	CMN, Migob INSS, ONG EMP
		X	X	X	X	X		Porcentajes de personas en quienes se promovió la prueba y que recibe su resultado.	Minsa Minsa
Fortalecimiento de la red de Sitios Centinelas	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a los recursos humanos de las unidades que integran la RSGC. Asesorar al personal que realiza la vigilancia epidemiológica en las estaciones de paso fronterizas. 	X	X	X	X	X	Porcentajes del personal de los sitios centinelas capacitado.	Minsa Minsa	Migob INSS, ONG EMP
		X	X	X	X	X			

Implementación del Plan de monitoreo y seguimiento de la respuesta nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación del PEN Diseñar un sistema de información multisectorial amigable que integre el análisis del comportamiento de los factores que condicionan la vulnerabilidad de la población ante las ITS, VIH y Sida. Capacitar al personal técnico en el procesamiento, análisis e interpretación de los indicadores del sistema de monitoreo Dar continuidad a los estudios de medición de gasto en sida. Utilizar los resultados de las investigaciones sobre VIH como insumo para la toma de decisiones. 	X	X	X	X	X	X	Departamentos reportan periódicamente indicadores de cumplimiento de las acciones del PEN.	CONISIDA MINSAs	Miembros Migob INSS, ONG EMP
		X	X	X	X	X	X	X	MINSAs	Miembros
		X	X	X	X	X	X	X	CONISIDA	Miembros
		X	X	X	X	X	X	X	CONISIDA	Miembros
		X	X	X	X	X	X	X	CONISIDA	Miembros

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
		Planificar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el PEN.	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud la incorporación de la temática de las ITS, VIH y Sida desde las perspectivas de género, cultural, étnica, generacional y de comportamiento de las poblaciones. 	X	X	X		X	
Capacitar los recursos humanos disponibles en los servicios y en las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a profesionales de los servicios públicos, privados, previsionales y centros alternativos en el manejo estandarizado de las ITS y el VIH/SIDA. Incorporar en los programas de capacitación destinados a promotores comunitarios, periodistas especializados y otros comunicadores sociales aspectos relevantes del enfrentamiento a la epidemia y la promoción de los derechos de las PVVS. 	X	X	X	X	X	Porcentajes de profesionales de los servicios de VIH capacitados en las distintas instituciones de salud.	MINSAs	Instituciones Formadoras Servicios de Salud

ESTRATEGIA 2.6: Desarrollar recursos humanos con capacidades científico-técnicas para ofertar servicios integrales de acuerdo a las características de las diferentes poblaciones, de tal forma que puedan incidir en el cambio de comportamiento.

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Desarrollar la capacidad de investigación para el aprendizaje social y la creación de evidencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar una política nacional de investigación coherente con los componentes del PEN. • Establecer y ejecutar un Programa de Investigaciones en función de las prioridades del PEN. • Socializar sistemáticamente los resultados de las investigaciones que se desarrollen, como referencia nacional. 	X	X	X	X	X	Implementación del programa de investigación en ITS, VIH y SIDA.	CONISIDA MINS MINS	Instituciones Formadoras Instituciones Formadoras Instituciones Formadoras
<p>OBJETIVO 3: Reducir los comportamientos de riesgo tanto sexuales, como discriminatorios y de prácticas institucionales frente a la epidemia de las ITS /VIH/Sida, a través de la ejecución de acciones de promoción y prevención efectivas.</p>									
<p>ESTRATEGIA 3.1: Articular los procesos educativos en la lucha contra las ITS /VIH/Sida con el sector educativo formal y no formal en la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida.</p>									
Elevar la capacidad técnica del personal docente sobre temas relacionados con las ITS, VIH y SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas de capacitación formales sobre el abordaje de las ITS, VIH/Sida dirigido a líderes, técnicos y prestadores de servicios de las instituciones y organizaciones que integran las redes nacionales y locales. • Desarrollar foros de discusión sobre el abordaje de las ITS, VIH y Sida, involucrando sectores religiosos y comunidad académica en general. • Desarrollar eventos científicos de actualización entre la comunidad de profesionales y técnicos de la salud. 	X	X	X	X	X	Porcentajes personal docente capacitado en temas de ETS, VIH y SIDA.	CNU MECD MECD CNU MINS	Redes, CNU Instituciones Prestadoras Redes, CNU Instituciones Prestadoras Empresas Médicas
Continuar el proceso de transformación curricular en el sector escolar para la prevención de las ITS y el VIH/Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar en el Programa de educación para la vida a las escuelas privadas y religiosas. • Generalizar las experiencias de integración desarrolladas por el MECD en conjunto con ONG y organizaciones comunitarias como: talleres sobre prevención con amas de casa, escuelas de padres, educación itinerante, grupos de desarrollo social y otras. 	X	X	X	X		Mediana de la edad de la primera relación sexual.	MECD MECD	CONISIDA CNU - Migob CONISIDA Alcaldías

	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar en la currícula de formación inicial y permanente de las Consejeras Escolares, unidades curriculares para la prevención de ETS, VIH y SIDA. Promover habilidades sociales en los grupos de Desarrollo Personal que lideran las Consejeras Escolares, para fortalecer los factores de protección personal ante la presión del grupo y medio social. Desarrollar la Educación Itinerante como plan de trabajo del Programa Educación para la Vida, con incidencia a nivel nacional brindando información para prevención de VIH/Sida y espacios de reflexión en la población estudiantil. Desarrollar la formación de pares incluida en la agenda de Comité de prevención de violencia escolar. Mantener y extender las ferias educativas y otras intervenciones destinadas a los jóvenes uniformados de las academias de los cuerpos armados. Ejecutar programas de prevención de violencia escolar. Desarrollar talleres de desarrollo personal por Consejeras (os) Escolares. 		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Uso de condón en la última relación prematrimonial.</p> <p>Uso de condón en la primera relación sexual.</p>	<p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p> <p>MECD</p>	<p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p> <p>Redes Actores de la sociedad</p>
<p>Desarrollo de acciones de Educación no formal, considerando las características culturales, de género, étnicas y generacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Homogenizar el uso de Materiales visuales (afiches, vallas, murales) relacionados con el VIH para lugares comunitarios de referencia y en carreteras. Realizar acciones informativas en parques, mercados, discotecas, bares, canchas deportivas, estadios. Desarrollar ferias informativas. Promover entre los adolescentes y jóvenes el uso del condón, así como la abstinencia y fidelidad. 	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Conocimientos sobre la prevención del VIH.</p>	<p>CONISIDA</p> <p>Redes</p> <p>MINSA</p>	<p>ONG, Alcaldías</p> <p>CONISIDA Migob</p> <p>CONISIDA Redes MINSA</p>

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
	<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a los gobiernos municipales, promoviendo municipios "Aliados contra el VIH/Sida" que tengan una mayor proyección en las actividades de prevención. 		X	X	X		Implementación del programa de investigación en ITS /VIH/SIDA.	CONISIDA	MIGOB
ESTRATEGIA 3.2: Comunicación social para el incremento de la percepción de riesgo y movilización social dirigida a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones con prácticas sexuales, adictivas y laborales, acordes a sus particularidades.									
<p>Implementar plan de comunicación Social sobre el riesgo de contraer el VIH que promueva el cambio a prácticas sexuales seguras, focalizándose en territorios de mayor incidencia de ITS y el VIH/Sida, tomando en cuenta vías de transmisión más frecuentes, poblaciones más afectadas y determinantes de conductas sociales y culturales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar y ejecutar un plan de comunicación social a nivel nacional que tome en cuenta las particularidades culturales y sociales de cada región. Promover la participación de personalidades relevantes del mundo artístico, el deporte, la religión en actividades para la prevención de las ITS y el VIH. Divulgar en los medios de comunicación masiva mensajes dirigido a incrementar la Percepción de Riesgo en poblaciones de mayor vulnerabilidad (adolescentes, jóvenes, mujeres, HSH, TS, privados de libertad, poblaciones móviles). Ampliar la Red de Comunicadores Sociales como aliados estratégicos para crear opinión favorable sobre el VIH/Sida. Capacitar a los miembros de comunicadores sociales sobre la temática del VIH/Sida y las ITS. Crear distintos mecanismos virtuales de Consejería y orientación en VIH/Sida. Implementar programa de mercadeo social para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los condones. 	X	X	X	X	X	Relaciones sexuales de riesgo en el último año.	MINSa	CONISIDA Redes
			X	X	X		Uso del condón en la última relación sexual de riesgo.	CONISIDA	Actores de la sociedad
			X	X	X			MINSa	Medios de comunicación
			X	X	X			CONISIDA	Redes, Asociaciones
			X	X	X			MINSa	Instituciones Formadoras CONISIDA
			X	X	X			MINSa	CONISIDA Redes

<p>Implementar plan educativo integral, multifactorial y comunitario dirigido a niños/as, adolescentes y jóvenes de ambos sexos, basadas en métodos de reconocida eficacia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a adolescentes comunicadores para el intercambio de información Inter. Pares. • Promover iniciativas para la atención a niños/as, adolescentes y jóvenes fuera del sistema educacional. • Desarrollar estrategias dirigidas a los niños/as y adolescentes expuestos a violencia intrafamiliar, explotación sexual, y uso de alcohol y otras drogas. • Extender la experiencia de los Círculos de Estudio con niños y adolescentes no escolarizados de alto riesgo. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Conocimientos sobre la prevención del VIH.</p>	<p>MECD</p>	<p>Redes, MINSAs</p>
<p>Implementar plan de educación integral específicamente para hombres con enfoque de masculinidad que promueva responsabilidad compartida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear espacios y las condiciones metodológicas para que las organizaciones que tienen experiencias positivas en el abordaje con hombres puedan intercambiar experiencias que permitan desarrollar estrategias conjuntas • Implementar servicios de consejería y atención dirigidos a hombres • Capacitar grupos organizados de hombres que puedan incidir en la transmisión de información científica sobre el VIH/Sida. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Conocimientos sobre la prevención del VIH.</p>	<p>MINSAs</p>	<p>CONISIDA Redes</p>
<p>Implementar plan de educación integral específicamente para hombres que tienen sexo con hombres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas de capacitación dirigido a HSH sobre la promoción y defensoría de sus Derechos Humanos y promoción de estilos de vida saludable. • Extender las experiencias existentes en el uso de los caber-café, chat y la internet como medio educativo alternativo para informar a grupos de HSH, así como para las referencias a los servicios de salud. • Promover el uso del condón en salas de cine para adultos frecuentadas por HSH. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Relaciones de riesgo entre hombres que tienen sexo con hombres en el último año.</p>	<p>MINSAs</p>	<p>CONISIDA Redes</p>

<p>Plan educativo dirigido a las mujeres que incorpore perspectiva de género, empoderamiento, salud sexual, salud reproductiva, comunicación efectiva, autoestima y auto cuidado...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a mujeres organizadas o no en temas relacionados con la Violencia intrafamiliar y sexual como factor determinante para la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres. • Ofertar consejerías sobre los temas de violencia intrafamiliar • Ofertar la realización de pruebas de VIH/SIDA en todos los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva que se brinda a las mujeres en los diferentes proveedores de salud. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Conocimientos sobre la prevención del VIH. Mujeres capacitadas en la prevención de la violencia. Capacidad de las mujeres de negociación para tener relaciones sexuales sin riesgo.</p>	<p>Mifamilia Mifamilia MINSa</p>	<p>MINSa CONISIDA Redes Redes ONG con experiencia</p>
<p>Implementar programa educativo para trabajadoras sexuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar TS para empoderarlas en su capacidad para negociar y decidir sobre su protección durante las relaciones sexuales. • Brindar información de forma sistemática al personal de salud dirigidas a reducir el estigma y discriminación hacia las TS. • Ampliar los servicios de consejería y de apoyo social que fortalezcan la capacidad personal para desmitificar los criterios de confianza alrededor de sus clientes y parejas. • Realizar abordajes paralelos de TS y sus clientes para facilitar el proceso de negociación de relaciones protegidas. 	<p>X X</p>	<p>X X</p>	<p>X X</p>	<p>X X</p>	<p>X X</p>	<p>Uso de condones por el compañero en la última relación sexual. Uso de condones por las TCS con su último cliente.</p>	<p>Mifamilia MINSa MINSa Mifamilia</p>	<p>CONISIDA Redes MINSa Redes Redes Asonvhisida ONG Asonvhisida ONG</p>
<p>Programa de comunicación social dirigido a las poblaciones móviles y uniformadas, que promueva comportamientos sexuales seguros, focalizando el esfuerzo en estaciones de paso localizadas en las diferentes fronteras del País.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar contenidos, seleccionar metodologías y los medios más eficaces de acuerdo a características de estas poblaciones. • Implementar programas de Atención Integral y Consejería para la realización de Pruebas Voluntarias en especial a las poblaciones móviles que hacen tránsito en las estaciones de paso. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Porcentajes de consejerías brindadas a poblaciones móviles consideradas de alta vulnerabilidad.</p>	<p>Migob MINSa</p>	<p>CONISIDA CONISIDA Redes</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Integrar a las autoridades de ambas Fronteras en la estandarización de los procesos de intervenciones para la prevención y atención del VIH/SIDA en las estaciones de paso. Fortalecer instancias de participación comunitaria mediante la aplicación del Modelo de Acción SIDA. 		X	X	X	X	X	X	MINSAs	Cancillería Cooperación Internacional Soc. Civil
Prevenición de la transmisión del VIH en usuarios/las de drogas intravenosas (UDR).	<ul style="list-style-type: none"> Estudiar la prevalencia y distribución del uso de drogas intravenosas, el tipo de drogas utilizadas y los factores asociados a la adicción. Ofrecer servicios de Consejería para promover la percepción de riesgo entre los UDI y el VIH Establecer alianzas intersectoriales para la atención integral, la rehabilitación y el seguimiento de los UDI. 	X	X	X	X	X	X	X	CONISIDA MINSAs MINSAs	CNU, ONG Migob ONG con Experiencia Conisida

OBJETIVO 4: Propiciar el desarrollo de políticas públicas que contribuyan de manera efectiva al abordaje integral de la epidemia a través de procesos de abogacía basados en una amplia participación ciudadana que fortalezcan de manera sistemática el estado de derecho.											
ESTRATEGIA 4.1: Promover la participación activa de la sociedad en general y de los PVVS en particular, en los procesos de desarrollo de políticas públicas que propicien entornos y condiciones favorables para las poblaciones más vulnerables.											
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR		ACTORES		
		01	02	03	04	05	Responsable	Participantes	Responsable	Participantes	
Buscar apoyo en los círculos políticos, económicos, gubernamentales del país	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar procesos de abogacía en las instancias de coordinación política y gubernamental. Comprometer a figuras nacionales en la aprobación de políticas públicas que apoyen el abordaje integral de las ITS y VIH/Sida. 	X	X	X	X	X	Grado de compromiso alcanzado en el nivel político	CONISIDA	Asonvihsida	CONISIDA	Asonvihsida

Asegurar el apoyo de las organizaciones que se basan en la fe.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer convenios de cooperación entre estos grupos, el MINSA y las organizaciones que trabajan en el tema. • Capacitar líderes religiosos sobre el abordaje integral de las ITS, el VIH y Sida. 	X	X	X	X	X	No de convenios firmados con organizaciones basadas en la fe.	CONISIDA MINSA	Sociedad civil Miembros de CONISIDA
Apoyar desarrollo de redes de la sociedad civil: jóvenes, adolescentes y promotores comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los miembros de las redes en la ejecución de procesos de auditoría social en los departamentos del país. • Dar a conocer a través de medios masivos de comunicación los esfuerzos que se realizan en los territorios para enfrentar la epidemia • Establecer alianzas entre estas redes y las asociaciones de periodistas. 	X	X	X	X	X	No de organizaciones capacitadas en el desarrollo de la auditoría social.	CONISIDA CONISIDA CONISIDA	Miembros de CONISIDA Miembros de CONISIDA Miembros de CONISIDA

Intervenciones		Acciones		Año					INDICADOR		ACTORES	
				01	02	03	04	05	Responsable	Participantes		
						X	X				Actitudes relacionadas con la aceptación de los PVVS.	MINSA
Promoción y Defensa Pública de la prevención de las ITS, el VIH y Sida y de los derechos humanos de las PVVS.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un proceso de consulta del cumplimiento de la ley 238, sus vacíos y su interrelación con leyes conexas, para impulsar iniciativas de reformas. • Elaborar la Política Nacional de abordaje del VIH en Nicaragua. • Realizar foros nacionales que permitan la discusión y difusión de la información científica sobre el tema y contribuyan a eliminar la estigmatización y la discriminación hacia las PVVS y las poblaciones de mayor vulnerabilidad. • Fomentar el control social del cumplimiento de leyes vigentes. 	X	X	X	X	X	Los empleadores dejan de discriminar a los PVVS.	MINSA CONISIDA	Actores de la sociedad Actores de la sociedad			
		X	X	X	X	X		CONISIDA	Soc. Civil			

ESTRATEGIA 4.3: Incrementar en las organizaciones e instituciones del estado las capacidades técnicas para el diseño de propuestas de políticas públicas que promuevan los Derechos Humanos y Defensoría Pública de las personas que viven con el VIH.										
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES		
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes	
Entrenar personal de las organizaciones e instituciones en el diseño y evaluación de políticas públicas.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar programa de capacitación de funcionarios de las organizaciones e instituciones del estado en el diseño y la evaluación de políticas públicas. Brindar asesoría técnica sobre el diseño de políticas públicas que promuevan los derechos humanos. Divulgación de las políticas públicas que promuevan los derechos humanos y defensoría de las personas que viven con el VIH. 		X	X	X		Política pública diseñada y consensuada a nivel nacional.	CONISIDA	MINSA	
			X	X	X	X		Cooperación	MINSA	
			X	X	X	X		MINSA	CONISIDA	

OBJETIVO 5: Fortalecer el carácter intercultural y autónomo de la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en las regiones de la costa del Caribe de Nicaragua.									
ESTRATEGIA 5.1: Avanzar en la estructuración del abordaje intercultural en la atención integral de las ITS, VIH y SIDA en las Regiones Autónomas.									
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Articular medicina tradicional en la atención integral.	<ul style="list-style-type: none"> Organizar y fortalecer a las comisiones territoriales y comunitarias de salud. Capacitar a las comisiones territoriales y comunitarias para la integración de la temática del VIH en sus acciones. Organizar intercambios de experiencia entre los agentes tradicionales y el sector institucional. Incorporar a los agentes tradicionales en la oferta de servicios para la atención del VIH y Sida. Incorporar prácticas de medicina tradicional en los protocolos de atención del VIH/Sida. 	X	X	X	X	X	No Agentes tradicionales involucrados en la atención integral del VIH/Sida.	Corlusida y Coresida	Secretaría de Salud, Comisiones territoriales y comunitarias de Salud, Red de Agentes tradicionales, Programas Regionales de VIH/Sida, Universidades regionales
			X	X	X	X		Corlusida y Coresida	
			X	X	X	X		Corlusida y Coresida	

Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida Nicaragua 2006 - 2010

<p>Fortalecer la participación de Organismos Basados en la Fe (OBF) en la atención integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover y fortalecer las acciones de la iglesia y las OBF como actores de cambio • Promover el análisis conjunto del comportamiento del VIH e intercambio de experiencias, de las diferentes denominaciones religiosas presentes en las regiones. • Promover encuentros, foros y talleres con los grupos juveniles organizados alrededor de las iglesias y OBF. • Promover la prueba Dx en la consejería a parejas dentro de las diferentes iglesias. 	<p>X X X X</p>	<p>X X X X</p>	<p>X X X X</p>	<p>X X X X</p>	<p>X X X X</p>	<p>X X X X</p>	<p>OBF desarrollando acciones de promoción y prevención del VIH.</p>	<p>Corlusida y Coresida</p>	<p>Red de pastores OBF Redes juveniles ONG Líderes religiosos</p>
<p>Organización de los servicios de salud para garantizar la atención integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer programas específicos hacia grupos vulnerables • Capacitación técnica de los recursos humanos • Formar recursos humanos culturalmente competentes en la temática de VIH (Diplomado y Maestría). • Facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva amigables a jóvenes y adolescentes • Facilitar el acceso a la atención de las ITS, VIH y SIDA a las embarazadas • Facilitar el acceso a consejería y Dx en todos los programas de la red de atención del MINSa. 	<p>X X X X X X</p>	<p>X X X X X X</p>	<p>X X X X X X</p>	<p>X X X X X X</p>	<p>X X X X X X</p>	<p>Cobertura de consejería sobre la prevención y pruebas de detección realizadas.</p>	<p>Corlusida y Coresida</p>	<p>Secretaria de Salud Programa Regional VIH/Sida Universidades regionales</p>	
<p>Incorporar la educación sexual y reproductiva al sistema educativo autónomo regional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar al pensum académico de la educación primaria y secundaria la educación sexual y reproductiva con pertinencia generacional. • Integrar al pensum de la educación técnica y universitaria los temas de educación sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del VIH. • Incorporar a los planes y programas de instituciones formadoras de recursos de salud la atención integral e intercultural del VIH y SIDA. 	<p>X X X</p>	<p>X X X</p>	<p>X X X</p>	<p>X X X</p>	<p>X X X</p>	<p>Conocimientos de la prevención del VIH entre adolescentes y jóvenes.</p>	<p>Corlusida y Coresida</p>	<p>Secretaria de educación Secretaria de salud Universidades Regionales Unidades formadoras de recursos técnicos</p>	

Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
	<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a diferentes actores en el abordaje de la atención integral e intercultural a PVVS. Identificar mecanismos y ejecutar acciones que obliguen al sector público a una integración temática en sus planes. 	X	X	X	X	X	Miembros de instituciones autonómicas capacitados en el diseño de políticas y planes de lucha contra el VIH/Sida.	Cortusida y Coresida	Consejos y Gobiernos Regionales Universidades CONISIDA ONUSIDA, USAID
Fortalecer las capacidades técnica - organizativas de las instituciones autonómicas (legislativa y ejecutiva).	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a miembros de instituciones autonómicas en políticas y acciones de atención al VIH/Sida Desarrollar un plan sistemático de actualización e información sobre estrategias de abordaje VIH/Sida Fortalecer el marco jurídico de las regiones autónomas para enfrentar el VIH SIDA Fortalecer las capacidades de formulación y ejecución de planes de gestión de recursos. Fortalecer las capacidades organizacionales de la secretaría de salud Diseñar y gestionar cartera de proyectos para los Planes Estratégicos Regionales. 	X	X	X	X	X			
Fortalecer las capacidades técnica - organizativas de las Comisiones Regionales Cortusida y Coresida para el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de la respuesta a la epidemia.	<ul style="list-style-type: none"> Cortusida y Coresida a través de la Comisión de Salud, logran la participación y su inclusión en el proceso de formulación del presupuesto del Gobierno Regional. Fortalecer las capacidades de formulación y ejecución de planes de gestión de recursos. Diseñar y gestionar cartera de proyectos para los Planes Estratégicos Regionales. Establecer una estrategia de Marketing interna y externa de los Planes Estratégicos Regionales. 	X	X	X	X	X	Miembros de Cortusida y Coresida capacitados en el diseño de políticas y planes de lucha contra el VIH/Sida	Cortusida y Coresida	Consejos y Gobiernos Regionales Universidades CONISIDA ONUSIDA, USAID

ESTRATEGIA 5.2: Fortalecimiento de la gestión autónoma de la respuesta regional al VIH/Sida

	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan sistemático de actualización e información sobre estrategias de abordaje VIH. • Fortalecer la participación e integración de Corluisa y Coresida en el modelo de salud regional. • Desarrollar capacidades para el monitoreo regional de las intervenciones en VIH y SIDA y de la ley 238. 	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Porcentajes de recursos del programa de VIH/Sida gestionados en las regiones autónomas del caribe nicaraguense	Corluisa y Coresida	CONISIDA MINSAs Universidades regionales Consejos y Gobiernos regionales	Alcaldías municipales Consejos y Gobiernos Regionales CONISIDA MINSAs Universidades
Transferencia de competencias y recursos para el desarrollo de programas regionales de VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar propuesta de descentralización del programa nacional de VIH/Sida hacia las regiones autónomas. • Negociar propuesta de descentralización del programa nacional de VIH/Sida con el nivel central del MINSAs • Implementar programa autonómico de atención al VIH-Sida. 	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Desarrollar un proceso sistemático de abogacía e incidencia desde las regiones autónomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las capacidades de incidencia política. • Participar en el proceso de Construcción del Modelo de Salud del Caribe Sur. • Impulsar la construcción de las bases del desarrollo Organizacional: Políticas, estatutos, reglamentos. • Establecer alianzas con autoridades municipales. • Establecer alianzas con actores claves del Gobierno Regional. • Generar acciones de coordinación con Corcuisa, Coresida, Corluisa, CONISIDA y el Ministerio de salud. • Demandar mayor participación multisectorial. • Promoción del cumplimiento de la ley 238. • Incorporar la participación equitativa de género, interétnica y generacional en la promoción de la equidad frente a todas las acciones de defensoría. 	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Fortalecimiento de la gestión local y gobernabilidad (municipios)	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la organización de comisiones municipales de lucha contra el VIH/Sida. • Proporcionar recursos y dar seguimiento a las comisiones municipales de lucha ante el VIH/Sida • Desarrollar, ampliar la participación comunitaria en las asambleas regionales y municipales de Salud y Foros de VIH/Sida. • Permanente asesoramiento a las estructuras de gobierno con presencia de recursos de Corlusida y Coresida. • Monitoreo de las acciones realizadas por las entidades de gobierno • Rendición de asignación y ejecución de presupuestos en el tema VIH/Sida a la población • Integración del tema de planes y acciones en los informes de instituciones de gobierno para la población. 	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comisiones municipales de lucha contra el VIH gestionando respuestas locales.	Corlusida y Coresida	Alcaldías municipales Consejos y Gobiernos Regionales CONISIDA MINSa	
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

ESTRATEGIA 5.3 Desarrollo de programas de fortalecimiento socio-económico par a las personas que viven con el VIH/SIDA y las familias.									
Intervenciones	Acciones	Año					INDICADOR	ACTORES	
		01	02	03	04	05		Responsable	Participantes
Creación de programas de inserción laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de las personas que viven con el VIH en temas y áreas que le puedan garantizar el ejercicio de un empleo u oficio para obtener un ingreso salarial • Establecimiento de líneas de empleo tanto en el sector público como privado en concordancia con las capacidades y habilidades con las personas afectadas 	X	X	X	X		Porcentajes de PVVS insertados en procesos laborales estables.	Corlusida y Coresida	PVVS

