

COMISIÓN NICARAGÜENSE DEL SIDA

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS

NICARAGUA

PERIODO DE COBERTURA: Enero de 2008- diciembre de 2009

Managua. Marzo, 2010



Comisión Nicaragüense del SIDA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios" Costado Oeste Colonia Primero de Mayo. Managua, Nicaragua
Teléfono: 2289-4700 Ext. 200, www.conisida.org.ni

ABREVIATURAS

ANISHA:	Asociación Nicaragüense de Ingenieros en Seguridad e Higiene y Seguridad Ambiental.
APADEIM:	Asociación para el Desarrollo Integral de la Mujer
ASONVIHSIDA:	Asociación de Personas con VIH/sida
ANICP+ VIDA:	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas, Luchando por la vida
CDC/GAP:	Centers for Disease Control and Prevention's Global AIDS Program
CEPRESI:	Centro de Prevención del Sida.
CNLSCCS:	Comisión Nacional de Lucha contra el sida desde la sociedad civil
CONCASIDA:	Congreso Centroamericano de personas con VIH y sida
CONISIDA:	Comisión Nicaragüense del Sida
CNDR:	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
CRN:	Cruz Roja Nicaragüense
CSJ:	Corte Suprema de Justicia
FUNTRAB:	Fundación de Trabajadores.
HCI:	Health Care Improvement
IEC:	Información, Educación y Capacitación
IMPS:	Instituciones Médicas Previsionales de Salud
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
LGBTTI:	Población lésbico, gay, bisexuales, transexuales, transgénero, travestí e Intersex.
MEGAS:	Medición de Gastos en Sida
MI FAN:	Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescencia.
MINED:	Ministerio de Educación
MINSA:	Ministerio de Salud
MIGOB:	Ministerio de Gobernación

MITRAB:	Ministerio del Trabajo
OBF:	Organizaciones Basadas en la Fe
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PASCA:	Proyecto Acción Sida para Centroamérica
PASMO:	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PROFAMILIA:	Asociación Pro Bienestar de la Familia
PDDH:	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PNUD:	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMH:	Prevención de la Trasmisión Madre- Hijo/a
PVS:	Personas con VIH o sida
REDTRANS:	Red Nicaragüense de Personas Trans, Transgénero y Travestí
MOSACF:	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
SSR:	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TAR:	Terapia antirretroviral

Contenido

ABREVIATURAS	2
I. SITUACIÓN ACTUAL	5
Resumen Ejecutivo	5
INDICADORES BÁSICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH Y SIDA. NICARAGUA 2008-2009	7
Gastos	7
Estado de desarrollo y aplicación de políticas	8
Indicadores del Programa Nacional	9
Indicadores de Conocimientos y Comportamientos	17
Indicadores de Impacto	21
II. Panorama general de la epidemia de Sida	24
Conclusiones	28
III. Respuesta Nacional a la epidemia del Sida	28
Liderazgo político:	28
Derechos Humanos, estigma y discriminación	31
Prevención	33
Tratamiento, atención y apoyo	35
Vigilancia epidemiológica.....	36
Capacidad diagnóstica.....	37
Sistema de monitoreo de los servicios.....	37
Marco normativo:	38
Disponibilidad de recursos en salud.	38
Recursos.....	39
VI. Prácticas Óptimas.....	41
V. Principales problemas y acciones correctoras	41
VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país.....	43
VII. Sistema de vigilancia y evaluación	43
VIII. Anexos.....	45
Anexo 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de Compromiso sobre el VIH y sida.....	45
Representantes de CONSIDA.....	45
Representantes de agencias.....	45
Representantes de organizaciones de sociedad civil.....	46
Anexo 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional	46

I. SITUACIÓN ACTUAL

RESUMEN EJECUTIVO

La elaboración del IV Informe UNGASS 2010 fue encomendado al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES- UNAN) por CONISIDA con el apoyo de ONUSIDA. Inicialmente se realizó el proceso con una investigación documental exhaustiva que facilitó el meta-análisis de investigaciones surgidas en la segunda ronda de Fondo Mundial y del Congreso Nacional de VIH/sida 2009 para el periodo 2008- 2009.

Como segunda fase de elaboración del informe se organizó un proceso de consulta, empleando las nuevas tecnologías de información:

- Se creó un blog¹ para actualizar periódicamente la información que se generó en el proceso de consulta, siendo una plataforma de consulta permanente para la elaboración de los próximos informes y facilitar el acceso a documentación de los procesos anteriores con documentos de referencia para los informes UNGASS.
- Complementariamente se diseñó una herramienta Web de encuesta online sobre ICPN², que fue enviada a todos los actores claves en la respuesta nacional, sin limitar la participación activa de todos los sectores³.
- Paralelamente a este proceso se facilitaron tres talleres de consenso con el objetivo de identificar las prácticas óptimas, progresos en la respuesta nacional y los problemas identificados durante el periodo 2008-2009, que obstaculizaron la respuesta nacional.

El documento final fue consultado por un comité adhoc conformado por CONISIDA y ONUSIDA.

El contexto de elaboración de este informe de avances en la respuesta nacional ante el VIH y sida estuvo marcado por el impacto de la crisis financiera mundial que trajo como consecuencia la reducción del presupuesto general de la república.

En este período de evaluación se reportan más indicadores con respecto al periodo anterior (2006-2007). Con respecto a la situación epidemiológica del VIH y Sida, Nicaragua sigue teniendo una epidemia concentrada. Pese a la epidemia concentrada hay departamentos y municipios que comparten características socio demográficos y económicos que están notificando un incremento de número de casos relacionados con el fenómeno migratorio, por la existencia de puestos de pasos, sitios de atractivo turístico y cultural nacional.

La vía de transmisión continúa siendo la sexual con el 86%. Con un avance en la feminización de la epidemia (1.8 hombres por cada mujer). La tasa de incidencia es de 15.1x 100,000 habitantes y la tasa de prevalencia es de 67.7 x 100,000 habitantes⁴.

¹ www.ungass2010nicaragua.blogspot.com

² Índice Compuesto de Política Nacional

³ Las instituciones que participaron en el proceso de consulta fueron: el MINED, MITRAB, MINSa, MIGOB, INSS, PDDH, Ministerio de la Niñez y Adolescencia. Las organizaciones de sociedad civil que participaron fueron: ASONVIHSIDA, ANICP+ VIDA, Fundación Xochiquetzal, Red de Comunicadores en VIH, APADEIM, PASMO, Fundación Puntos de Encuentro, CNLCSSC, REDTRANS, Iglesia Luterana, PROFAMILIA y organismos representantes de Naciones Unidas: PNUD, UNICEF, ONUSIDA, USAID/HCI y Terra Nuova.

Grandes esfuerzos se han realizado en el tamizaje en embarazadas con pruebas rápidas en el marco de la PTMI, permitiendo dar seguimiento a mayor número de niños y niñas de madres con VIH y Sida. Se tiene mayor conocimiento sobre el comportamiento de la epidemia, producto de las investigaciones.

Desde el último informe UNGASS presentado en el periodo 2006-2007 se identifica una evolución positiva en la respuesta nacional, considerando que el Ministerio de Salud ha dirigido todos sus esfuerzos en mejorar la calidad y la atención en salud, con la transformación e implementación del nuevo Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y la transversalización de las intervenciones en salud, con un enfoque de respuestas multisectoriales ante el VIH y Sida. La transversalización ha generado acciones como la transformación operativa dentro del Componente de ITS, VIH y Sida, manejado operacionalmente desde la Dirección de Extensión y Calidad de la Atención, que depende política y estratégicamente del despacho ministerial.

Se destaca la política de gratuidad de los servicios en el sistema público de salud, caracterizada por la eliminación del sistema de atención privada y los cobros a la población que demanda la prestación de estos servicios.

CONISIDA como instancia rectora de la respuesta nacional ha fortalecido su rol estratégico, su capacidad de gestión, actuación, logrando un reconocimiento nacional e internacional. Durante el periodo se conformaron 49 CONISIDAS a nivel nacional, se fortaleció el trabajo de VIH en la Costa Caribe del país, así como con grupos de la diversidad sexual, organizaciones de personas con discapacidad y PVS. Se garantizó la participación multisectorial de instituciones de gobierno, organizaciones de sociedad civil y el involucramiento de las OBF. Lideró procesos de revisión del marco político y jurídico ante el VIH.

En cuanto a prevención, el país ha continuado el desarrollo de la estrategia de Información, Educación y Capacitación(IEC) con participación multisectorial dirigida a población en general, promovidas principalmente por organizaciones de sociedad civil con apoyo de las agencias multi-bilaterales, mediante mensajes claves: abstinencia sexual⁵, retardo del inicio de relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso consistente del preservativo, relaciones sexuales seguras y prevención de la violencia contra las mujeres.

Durante el año 2008 se diseñó y se presentó la propuesta de octava ronda de Fondo Mundial para VIH y sida y el año 2009 se caracterizó por un proceso de negociación y aprobación de la propuesta que asciende a un monto aproximado de 57 millones de dólares para los próximos cinco años. Representando una oportunidad y un reto para el país en el fortalecimiento de la respuesta nacional y contención de la epidemia.

Es evidente que el apoyo de las agencias multi- bilaterales al tema de VIH y sida ha sido fundamental para impulsar acciones y estrategias para revertir el curso de la epidemia en el país. Este periodo reportado refleja avances en el fortalecimiento de la instancia rectora de la respuesta nacional como CONISIDA y la coordinación de acciones entre los diferentes sectores

⁴ Estadísticas oficiales del MINSA. 2008- 2009

⁵ http://nicaragua.usaid.gov/bnoticiasfebrero09_3.html, http://www.amc.org.ni/amc/enfoque_VIH_sida.html

para garantizar el acceso universal en la promoción, prevención, tratamiento y atención ante el VIH y sida.

Se continuaron las acciones de prevención tanto desde el Estado como de las organizaciones de sociedad civil que trabajan la temática. En atención se ha logrado la descentralización de las pruebas rápidas y el acceso a la TAR. En cuanto a la articulación y armonización de la respuesta nacional ante el VIH y sida este periodo representó una oportunidad para realizar una evaluación del PEN 2006-2010 y el anteproyecto de reforma a la Ley 238 que está en proceso de consulta.

Este informe muestra avances en cuanto al reporte de diez indicadores de conocimiento y comportamiento, aunque algunos indicadores mantienen la cifra reportada en el informe anterior, dado que no se han realizado encuestas demográficas para su construcción, solamente ENDESA (2006-2007). Nicaragua no reportará cuatro indicadores: un indicador del programa nacional (apoyo a los niños afectados por el VIH y el sida), indicadores de conocimiento y comportamiento (huérfanos y su asistencia a la escuela, consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo y prácticas de inyección seguras).

INDICADORES BÁSICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH Y SIDA. NICARAGUA 2008-2009

Gastos

1. GASTOS NACIONAL E INTERNACIONAL RELATIVOS AL SIDA POR CATEGORÍA Y FUENTE DE FINANCIACIÓN(EN MILES DE CÓRDOBAS*)			
CATEGORÍAS	2007	2008	OBSERVACIONES
1. PREVENCIÓN	73,508.46	96,009.39	
2. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	36,999.82	46,377.34	
3. HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES	0.00	564.56	
4. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA	25,675.19	37,840.08	
5. INCENTIVOS PARA LOS RECURSOS HUMANOS	79,608.32	91,456.81	
6. PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	0.00	0.00	EXCLUYENDO HUÉRFANOS
7. ENTORNO FAVORABLE Y DESARROLLO DE LA COMUNIDAD	5,747.89	10,428.62	
8. INVESTIGACIÓN	8,135.41	6,865.65	EXCLUYENDO INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES
FUENTES DE FINANCIAMIENTO			
PÚBLICO NACIONAL	106,046.44	122,265.55	
INTERNACIONAL	123,628.66	165,650.61	
PRIVADO NACIONAL	NO HAY REGISTROS	1,626.29	

Fuente: Informe Preliminar MEGASSSS. Nicaragua. 2010. Gasto en miles de córdobas

Tasa de cambio Junio-2007 1 US \$ = C\$ 18.4437

Tasa de cambio Junio-2008 1 US \$ = C\$ 19.3672

Posterior al compromiso de los países en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida, teniendo como base el 2003 en donde el compromiso de Nicaragua se expresó con un gasto de 52 millones de córdobas; se registró un crecimiento exponencial de los gastos públicos, privados y de apoyo internacional. Este incremento fue ocho veces más en el 2007 y

representó un incremento en 11 veces al gasto reportado en el 2003. Se reportan datos preliminares 2007- 2008, queda pendiente el reporte del año 2009.

Las fuentes de financiamiento nacional mostraron un incremento en el 2008 de 16'219,110 millones de córdobas, mientras el financiamiento internacional mostró un incremento del gasto para la respuesta nacional al Sida de 42'021,950 millones de córdobas.

La distribución de la asignación del gasto en el 2008 y 2009 fueron direccionada principalmente a incentivos para recursos humanos, intervenciones para la prevención del VIH-Sida, atención y tratamiento a PVS, y fortalecimiento a la gestión y administración del programa. Las investigaciones en el año 2008 es la única categoría que muestran un gasto menor.

El aporte a la respuesta del VIH en Nicaragua se ha dado desde el aporte de las agencias bilaterales y multilaterales a través del apoyo presupuestario y asistencia técnica.

En este informe se registra por primera vez gastos para huérfanos y niñez vulnerable ante la epidemia, así como el aporte de la empresa privada en la respuesta nacional ante el VIH.

Estado de desarrollo y aplicación de políticas

2. INDICE COMPUESTO DE POLÍTICAS NACIONALES (AREAS CUBIERTAS: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO, DERECHOS HUMANOS, PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, GÉNERO, PROGRAMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, VIGILANCIA Y EVALUACIÓN)

CATEGORÍAS	ICPN	OBSERVACIONES
FUNCIONARIOS DE GOBIERNO		
I. PLAN ESTRATÉGICO	*	
II. APOYO POLÍTICO	*	
III. PREVENCIÓN	*	
IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO	*	
V. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN	*	
ONGS, ÓRGANOS BILATERALES, ORGANISMOS DE NACIONES UNIDAS		
I. DERECHOS HUMANOS	*	
II. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL	*	
III. PREVENCIÓN	*	
IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO		

Fuentes: Funcionarios de Gobierno, Representantes de ONGs, Órganos bilaterales y multilaterales

* Datos introducidos on line en la dirección electrónica www.unaids.org/UNGASS2010

Indicadores del Programa Nacional

3. SEGURIDAD HEMATOLÓGICA. PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE DONADA QUE SE ANALIZA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE CALIDAD ASEGURADA			
NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE UNIDADES DE SANGRE DONADA ANALIZADA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE CALIDAD ASEGURADA	61,319	67,813	
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE SANGRE DONADA PARA USO MÉDICO INDEPENDIENTE HAYAN RECIBIDO O NO REMUNERACIÓN	61,319	67,813	
INDICADOR	100.0%	100.0%	

Fuente: Cruz Roja Nicaragüense. 2008- 2009

Nicaragua ha dado avances importantes en el componente de seguridad hematológica. La Cruz Roja Nicaragüense es el ente rector que vela por el cumplimiento de este componente de la respuesta ante la epidemia por el VIH y Sida. Junto con el Ministerio de Salud y los establecimiento de salud privados, se han adoptado los estándares internacionales recomendados por la OMS, facilitando que los servicios de transfusión de sangre garanticen la seguridad al paciente beneficiario de la sangre o derivados y de los trabajadores. El Centro hematológico nacional y de las sedes, así como los establecimientos autorizados siguen los procedimientos establecidos para el tamizaje tanto en la detección del VIH como de otros virus y agentes de peligro en el país ; y están comprometidos con planes de garantía de calidad.

En el año 2002 Cruz Roja Nicaragüense logró coleccionar y procesar el 73% de la captación de sangre a nivel nacional y para el 2007 Nicaragua reportó una seguridad hematológica del 90%, sin embargo los avances en la cobertura de los establecimientos con programas de garantía de calidad han logrado que para 2008 y 2009 las transfusiones de sangre o derivados estén libres del virus del VIH y otros virus transmitidos por esta vía.

Cruz Roja Nicaragüense, establece tres líneas de intervención en el área de salud mediante las cuales apoya complementariamente las acciones del Gobierno de Nicaragua, Instituciones y Organismos afines. A su vez contribuye a mejorar el acceso a las actividades de primeros auxilios, emergencias y suministro de sangre, para reducir la vulnerabilidad individual y comunitaria frente a la enfermedad, los accidentes y traumas.

Entre sus tres líneas de desarrollo (Banco de sangre, atención pre-hospitalaria y salud comunitaria) la del Banco de Sangre tiene las siguientes características:

Hasta el año 1976 la política de captación de sangre en el país estaba basada principalmente en la donación remunerada y era muy difícil cubrir la demanda hospitalaria. El acceso a la terapia sanguínea era limitado y costoso. A partir de ese año Cruz Roja Nicaragüense inicia un Programa Nacional de Sangre para garantizar el abastecimiento oportuno y seguro de sangre y sus componentes para los pacientes que necesiten este tipo de terapia, basado en la donación voluntaria, altruista y no remunerada.

Los servicios de sangre en Nicaragua actualmente son la conjunción entre los servicios de sangre de Cruz Roja Nicaragüense y el sistema de bancos de sangre del Ministerio de Salud. Ambas instituciones tiene como objetivo fundamental recolectar, procesar y abastecer de sangre y derivados sanguíneos a todos los hospitales del país.

Además de Managua la capital, Cruz Roja también cuenta con tres bancos de sangre en las filiales departamentales de Matagalpa, Juigalpa y Estelí. Además existen otras seis filiales que desarrollan programas de promoción de la donación voluntaria de sangre en sus comunidades para ayudar al abastecimiento de los hospitales locales.

El país cuenta con un marco jurídico que regula las actividades de los bancos de sangre. La Ley No. 369 de Seguridad Transfuncional, fue aprobada en noviembre del año 2000 con el objetivo de preservar la salud de los donantes de sangre y de los receptores de productos sanguíneos.

Para garantizar la sostenibilidad del programa de sangre, Cruz Roja mantiene desde hace varios años, un convenio de colaboración con el Ministerio de Salud por prestación de servicios de sangre, basado en el artículo 32 de la Ley 369 que define el compromiso del estado de asumir los costos de procesamiento de los derivados sanguíneos que se utilizan en los hospitales públicos.

La CRN, tiene como Objetivo “Garantizar sangre y sus derivados con calidad y de forma segura, para todos los pacientes que la demanden, mediante el fortalecimiento del Programa Nacional de Sangre”.

Su programa se mide por resultados:

- Abastecida la sangre y sus derivados de forma segura y oportuna, garantizando la accesibilidad, calidad y equidad a la población que la demanda, para una adecuada terapia transfusional.
- Incrementada la donación voluntaria de sangre, como un componente fundamental de la seguridad transfusional.
- Logrado el 100% del análisis serológico de la sangre donada, para las cinco patologías transmisibles por transfusión recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tomando en cuenta las recomendaciones para los procedimientos de calidad.
- Implementar un sistema de garantía de calidad para los bancos de sangre de CRN. Recursos Humanos capacitados en el área de bancos de sangre, seguridad y gestión de la calidad.
- Elaborado y validado el Plan de Abastecimiento de Sangre y Hemoderivados para casos de desastres.

4. TRATAMIENTO DEL VIH: TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA. PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA QUE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA QUE ACTUALMENTE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA DE COMBINACIÓN DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO NACIONAL APROBADO	744	1063	
DENOMINADOR			
NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA	1129	1580	SPECTRUM 50% ESTIMADO ADULTOS NIÑOS CON VIH
INDICADOR	65.9%	67.2%	

Fuente: Informes del MINSa. 2008-2009

En el año 2003 y finales del 2004, el país contaba con 5 unidades de salud brindando TAR, ubicadas en 3 de los 17 SILAIS, en estos últimos 5 años se ha implementado un proceso de descentralización de la TAR, esfuerzo al que se sumaron instituciones gubernamentales y no gubernamentales y agencias para el desarrollo. Actualmente se cuenta con la existencia de 29 unidades dispensadoras de TAR ubicada en los 17 SILAIS del territorio nacional, cifra que representa el 16% del total de unidades relevantes de la red de servicios públicos.

En términos de cobertura, según estimaciones realizadas por el Componente de ITS, VIH y Sida del Ministerio de Salud, en el país en base a proyecciones Spectrum se proyectaba 1,580 personas en TAR, siendo la demanda real 1,063 personas recibiendo, alcanzando una cobertura en función de la proyección del 67.2%, es decir un incremento de 24 puntos porcentual en comparación al año 2007, cifra que lo ubica dentro los pocos países en América Latina con una cobertura superior al 50%.

Al finalizar el año 2009 se registra una incidencia acumulada de 1,063 personas en TAR, de ellos el 63.8% (679) corresponde al sexo masculino, porcentaje que se aproximan al comportamiento del registro de incidencia acumulada de PVS en el país, con una relación de 1,74 hombres por cada PVS del sexo femenino en TAR.

En cuanto a grupos etareos el 5.2% (56) PVS en TAR son menores de 15 años, evidenciando un predominio en el registro de casos VIH en personas en edad productiva y reproductiva, situación que afecta la economía familiar como consecuencia del estado de salud de la población de PVS en TAR y la reducción marcada de sus posibilidades de desarrollo económico y humano, producto de la situación que enfrenta las familias en términos de aportes para cubrir los déficit de servicios de salud como medicamentos para infecciones oportunistas, exámenes especiales que durante la prestación de servicios son requeridas.

En términos de sobrevivencia al finalizar el año 2009, 579 PVS en TAR contaban con más de dos años de sobrevida, esto representa el 85% de los PVS estimados que se previeron alcanzarían 24 meses de tratamiento, porcentaje superior al presentado en el 2008, año en el que se registra el 69% de sobrevida mayor a dos años.

Un dato importante obtenido en el informe de “Monitoreo y Notificación de la Respuesta del sector Salud al VIH y Sida”, en el año 2008 el 70% de los PVS en TAR seguían bajo tratamiento 12 meses posterior a iniciar el tratamiento, estas cifras reflejan un mejoramiento

significativo en los indicadores relacionados con sobrevida, de hecho se inicia a vivenciar en Nicaragua una sobrevida superior a los cinco años de terapia, período en el cual se registra que el 78% de las PVS que iniciaron TAR 60 meses antes del 2009, continúan activos integrados a los programas de dispensación de TAR.

Estas cifras de cobertura exigen al país dirigir nuevos esfuerzos a la consolidación de un sistema de información robusto que permita contar con proyecciones de medicamentos más sólidas y evitar cerros críticos en suministros de ARV, un seguimiento más oportuno a las reacciones adversas a medicamentos y al seguimiento de la etapa evolutiva del VIH y sida en cada persona diagnosticada. De igual forma al análisis de oportunidades y subregistro sobre todo al proceso comprendido entre la notificación y registro de casos, es decir entre la detección de una persona reactor y la confirmación de casos.

En relación a protocolo para el seguimiento de PVS en TAR el país rige sus esquemas de tratamiento basado en las Guías de tratamiento para adultos, niños, niñas y mujer embarazadas, así como los casos de profilaxis de ARV por exposición ocupacional, un elemento que a futuro se visibiliza como una necesidad en el país es la evaluación de resistencia al TAR.

5. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS VIH-POSITIVAS QUE RECIBIÓ MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL			
NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE EMBARAZADAS INFECTADAS POR EL VIH QUE RECIBIÓ MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL	53	91	
DENOMINADOR			
NÚMERO ESTIMADO DE EMBARAZADAS INFECTADAS POR EL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	176*	176*	
INDICADOR	30.1%	51.7%	

Fuente: MINSAs-UNICEF, Informe Acceso Universal 2008. 2009

* Componente de ITS, VIH y Sida. Nicaragua. Estimación y proyecciones de Spectrum.

Según estimaciones oficiales de salud para el año 2008 y 2009 se esperaban 158,068 y 160,773 embarazos respectivamente, de ellos se tuvo una cobertura con la prueba de VIH al menos en un 35% y 51% de los embarazos esperados. En el año 2009 se brindó cobertura de control prenatal al menos una vez durante su período de gestación al 89.1% del total de embarazos esperados. Estas cifras revelan que el nivel de cobertura de pruebas realizadas en mujeres embarazadas es muy inferior a lo esperado, evidenciando las oportunidades perdidas de los servicios de salud para que la población de mujeres embarazadas acceda a los servicios de pruebas voluntarias e incidir en la PTMI de forma significativa.

Al comparar los datos de los años 2008 y 2009 sobre porcentaje de cobertura de mujeres con VIH que recibieron TAR para reducir el riesgo de transmisión vertical se observa una mejoría de 21 puntos porcentual en el año 2009, esta mejoría se relaciona con los esfuerzos de organismos de Naciones Unidas como UNICEF, OPS, El Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, el grupo de Cooperación Horizontal y Venezuela para aportar de manera integral en el acceso universal a TAR, con mayor énfasis en el caso de la mujer

embarazada de parte de UNICEF, esfuerzo que se compagina con las políticas de salud de protección a la mujer y niño como grupo prioritario de atención.

El Ministerio de Salud cuenta con Guía de tratamiento para la atención a la mujer embarazada, esta guía de tratamiento ARV está dirigida a PTMI. El 100% de las mujeres con VIH y embarazadas (53 en 2008 y 91 en 2009) recibieron el esquema de tratamiento AZT+ 3TC + LPV/r, es decir esquema triple de primera línea. Su selección a la terapia fue realizado utilizando los criterios clínicos y de laboratorio como es conteo celular CD4.

De igual forma el país ejerce una política nacional de ofertar la prueba de VIH con consejería a niños y niñas en unidades de servicios hospitalarios, centros de dispensación de TAR, centros de salud que prestan servicios para personas con tuberculosis y centros de inmunización. Así mismo el MINSA en sus normativas ha regulado y cumplido en el 100% de los niños y niñas la promoción de alimentación sustitutiva acompañada de una ablactación temprana del niño o niña.

6. COGESTIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y DEL VIH. PORCENTAJE DE CASOS ESTIMADOS DE COINFECCIÓN POR EL VIH Y TUBERCULOSIS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ADULTOS INFECTADOS POR EL VIH QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA DE COMBINACIÓN Y HA EMPEZADO UN TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS DURANTE EL AÑO QUE SE INFORMA		40	
DENOMINADOR			
NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH	SD	52	
INDICADOR	SD	77%	

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica. MINSA.

7. LAS PRUEBAS DEL VIH EN LA POBLACIÓN EN GENERAL. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SOMETIÓ A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENCUESTADOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SE HA SOMETIDO A LA PRUEBA DEL VIH DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS		1,091	
DENOMINADOR			
NÚMERO DE TODOS LOS ENCUESTADOS DE 15 Y 45 AÑOS DE EDAD		20,590	SE REPORTA DATO DE ENDESA 2006- 2007, DADO QUE LA ENCUESTA SE REALIZA CADA CINCO AÑOS
INDICADOR	SD	5.3%	
HOMBRES	SD	SD	LOS DATOS CORRESPONDEN A MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA 11 MESES PREVIOS A LA ENTREVISTA
MUJERES	SD		
GRUPOS DE EDAD			
15-19	SD		
20-24	SD		
25-49	SD		

Fuente: ENDESA 2006-2007

El país no cuenta con estudios sobre tamizaje en la población en general, sin embargo se cuenta con datos de la encuesta demográfica (ENDESA 2005/2006) en la que se exploran conocimientos y comportamientos ante el VIH en las mujeres. El 5.3% de las mujeres encuestadas en edades de 25-49 años señalan haberse realizado la prueba de VIH.

Los resultados de ENDESA revelan que el 76 por ciento de las mujeres de 15-49 años de edad conoce sobre VIH y Sida, ha oído hablar de la prueba del VIH y el 44 por ciento sabe donde la hacen y un 16 por ciento se ha realizado la prueba.

El porcentaje que ha oído hablar de la prueba es más alto en el área urbana (84 por ciento) que en la rural (63 por ciento). El porcentaje de mujeres que ha oído hablar de la prueba, resulta mayor entre mujeres que tienen 25 ó más años de edad. Además se observa que la cifra se incrementa de forma directa con el nivel de educación y económico.

Del total de mujeres de 15-49 años de edad que conocen o han oído hablar del VIH y Sida, el 16 (3,294/20,590) por ciento se ha realizado la prueba o examen del VIH. El porcentaje de mujeres que se ha hecho la prueba varía del 6.8 por ciento entre mujeres de 15-19 años al 21.3 por ciento en aquellas de 20-24 años de edad. Se observa que la probabilidad de haber realizado la prueba de VIH se incrementa con el nivel educativo o económico, y también según el grado de percepción de riesgo a contraer el VIH.

En cuanto a los lugares donde las mujeres se realizaron la prueba de VIH, el 58 por ciento se hizo la última prueba en un establecimiento público del Ministerio de Salud, el 14 por ciento en un hospital o clínica privada y el 8 por ciento en una empresa médica previsional. El 5 por ciento se hizo la última prueba en la Cruz Roja, mientras que otro 5 por ciento se hizo la prueba en un laboratorio particular. En general, el uso del sector privado aumenta en la medida que es mayor el nivel educativo o económico de las entrevistadas.

Por otro lado el país registra en el año 2009 un total de 123,547 pruebas de VIH, 4,955 pruebas más que en el año 2008, existe un predominio de pruebas realizadas a favor del sexo femenino con una relación de 3.1 por cada prueba de VIH realizada en hombres, evidenciando la política de promoción de la prueba en mujeres embarazadas.

Del 100% de las pruebas realizadas en el año 2009, el 24.0% correspondió a personas entre las edades de 15 a 19 años, de ellas el 75% fueron efectuadas en el sexo femenino, similar comportamiento se observa en las edades de 20 a 24 años. Sin embargo, en el grupo etáreo de personas mayores de 25 años se registró el 51% de las pruebas, de las cuales el 75% corresponden al sexo masculino, es decir que los programas de promoción de la prueba de VIH en personas adultas predominan en su demanda el sexo masculino, proceso inverso para el caso de las personas menores de 25 años, situación que habla de una fortaleza en la prestación de servicios alrededor de la mujer en período de gestación a temprana edad, adolescentes y jóvenes.

8. LAS PRUEBAS DEL VIH EN LAS POBLACIONES MÁS EXPUESTAS. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE SE SOMETIÓ A UNA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NUMERO DE ENCUESTADOS PERTENECIENTES A POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE SE HA SOMETIDO A LA PRUEBA DE VIH DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS.		TS = 325	
DENOMINADOR			
NÚMERO DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS INCLUIDAS EN LA MUESTRA		TS = 354	
INDICADOR	SD	TS = 91.2%	

Fuente: Estudio sobre Uso Consistente del Condón en Trabajadoras Sexuales. Proyecto Nicaragua Compromiso y Acción Sida, tuberculosis y malaria.2009.

A inicios del año 2009, en el marco de evaluación final del proyecto “*Nicaragua, compromiso y acción ante el sida, tuberculosis y malaria*” financiado por El Fondo Mundial, se realizó un estudio sobre *Uso Consistente del Condón en Trabajadoras Sexuales*, en departamentos con alta prevalencia e incidencia de VIH y sida superior al promedio nacional, este estudio se realizó con una muestra de 354 trabajadoras sexuales, de las cuales el 97.3% revelaron haberse realizado la prueba de VIH, de ellas el 91.2% ($p < 0.0019$) refirieron haber recibido consejería informada y escrita pre y post test.

Finalmente el informe señala que el estigma y discriminación son fenómenos que entorpecen la eficacia de la respuesta nacional y regional al VIH y sida. Hacen que se obstaculice que las personas se sometan a la prueba del VIH, dificultan el uso de condones masculinos y femeninos, evitan que mujeres con VIH accedan a servicios de prevención de la transmisión del VIH a sus hijos e hijas e impiden que poblaciones más vulnerables y expuestas al riesgo reciban la atención y apoyo que necesitan.

Este indicador sólo se construyó con el estudio en trabajadoras sexuales, aunque se cuenta con un estudio sobre Seroprevalencia en HSH este no se reportó porque las variables solicitadas en el indicador de UNGASS no pueden ser construidas desde la base de datos.

En cuanto a la población de hombres que tienen sexo con hombres, un estudio sobre *Seroprevalencia de VIH y Sida y Uso del condón* realizado en el marco del proyecto Ronda 2 financiado por El Fondo Mundial, reveló que el 43% de los HSH participaron en algún taller sobre prevención del VIH y el 35% de los HSH han recibido al menos una consejería sobre VIH, estudio que contó con una muestra de 616 HSH ubicados en las cabeceras departamentales con mayor incidencia acumulada de VIH.

El estudio exploró el conocimiento de parte de los HSH en lugares de realización de la prueba, con predominio en los servicios públicos del MINSA (43% del total de menciones), seguido de los laboratorios vinculados a ONG's (30%). El aporte privado es muy exiguo (7%) y el segmento de HSH que aún no conoce un centro donde pueda demandar ese servicio es todavía muy amplio (20%).

El predominio del MINSA es generalizada por identidades sexuales y territorios, y al igual que el aporte de las ONG's, llegan con mayor facilidad a ser conocidos por transexuales y homosexuales.

El componente de HSH que no conoce centros diagnósticos para realizarse la prueba de VIH se concentra en bisexuales y heterosexuales (30% y 20%) y su peso es muy significativo en los departamentos de León (32%), Chinandega (24%) y Managua (21%).

9. POBLACIONES MÁS EXPUESTAS: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS A LOS QUE LLEGAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NUMERO DE ENTREVISTADOS DE LA POBLACIÓN MÁS EXPUESTA QUE HA RESPONDIDO SÍ A AMBAS PREGUNTAS(A LAS TRES EN EL CASO DE CONSUMIDORES DE DROGAS)			ENCUESTA DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTOS DE CDC. DISPONIBLES DATOS HASTA OCTUBRE DEL 2010
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE ENCUESTADOS			
INDICADOR	SD	SD	

10. APOYO A LOS NIÑOS AFECTADOS POR EL VIH Y EL SIDA. PORCENTAJE DE HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD CUYOS HOGARES RECIBIERON APOYO EXTERNO BÁSICO GRATUITO PARA LA ATENCIÓN INFANTIL

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NUMERO DE HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES QUE VIVEN EN HOGARES QUE RECIBIERON AL MENOS UNO DE LOS CUATRO TIPOS DE APOYO PARA CADA UNO DE LOS NIÑOS(QUE CONTESTARON AFIRMATIVAMENTE A POR LO MENOS DE UNA DE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 Y 4)			LOS ESTUDIOS REALIZADOS VAN ORIENTADOS A LA NIÑEZ CON VIH Y NO A LA ORFANDAD
DENOMINADOR			ESTUDIO INSS CON FM DIRIGIDO A REALIZAR UN DX.
TOTAL DE NIÑOS HUÉRFANOS Y VULNERABLES DE 0 A 17 AÑOS			
INDICADOR	SD	SD	

11. EDUCACIÓN ESCOLAR SOBRE EL VIH BASADO EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA. PORCENTAJE DE ESCUELAS QUE IMPARTIÓ EDUCACIÓN SOBRE EL VIH BASADA EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA DURANTE EL ÚLTIMO CURSO ACADÉMICO

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ESCUELAS QUE IMPARTIÓ EDUCACIÓN SOBRE EL VIH BASADAS EN APTITUDES PARA LA VIDA DURANTE EL ÚLTIMO CURSO ACADÉMICO	1,364 (758 PRIMARIA 606 SECUNDARIA)	9408 (8062 PRIMARIA, 1246 SECUNDARIA)	LA CURRÍCULA DE EDUCACIÓN PARA LA VIDA QUE IMPLEMENTA EL MINED CON 30 HORAS POR CURSO POR AÑO TIENE COBERTURA A NIVEL NACIONAL Y SE DESARROLLA EN CONVIVENCIA Y CIVISMO DESDE 3ER GRADO DE PRIMARIA HASTA 11VO DE SECUNDARIA; EN CIENCIAS NATURALES DESDE 4TO GRADO DE PRIMARIA HASTA 9 NO GRADO DE SECUNDARIA.
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ESCUELAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS	10,721		
INDICADOR	87.75%		

Fuente: Informe del Departamento de Consejería Escolar. Proyecto Fondo Mundial. "Nicaragua, Compromiso y Acción ante el Sida, Tuberculosis y Malaria. MINED. 2008

* Informe de Estado de la Educación Básica y Media. MINED 2005.

Indicadores de Conocimientos y Comportamientos

12. LOS HUÉRFANOS: ASISTENCIA A LA ESCUELA. ASISTENCIA ACTUAL A LA ESCUELA ENTRE HUÉRFANOS Y NO HUÉRFANOS DE 10 A 14 AÑOS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE NIÑOS QUE HA PERDIDO A AMBOS PROGENITORES Y SIGUE ASISTIENDO A LA ESCUELA.			NO HAY ESTUDIOS ACTUALMENTE, SE TIENE PLANIFICADO (EN LICITACIÓN) REALIZARLO CON FINANCIAMIENTO DE FONDO MUNDIAL SE REALIZARÁ EN 2010.
DENOMINADOR			
NÚMERO DE NIÑOS QUE HAN PERDIDO A AMBOS PROGENITORES			
INDICADOR	SD	SD	

13. LOS JÓVENES: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENCUESTADOS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE CONTESTO CORRECTAMENTE LAS CINCO PREGUNTAS			DATOS SÓLO PARA MUJERES DE 15 - 24 AÑOS DE EDAD. PARA CALCULAR ESTE INDICADOR ENDESA PRESENTA LA DIFICULTAD QUE NO SE PUEDE PRESENTAR DESAGREGADO
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE ENCUESTADOS ENTRE 15 A 24 AÑOS DE EDAD			

INDICADOR	SD	80.5%
------------------	-----------	--------------

Fuente: ENDESA 200-2007

14. POBLACIONES MÁS EXPUESTAS: CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS

NUMERADOR	2008	2009	COMENTARIO
NÚMERO DE ENTREVISTADOS PERTENECIENTES A POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE CONTESTÓ CORRECTAMENTE LAS CINCO RESPUESTAS			ENDESA NO INTEGRA POBLACIONES MÁS EXPUESTAS, Y LAS ENCUESTAS ESPECIALES NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE LAS CINCO PREGUNTAS ESTABLECIDAS POR FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ENTREVISTADOS PERTENECIENTES A POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE RESPONDIÓ A LAS CINCO PREGUNTAS			
INDICADOR	SD	SD	

15. RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS QUINCE AÑOS DE EDAD. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LOS 15 AÑOS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENTREVISTADOS DE 15 A 24 AÑOS QUE DECLARA HABER TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LOS 15 AÑOS			
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD			
INDICADOR		14.1%	
	15-19 AÑOS	13.0%	
	20-24 AÑOS	15.4%	

Fuente: ENDESA 2006-2007

16. RELACIONES SEXUALES DE ALTO RIESGO. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENTREVISTADOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			DATO SÓLO MUJERES
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD			
INDICADOR		1.5%	
	15-19 AÑOS	1.4%	
	20-24 AÑOS	1.8%	
	25 A 49 AÑOS	1.5%	

Fuente: ENDESA 2006-2007

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007(ENDESA) detalla que el 1.5% de las mujeres entre 15-49 años ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses, con similar comportamiento para los estratos de 15- 19, 20-24 y de 25-49 años. Por otro lado, ENDESA 2006/2007 reveló que la proporción de mujeres con experiencia sexual aumenta a medida que la edad se incrementa, desde un 18 por ciento en las mujeres de 15 años,

a un 88 por ciento en las de 24 años. Cabe señalar que las mujeres jóvenes de 18 años de edad, el 50 por ciento ya ha tenido relaciones sexuales.

El 14 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años tuvo su primera relación antes de los 15 años, por área de residencia hay una diferencia de casi el doble, 19 por ciento de adultas jóvenes rurales contra 10 por ciento de las adultas jóvenes residentes en áreas urbanas.

Se nota que la edad mediana a la primera relación sexual de las adultas jóvenes decrece a medida que decrece el nivel educativo o de bienestar, las calificadas “sin educación” es de 15.4 años con una diferencia de 3.6 años referente a las que tienen educación secundaria/superior. Para el área rural la edad mediana es menor que la urbana un poco más de 1.5 años de diferencia 16.9 contra 18.4 años, respectivamente.

El 24 por ciento de las adolescentes se encuentran en unión conyugal hallándose más expuestas al riesgo de un embarazo precoz. De estas adolescentes el 55 por ciento ya ha tenido al menos un hijo nacido vivo (ver Cuadro 4.6). El comportamiento de las adolescentes que alguna vez ha estado en unión en relación al número de uniones maritales, expresa que existe un 6 por ciento que ha tenido más de una pareja.

17. USO DE PRESERVATIVOS DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE ALTO RIESGO. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.

NUMERADOR	2006	2007	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENTREVISTADOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE DECLARA HABER TENIDO MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y QUE TAMBIÉN DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL		3,830	DATO SÓLO PARA MUJERES.
DENOMINADOR			
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE DECLARA HABER TENIDO MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES		20,590	
INDICADOR		18.6%	
	15-19 AÑOS	12.2%	
	20-24 AÑOS	30.1%	
	25 A 49 AÑOS	15.9%	

Fuente: ENDESA 2006-2007

El uso de condones de manera continua y adecuada puede contribuir a reducir la velocidad de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA entre la población sexualmente activa. Por esta razón, durante el levantamiento de información de ENDESA 2006/2007, se les preguntó a las mujeres que estuvieron activas sexualmente durante el último año previo a la entrevista, si habían usado condones en su última relación sexual; sólo el 7 por ciento respondió afirmativamente a esta pregunta. Las mujeres solteras presentan la proporción más alta de uso de condones (19 por ciento), seguida por mujeres separadas, divorciadas o viudas (14 por ciento), descendiendo al 5 por ciento entre las mujeres en unión que reportaron el uso del condón en su última relación sexual

El uso del condón en la última relación sexual en el área urbana es casi tres veces mayor que en el área rural (10 contra 4 por ciento). El 4 por ciento de mujeres sin educación formal usó el condón en la última relación sexual, alcanzando un máximo del 14 por ciento en mujeres con instrucción superior. En forma similar, se incrementa del 3 por ciento entre mujeres ubicadas en el nivel de bienestar bajo al 12 por ciento entre las que pertenecen al nivel más alto. Con respecto a la percepción personal del riesgo de infectarse del VIH/SIDA, llama la atención que el uso es reducido entre mujeres que perciben que su riesgo de contraer el VIH es grande (11 por ciento).

18. LOS PROFESIONALES DEL SEXO: USO DEL PRESERVATIVO. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO VARONES Y MUJERES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE

NUMERADOR	2008	2009	COMENTARIO
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU CLIENTE MÁS RECIENTE		184	CAP EN TRABAJADORAS SEXUALES – PROYECTO FONDO MUNDIAL
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABER MANTENIDO RELACIONES SEXUALES REMUNERADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		250	
INDICADOR		73.6%	

Fuente: Uso consistente del Condón. Proyecto Fondo Mundial- II Ronda. 2009

19. HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES: USO DE PRESERVATIVO

NUMERADOR	2008	2009	COMENTARIO
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE EL ÚLTIMO COITO ANAL		222	
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABER MANTENIDO UN COITO ANAL CON UNA PAREJA MASCULINA DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES		609	
INDICADOR		36.45%	
	MENORES DE 25 AÑOS	SD	
	DE 25 A MÁS AÑOS		

FUENTE: ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA DE VIH Y USO DE CONDÓN EN POBLACIÓN HSH. JUNIO 2009. FUNDACIÓN XOCHIQUETZAL

20. CONSUMIDORAS DE DROGAS INYECTABLES: USO DE PRESERVATIVOS. PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DE DROGAS INYECTABLES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENTREVISTADOS UDI QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL			
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABERSE INYECTADO DROGAS Y HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES EN EL ÚLTIMO MES.			
INDICADOR	SD	SD	

21. CONSUMIDORAS DE DROGAS INYECTABLES: PRÁCTICAS DE INYECCIÓN SEGURA. PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DE DROGAS INYECTABLES QUE DECLARA HABER USADO UN EQUIPO DE INYECCIÓN ESTÉRIL LA ÚLTIMA VEZ QUE SE INYECTÓ.

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ENTREVISTADOS UDI QUE DECLARA HABER USADO UN EQUIPO DE INYECCIÓN ESTÉRIL LA ÚLTIMA VEZ QUE SE INYECTÓ DROGAS.			
DENOMINADOR			
NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DECLARA HABERSE INYECTADO DROGAS DURANTE EL ÚLTIMO MES.			
INDICADOR	SD	SD	

Indicadores de Impacto

22. REDUCCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIH. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD INFECTADAS POR EL VIH

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ASISTENTES A DISPENSARIOS DE ATENCIÓN PRENATAL MUJERES 15 A 24 AÑOS CUYO RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH FUE POSITIVA		42	DENOMINADOR USADO, 19% DE LA POBLACIÓN TOTAL PROYECTADA PARA QUINQUENIO 2010, SEGÚN INIDES PROYECCIONES 2007.
DENOMINADOR			
NÚMERO MUJERES DE 15-24 AÑOS CALCULADO DE LAS ESTIMACIONES NACIONALES		37,576	# DE MUJERES TESTADAS
INDICADOR		0,11%	

Fuente: Informe de Acceso Universal. MINSA. 2009

23. POBLACIONES MÁS EXPUESTAS: REDUCCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL VIH. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS INFECTADAS POR EL VIH

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE HSH CON RESULTADOS POSITIVO EN LA PRUEBA DE VIH		26	LA SEROPOSITIVIDAD EN MENORES DE 18 A 25 AÑOS FUE DE 3.5% (12/339); EN HSH MAYORES DE 25 FUE 5.1% (14/277).
DENOMINADOR			
EL NÚMERO DE HSH QUE SE SOMETIERON A LA PRUEBA		616	
INDICADOR	SD	4.2%	

Fuente: Estudio de Seroprevalencia del VIH- Sida y Uso del condón en Población HSH. Fundación Xochiquetzal. 2009

24. TRATAMIENTO DEL VIH: SUPERVIVENCIA DESPUÉS DE 12 MESES DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA. PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON EL VIH QUE SIGUE CON VIDA Y QUE TIENE CONSTANCIA DE QUE CONTINUA EN TRATAMIENTO 12 MESES DESPUÉS DE HABER INICIADO LA TERAPIA ANTIRETROVÍRICA

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS CON EL VIH QUE SIGUE CON VIDA Y QUE TIENE CONSTANCIA DE QUE CONTINUA EN TRATAMIENTO 12 MESES DESPUÉS DE HABER INICIADO LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA	212		INFORME DE ACCESO UNIVERSAL DE 2009 NO REGISTRÓ EL DATO DE NUMERADOR Y DENOMINADOR PARA 12 MESES DE
DENOMINADOR			

TOTAL DE ADULTOS DATOS REGISTRADOS, NO SE USÓ MODELOS Y NIÑOS QUE INICIARON LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA Y QUE DEBÍA OBTENER LOS RESULTADOS A LOS 12 MESES DENTRO DEL PERÍODO A INFORMAR	317	TRATAMIENTO.
INDICADOR	67%	SD

Fuente: Informe de Acceso Universal. MINSA 2009

En Nicaragua la TAR inició en Nicaragua en el año 2003, un año más tarde inicia la ejecución de los proyectos financiados por El Fondo Mundial, el que en su contexto general aportó sustancialmente en la compra de ARV y garantizar la adquisición de tecnología apropiada para el seguimiento y control de PVS.⁶

A lo largo de 7 años de oferta de servicios de dispensación de ARV, el programa nacional se perfila hacia la consolidación de sus acciones, comparativamente los años 2007 y 2008 el porcentaje de personas que continuaron con vida 12 meses posterior al inicio de TAR ha cursado con una tendencia ascendente pasando de 54.7%⁷ a 70% respectivamente, evidenciando una franca mejoría en el indicador lo que incide de forma positiva en la calidad de vida de los PVS en TAR.

Datos señalados en el Informe Nacional de Acceso Universal refiere que entre el año 2008 y 2009 el 69% y 85% respectivamente de personas en TAR registraban una sobrevida superior a 24 meses posterior a su ingreso al programa. Al tomar en consideración la corte de sobrevida superior a los cuatro años se observa una mejoría de 13 puntos porcentuales a favor de la cohorte del año 2009 (64% y 77%)

25. REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL. PORCENTAJE DE LACTANTES INFECTADOS POR EL VIH QUE NACIÓ DE MADRES INFECTADAS

NUMERADOR	2008	2009	OBSERVACIONES
NIÑOS LACTANTES INFECTADOS POR EL VIH QUE NACIERON DE MADRES INFECTADAS	26	11	ESTE INDICADOR SE RECOMENDÓ SE TOMARA DEL SPECTRUM, SIN EMBARGO EN NICARAGUA NO SE ESTIMÓ. LOS DATOS REPORTADOS FUERON TOMADOS DE LAS ESTADÍSTICAS OFICIALES DEL PROGRAMA.
DENOMINADOR			
TOTAL DE EMBARAZADAS INFECTADAS CON VIH	53	91	
INDICADOR	49.1%	13%	

Fuente: Estadísticas de VIH y Sida. MINSA. 2008-2009

⁶ Proyecto "Nicaragua, compromiso y acción ante el sida, tuberculosis y malaria" El Fondo Mundial

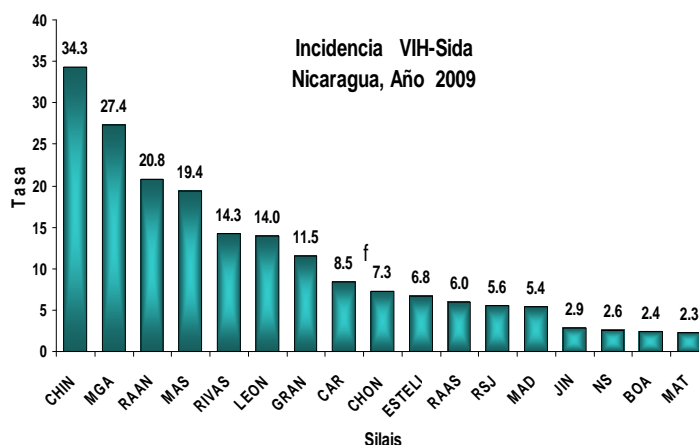
⁷ Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua 2005-2006.

II. Panorama general de la epidemia de Sida

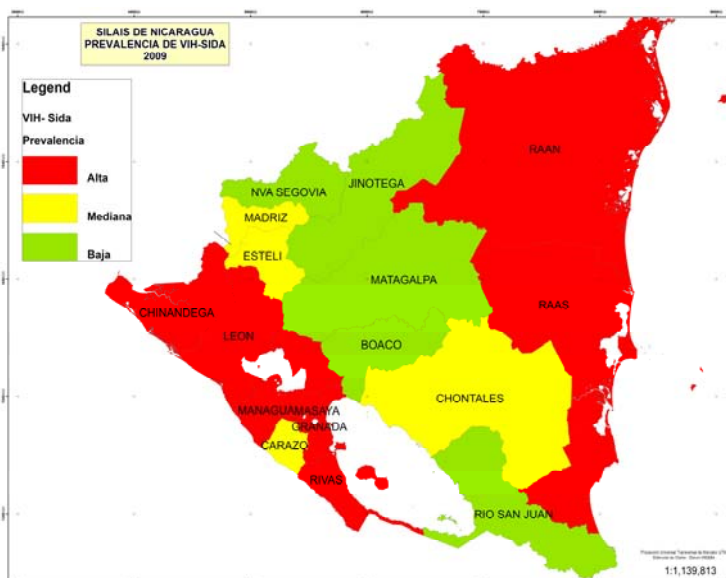
Nicaragua, país del istmo centroamericano ubicado según el índice de desarrollo humano como uno de los más pobres de Latinoamérica, ha modificado en las últimas décadas su perfil demográfico y ha experimentado una transición epidemiológica, en donde la epidemia del VIH es un contribuyente de este perfil.

Desde 1987 al 2009, el comportamiento de la epidemia ha evolucionado a una epidemia concentrada, la cual se ha mantenido en esta clasificación similar a lo reportada en el informe para UNGASS correspondiente al período 2006-2007. Al finalizar el año 2009, se registra un acumulado de 3,262 personas con VIH, 587 casos Sida y 842 fallecidos.

Para el 2008 fueron registrados 104 casos que avanzaron a sida, 79 hombres y 25 mujeres. De los 79 hombres, 76 tenían 15 años o más y 3 menores 15 años, 57 de ellos se clasificaron como heterosexuales y 19 homosexuales o bisexuales. En las mujeres 24 tenían 15 años o más y sólo 1 era menor de 15 años.



Se captaron 591 personas con nuevas infecciones en el 2008, 366 hombres y 225 mujeres. Entre los hombres positivos para el VIH, 355 tenían 15 años o más y 11 menores 15 años, entre éstos hombres, 305 se clasificaron como heterosexuales y 50 homosexuales o bisexuales. De las 225 mujeres, 216 tenían 15 años o más y 9 era menor de 15 años. Las poblaciones de más alto riesgo en el país, no incluye a los usuarios de drogas, sino a los hombres que tienen sexo con otros hombres y a las trabajadoras del sexo.



Hasta el 2009, Nicaragua ha acumulado 4,742 casos prevalentes (nuevas infecciones y casos sida), lo que la ubica entre los países de Centroamérica con menor número de casos, en parte explicada por fenómeno de inicio tardío de la epidemia y las restricciones de movilidad experimentada en los años ochentas. De este total acumulado, las nuevas infecciones VIH notificadas fueron 3,262 y 587 progresos clínicos a sida. La tasa de

prevalencia para el 2009 fue de 67.7 x 100,000 habitantes., siendo mayor que la reportada en el 2008 (55.0 x 100,000 habitantes). A pesar de la duplicación del número de pruebas de tamizaje realizadas, la tasa de incidencia de 2009 fue de 15.1 x cada 100,000 habitantes la cual es un poco superior a la reportada en el 2008 de 13.3 x 100,000 habitantes.

La tasa de incidencia nacional para el 2009, fue superada en algunos departamentos que presentan mayores riesgos de infección por el VIH, entre ellos Chinandega con una tasa de incidencia (VIH) de 34.4 x 100,000 habitantes. Managua con 27.4, RAAN con 20.8, Masaya con 19.4. Cercanas a la tasa nacional se ubican Rivas con 14.3 y León con 14.0.

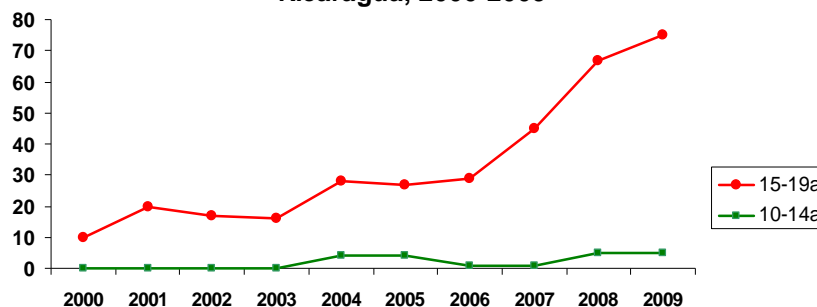
La prevalencia tiene similar distribución, siendo Chinandega el departamento de mayor tasa de prevalencia, seguido de Managua, RAAS, Masaya, León, RAAN y Rivas. El mapa siguiente presenta en rojo los departamentos de mayor prevalencia del país. Las tasas de prevalencia son mayores en adultos jóvenes y adultos para ambos años. Amas de casas, obreros y estudiantes representan el mayor número de casos. El 55% de las personas con VIH residen en zonas urbanas.

La discriminación cultural, étnica y/o racial distingue específicamente las desventajas adicionales que sufren los indígenas y afro descendientes en relación al resto de pobres. Las personas con VIH en la Costa Caribe de Nicaragua, son sujetos de discriminación múltiple: por ser pobres, por indígenas o afro descendientes, por vivir con VIH. En algunos grupos, como trabajadoras sexuales y hombres que tiene sexo con hombres, el VIH agregó otro estigma más al que ya sufrían.

Una persona indígena o afro descendiente comienza su vida siendo discriminada. El VIH causa el temor de una nueva discriminación. Esta es la causa por la cual no acuden a los servicios de salud y no conocen su status, aún en los casos de población en mayor riesgo.

El derecho que asiste a los pueblos indígenas y comunidades étnicas requiere de la implementación de intervenciones culturalmente apropiadas, que respeten su cosmovisión, sus

**Comportamiento VIH en Adolescentes
Nicaragua, 2000-2009**



saberes tradicionales, formas de organización social y la diversidad de sus respuestas a la epidemia. Por ejemplo, la integración de parteras, agentes de medicina tradicional y líderes religiosos, la incorporación de sus manifestaciones culturales a la educación y comunicación sobre el VIH, entre otras.

El 86% (747) de los casos prevalentes del 2009 son heterosexuales, el 10% (86) HSH, 3% (23) bisexuales y 1% por transmisión vertical. El 63% del total de casos prevalentes fueron hombres (540) para una razón hombre mujer de 1.76 muy similar a la reportada en el período anterior de 1.8 para 2008. Los hombres predominan en la casuística para todos los grupos de edad.

En el comportamiento de la epidemia en Nicaragua se identifican dos poblaciones claves que requieren intervenciones adecuadas para lograr cambios importantes:

- Población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, uniformados, poblaciones móviles, privados de libertad y usuarios de drogas intravenosas. Entre ellos, la mayor prevalencia del VIH se encuentra entre hombres que tienen sexo con hombres (7.2%), sin embargo, dado que más del 40% de los HSH son en realidad bisexuales, este grupo constituye un puente epidemiológico que explica la acelerada feminización de la epidemia en el país. Este es el grupo poblacional que tiene menor acceso a los servicios de salud debido al estigma.
- Población vulnerable a la epidemia debido a factores externos a su control. En este grupo se encuentran niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional.

El comportamiento en adolescentes del 10-19 años el 54% (183) son mujeres y el 46% (156) masculinos. En este grupo etáreo las mujeres se ven mayormente afectadas y la tendencia de este grupo es hacia el incremento según Tendencia de los últimos 10 años, lo que no se observa en los demás grupos etáreos.

La mortalidad registra un acumulado de 842 fallecidos hasta el 2009, en la cohorte de los últimos tres años se registran 74 fallecidos solamente para el 2009, presentado un incremento en los registros del 23% con relación al mismo periodo en el 2008 (57 fallecidos). La mortalidad por sida y la proporción de letalidad se ha estacionado, en parte al incremento de cobertura con TAR y de los establecimientos que los prescriben y dan seguimiento a la prevención de infecciones oportunistas y el acceso al tratamiento para la tuberculosis. En el 2006, la proporción de letalidad (fallecidos/total casos) fue de 10%, en el 2007 fue de 7.0%, en el 2008 de 8.2% y el 2009 de 9.3%. La prueba para el VIH y consejería es ofertada en el 74% (862) de los establecimientos de salud de Nicaragua. La consejería sobre diferentes dimensiones de la infección por el VIH y el sida, ha incrementado visiblemente. En el 2009 se entregaron 123,547 consejerías dirigidas en un 76% (93,896) a mujeres. El 52% de las consejerías se dieron a personas de 25 a más años, el 24% a personas de 20 a 24 años y en similar porcentaje 23% a jóvenes de 15 a 19 años. La consejería cumple los principios de confidencialidad, incluye lineamientos para consentimiento informado y se revela su resultado.

El número de casos coinfectados TB/VIH ha incrementado de 13 reportados en 2007, a 28 en el 2008 y a 32 en el 2009, producto de la implementación de la prueba de tamizaje en pacientes con tuberculosis. El registro de la infección por VIH en pacientes con tuberculosis está claramente registrada, no así en la cohorte de PVS los que desarrollan TB y menos aún los que recibiendo terapia antirretrovírica inician tratamiento para la tuberculosis, lo cual impide tener una visión plena del impacto de los ARV y la prevención de infecciones oportunistas, al igual que la detección oportuna, tratamiento precoz de la TB y prevención de la mortalidad por esta causa.

Según el informe sobre Acceso Universal 2009, del total de mujeres embarazadas en Nicaragua para el 2009 (160,773) el 50.8% de las mujeres embarazadas fueron tamizadas y recibieron su resultado para conocer el diagnóstico de VIH, de ellas nueve ya sabían que tenían la condición antes del tamizaje. Las 91 mujeres embarazadas cuyas pruebas resultaron positivas para el VIH al 100% se les brindaron terapia con ARV. Se estima que 176 madres infectadas con VIH darían a luz en el 2009, pero sólo se detectaron 81 (46%) niños de madres infectadas que están recibiendo profilaxis con ARV (terapia de dos) correspondiéndose con los 81 niños que se les hizo la prueba a los 12 meses. La cobertura del 2008 fue de 35% y únicamente el 30% de la niñez expuesta recibió profilaxis para PTMI y sólo el 25% tuvo acceso a la prueba de detección (ADN Pro viral) antes de los 12 meses.

Las personas que inician la terapia con antirretrovíricos se ha duplicado en comparación al periodo de informe anterior, pasando de 744 (2008) a 1,022 (2009).

De 679 personas (adultos, niños y niñas) con infección avanzada para VIH que iniciaron TAR, el 85% (579) seguían recibiendo para diciembre de 2009 y el 80% aún lo están recibiendo después de 36 meses de haberlo iniciado, manteniéndose en 77% a los 48 meses y 60 meses.

Se estima que 181 establecimientos de salud están en condiciones de brindar TAR, y de éstos el 16% (29) lo prescriben y le dan seguimiento a las PVS que lo reciben. Durante el año 2009 se agotaron las reservas de TAR en 10 establecimientos de salud (34%), producto de la demanda, lo cual fue solventado a través de préstamos entre países, donaciones por convenios bilaterales con Venezuela y la Cooperación Lazos Sur-Sur y proyecto puente de Fondo Mundial.

Para el 2008 se registraron 25 establecimientos que brindaron TAR; para el 2009 se registran 29 establecimientos de salud públicos, en su mayoría hospitales, que brindan terapia antirretrovírica. Del total de establecimientos de salud (1,168) en el 74% se brinda consejería y prueba de VIH; esto se visualiza como un progreso en la descentralización, ya que los mismos tienen presencia en los 17 departamentos del territorio nicaragüense.

CONCLUSIONES

- La epidemia de sida en Nicaragua se clasifica aún como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual, letalidad por debajo de 10%.
- A pesar que el mayor número de casos sigue siendo hombres, la feminización sigue su curso llevando cada vez más cercanos a la igualdad de frecuencia. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional.
- La transmisión vertical es baja, menos del 1% con tendencia al incremento de la cobertura con pruebas de tamizaje y de centros que la ofertan la prueba con consejería.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA

En la respuesta nacional ante el VIH y sida durante el periodo 2008-2009, se presentan los principales avances y acciones realizadas manteniendo como referencia el Plan Estratégico Nacional PEN 2006-2010 que establece cinco 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.
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.
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.
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 al estado de derecho.
5. Fortalecer el carácter intercultural y autonómico de la respuesta a la epidemia del VIH y sida en las regiones de la Costa Caribe de Nicaragua.

LIDERAZGO POLÍTICO:

Dentro del proceso de fortalecimiento del rol estratégico de CONISIDA como instancia rectora de la respuesta nacional ante el VIH y sida, en el año 2009 se aprobó el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional), dando cumplimiento al mandato de los “Tres Unos”: un

marco de acción sobre el VIH y sida (PEN 2006-2010), una autoridad de coordinación (CONISIDA) y un sistema de monitoreo y evaluación (Plan de Monitoreo y Evaluación 2009). Así mismo el PEN se ha constituido en el principal referente para el diseño de propuestas nacionales como octava ronda para Fondo Mundial en el año 2008.

Los “*Tres Unos*” constituyen una oportunidad para el país en fortalecer la respuesta nacional ante la epidemia, permitiendo la asignación de recursos, definición de prioridades de intervención con otras poblaciones vulnerables, involucrar a otros actores claves como la empresa privada, establecer acciones para la reducción de la pobreza, armonizar las necesidades de vigilancia y evaluación y aumentar el compromiso de las agencias multi- bilaterales.

Durante el año 2009 se inició el proceso de Evaluación intermedia del PEN 2006-2010, liderado por CONISIDA con el propósito de analizar el nivel de cumplimiento de las estrategias contempladas para mejorar la respuesta nacional ante el VIH. En estos resultados se identifican avances en la respuesta nacional como la conformación de CONISIDAS municipales y departamentales, en atención se reconoce el incremento de captación de embarazadas y la oferta de la prueba, se ha logrado la descentralización de la TAR. Sin embargo, se identifican algunas brechas en la implementación del PEN como el monitoreo y evaluación sistemático, ampliar las líneas de acción a la niñez en orfandad, adecuarlo a las realidades locales⁸.

Con el proceso evaluativo de CONISIDA (2008) se elaboraron instrumentos de gobernanza tales como el reglamento interno, Manual de Funcionamiento Administrativo y Política de Conflicto de Interés. De esta manera CONISIDA se ha fortalecido a nivel nacional y tiene presencia en 14 departamentos y las dos regiones autónomas de la Costa Caribe.

En el 2009 se aprobó el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional y se reactivó el Comité de Monitoreo y Evaluación de CONISIDA, liderado por la sociedad civil, integrando a otros sectores como personas con discapacidad, población LGBTTI, organizaciones comunitarias, que no están en el listado de miembros contemplados en la Ley 238. Realizó un proceso de evaluación de los *Tres Unos* en la Costa Caribe (CORESIDA RAAS- CORLUSIDA- RAAN)

Durante el periodo 2008- 2009 CONISIDA involucró a otras poblaciones claves en la respuesta nacional como los grupos de la diversidad sexual, OBF y las PVS. Organizó el V Encuentro de PVS, con el objetivo de conocer las principales demandas de esta población en cuanto a la garantía de sus derechos humanos y también organizó el Foro Nacional de la diversidad sexual.

De igual la PDDH aportó a la visibilización de los derechos humanos de esta población y en el año 2009 se crea la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual dirigida por una representante de la población lésbica. La creación de esta instancia facilitará la restitución de los derechos humanos de los grupos de la diversidad sexual.

Como parte del fortalecimiento de las capacidades de dichas organizaciones, a partir del 2009 y con apoyo del PNUD, se implementa el Programa de Liderazgo Transformacional dirigido a 40 delegados de organizaciones de diversidad sexual y PVS, cuyo objetivo es incrementar las capacidades para responder al VIH y Sida, utilizando el marco de la Inteligencia Emocional, Entornos Sistémicos, Territorio de las Conversaciones Transformacionales, Innovación y Creatividad.

⁸ Evaluación de medio término y Actualización del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2006- 2010. CONISIDA. Nicaragua. 2010.

En espacios regionales participó en el Foro Latinoamericano de ITS, VIH y Sida realizado en Perú (2009), igualmente en el Congreso Nacional de VIH y Sida. Coordinó acciones en la Revista La Puerta del Cambio, una publicación semanal que aporta información en el análisis de la respuesta nacional ante el VIH.

Como parte de las actividades estratégicas implementadas en M&E se destacan las siguientes: a) Visitas de seguimiento y asistencia técnica a nivel de las CONISIDAS territoriales: Regionales, Departamentales y Municipales, b) Elaboración del Informe de Medición del Gasto en Sida (MEGASSSS) que rastrea el flujo de financiamiento multisectorial en VIH y Sida y c) En proceso de elaboración del Informe UNGASS Nicaragua 2010, que reporta el grado de avance en los compromisos nacionales.

El país amplió la participación de la sociedad civil en los espacios de toma de decisión y articulación de la respuesta nacional durante el periodo 2008- 2009. En el MCP durante este periodo se integró la REDTRANS de Nicaragua, Asociación Quincho Barrilete, PASMO, ANISHA, FUNTRAB, CEPRESI, la Asociación Nicaragüense de Personas VIH positivas (ANICP+VIDA). Este proceso motivó un proceso de reestructuración del MCP ante la demanda de más sillas en esta instancia.

Se recuperaron espacios regionales necesarios para mejorar la respuesta nacional ante el VIH y sida. Nicaragua participó en la Reunión del Mecanismo Coordinador Regional (MCR), capítulo VIH y sida, para dar seguimiento a proyectos regionales. El MINSA asumió la Secretaría Técnica Regional y la Presidencia de CONCASIDA para el periodo 2009-2010.

El gobierno de Nicaragua ha mantenido convenios de colaboración con la cooperación internacional que ha permitido el aseguramiento de TAR para mujeres embarazadas y niñez a través de la Cooperación Lazos Sur- Sur (Brasil).

La propuesta técnica del Proyecto “*Nicaragua Unida, en una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia*”. Fue asistida técnicamente por el gobierno cubano, ONUSIDA, Gran Ducado de Luxemburgo y la participación activa de organizaciones de sociedad civil.

En el aspecto jurídico se dio el proceso de reforma a la Ley 238: “*Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y sida*”, surgieron tres propuestas de reformas a la Ley: dos desde la sociedad civil y una desde el Estado a través de la PDDH.

En el año 2009 se realizó el Congreso Nacional de VIH y sida constituida en una *Iniciativa para el Fortalecimiento de la Respuesta Nacional ante el VIH y sida*, desde la gestión del conocimiento. La realización de este congreso fue revisar los compromisos y avances en la respuesta nacional ante el VIH desde los indicadores UNGASS y la realización del V CONCASIDA.

Este congreso fue realizado por organizaciones de sociedad civil con amplia experiencia en VIH y Sida, CONSIDA, MINSA y otros actores claves en la respuesta nacional. Previo al congreso se realizaron cinco encuentros paralelos⁹. Los encuentros surgieron como una necesidad de visibilizar cómo la epidemia está afectando indistintamente a los diferentes grupos de población. Los encuentros facilitaron el análisis de los contextos de vulnerabilidad ante la epidemia y evaluar los avances y brechas en la respuesta nacional.

⁹ Memoria de Encuentros y Congreso Nacional ante el VIH/sida. Iniciativa para el Fortalecimiento de la Respuesta Nacional ante el VIH/sida. Managua. 2009.

1. Encuentro de niñez vulnerable ante el VIH fue el primer encuentro de esta naturaleza en Nicaragua, con el objetivo de visibilizar los contextos de vulnerabilidad de la niñez con VIH y de sus referentes familiares, en este encuentro participaron niños y niñas con VIH y sida y niñez vulnerables por otras condiciones.
2. Encuentro de masculinidades y VIH que permitió vincular la violencia contra las mujeres, la niñez y adolescencia al VIH y sida, siendo esta un factor de riesgo para la propagación de la epidemia.
3. Encuentro de diversas identidades sexuales donde se organizaron más de 17 organizaciones de la diversidad sexual que por primera vez analizaron los contextos de vulnerabilidad ante el VIH, en este encuentro surgió el compromiso de la PDDH de crear la Procuraduría Especial para la Diversidad Sexual.
4. Encuentro de adolescentes y jóvenes siendo una de las poblaciones más afectadas por la epidemia en el país. En este encuentro se analizó los contextos de vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes frente a la epidemia y las demandas en cuanto a la garantía de sus derechos humanos en acceso a servicios de SSR, acceso a educación y empleo.
5. Encuentro de personas con VIH y sida que demandó el ejercicio de sus derechos en cuanto a acceso a educación, empleo, vivienda y crédito, más allá de un enfoque médico.

El congreso permitió compartir información científica, experiencias exitosas y lecciones aprendidas en atención integral, derechos humanos, interculturalidad y contextos de vulnerabilidad para fortalecer la respuesta nacional a través de la participación de diferentes grupos vulnerables ante la epidemia, pero también facilitó el análisis de las brechas y avances de la respuesta nacional teniendo como referencia el PEN 2006- 2010, compromisos asumidos en el V CONCASIDA y la elaboración del IV informe UNGASS.

DERECHOS HUMANOS, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Durante el periodo reportado las organizaciones de sociedad civil en conjunto con CONISIDA promovieron una serie de acciones para incidir en la garantía de los derechos humanos ante el VIH y sida.

Estas iniciativas se evidenciaron principalmente en las dos propuestas de reforma a la Ley 238 desde la sociedad civil: Fundación Xochiquetzal y la CNLCSSC, y una propuesta desde la PDDH, actualmente se ha conformado un equipo técnico para consensuar las tres propuestas, este equipo está conformado por organizaciones miembros de la Red Legal de Derechos Humanos desde la CNLCSSC (ASONVIHSIDA, Centro de Mujeres de Masaya, CEPRESI, CENIDH) ANICP+VIDA, Fundación Xochiquetzal, CONISIDA y la PDDH, ONUSIDA y PASCA. La revisión de la Ley 238 evidenció la necesidad de fortalecer el enfoque de derechos humanos en el marco jurídico del país.

Se destacan durante el periodo 2008-2009 otros avances importantes en materia de derechos humanos, principalmente relacionados a los grupos de la diversidad sexual, tales como la despenalización del delito de “sodomía” en el Código Penal (2008) y la aprobación de parte del MINSA de la resolución 249-2009, que establece que todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud deberán promover y apoyar acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación a las personas por orientación sexual e insta a las

instituciones del Estado y las agencias de cooperación a desarrollar acciones en el marco de la garantía de los derechos humanos de las personas independientemente de su orientación sexual.

A partir de esta resolución el MINSA y el sector privado de la salud tiene como reto capacitar y sensibilizar al personal de salud, identificada como una brecha para la reducción del estigma y discriminación en los servicios de salud.

La Federación Nicaragüense de ONG que trabajan con la Niñez y la Adolescencia (FECODENI), elaboró su Estrategia sobre VIH y Sida, Basada en la Promoción y Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el 2008, con el objetivo de visibilizar la situación de la niñez vulnerable ante el VIH y sida desde el enfoque de protección integral y desde la visión del Interés superior del niño y de la niña¹⁰. De la formulación de esta estrategia se conformó durante el año 2009 la *Alianza Estratégica por los Derechos Humanos de la Niñez ante el VIH/sida*, integrada por agencias que financian proyectos en niñez, CONISIDA, organizaciones de sociedad civil miembros de FECODENI y personas a título individual.

En el nuevo Código Penal (Ley 641- 2008) se establecen una disposición violatoria de los derechos humanos de las PVS como es el “contagio provocado” establecido en arto. 156 y 157. Sin embargo, este nuevo Código Penal reconoce en el arto. 315 las sanciones por discriminación en el empleo y en el arto. 232 reconoce el delito contra la salud pública relacionado a la comercialización de fármacos vencidos, situación que se puede relacionar con la TAR.

A pesar de los avances durante estos dos años, existen brechas para garantizar los derechos humanos de las personas frente al VIH y sida, hace falta la integralidad de las acciones promovidas por las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones de PVS, las instituciones de gobierno, el Poder Legislativo (Asamblea Nacional), y operadores de justicia: CSJ, Ministerio Público, Juzgados, Policía Nacional¹¹.

En Nicaragua la garantía de los derechos humanos frente al VIH y sida se ve limitado por factores socioculturales arraigados como es la cultura patriarcal. La SSR de las mujeres está enfocada sólo desde la reproducción, no se vincula aún la Política Nacional de Equidad de Género, el Plan Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar con la Ley 238 y la Política Nacional de Control de las ITS, VIH y sida. El Estado en el marco de las políticas públicas deberá definir estrategias de prevención dirigidas a la población vulnerable desde un enfoque integrador del marco jurídico y político.

El marco jurídico establecido no abarca todas las poblaciones, sin embargo, se continúa priorizando algunas poblaciones consideradas más vulnerables ante la epidemia como las mujeres embarazadas para la PTMI, jóvenes, HSH, privados de libertad, pero no se incluyen otras poblaciones como profesionales del sexo, migrantes/poblaciones móviles.

La Constitución Política de Nicaragua y el Código de la Niñez y Adolescencia establece que el Estado en su conjunto debe garantizar protección integral a la niñez, sin embargo, en ambos instrumentos legales no se incluye a la niñez y adolescencia con VIH y sida y tampoco a la niñez vulnerable ante la epidemia. En el país no se conoce el número total de niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad a causa del Sida, tampoco se ha diseñado una política desde el Estado para fortalecer las capacidades familiares que permitan reducir los contextos de vulnerabilidad de la

¹⁰ www.codeni.org.ni

¹¹ Línea de Base Proyecto Movilización Activa por los Derechos Humanos ante el Sida, 2008

niñez y adolescencia frente al VIH, identificados como grupos altamente vulnerables ante la epidemia¹².

Según la Política Nacional de Control y Prevención de las ITS, VIH y sida establece que se deben crear iniciativas que permitan el acceso a servicios de educación, nutrición y seguridad alimentaria a las PVS, en la práctica esto no se ha logrado¹³.

Con respecto a los derechos humanos de las mujeres, la Política hace énfasis en el enfoque de equidad de género, sin embargo, la violencia que sufren las mujeres dentro y fuera del hogar, constituye aún un factor de riesgo que las vulnera ante la epidemia. Las normativas jurídicas en cuanto a la atención a la violencia sexual e intrafamiliar y los mecanismos para la prevención no ha vinculado la violencia basada en el género con el VIH. Las mujeres que sufren violencia en su hogar, obviamente tienen menos habilidad para negociar el uso del condón con sus parejas¹⁴.

No se tienen datos reales sobre casos de violación de derechos humanos a las personas con VIH y sida, generalmente las personas no denuncian por temor a la discriminación. En Nicaragua como el resto de países de la región centroamericana se siguen vulnerando los derechos de las personas ante el VIH y sida.

Las organizaciones de PVS, la Red Legal de Derechos Humanos de la CNLCSSC llevan registros de casos de denuncias por discriminación y se trabaja en conjunto con el Sistema Regional de información sistematizada con REDCA y el Comité Regional de Derechos Humanos¹⁵. En materia de derechos humanos existe la brecha de realizar estudios sobre estigma y discriminación a las PVS en el acceso a servicios de salud, educación y empleo. De igual manera es necesario crear un sistema de información articulado que registre las denuncias, su tramitación y resolución en casos de violación a los derechos humanos vinculados al VIH y sida.

PREVENCIÓN

En el año 2008 aumentó en 24.31% el gasto en acciones de promoción y prevención según el Gasto Nacional e Internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiamiento, en comparación con lo reportado en el año 2007¹⁶. Las acciones de prevención fueron dirigidas a IEC, comercialización social del preservativo, suministros de preservativos masculinos, prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, seguridad hematológica, precauciones universales y profilaxis posterior a la exposición.

La prevención del VIH ha sido promovida en la mayoría de las organizaciones con diferentes poblaciones metas, pero ha carecido de un enfoque integrador y multisectorial que responda a las necesidades de cada grupo poblacional y sobretodo de los grupos más vulnerables.

En cuanto a las campañas de información estas han sido promovidas principalmente por las organizaciones de sociedad civil. En el MINSA a través de los SILAIS se han promovido estrategias de prevención como las ferias de la salud que se han realizado en las comunidades, las cuales han sido coordinadas con instituciones de gobierno y organizaciones de sociedad a nivel local. Ha coordinado acciones con el MINED para incidir en las escuelas para la prevención de

¹² Taller de consenso. Ejercicio de prácticas óptimas.

¹³ Taller de consenso. Ejercicio de prácticas óptimas.

¹⁴ Línea de Base Proyecto Movilización Activa por los Derechos Humanos ante el Sida. CNLCSSC.2008

¹⁵ Encuesta online-software de encuestas- Análisis de resultados. <http://encuestafacil.com/Mi Area/Analisis.aspx? EID=68415>

¹⁶ Informe Preliminar sobre la Medición del Gasto en VIH/sida. Nicaragua 2007-2008

embarazos no deseados y las ITS. De igual manera se ha fomentado la creación de Clubes de Adolescentes para la promoción y educación en SSR¹⁷

Con respecto al MINED institución de gobierno rectora de la educación en Nicaragua durante el periodo 2008-2009 brindó 30 horas de capacitación sobre VIH en 8,062 (100%) centros educativos públicos de primaria y en 1,346 (100%) en centros educativos de secundaria¹⁸. De igual manera ha incorporado la educación sobre el VIH como un componente de la educación integral de la sexualidad en el currículo para las modalidades de educación no regular (modalidades extra-edad, nocturna y sabatina), que atiende principalmente adolescentes. Además del desarrollo curricular, se han elaborado libros de texto y guías didácticas¹⁹.

Con la participación de ONG se implementan acciones para la prevención del VIH con adolescentes indígenas, afro descendientes y en condiciones de mayor vulnerabilidad, incluyendo aquellos que están fuera de la escuela. Normalmente, intereses comunes por el deporte, recreación, cultura y estudios es lo que permiten organizar los adolescentes en grupos. Estos espacios se aprovechan para desarrollar las sesiones reflexivas conducidas por un promotor adolescente y el desarrollo de capacidades para prevenir el VIH, embarazos no planificados y el abuso sexual.

Actualmente, 1,614 promotoras y promotores adolescentes cuentan con capacidades para la educación de pares en la prevención del VIH y promoción de la participación comunitaria de adolescentes. Estos adolescentes han mejorado, en el último año, capacidades de comunicación asertiva con sus familias y comunidad, organización y movilización social (capacidad para actuar en forma colectiva en función de objetivos comunes), educación sobre temas de desarrollo integral de adolescentes, así como la capacidad de comunicar sobre situaciones que les afectan en la vida (abuso sexual, violencia intrafamiliar)²⁰.

También las iglesias y OBF han desarrollado acciones de prevención del VIH con el objetivo de reducir el estigma y discriminación a las PVS. Se destaca la labor educativa y de sensibilización de la Asociación de Pastores del Atlántico Sur (APASUR) en la Costa Caribe²¹ y la alianza con el Consejo Ecuménico de Iglesias de la Costa Caribe Nicaragüense (CECC), el espacio de más alto nivel de coordinación, dirección y liderazgo de las principales iglesias existentes en esta región. Se ha comprometido a promover la participación activa de las Iglesias en la respuesta regional a la epidemia del VIH, integrando acciones y contenidos en la implementación de la pastoral de: niñez, salud, educación, juvenil, mujer y familia de las Iglesias locales. Asimismo, promover y defender los derechos de las personas con VIH y sus familiares, a fin de disminuir el estigma y la discriminación.

De igual manera se destaca el quehacer de la Iglesia Luterana con sus feligreses, jóvenes, PVS y sus familiares. El enfoque del trabajo de las iglesias y OBF está centrado en la promoción de la abstinencia, la fidelidad mutua y el uso del condón.

Se han apoyado las Secretarías de Salud de la Costa Caribe y las Comisiones Regionales del sida, han implementado una estrategia de comunicación para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en la Costa Caribe de Nicaragua, con énfasis en poblaciones indígenas y afro

¹⁷ Informe de Acceso universal. MINSA. 2009

¹⁸ Informe del MINED. Nicaragua. 2009. Para efectos del indicador UNGASS (11) existe la limitante que este reporte se hace en base a encuestas escolares, sin embargo, este indicador se reportó de acuerdo al informe del MINED.

¹⁹ Informe de avances del VIH en niñez. UNICEF. Nicaragua, 2009

²⁰ Ídem

²¹ FBOs and HIV in Nicaragua. March. Nicaragua. 2009

descendientes. Los mensajes se han pautado en radios locales en las lenguas autóctonas (miskito, mayagna y creole), y el material impreso es utilizado durante las actividades de consejería con embarazadas.

Durante el año 2009, se llevó a cabo la segunda edición del Diplomado “Comunicación y Salud, con énfasis en VIH” dirigidos a profesionales de la comunicación, el objetivo de la realización de este diplomado es sensibilizar a los medios de comunicación y brindar herramientas para el mejor abordaje de la información en VIH con un enfoque de derechos humanos, teniendo en cuenta que los medios de comunicación son agentes social de cambios y son claves para la prevención del VIH.

En el mismo año la Red de Comunicadores y Comunicadores para el abordaje del VIH y el sida en Nicaragua, elaboró una Guía del Lenguaje para el abordaje del VIH en los medios de comunicación y se creó el CD interactivo “*Retos y Compromisos ante el VIH y sida*” que es una herramienta metodológica para comunicadores sociales.

Las acciones de prevención han sido dirigidas a grupos de población más vulnerables ante la epidemia como los y las adolescentes, jóvenes, HSH, poblaciones móviles y paulatinamente se han integrado a las acciones de prevención a mujeres lesbianas, trabajadoras sexuales, población Trans, poblaciones móviles, líderes religiosos como en la Costa Caribe. A pesar de los esfuerzos para promover cambio de actitudes y comportamientos, las acciones son aún insuficientes y no se ha realizado un análisis del impacto de las estrategias de IEC, que aumente la percepción de riesgo ante el VIH y sida a las poblaciones metas²².

Otro problema identificado es que las acciones de prevención promovidas principalmente por las organizaciones que trabajan el tema son aisladas y duplicadas con los mismos beneficiarios(as) de los proyectos en un mismo territorio y con diferentes enfoques²³, esto evidencia que no se ha realizado un análisis de costo/efectividad en prevención, que facilite el uso eficiente de los recursos financieros, materiales, tecnológicos y humanos. Para ello es necesario articular las acciones en prevención desde un enfoque de derechos humanos, de género e interculturalidad²⁴.

TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

Durante el periodo 2008-2009, el MINSA definió la estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil, sentando las bases para la integración del manejo del VIH en la AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia), desde el enfoque de integralidad y transversalización de la atención que establece el MOSACF.

El MINSA ha contribuido cualitativamente a reducir las barreras de acceso a la prevención y atención del VIH en las mujeres embarazadas, ha implementado protocolos para atención integral a niños, niñas, adolescentes y embarazadas con VIH. Ha descentralizado el TAR en las unidades de salud y ha ampliado la cobertura de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH. Existe mayor disponibilidad de reactivos en todos los SILAIS y se ha abastecimiento de TAR a los 17 SILAIS del país, un total de 29 unidades de salud, entre hospitales y centros de salud, brindan TAR al año 2009²⁵.

²² Diagnóstico de Situación y respuesta al VIH y sida en Nicaragua. CIES- UNAN. Nicaragua, 2008

²³ Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida Nicaragua, 2006-2010

²⁴ Diagnóstico de Situación y respuesta al VIH y sida en Nicaragua. CIES- UNAN. Nicaragua, 2008

²⁵ Informe de avances de VIH en niñez. UNICEF. Nicaragua, 2009.

En 2009 se registraron 80 niños, niñas y adolescentes en TAR, otros 64 recibieron tratamiento profiláctico debido a exposición al VIH. A finales de 2009, el 86% de niños, niñas y adolescentes (0-17 años) atendidos por VIH, continuaba con vida y en tratamiento, luego de 12 meses de haber iniciado TAR. El 46% de niños y niñas expuestos al VIH por vía vertical (nacidos de madres con VIH) tuvieron acceso oportuno a PCR (a las 4 semanas y 3 meses después del nacimiento, de acuerdo al protocolo clínico), mientras este porcentaje sólo alcanzó el 25% en el año 2008²⁶.

Entre las brechas encontradas para garantizar el tratamiento, atención ante el VIH se identifican las siguientes:

- No se ha articulado e integrado las acciones del Componente de ITS, VIH y sida a la atención de la mujer, se continúa visibilizando a la misma, sólo desde su capacidad reproductiva y no desde la SSR. Este enfoque sexista no disminuye el riesgo a las mujeres de adquirir el VIH²⁷.
- No se oferta la consejería y prueba voluntaria de VIH en los servicios de planificación familiar y tampoco se oferta la prueba al cónyuge de la mujer embarazada²⁸.
- El modelo de salud está orientado a la atención por ciclos de vida y está centrado en la persona, la familia y la comunidad. Esta lógica de atención se mantiene en el nivel central, pero en las unidades de salud se mantiene por componentes separados: VIH y Atención integral a la mujer, niñez y adolescencia²⁹.
- La estructura y funciones del MINSa en el nivel central presenta debilidades en el seguimiento, coordinación y apoyo hacia los SILAIS y unidades de salud en la respuesta ante el VIH, es necesario fortalecer el Sistema de Información del MINSa a todos los niveles: central y local que permita obtener datos oportunos y confiables y evaluar los resultados de las intervenciones y la calidad de los servicios³⁰.
- así mismo el MINSa no cuenta con un sistema de monitoreo de las acciones de PTMI que permita generar datos confiables para la toma de decisiones, evaluar los resultados de las intervenciones y la calidad de los servicios³¹.
- Las barreras que enfrentan las mujeres embarazadas van desde las geográficas por el limitado acceso a los servicios de salud, falta de recursos humanos suficientes en las unidades de salud, la forma como están organizados los servicios de salud, los horarios de atención, debilidades en la referencia y contra referencia, inadecuada infraestructura, falta de capacitación al personal de salud³².

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Actualmente Nicaragua dispone de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida y se cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH y sida. Actualmente se está actualizando el Manual de Vigilancia Epidemiológica con enfoque de segunda generación con el

²⁶ Informe de Acceso Universal.

²⁷ Barreras de acceso a la Consejería y la Prueba del VIH en embarazadas. UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

²⁸ Idem. UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

²⁹ Línea de Base Proyecto Movilización Activa por los Derechos Humanos ante el sida. CNLCSSC. 2008

³⁰ Barreras de acceso a la consejería y la prueba del VIH en embarazadas. UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009

³¹ Barreras de acceso a la consejería y la prueba del VIH en embarazadas. UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009

³² Barreras de acceso para la atención integral de la mujer embarazada. MINSa- UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

objetivo de fortalecer la recolección, análisis de la información obtenida que permita conocer la verdadera magnitud de la epidemia y sirva para las acciones de planificación, implementación y monitoreo de la prevención del VIH.

El sistema de vigilancia existente en el país no permite conocer el verdadero impacto de la epidemia en otros grupos poblacionales que también son considerados vulnerables. Actualmente el MINSA en coordinación con el CDC/GAP inició en el año 2009 la realización de una Encuesta de Seroprevalencia en poblaciones más vulnerables: MTS, población Trans, HSH, PVS con el objetivo de conocer la prevalencia de ITS, VIH y sida e identificar los comportamientos sexuales de mayor riesgo, están pendientes aún sus resultados.

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA

Actualmente el CNDR cuenta con pruebas diagnósticas de confirmación y control de calidad³³. Se cuenta con seis laboratorios regionales ubicados en igual número de hospitales y una red de laboratorios en más de 153 municipios en el primer nivel de atención que cuentan con capacidades (equipos de laboratorio, reactivos y personal capacitado) para realizar la prueba rápida del VIH³⁴.

Con el apoyo de UNICEF el MINSA logró en el mes de junio del año 2009, completar la red diagnóstica para la detección oportuna del VIH en embarazadas, lo que ha permitido un incremento en el número de pruebas realizadas en gestantes. La cobertura de pruebas se amplió a más del 30%, siguiendo los controles de calidad establecidos por el CNDR. Incluso en algunos municipios la oferta de la prueba se ha realizado en los puestos de salud.

Uno de los grandes problemas identificados ha sido la entrega tardía de resultados principalmente de las pruebas especiales como Wester Blot, CD4, carga viral y el ADN proviral. El no contar con estos exámenes especiales impide a los médicos y médicas que den seguimiento clínico o el inicio el TAR³⁵

El CNDR como instancia rectora de las acciones de diagnóstico tiene limitantes para atender la demanda, la que ha crecido significativamente como resultado de la promoción y oferta de la prueba. Entre esas limitantes destacan la falta de medio de transporte para las visitas de apoyo y seguimiento a los laboratorios³⁶.

Se identifica que las principales limitantes para mejorar la capacidad diagnóstica del VIH y sida obedece a factores como: infraestructura inadecuada, el desabastecimiento de reactivos, el abastecimiento de material de reposición periódica, falta de recursos humanos en el CNDR y en los laboratorios, inadecuada distribución de los suministros en los municipios sin tomar en cuenta el número de población.

SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SERVICIOS

Una vez implementado el sistema de M y E de la respuesta Nacional el país podrá desarrollar un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad. El sistema de monitoreo de los servicios se realiza desde diferentes enfoques. En los SILAIS planes de monitoreo y evaluación de los servicios

³³ Línea de Base en Seis SILAIS. Componente de VIH-Sida. MINSA- UNICEF. Nicaragua, 2008

³⁴ Barreras de acceso a la Consejería y la Prueba del VIH en embarazadas. MINSA- UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

³⁵ Barreras de acceso a la Consejería y la Prueba del VIH en embarazadas MINSA- UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

³⁶ Idem

de salud son implementados de distintas formas y en algunos casos es más sistemático que en otros³⁷.

Para solventar esta situación el MINSA ha creado un equipo de especialistas que brinde asistencia técnica a 10 SILAIS priorizados en atención integral a la niñez y en PTMI. Este grupo de especialistas realizará asistencia técnica en servicios a sus pares hasta que los procesos de atención contemplados en los protocolos se implementen, una vez estos procesos estén mejorados se continuará con otro hospital, empleando una estrategia de tutelaje.

MARCO NORMATIVO:

Con respecto a la actualización de normas se elaboró durante el periodo 2008-2009:

- Norma y Protocolo para la Planificación Familiar(2008)
- Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido(a) de bajo riesgo(Mayo, 2008)
- Norma de Prevención Transmisión Vertical
- Guía de Atención Psicológica a niños, niñas y adolescentes con VIH y sida
- Estándares de Calidad en la Atención
- Guía de Nutrición
- Guía técnica de laboratorios
- Guía de Atención Niño expuesto y con VIH y sida (2008).
- Guía de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia(AIEPI- VIH)

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS EN SALUD.

Una de las grandes limitantes para la atención en salud es la escasez de personal en las unidades de salud y la alta concentración del personal de salud en la zona del pacífico, otro debilidad identificada que afecta la calidad de los servicios ofertados es la alta rotación de personal, principalmente en los equipos multidisciplinarios de los hospitales y por ende el desconocimiento de las normativas en salud, para ello el MINSA debe monitorear el conocimiento y cumplimiento de las normativas de atención establecidas.

El MINSA ha realizado grandes esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en el personal de salud a través de procesos de capacitación permanente. Durante el periodo 2008- 2009 el personal de salud participó en dos diplomados sobre “*Atención Integral al VIH*” del Proyecto Integrado de Lucha contra el VIH/sida en cinco departamentos de Nicaragua apoyado por la Unión Europea y el consorcio conformado por Terra Nouva, Grupo Voluntariado Civil, CIES-UNAN y la Fundación Xochiquetzal, con el objetivo de fortalecer las capacidades locales a través de herramientas necesarias en relación a las ITS, VIH y sida que permitan garantizar atención integral ante el VIH, desde un enfoque de derechos humanos. Además de participar el personal del

³⁷ Barreras de acceso a la Consejería y la prueba del VIH en embarazadas. MINSA- UNICEF. Nicaragua. Mayo, 2009.

MINSa, ha participado el MINED y organizaciones de sociedad civil que brindan atención en VIH.

En el periodo 2008- 2009 un grupo de profesionales del MINSa realizó una pasantía en Brasil mediante el convenio Lazos Sur-Sur, con el objetivo de fortalecer las capacidades atención al VIH en la niñez y adolescencia, fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios y la articulación de servicios en los distintos niveles de atención del sistema de salud (servicios comunitarios, puestos y centros de salud, hospitales)³⁸.

La descentralización de la atención ha sido posible en gran parte debido a la capacitación del personal de salud en consejería y manejo integral de niños, niñas, adolescentes, embarazadas y adultos con VIH: médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y personal de laboratorio. El 100% de los municipios del país tienen condiciones para el diagnóstico rápido del VIH (equipos de laboratorio, reactivos y personal capacitado).

Se ha realizado capacitación al personal de salud de los SILAIS y ESAFC en temas de estigma, discriminación, importancia de adherencia, captación oportuna de casos VIH durante el trabajo de terreno (consejería y prueba voluntaria) para incorporar en el trabajo de terreno las actividades de VIH e incrementar coberturas en embarazadas y mejorar el seguimiento de la niñez con VIH a nivel comunitario.

RECURSOS

La cooperación internacional en el país ha significado un aporte importante a la respuesta nacional durante los últimos años que ha complementado a los recursos nacionales. Como promedio nacional Nicaragua ha recibido en los últimos años, alrededor de US\$ 550 millones de dólares anuales (se estima que 50% en la forma de donaciones y 50% en préstamos). Esto ha significado un promedio de entre el 11 y 15% del Producto Interno Bruto (PIB) para este mismo período³⁹.

El Banco Central de Nicaragua (BCN) reporta para el 2008 la cooperación internacional no reembolsable (excluyendo la ayuda canalizada vía ONG) fue menor a la de 2007 en 53.9 millones de dólares. La reducción se acentuó tanto en los recursos destinados para apoyo presupuestario (US\$22.8 millones) como en los orientados al financiamiento del programa de inversión pública, para el primer trimestre del 2009⁴⁰.

Datos del último informe MEGASSSS-2007-2008 realizado por CONISIDA se reporta un gasto total para los años 2007 y 2008 de US\$27,396.05 millones de dólares (12,449.53 millones en el 2007 y 14,946.52 millones en el 2008). Siendo las principales fuentes de financiamiento la cooperación externa que representa un 56% y el gobierno a través de fondos fiscales reporta un importe de 44%⁴¹.

Tabla: Inversión en VIH y sida según categoría del gasto.

Nicaragua 2007- 2008

Cifras en miles de córdobas y dólares

Cod	Categoría del Gasto	DOLARES		TOTAL (US \$)	CORDOBAS		TOTAL (C\$)	%
		2007	2008		2007	2008		

³⁸ Informe de Atención del VIH en niñez. UNICEF. Nicaragua, 2009

³⁹ El PIB per-cápita (en dólares de EUA) para el 2007 fue del 1.017,0 y para el 2008 de 1.122,8

⁴⁰ Informe de Cooperación oficial externa. I trimestre del 2009

⁴¹ Informe Preliminar sobre la Medición del Gasto en VIH y sida. MEGASSSS. Nicaragua. 2009

CGS.01	Prevención y Promoción	3,986.82	4,956.12	8,942.94	73,508.46	96,009.39	169,517.85	0.33
CGS.02	Atención y Tratamiento	2,003.38	2,394.05	4,397.44	36,999.82	46,377.34	83,377.16	0.16
CGS.03	Huérfanos y Niños Vulnerables	0.00	29.14	29.14	36,999.82	564.56	564.56	0.00
CGS.04	Gestión y Administración de Programas	1,391.67	1,953.35	3,345.02	25,675.19	37,840.08	63,515.27	0.12
CGS.05	Recursos Humanos	4,315.12	4,721.11	9,036.22	79,608.32	91,456.81	171,065.13	0.33
CGS.06	Protección Social y Servicios Sociales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CGS.07	Entorno Favorable	311.56	538.34	849.90	5,747.89	10,428.62	16,176.52	0.03
CGS.08	Investigación Relacionada con VIH	440.98	354.41	795.39	8,135.41	6,865.65	15,001.06	0.03
Total Sector Salud		12,449.53	14,946.52	27,396.05	229,675.10	289,542.45	519,217.55	1.00

Durante el periodo 2007 -2008, los rubros de mayor inversión fueron recursos humanos con el 45%, promoción y prevención con el 33%, entorno favorable e investigaciones con el 18% y para atención y tratamiento con el 16%. Es importante destacar que el gasto en huérfanos y huérfanas, niñez vulnerable, protección social y servicios sociales es menor de 0.001 %⁴².

Para el 2010 con el apoyo del Fondo Mundial se espera una inversión de aproximadamente US\$ 9.2 millones de dólares. Esto último gracias un esfuerzo concertado realizado por el país a través del Mecanismo Coordinador de País (MCP) para el Fondo Mundial que significó haber mejorado la presentación de la propuesta para la octava convocatoria y una mejor definición de las necesidades para incrementar la cobertura, para contribuir al cumplimiento de las Metas del Milenio 4, 5 y 6⁴³.

El Equipo Conjunto de VIH del Sistema de Naciones Unidas ha elaborado el Programa Conjunto 2008-2012 basado en la Evaluación Común para el País (CCA) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD). Tomando de referencia los Objetivos Estratégicos del PEN 2006-2010, apoya a las necesidades y prioridades del país, garantizando la articulación y sinergia de las intervenciones con los socios en los territorios y apoyando a las capacidades nacionales en el fortalecimiento de alianzas estratégicas y armonización de la cooperación en la respuesta nacional⁴⁴.

Como una limitante es que continúa pendiente la Evaluación del Impacto del VIH y sida en el desarrollo socio-económico de Nicaragua, lo que impide la asignación de recursos dirigidos a resolver el impacto en las prioridades del país. Aunque se avanzó en los procesos de gestión y asignación de presupuesto en el proyecto de país con el Fondo Mundial para realizar este estudio en el primer semestre del 2010.

⁴² Informe MEGASSSS. Nicaragua. 2010

⁴³ www.bcn.gob.ni.

⁴⁴ Programa Conjunto VIH y Sida del SNU (2008-2012)

VI. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

Durante el periodo 2008-2009 se identificaron una serie de prácticas óptimas vinculadas a la respuesta nacional, recopiladas en los talleres de consenso y consulta con instituciones de gobierno, sociedad civil y agencias bi- multilaterales.

- En acceso universal se reconoce el proceso de descentralización del TAR, se logró una ampliación de la cobertura de las pruebas rápidas y cobertura de atención a las embarazadas para la prevención de la transmisión vertical.
- Durante el proceso de construcción del proyecto a presentarse en octava ronda de Fondo Mundial se logró amplia participación de todos los actores claves: instituciones de gobierno, organizaciones de sociedad civil y agencias.
- En el entorno político se identifica la creación de la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual, como un resultado de un proceso de incidencia de la REDTRANS para darle seguimiento a las denuncias por violación de derechos humanos a las diversas identidades sexuales.
- La experiencia de las OBF ha sido de vital importancia fortaleciendo el apoyo a las familias afectadas por el VIH y su comunidad, reduciendo el estigma y discriminación. Las iglesias promueven la abstinencia, la mutua fidelidad. Otras iglesias que se han destacado en la lucha contra el VIH ha sido la Iglesia Luterana que actualmente a través de un proyecto de jóvenes que brindan capacitación sobre VIH. La iglesia Luterana ha desarrollado como estrategia de información la realización de ferias educativas con la participación.
- Consejería Comunitaria con parteras indígenas y afro descendientes para PTMI,

V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Durante el periodo 2008- 2009 se identificaron una serie de problemas que afectaron la respuesta nacional ante el VIH y sida.

En el periodo anterior (2006- 2007) se carecía de un Sistema de Información de Monitoreo y Evaluación, que inició su elaboración en el año 2008 y se aprobó en el año 2009, donde CONISIDA dará seguimiento a este sistema a través del Comité de Monitoreo y Evaluación.

Las organizaciones de sociedad y CONISIDA no han definido una estrategia para involucrar al poder judicial y el poder legislativo en la respuesta nacional. La ausencia de participación efectiva de estas dos instancias ha afectado considerablemente la garantía de los derechos humanos de las PVS ante las instancias judiciales, cuando son vulnerados sus derechos. Es evidente que no se ha definido una ruta crítica en el sistema de justicia nicaragüense que permita a los operadores de justicia finalizar procesos judiciales y tener sentencias favorables en base a la ley sobretodo en casos de discriminación por VIH y sida. CONISIDA debe fortalecer el quehacer del Comité de Ética y Derechos Humanos articulando acciones con las organizaciones de PVS y organismos de derechos humanos. Necesita reforzar su actuar con el trabajo conjunto de las redes locales de defensoría de Derechos Humanos, ya que entre más sectores sean involucrados más beneficios se

puede ofrecer a la población en general cuando realmente necesita ser acompañada de un efectivo proceso de abogacía.

Continúa pendiente la Evaluación del Impacto del VIH y Sida en el desarrollo socio-económico de Nicaragua, lo que impide la asignación de recursos dirigidos a resolver el impacto en las prioridades del país.

La falta de investigaciones o encuestas comportamentales en los grupos más vulnerables, limita la retroalimentación de indicadores para una respuesta nacional más efectiva. Durante el periodo de evaluación de UNGASS 2008-2009, se realizaron tres investigaciones para la segunda ronda de Fondo Mundial en poblaciones más vulnerables: *Seroprevalencia del VIH/sida y uso del condón en población HSH, Uso consistente del condón en trabajadoras sexuales, Resultados de Impacto de la estrategia IEC en HSH en 6 departamentos del Pacífico de Nicaragua.*

De igual manera se inició un estudio de Seroprevalencia en cuatro poblaciones: PVS, población Trans, HSH y trabajadoras sexuales con apoyo del CDC/GAP. Sin embargo, es necesario realizar más estudios enfocados a identificar los contextos de vulnerabilidad de cada población frente a la epidemia. Se considera urgente que se realicen investigaciones en niñez en situación de orfandad o niñez en condiciones de vulnerabilidad y su impacto en el desarrollo psicosocial.

Las estimaciones y previsiones de los tamaños de los grupos de poblaciones vulnerables no disponen de indicadores nacionales que permitan una mejor aproximación a la realidad. Se requiere fortalecer y sistematizar estudios e investigaciones en este tema. Ya se han realizado estudios con apoyo de Fondo Mundial para conocer el impacto de la epidemia en grupos de población más vulnerables. Es necesario que en el sistema nacional de información se incluyan indicadores para otros grupos de población más vulnerables.

Falta de atención psico-social familiar y domiciliar, especialmente con la niñez en situación de orfandad. UNICEF ha brindado asistencia técnica al Ministerio de Familia, Niñez y Adolescencia para fortalecer el trabajo en VIH con niñez afectada por el VIH y sida o vulnerable ante la epidemia, a través del Programa Amor. Requiere vincular su accionar con la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia.

No se conocen datos sobre el número de niños, niñas en situación de orfandad y las condiciones en que viven. Es un tema pendiente del Estado nicaragüense garante de los derechos humanos, que asigne mayor presupuesto para ejecutar acciones que garanticen mejores condiciones de vida a la niñez con VIH o afectada por el VIH y sus familiares. Para ello se hace imprescindible que se asigne mayor presupuesto al Ministerio de la Niñez y la Adolescencia, al Ministerio de Educación, Ministerio de la Salud y al Ministerio del Trabajo. Al mejorar las condiciones de acceso a servicios de educación, empleo y vivienda en los familiares de niñez con VIH y sida se mejoran las condiciones de vida de la niñez afectada o vulnerable ante la epidemia.

Se requiere ampliar el compromiso político al más alto nivel (presidente, vicepresidente, ministros/as) que reconozcan la epidemia del VIH como un problema de salud pública, de derechos y desarrollo humano, reconociendo su grave impacto al desarrollo socioeconómico del país. Para ello es necesario que se fortalezcan los espacios de incidencia y armonización de las instituciones de gobierno, empresa privada.

Falta de involucramiento de los operadores de justicia, empresa privada, poder legislativo y el Instituto Nicaragüense de la Mujer como actores claves en la respuesta nacional.

Débil articulación de las capacidades de promoción, educación, divulgación y defensa de los derechos humanos contra el estigma y discriminación. No se han articulado las acciones IEC entre las organizaciones de sociedad civil y el Estado, lo cual ha permitido duplicación de esfuerzos y recursos, sin tener mayor impacto, para ello es necesario que desde CONSIDA articule una estrategia que permita articular las acciones de IEC en los diferentes sectores y que permita evaluar el impacto de dichas acciones para el cambio de actitudes y comportamiento ante el VIH.

No se cuenta con acceso a la respuesta nacional ante el VIH y sida desde las instituciones gubernamentales, para ello CONSIDA debe fortalecer el acceso y calidad de la información sobre la respuesta al VIH y sida.

VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

La comunidad internacional ha venido resaltando, de manera muy enfática en los últimos años, la importancia de la ética y los Derechos Humanos en la prevención del VIH, el cual no es únicamente un problema de salud, sino que también se relaciona con la pobreza y las condiciones del desarrollo. El estigma y la discriminación por causa del sida están en contradicción con los esfuerzos que se llevan a cabo para garantizar los derechos humanos en general y de manera particular los derechos sexuales y reproductivos, asegurar la equidad de género, reducir la pobreza y promover la salud. El VIH nos desafía a escoger entre la discriminación y el respeto de los derechos humanos⁴⁵.

El mayor financiamiento a las acciones del VIH y sida en Nicaragua es de agencias internacionales con el 56%⁴⁶ El apoyo de las agencias internacionales ha sido financiero y técnico para estudios nacionales, programas y proyectos tanto al Estado como las organizaciones de sociedad civil que trabajan la temática.

VII. SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

El sistema de vigilancia epidemiológica tiene cobertura nacional, recibe información de diversas fuentes como en el INSS, MIGOB, algunas ONG y algunos hospitales privados⁴⁷.

Actualmente se cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH y Sida con enfoque de segunda generación. El sistema funciona a través de la recolección de la información de los departamentos y hospitales, se procesa y se elabora un informe final sobre el VIH. Actualmente el CNDR, Vigilancia epidemiológica y el Componente de ITS, VIH y Sida aportan información para integrar la vigilancia de casos y la vigilancia de comportamiento, junto con variables programáticas. El Componente de ITS, VIH y sida se encuentra bajo la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención.

⁴⁵ Línea de Base Proyecto Movilización Activa por los Derechos Humanos ante el Sida. CNLCSSC. 2008.

⁴⁶ Informe preliminar sobre la Medición del Gasto en VIH y Sida. Nicaragua 2007-2008

⁴⁷ Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional. Nicaragua. 2009

La información para la vigilancia surge de la red comunitaria, puestos y centros de salud a los SILAIS, hasta el nivel central y luego en forma descendente. La unidad ejecutora corresponde a la unidad local de salud en atención y posteriormente a nivel de SILAIS y luego al MINSA central.

Uno de los avances es que la ficha ya integra las variables comportamentales que contribuyen a la vigilancia de segunda generación, complementados con datos de co-infección TB/VIH, estando más desarrollados en el Componente de Tuberculosis.

Uno de los retos es continuar fortaleciendo la vigilancia de segunda generación para obtener información más precisa, realizar mejores intervenciones basados en la calidad de los datos, ya que el Sistema de Información debe estar orientado a facilitar la gestión de la situación de la epidemia, el poner a disposición de los dirigentes y tomadores de decisión la información oportuna y de calidad, empleando los avances en la tecnología de la información.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH Y SIDA.

Representantes de CONISIDA

Nombres y apellidos	Institución
Pedro Joaquín Leiva López	Ministerio de Gobernación
José Castaño Umaña	Ministerio de Gobernación
Martha Jiménez Martínez	Ministerio de Gobernación
Isavel Green	Instituto Nicaraguense de Seguridad Social
Francisco Bolaños	Ministerio del Trabajo
Luis Enrique Alemán Neyra	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez
Samira Montiel	Procuraduría de Derechos Humanos
Milagros Umaña	Ministerio de Educación
Arely Cano	ASONVIHSIDA
Argelis Montano	ASONVIHSIDA
Richard Sevilla	ANICP+VIDA
Luis Carballo	Componente de ITS, VIH y Sida (Ministerio de Salud)

Representantes de agencias

Nombres y apellidos	Institución
Danilo Núñez	USAID
Ramón Rodríguez	ONUSIDA
Valeria Bravo	PNUD
José Ramón Espinoza	UNICEF
María Jesús Largaespada Fredersdorff	Mesa Sectorial de Salud/Embajada Real de los Países Bajos

Representantes de organizaciones de sociedad civil

Nombres y apellidos	Institución
María Mercedes Alemán	Fundación Puntos de Encuentro
Argelis Montano	ASONVIHSIDA
Ana Celia Tercero	APADEIM
Norman Gutiérrez	CEPRESI
Arely Cano	ASONVIHSIDA
Donald Moncada	PASMO(ONG internacional)
Víctor Martínez	Iglesia Luterana
Hazel Fonseca	Fundación Xochiquetzal

Representantes de organizaciones internacionales

Nombres y apellidos	Institución
Donald Moncada	PASMO
Grazia Faietta	Terra Nuova
Carlos Cuadra	Terra Nuova

Representantes de redes nacionales

Silvia Martínez	REDTRANS
Adriana Dávila	Red de Comunicadores y Comunicadoras en VIH

ANEXO 2: CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL