



**Propuestas desde la Sociedad Civil
para nuevo Plan Nacional
de Respuesta ante las ITS- VIH y
hepatitis B y C, 2018-2021**

¿Quiénes somos?

Consultora: Jennifer Lorena Ortiz Melo, MD MScE¹

Equipo Profesional

Miguel Angel Barriga Talero

Jose Rafael Guillen Canizares

Damary Slendy Martinez Contreras

Jhon Fredy Ramirez Correa

Organizaciones participantes

Surcos, Recolvih, Cordoba Diversa, Consentidos, Red Comunitaria

Trans, Huellas de Arte, Fundación red bogotana de hombres gay,

Corporacion universo Igbti, ordepas, Red de

jovenes positivos J+COL, liga sida, Grupo de Accion y apoyo a

personas transgenero GAAT, Asociacion mutal senderos, amigos

positivos, corporacion el Faro, Fundarvi, Fundación Habitat,

Corporacion Red Somos.

El presente documento se ha desarrollado por CORPORACION RED SOMOS en el marco del proyecto Participar para Incidir en la sostenibilidad de la respuesta en Vih-Sida en Colombia financiado por Open Society Foundations y Elton John Foundations.

El análisis y propuestas aquí expresadas no reflejan necesariamente las opiniones de quienes apoyaron financieramente esta publicación.

SOCIEDAD CIVIL COLOMBIANA Y PLAN NACIONAL DE RESPUESTA

En Colombia, así como en el mundo, en las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis los determinantes sociales en salud tienen una relevancia crítica. Las desigualdades, inequidades, al igual que el estigma y la discriminación que se asocian a las poblaciones más vulnerables a ellas, son una carga difícil de manejar a nivel programático y que requiere intervenciones de carácter intersectorial y la participación de la sociedad, no sólo como receptor de las acciones sino como gestor de las mismas.

El sistema de salud colombiano basado en principios de universalidad y solidaridad, permite que la población general cuente con coberturas de aseguramiento y acceso a servicios, que, si bien tiene puntos por mejorar, son superiores que en otros países de la región. Sin embargo, los datos globales no permiten la visualización de problemáticas que afectan a las minorías, y que requieren intervenciones específicas. Claro ejemplo, es el dato de cobertura en aseguramiento, que en poblaciones clave y vulnerables a estas 3 epidemias es inferior a la de población general; en el caso de la población de habitantes de calle, el 31,3%, no está afiliado según los datos reportados en el último estudio de prevalencia (2), de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, el 9,4% (3), y las mujeres trans, del 19,8% (4).

Para estas 3 epidemias, y en especial, en el caso del VIH no faltan compromisos o metas a establecer, a nivel mundial, se han suscrito estrategias en las cuales Colombia es partícipe, tanto generales, como lo fueron los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ahora los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como específicas, las metas 90 90 90 como parte del Fast Track, la Declaración política sobre el VIH y Sida de las naciones unidas sobre el Vih y el Sida 2016, La estrategia Fin de la Tuberculosis para el año 2035 y la Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Hepatitis Víricas 2016-2021: Hacia el Fin de las Hepatitis Víricas, un llamado a la relevancia que deben tomar las hepatitis víricas en especial en poblaciones de contextos vulnerables como la pobreza o las personas que usan drogas.

No hacen falta metas, no hacen falta objetivos para dirigir la respuesta, qué se quiere obtener es muy claro, los objetivos del nuevo Plan Nacional de Respuesta deben estar alineados con los compromisos que el país ha adquirido, crear nuevos objetivos sería desdibujar los esfuerzos que se deben cumplir a nivel mundial, los resultados esperados a nivel nacional en relación con los objetivos y metas ya dispuestas pueden ampliarse, en aspectos de tipo estructural y procedimental que se requieran para lograrlo pero lo más relevante es que hay que determinar el cómo.

El cómo, las acciones que se implementarán y ejecutarán para aportar a las estrategias mundiales deben contemplar:

- La inclusión de la comunidad como actor crítico en la respuesta. La fortaleza de la búsqueda de poblaciones ocultas y el impacto en estrategias de prevención y detección temprana, y la influencia en factores comportamentales son clave.
- La visualización de las poblaciones a nivel de fuentes de información, pero también enfatizando en resultados esperados a nivel de estas poblaciones específicas. Es inadmisibles que teniendo documentado ampliamente la gran diferencia en términos de prevalencia y vulnerabilidades en población LGBTI, PPL, HC, MTS, y PID, no se conozca el perfil de las epidemias en estas poblaciones específicas cuando la recolección de datos es sistemática, es tan inadmisibles como ignorar las zonas geográficas donde se presentan casos de dengue o malaria. Este es un dato crítico para el seguimiento, pero también para las metas. Sería extraño comprometerse con evitar nuevas infecciones por Dengue en Colombia, y no hacerlo a nivel de regiones como el Tolima, y dentro del Tolima con municipios específicos, ampliamente conocidos por su alta incidencia. Así mismo, es mandatorio que los resultados se planteen en función de las poblaciones.
- Adaptación de objetivos, metas y compromisos, las estrategias al ser de carácter mundial, comprenden y abarcan las condiciones que determinan a nivel mundial el comportamiento epidemiológico, pero deben existir factores de adaptabilidad para estos, comprendiendo el comportamiento de las epidemias en Colombia, por ejemplo, en hepatitis víricas en el mundo se contemplan acciones

contra la hepatitis A, vinculada a condiciones de higiene y agua potable, pero en el perfil colombiano son más relevantes las hepatitis B y C, asociadas al consumo endovenoso de sustancias psicoactivas. En VIH, la situación es similar, con la carga epidemiológica del África, donde hay países con epidemia generalizada, hay metas que orientan acciones en este nivel, pero esto debe adaptarse al contexto colombiano, con poblaciones puntualmente afectadas en mayor medida que la población general.

-Enfoque de cierre de brechas en el marco de la cascada del continuo de la atención, identificando potenciales causas y agravantes, y acciones mitigantes de las mismas. Énfasis en detección temprana dado su impacto a nivel de mortalidad y esperanza de vida, la primera con una distribución claramente inequitativa a nivel de sexo y regímenes (indirectamente nivel de riqueza) según el estudio de mortalidad.

- Generación de datos y registro, con especial énfasis en las acciones desarrolladas a nivel de la comunidad y por organizaciones comunitarias, actualmente con evolución un tanto informal, y cuyo impacto se pierde en el quehacer del sistema. Si fuera necesario, la creación de un sistema de registro de acciones comunitarias, que en el mediano plazo pueda ser integrado a SISPRO y cuya información sea de libre acceso para los actores y la ciudadanía en general, complementario a las fuentes ya existentes y que no se limite al conteo neto de acciones como “lista de mercado” sino a la verdadera gestión del riesgo.

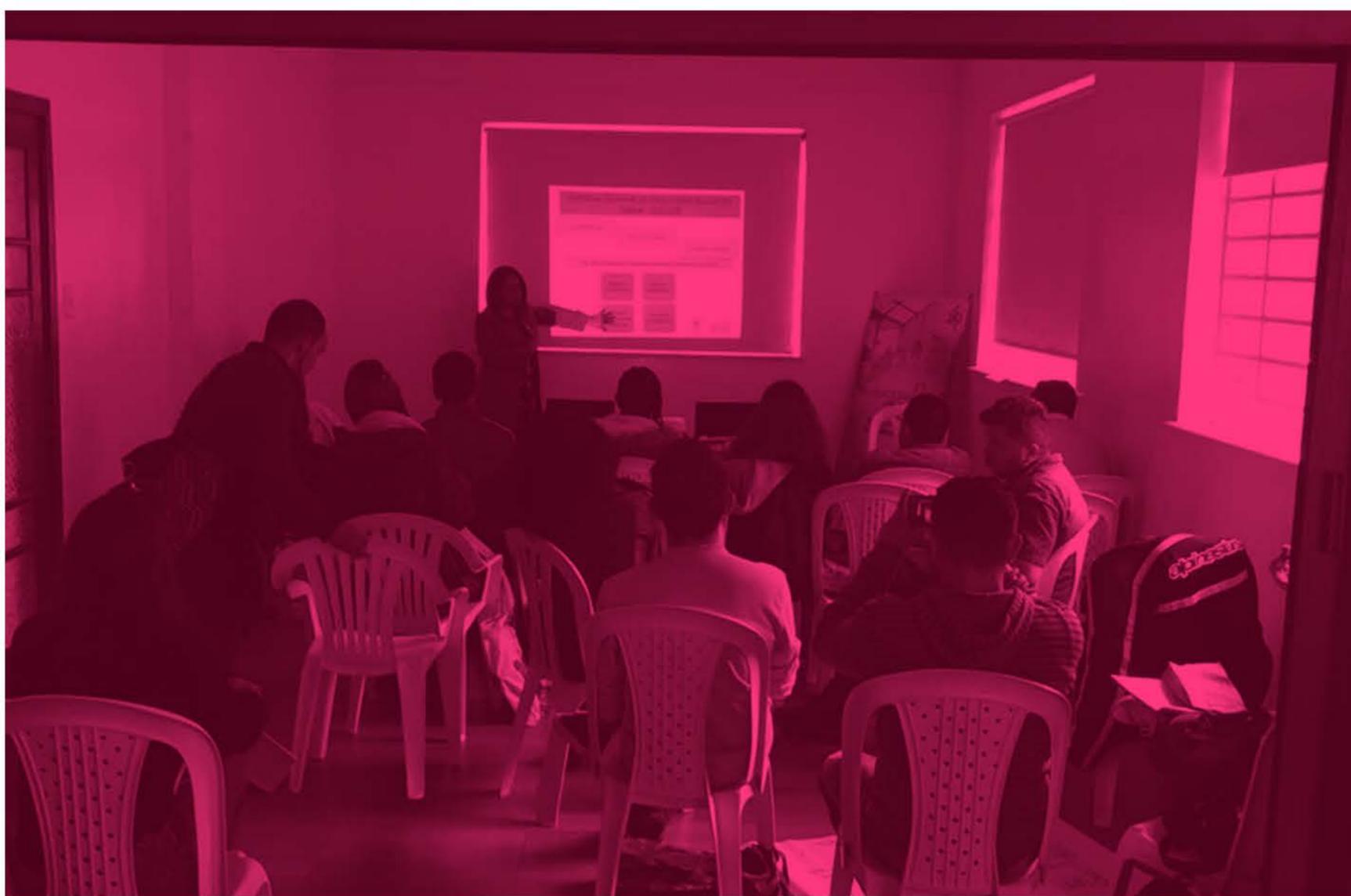
- La creación de una comisión técnica de monitoreo y seguimiento, de carácter intersectorial, con la participación de instituciones de inspección, vigilancia y control, tales como la superintendencia de salud, en su delegada de riesgos, INS, participación del sector educativo, hacienda como responsable de las finanzas del estado para que se valore la costo efectividad de las acciones del plan, trabajo y protección social como sectores críticos para las intervenciones en determinantes de tipo estructural e intermedio y por supuesto con la participación de la sociedad civil, en un enfoque técnico, participativo y veedor. La herramienta clave para esta comisión, será el Observatorio Nacional de VIH e ITS como instrumento ya existente que integra las fuentes necesarias para verificar la respuesta.

Puntos clave:

- Sociedad civil como receptor y gestor de acciones -> Reconocimiento de Prestadores Primarios en Salud desde la comunidad
- Información específica por poblaciones clave y vulnerables
- Metas específicas para poblaciones clave y vulnerables
- Adaptar estrategias a perfil epidemiológico -> Alineación del PNR con compromisos mundiales (90 90 90 y Fast track, Declaración política sobre el VIH y Sida de las naciones unidas sobre el Vih y el Sida 2023, Estrategia Fin de la Tuberculosis, Estrategia hacia el Fin de las Hepatitis Virales), Objetivos de Desarrollo Sostenible y Plan Decenal de Salud Pública
- Detección temprana con tamizaje desde la comunidad – Visualizar acciones, cantidad de pruebas realizadas en la comunidad por cada población
- Creación del Sistema de Registro de Organizaciones de Base Comunitaria que prestan servicios comunitarios en salud -> Reconocimiento, seguimiento y cumplimiento de estándares de calidad
- Creación Registro Individual de Prestación de Acciones Comunitarias en Salud -> Similar al RIPS (Registro Individual de Prestaciones en Salud) que hacen las IPS.
- Comisión técnica de monitoreo y seguimiento como instancia de veeduría y monitoreo participativo y técnico de las acciones del PNR
- Observatorio Nacional de VIH e ITS como instrumento ya existente que integra las fuentes necesarias para verificar la respuesta -> Fuerza y protagonismo al observatorio, con presupuesto adecuado para sus acciones
- Plan Nacional de Respuesta debe ser emitido a través de un acto administrativo que de carácter vinculante.
- Establecer e identificar actores clave para la ejecución de acciones intersectoriales y que implique metas específicas cuantificables en relación con los determinantes estructurales e intermedios -> Por ejemplo, porcentaje de personas de poblaciones clave con vinculación al sector laboral formal.
- Generar acciones para establecer línea de base de información relacionada y relevante para las epidemias con base en metodología epidemiológica a nivel de las poblaciones clave -> Estudios de prevalencia, índice de estigma y discriminación

Duplicar el presupuesto en salud destinado a las acciones de prevención del VIH e ITS -> Actualmente no supera el 10%
Destinar al menos el 25% del presupuesto en prevención a la ejecución de acciones desde las OBC

El 30% de las acciones de los Planes Territoriales de Salud de las ET donde se prioriza el VIH e ITS son planeadas y ejecutadas por OBC
-> Entidades territoriales donde el Vih es una de las 20 primeras causas en mortalidad o años de vida perdidos o en las que exista una alta prevalencia de VIH o en donde la tasa de mortalidad por VIH está por encima de la tasa nacional



Antecedentes

A nivel mundial, existen iniciativas lideradas por organismos de Naciones Unidas para controlar y dar fin a estas epidemias. Colombia, es uno de los países que se ha unido a ellas y por ello es indispensable que previo a la propuesta desde la Sociedad Civil, se haga una revisión en cuanto a las metas y objetivos planteados en ellas, pues la alineación permite aunar esfuerzos y optimizar recursos.

Estrategias internacionales

Se revisarán a continuación los documentos macro de las estrategias que involucran la lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y las hepatitis víricas, haciendo un marco, además, en lo referente a los indicadores que por compromiso internacional, se deben reportar de manera periódica para evidenciar avances respecto a estas 3 condiciones y enfatizando en los aspectos que involucran a la Sociedad Civil.

VIH/SIDA

90 90 90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida (1)

En este documento publicado por ONUSIDA, se promueve la búsqueda de los siguientes objetivos a nivel mundial, para poner fin a la epidemia del Vih/Sida, las metas 90 90 90.



Gráfica 1. Metas 90 90 90
Fuente: Tomado de 90 90 90, ONUSIDA (1)

Que el 90% de las personas que viven con Vih conozcan su diagnóstico, que, de ellos, al menos el 90% se encuentre bajo tratamiento antirretroviral (TAR), y que el 90% de quienes se encuentran en tratamiento mantengan supresión virológica. Estas cifras no son caprichosas, y se traducen en que el 81% (90%x90%) de las personas que viven con Vih reciban TAR, y a final 73% (90%x90%x90%) de todas las personas que viven con VIH tendrán supresión virológica, lo que impacta directamente en la transmisibilidad de la infección, pero, además, en una mejor calidad de vida para las personas que viven con Vih, disminuyendo mortalidad y años de vida perdidos por muerte y discapacidad.

ONUSIDA anota lo siguiente en el documento que expone la estrategia: “La única manera de lograr este ambicioso objetivo es mediante una estrategia basada en los derechos humanos, el respeto mutuo y la inclusión” (1).

Así mismo, la propuesta de estas metas no es caprichosa. El conocimiento del estado serológico respecto al virus permite que las personas accedan al tratamiento antirretroviral y la única forma de tener supresión virológica es mediante la TAR, por tanto, estas metas contemplan dos eslabones de la cascada del continuo de la atención, para lograr un objetivo primordial para la disminución de la incidencia.

De acuerdo con lo mencionado por ONUSIDA, la supresión virológica permite disminución en la incidencia, por cada 1% de aumento en la supresión, la incidencia estimada reduce alrededor del 1% (1). Así mismo, aunque la primera mirada puede enfocarse en un potencial aumento del gasto en salud a costas de la terapia, los beneficios económicos a corto, mediano y largo plazo en términos de nuevas infecciones evitadas, desenlaces no deseados, pérdida de productividad y orfandad por causa de las muertes prematuras, sobrepasan la inversión en la TAR. Todas estas proyecciones parten del acceso universal al tratamiento a todas las personas que viven con el virus, sin importar el recuento de linfocitos CD4, bajo la estrategia mundial de test and treat.

El papel de la Sociedad Civil como actor clave en el cumplimiento de estas metas y su participación en el desarrollo de las estrategias que se requieren y las acciones a nivel de las poblaciones clave principalmente, son un factor crítico para el fin de la epidemia en países como Colombia, cuya epidemia es concentrada. Según lo menciona ONUSIDA (1), “en 2014, el Informe de déficits y diferencias (Gap Report) publicado por ONUSIDA puso de manifiesto las formas en las que muchos grupos de población se están quedando atrás. Al estar expuestas a un riesgo y una vulnerabilidad desproporcionados, las poblaciones clave exigen una respuesta prioritaria basada en los derechos humanos. Sin embargo, debido a la persistencia del estigma, la discriminación y la exclusión social, los miembros de poblaciones clave sufren un acceso desigual a los servicios de atención y no obtienen resultados óptimos en materia de salud. Los objetivos 90-90-90 no se pueden alcanzar si no se superan los muchos factores que socavan la eficacia de la respuesta en el caso de las poblaciones clave”. Es por ello que todas las acciones que se propongan y se lleven a cabo en el marco del Plan Nacional de Respuesta, deben involucrar de manera directa a las poblaciones clave y la participación de la Sociedad Civil en la respuesta.

Si bien en Colombia el aseguramiento es universal, y la cobertura presenta importantes avances en los últimos años con más de 46 millones de habitantes afiliados actualmente al sistema mediante régimen contributivo, subsidiado o de excepción, las poblaciones clave tienen, de acuerdo a los últimos estudios de prevalencia, un menor acceso al aseguramiento y por ende, a los servicios de salud. En el caso de la población de habitantes de calle, el 31,3%, reportó no afiliación al Sistema de Salud a través de régimen contributivo, subsidiado o de excepción (2), para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, el porcentaje fue de 9,4% (3), y para las mujeres trans, del 19,8% (4). A esto se suma, el estigma y la discriminación, que en muchas ocasiones surge desde los mismos servicios de salud, lo impone una barrera en materia de acceso y asequibilidad.

En sintonía con las metas 90 90 90, el mundo ha fijado unos compromisos para la respuesta al VIH, que se monitorizan a través del informe GAM de manera anual, que consolida ONUSIDA. Los compromisos son los siguientes:

- Compromiso 1:** Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020
- Compromiso 2:** Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018
- Compromiso 3:** Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)
- Compromiso 4:** Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020
- Compromiso 5:** Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año

- Compromiso 6:** Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020
- Compromiso 7:** Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020
- Compromiso 8:** Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales
- Compromiso 9:** Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos
- Compromiso 10:** Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C.

Estos compromisos, permiten orientar las acciones enfocando esfuerzos en el cumplimiento de las metas 90 90 90, la reducción de la violencia de género, la implementación de las acciones de prevención combinada y la visibilización de la participación desde la sociedad civil.

Tuberculosis

La estrategia Fin de la Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 y con base en la carga de enfermedad en términos de morbilidad y mortalidad, estableció las siguientes metas para poner fin a la tuberculosis en el año 2035 (5).

	METAS			
	HITOS		ODS*	FIN DE LA TB
	2020	2025	2030	2035
Reducción del número de muertes por tuberculosis respecto del 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Reducción de tasa de incidencia de tuberculosis respecto del 2015 (%)	20%	50%	80%	90%
Familias afectadas por tuberculosis que enfrentan costos catastróficos debidos a la enfermedad (%)	0%	0%	0%	0%

Gráfica 2 Metas para poner fin a la tuberculosis
Fuente: Tomado de estrategia fin de la tb, oms (5)

Se propone para ello, una respuesta unificada, con 3 pilares estratégicos y 4 principios clave:

1) **Atención y prevención de la Tb integrada y centrada en el paciente:** Se enfoca en la detección temprana, el tratamiento y la prevención para todos los pacientes con TB, incluidos los niños. Busca asegurarse de que todos los pacientes con TB no solo tengan un acceso equitativo y sin obstáculos a servicios asequibles, sino que también participen en su atención

Componentes clave:

- A| Diagnóstico temprano de la Tb, incluidas pruebas universales de sensibilidad a medicamentos, y tamizaje sistemático de contactos y grupos de alto riesgo.
- B| Tratamiento de todas las personas con Tb, incluida la tuberculosis resistente a medicamentos y apoyo al paciente.
- C| Actividades de colaboración Tb/VIH y manejo de las comorbilidades.
- D| Tratamiento preventivo de las personas en alto riesgo y vacunación contra la Tb.

2) Políticas audaces y sistemas de apoyo: Fortalece las políticas y los sistemas tanto del sector salud como del sector social para prevenir y acabar con la TB. Apoya la implementación de la cobertura universal de salud, la protección social y marcos normativos fortalecidos. Aborda los determinantes sociales de la TB y enfrenta esta enfermedad a nivel de los grupos vulnerables, como los extremadamente pobres, las personas que viven con VIH, los migrantes, los refugiados y los privados de libertad.

Componentes clave

A| Compromiso político con recursos suficientes para la atención y prevención de la Tb.

B| Participación de las comunidades, organizaciones de la sociedad civil y todos los proveedores de atención públicos y privados.

C| Política de cobertura universal de salud y marcos normativos para la notificación de casos, registros vitales, medicamentos de calidad y uso racional de los mismos y control de infecciones.

D| Protección social, mitigación de la pobreza y acciones dirigidas a otros determinantes de la Tb.

3) Intensificación de la investigación e innovación: Procura intensificar la investigación, desde el desarrollo de nuevas herramientas hasta su adopción y aplicación eficaz en los países. Adelanta investigaciones operativas para el diseño, la ejecución y la expansión de las innovaciones. Hace un llamado para aumentar urgentemente las inversiones en investigación, para el desarrollo, disponibilidad y amplio acceso a nuevas herramientas, en la próxima década.

Componentes clave:

A| Descubrimiento, desarrollo y adopción rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias

B| Investigación para optimizar la ejecución y el impacto; y promover las innovaciones

Principios clave:

Rectoría y rendición de cuentas de parte de los gobiernos, con monitoreo y evaluación

Construcción de una coalición fuerte con la sociedad civil y las comunidades

Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad

Adaptación de la estrategia y las metas a nivel del país, con colaboración mundial

Hepatitis virales

Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Hepatitis Víricas 2016-2021: Hacia el Fin de las Hepatitis Víricas

Tal y como se menciona en el documento de referencia (6), las hepatitis víricas a pesar de causar un número de muertes similar a las del VIH y la tuberculosis, no se han visibilizado como un problema de salud pública prioritario, hasta ahora. Según la estrategia, cada año ocasionan la muerte de 1,4 millones de personas por infección aguda, cáncer hepático y cirrosis asociados a las hepatitis, aproximadamente el 47 % son atribuibles al virus de la hepatitis B, el 48 % al virus de la hepatitis C y el resto al virus de la hepatitis A y al de la hepatitis E. Como pasa con otras ITS, también son una causa importante de comorbilidad y como en el caso de la tuberculosis, de mortalidad entre las personas que viven con VIH. En el mundo, se estima que 2,9 millones de personas con VIH están coinfectadas por el virus de la hepatitis C, y 2,6 millones por el virus de la hepatitis B.

En el mundo, aproximadamente 240 millones de personas padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B, y entre 130 millones y 150 millones de personas padecen infección crónica por el virus de la hepatitis C (6). En América, las tasas de infecciones crónicas más altas están en la Amazonía.

A pesar que en el caso de la hepatitis B, existe vacuna y tratamiento crónico, y para la C cura, el número de nuevas infecciones y pacientes con infección crónica sigue en aumento, si bien la transmisión sexual es importante, especialmente en el caso de la hepatitis B, el uso de drogas con fines no médicos por vía intravenosa, ha contribuido al aumento de nuevas infecciones y de infecciones crónicas, se estima que el 67 % de las personas que se inyectan drogas están infectados por el virus de la hepatitis C.

Objetivos de la estrategia:

La visión de un mundo en el que se ponga freno a la transmisión de las hepatitis víricas y todas las personas que padezcan estas enfermedades tengan acceso a atención y tratamiento seguros y eficaces.



- Eliminar, a más tardar en 2030, la importante amenaza para la salud pública que suponen las hepatitis víricas.
- Reducir la incidencia de infecciones crónicas por virus de la hepatitis, que en la actualidad es de entre 6 millones y 10 millones de casos, a 900 000 infecciones para 2030, y reducir la mortalidad anual a causa de hepatitis crónicas de 1,4 millones de muertes a menos de 500 000 para 2030.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Después de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, el mundo volcó sus esfuerzos y mirada en las nuevas metas a nivel mundial para los próximos años, y surgieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos, contemplan aspectos tales como de la pobreza, la igualdad de género, la reducción de desigualdades, entre otros. De los 17 objetivos, hay uno enfocado a los aspectos de salud de la población (7):

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Y este a su vez, contempla 9 metas, la primera de ellas hace referencia a la mortalidad materna, la segunda a la mortalidad infantil, y la tercera explícitamente al VIH, la tuberculosis y las hepatitis:

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

La meta 4, también se relaciona con estas epidemias, pues hace referencia a la mortalidad prematura, principal causa de años de vida perdidos, y donde, el SIDA, la hepatitis y la tuberculosis aportan un número importante de muertes cada año:

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

Así mismo, en el caso puntual de las hepatitis B y C y el VIH, la meta 5, enmarca los esfuerzos que se deben hacer en relación con el consumo de sustancias:

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la meta 7, vincula los servicios de salud sexual y reproductiva con los programas nacionales:

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

Y la meta que se relaciona de manera directa con la salud de toda la población, pero en especial, con el acceso y la asequibilidad a los servicios que puedan tener las poblaciones más vulnerables y apartadas, es la meta número 8, que se relaciona con el aseguramiento universal:

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos

Las otras metas que son de suma relevancia para la obtención de los objetivos de desarrollo sostenible, y la ejecución de las estrategias internacionales relacionadas con el VIH, las hepatitis víricas y la tuberculosis, son las siguientes:

Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

Plan Decenal de Salud Pública

A nivel nacional, el país tomó un reto en el año 2012, producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, que plantea 3 objetivos para la reducción de la inequidad en salud:

- 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
- 2) Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente
- 3) Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas) (8).

Una de las dimensiones prioritarias es la Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, que tiene los siguientes dos componentes y metas para cada uno de ellos (9):

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género.

A) Para el año 2021, el 80% de las entidades territoriales contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

B) Para el año 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.

C) Para el año 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.*

D) A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

E) A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.

F) A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

G) A 2021, el 80% de los municipios del país operará el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.

H) Para el año 2021, el 80% de los municipios desarrollarán procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.

I) Para el año 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas recibirán una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

J) Para el año 2021, el 100% de las EPS, en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, contará con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.

K) Para el año 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definirán planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, de derechos y diferencial, sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

L) Para el año 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluirán, en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, de género y diferencial.

M) Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.

* Se omitieron de manera intencional para este documento, aquellos que no guardan relación con ITS, hepatitis, VIH o violencias

- N) Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
- O) Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1000 nacidos vivos.
- P) Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia Anti Retro Viral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.
- Q) Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).
- R) Para el año 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B.
- S) Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.

En cuanto a tuberculosis, esta es abordada en otra dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, y se menciona lo siguiente en el componente, Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas (10):

Objetivo: Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, como la Tuberculosis, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad de Hansen, mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales.

Metas: A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional.

Y en el componente Enfermedades inmunoprevenibles:

Metas: A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la Poliomieltis, y consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubeola, el Síndrome de Rubeola Congénita y el Tétanos Neonatal, y controlar la incidencia de casos de Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, diarreas por Rotavirus, Tos Ferina, Parotiditis e Influenza.

Como acaba de quedar expuesto, el panorama en cuanto a metas y compromisos de carácter nacional e internacional está establecido. De acuerdo con esto, se revisarán las principales acciones que desde la sociedad civil se proponen para la búsqueda y obtención de estos objetivos.

La Sociedad Civil en otros países

A continuación, se expone la participación de la sociedad civil en otros planes de respuesta de la región.

El Salvador

En el Salvador, es la CONASIDA (Comisión Nacional contra el Sida), la autoridad nacional que articula los esfuerzos y recursos del sector público, del sector privado y de las organizaciones de la sociedad civil involucradas en labores de prevención, atención, monitoreo y evaluación del VIH-Sida.

Respecto a la sociedad civil, en El Salvador existen 41 Organizaciones de la Sociedad Civil y 8 iglesias y organizaciones basadas en fe que participan en la respuesta al VIH/Sida e ITS (11). Su rol más protagónico se ha identificado en materia de garantizar el respeto de los DDHH de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Se desarrolló el concepto de Clínicas VICITS (Clínicas de Vigilancia Centinela contra las Infecciones de Transmisión Sexual), donde se atiende a población LGBTI y trabajadoras sexuales, y los Centros Comunitarios de Prevención Integral (CCPI) a través del proyecto de VIH financiado por el Fondo Mundial.

En las 14 Clínicas VICITS que existen en El Salvador, se realizan intervenciones de consejería y pruebas para VIH, diagnóstico y tratamiento de ITS, diagnóstico de hepatitis viral y vigilancia epidemiológica. En los CCPI se realizan acciones de prevención combinada, y el eje de los mismos son las Organizaciones de la Sociedad Civil (11).

Como acciones adicionales en El Salvador se explora la Formación de redes comunitarias de apoyo para fortalecer la adherencia a la TAR y atención innovadores e integrales de VIH para poblaciones claves, y la Promoción de convenios intersectoriales para la sostenibilidad.

Honduras

En este país, la prevención de la transmisión sexual del VIH se ha enfocado en las poblaciones clave y en la población general y ha sido abordada principalmente por la sociedad civil y financiada por donantes externos (12).

En Honduras, la población garífuna (grupo étnico) constituye una de las poblaciones clave, y en ella las acciones se enfocan principalmente en la educación de pares en jóvenes garífunas, formación de líderes comunitarios, acceso a condones, pruebas de VIH y servicios amigables para prevención de VIH y embarazo adolescente, en términos de adaptabilidad a través del lenguaje étnico. Estas acciones son lideradas por Organizaciones de Sociedad Civil tipo ONG y por las Secretarías de Educación y Salud (12). Así mismo, se adelantan acciones en formación de personal de salud sexual y reproductiva.

Las acciones de Sociedad Civil son financiadas por donantes externos como el Fondo Global, USAID y agencias de las Naciones Unidas. Carecen de coordinación entre organizaciones, y las acciones no son reguladas por ningún ente externo, sino que lo hacen sus propios estatutos o normas internas. Los servicios ofertados son limitados y la falta de organización y estandarización afecta la calidad de los mismos.

En temas de limitaciones o barreras, en este país existe un fuerte estigma y discriminación frente al trabajo sexual y la diversidad sexual, teniendo poblaciones ocultas relacionadas principalmente con hombres que tienen sexo con otros hombres sin denominación de hombres gais, y las trabajadoras sexuales tipo “pre pago”.

Como nuevos retos se plantean los siguientes (12):

- Modelos de financiamiento del gobierno para la subcontratación de la sociedad civil en la prestación de servicios a poblaciones clave.
- Fortalecer las capacidades técnicas, organizativas e institucionales de los sectores gubernamentales y de la sociedad civil.
- Incrementar los recursos nacionales para la respuesta al VIH, con atención especial para la sostenibilidad financiera a largo plazo.
- Reforzar el involucramiento multisectorial.

- Fortalecimiento de la prevención del VIH relacionada con una mayor cobertura en los servicios de prueba del VIH y consejería a través de programas de extensión comunitaria, promoción y distribución de condones y lubricantes, servicios de salud sexual y reproductiva, tratamiento de ITS, servicios de apoyo legal, así como otros servicios que respondan a necesidades específicas de dichas poblaciones.
- Acciones de sostenibilidad enfocada en la aceptación social y cultural de los programas, el apoyo político de diferentes sectores gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil.
- Que 100% de las organizaciones de la sociedad civil que son miembros de la CONASIDA y del MCP cuentan con planes operativos para ejecutar los componentes claves del PENSIDA.
- Que las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la implementación de la respuesta nacional al VIH tengan la capacidad técnica, organizativa e institucional que les permita brindar servicios de alta calidad, alcanzando a la mayoría de las poblaciones que los necesitan.

Cuba

En Cuba los avances en la epidemia del VIH han sido muy importantes, y han contado con la participación de la sociedad civil a través de diferentes figuras, lo cual ha contribuido de manera significativa en el impacto de las acciones preventivas. Las Organizaciones No Gubernamentales, han realizado acciones en la gestión de conocimientos, generación de propuestas innovadoras para la promoción y prevención en poblaciones focalizadas, el diseño de estrategias de apoyo, de protección de los derechos, el fortalecimiento de acciones que incidan en la respuesta y favorezcan espacios de análisis, coordinación y participación entre los representantes de estos grupos, el sector público y el gobierno, para la formulación de una agenda conjunta de país dirigida a contribuir a la reducción del impacto de la epidemia en la población general y en las personas afectadas y vulnerables en particular (13).

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) constituida en agosto de 1960, integra voluntariamente en sus filas las mujeres a partir de los 14 años sin distinción por religión, color de la piel, orientación sexual u otras razones. Su rol en la vigilancia de los avances y retrocesos de la respuesta nacional ante el VIH, así como su participación en las transformaciones en este campo, resulta fundamental y desempeñan un papel clave en el impulso de la respuesta con una perspectiva multisectorial (13).

En los hombres que tienen sexo con otros hombres, existe el proyecto HSH, que surgió en el año 2000 como respuesta a la iniciativa cubana de vincular a las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH en la prevención de la misma. Cuenta con más de cinco mil promotores formados, de los que cerca de dos mil se encuentran trabajando activamente. Las principales actividades realizadas por los promotores son las salidas a los sitios de encuentros de la población HSH donde interactúan con sus pares, distribuyen material educativo concebido para los mismos, condones, lubricantes y atienden cualquier inquietud relacionada con las ITS, el VIH/sida o la sexualidad.

En el año 2003, se inició el Proyecto HSH travesti - actualmente Red Trans-Cuba-, hoy la red se extiende a todo el país. A partir del 2007 el empoderamiento de esta población en los temas relacionados con la salud sexual con énfasis en ITS y VIH y derechos humanos permitió junto a la creación de la estrategia nacional para una libre y responsable orientación sexual e identidad de género responder a las necesidades de esta población como personas transexuales y con género no conforme y no como personas HSH. La ampliación de esa red con la incorporación de un grupo de personas trans que practican el sexo transaccional y de sus parejas en un programa de capacitación en el tema de ITS-VIH/sida y equidad de género ha permitido dirigir acciones específicas a esta población en los sitios de encuentro permitiendo caracterizar mejor a esta población y elaborar los materiales educativos de apoyo. La formación como promotoras y facilitadoras de personas transexuales y con género no conforme ligadas a espectáculos artísticos-transformistas- se ha constituido en una fortaleza para el empoderamiento del grupo trans y para la realización de acciones educativas desde el escenario (13).

La línea de apoyo a personas que viven con VIH es una agrupación informal de la sociedad civil con representación a nivel provincial y municipal dirigida por coordinadores electos o ratificados periódicamente en sus reuniones anuales. Promueve conductas y acciones dirigidas a influir en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, mediante la capacitación, apoyo mutuo, empoderamiento y participación en la estrategia de prevención y control de las ITS-VIH/sida. La Red ha contribuido a materializar uno de los objetivos principales de la estrategia

nacional: la reducción del impacto de la epidemia, mediante diferentes acciones organizadas estratégicamente en áreas de trabajo: Comunidad de Personas que viven con VIH en acción, Familia y Sociedad, Comunicación Social, Alianza y Colaboración y Fortalecimiento Organizativo (13).

En 1993, cuando se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), surge la necesidad de un espacio confidencial para el intercambio entre PVV acerca de sus experiencias, preocupaciones, inquietudes, ideas e iniciativas, que les facilitara ampliar sus conocimientos, autoestima y crecimiento personal así como ofrecer y recibir ayuda en el nuevo reto de autoaceptarse y mantenerse insertados en la sociedad. Fueron creados los Equipos de Ayuda Mutua (EAMs), existiendo en la actualidad más de 154, con más de 2 mil miembros en todo el país a los que también se integran familiares y amigos como una manera de recibir información y apoyo emocional. Entre los numerosos voluntarios insertados en la prevención de las ITS-VIH/sida, las personas que viven con VIH desempeñan un papel fundamental. Esta comunidad está representada en todos los foros importantes relacionados con la adopción de decisiones y la respuesta nacional (13).

Los adolescentes y jóvenes se agrupan voluntariamente en las organizaciones juveniles. Hay formados más de 2000 educadores pares juveniles. Su accionar alcanza cada comunidad, encontrándose activos en el nivel primario de atención más de 7000 círculos de adolescentes; donde se convierten en multiplicadores o facilitadores de los procesos que se desarrollan con otros adolescentes. Otra de las principales estrategias de prevención del VIH en los más jóvenes, lo constituyen las actividades de movilización de “Hazte la Prueba”, centradas en las áreas de salud más afectadas y encaminadas a aumentar el número de jóvenes que conocen su condición serológica y a fomentar el uso de los servicios de salud.

Las organizaciones religiosas, desde 1992 el Programa Vida y Salud Comunitaria del Consejo de Iglesias de Cuba a través del componente Salud Sexual y VIH se ha unido a los demás actores sociales del país con el objetivo de desarrollar un programa en comunidades eclesiales para que se integren a la prevención, reducción de daños y apoyo a personas que viven con VIH, contribuyendo a disminuir los efectos de la epidemia de VIH en Cuba. Desarrolla acciones dirigidas a las iglesias evangélicas e instituciones ecuménicas entre las que se encuentran: la sensibilización a líderes, pastores y pastoras, la capacitación general a líderes y laicos, formación de promotores y promotoras de salud desde la comunidad eclesial, prevención-educación primaria en las iglesias y comunidad, acompañamiento y apoyo a las personas que viven con VIH y familiares, atención comunitaria domiciliaria, actividades solidarias (liturgias especiales en respuesta al Día Mundial de Respuesta al VIH), prevención secundaria y terciaria a personas que viven con VIH a través de los equipos de ayuda mutua (EAM), encuentros nacionales, campamentos de verano con niños y niñas hijos de personas que viven con VIH, realización de investigaciones de campo, asesorías, alianzas y redes.

México

En México, las Organizaciones de la Sociedad Civil han contribuido al avance en prevención, atención, disminución del estigma y discriminación. Las políticas públicas se han centrado en la prevención de transmisión por vía sexual, atención integral, la prevención perinatal del VIH y la sífilis congénita, participación de la sociedad civil y protección de los derechos de personas con VIH (14).

Otro aspecto que resaltar en México es la existencia de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que incluyen en este grupo a mujeres indígenas, mujeres en situación de calle, mujeres jóvenes y adolescentes en condición de pobreza, y mujeres trabajadoras domésticas (14).

Paraguay

De acuerdo con el Plan de Respuesta de Paraguay, actualmente se desarrollan actividades y programas de Prevención en PRONASIDA, Organizaciones de la sociedad civil, Ministerio de Justicia y Trabajo y Ministerio de Educación con un enfoque individual sin una adecuada comprensión de factores que ajenos a los individuos, determinan su vulnerabilidad, lo cual es una debilidad (15).

Además, existen promotores pares HSH, MTS, TTS, y PID capacitados en temas de diversidad sexual y educación preventiva del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. También, agentes comunitarios de las Unidades de Salud Familiar capacitados en consejería, consejeros formados de las organizaciones de la sociedad civil y servicios de salud Gubernamentales (15).

En las organizaciones de la sociedad civil, se destaca Somosgay, que creó un espacio para la socialización y grupos de ayuda a gays, así como participación en campañas masivas de testeo y prevención. Paragay es otra organización, fundada en el 2006, que se enfoca en la defensa de los derechos humanos y la promoción de la salud en personas con diversas orientaciones sexuales e identidades de género. También se han formado agentes comunitarios en derechos humanos y salud.

Propuesta

La sociedad civil es parte fundamental de la respuesta frente al VIH, las ITS, la tuberculosis y las hepatitis virales, especialmente la hepatitis B y C en nuestro país. La capacidad de trabajo comunitario a nivel extramural, a través de líderes pares es una estrategia que de manera consistente ha demostrado muy buenos resultados en acciones de prevención, cambios de comportamiento y actividades de autocuidado. Así mismo, la labor histórica de incidencia política y veeduría desde la sociedad civil ha permitido avances de tipo político y programático. La combinación de estas dos acciones, la de servicio y la de veeduría e incidencia, es un punto crítico en los avances que a nivel nacional se obtengan en la lucha contra el VIH, las ITS, las hepatitis y la tuberculosis.

Representan desafíos para la acción del sistema de salud a nivel social, el estigma y la discriminación, en especial cuando es proveniente de los mismos servicios de salud. Existen además políticas y legislaciones de carácter punitivo, que alejan a las personas de poblaciones clave de los servicios de salud, el testeo y el tratamiento.

Tal y como resalta la estrategia 90 90 90 (1), “para alcanzar el objetivo 90-90-90, los marcos punitivos deben ser abolidos y sustituidos por respuestas nacionales que reconozcan a las personas que viven con el VIH y a los miembros de poblaciones clave como socios esenciales en el desarrollo y la puesta en práctica de programas y políticas basados en los derechos.”.

El éxito de la participación de la sociedad civil en la respuesta para estas 3 epidemias implica un compromiso político sólido que incluya la disponibilidad de recursos suficientes, la participación de la comunidad a través de estructuras organizadas como parte de la prestación de servicios y desde la veeduría social.

Existe además la necesidad imperante de garantizar la cobertura universal en salud a nivel de las poblaciones clave, y la generación de un trabajo intersectorial que incida a nivel de los determinantes sociales en salud, así como un adecuado registro de las atenciones en salud, y el monitoreo y seguimiento de ellas.

Otro punto a tener en cuenta en la participación desde la comunidad, son las barreras que se tienen a nivel de las poblaciones, tanto desde el punto de vista geográfico como a nivel social y cultural, en lo que se ha denominado poblaciones ocultas. Es aquí donde la participación organizada de la sociedad civil tiene impacto, pues facilita el acceso y la aceptabilidad de los individuos a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento y soporta las acciones encaminadas a la rehabilitación desde la comunidad y los servicios paliativos.

Son importantes las acciones que se planteen a nivel de transición y sostenibilidad, desde la respuesta enfocada en poblaciones clave y dirigidas por la comunidad. Existe una capacidad instalada a nivel de talento humano y organizaciones que permite optimizar y potenciar las acciones desde los servicios usuales del sistema y que redundarán en ahorros potenciales, mejoras en la calidad de vida de los individuos y mayor productividad a nivel de país



Para la presente propuesta de acciones desde la Sociedad Civil para el Plan Nacional de Respuesta, contempla las líneas orientadoras que poseen las siguientes estrategias:

- 90 90 90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de Sida
- Declaración política sobre el VIH y Sida de las Naciones Unidas sobre el Vih y el Sida 2016
- La estrategia Fin de la Tuberculosis
- Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Hepatitis Víricas 2016-2021: Hacia el Fin de las Hepatitis Víricas

Se incluyen además algunas acciones adicionales con miras a impactar objetivos relacionados con la mortalidad, la letalidad, la calidad de vida y carga de enfermedad.

Las acciones se enfocaron de manera principal al papel de la sociedad civil en la consecución de las metas y el cierre de brechas.

Los indicadores propuestos se enfocan de manera principal en las fuentes disponibles para reporte y consulta a través de SISPRO, así como se consideran los posibles sistemas de registro que se generen desde la comunidad.

A continuación, se exponen las acciones revisadas en el marco de objetivos, metas y resultados esperados:

Objetivo	Aumentar el acceso al diagnóstico y contribuir a la detección temprana del VIH en las PVVS mediante la oferta de la prueba y la disminución de barreras al año 2020	
Meta	Resultados esperados	Actividades propuestas
90% de las personas que se estima viven con VIH/Sida conozcan su diagnóstico	Lograr que al menos el 50% de las pruebas de VIH que se hacen anualmente en el país se realicen en hombres	Lograr que al menos el 50% de las pruebas de VIH que se hacen anualmente en el país se realicen en hombres
	Lograr que más del 90% de la población clave estimada en el país conozca su estado serológico frente al VIH	Enfocar las acciones extramurales de testeo en poblaciones clave en el marco de las acciones del Sistema de Salud
	Generar demanda espontánea de la prueba de Vih en los servicios amigables y otros prestadores	Incentivar de manera masiva la realización de la prueba en población general
	Obtener la prueba de Vih de manera libre a través de la venta para pago de bolsillo como OTC	Incluir el autotest entre los insumos disponibles en el país como OTC
	Obtener la prueba de Vih como tecnología de libre acceso en los prestadores (sin requerir consulta médica previa)	Incluir la prueba de Vih en los servicios de promoción y prevención, en especial aquellos relacionados con salud sexual y reproductiva entre las tecnologías de libre acceso en común acuerdo con aseguradores y prestadores

90% de las personas que se estima viven con VIH/Sida conozcan su diagnóstico

Más del 90% de las personas que consultan a los servicios de salud por una ITS tienen oferta de la prueba de VIH y se la realizan

Ofrecer la prueba de Vih en todos los servicios de salud, en especial a poblaciones clave y a personas que presenten otras ITS

100% de las personas que consultan a los servicios de salud por una patología marcadora de SIDA tienen oferta de la prueba de VIH y se la realizan

Ofrecer la prueba de Vih en todos los servicios de salud a personas que presenten patologías consideradas marcadoras de SIDA

Objetivo

Aumentar el acceso al tratamiento disminuyendo las brechas de cobertura de aseguramiento, ingreso a programas (RIAS) de atención de PVVS, disminución de abandono, aumento de reenganche a programas y oferta de TAR bajo la estrategia Test and Treat en todas las PVVS para el año 2020

Meta

Resultados esperados

Actividades propuestas

90% de las personas que conocen su diagnóstico reciben TAR

Lograr que la cobertura de aseguramiento en las poblaciones clave sea igual o superior a la de población general

Generar acciones desde la comunidad en conjunto con las entidades territoriales y las secretarías de protección social o quien haga sus veces que garanticen el aseguramiento de las personas de población clave que se

Lograr la cobertura de movilidad a todas las PVVS independientemente de su nivel de Sisben.

Promover cambio en la reglamentación de movilidad.

90% de las personas que conocen su diagnóstico reciben TAR

100% de las personas que tienen un testeo positivo para Vih acceden a la confirmación diagnóstica

Garantizar la canalización y captación efectiva de las personas con un testeo positivo

Las personas que tienen un testeo positivo para Vih acceden a la confirmación diagnóstica de manera oportuna en menos de una semana.

Generar procesos operativos efectivos que garanticen la canalización y captación efectiva entre los servicios comunitarios y los prestadores de salud

100% de las personas que tienen diagnóstico de Vih ingresan a los programas (RIAS) de atención de Vih

Garantizar la canalización y captación efectiva de las personas con diagnóstico positivo

100% de las personas que tienen diagnóstico de Vih ingresan a los programas (RIAS) de atención de Vih

Triangulación sistemática de SIVIGILA, CAC y DANE para

Las personas que tienen diagnóstico de Vih ingresan a los programas (RIAS) de atención de Vih de manera oportuna e inician Tar en el primer mes luego de hecho el diagnóstico

Garantizar la realización de paraclínicos al ingreso al programa para establecer estado inmunológico y virológico, función renal y hepática como mínimo en todos los pacientes

Las personas que tienen diagnóstico de Vih ingresan a los programas (RIAS) de atención de Vih de manera oportuna e inician Tar en el primer mes luego de hecho el diagnóstico

Garantizar los resultados de las ayudas diagnósticas requeridas para el inicio del tratamiento en las 72 horas siguientes a la toma de la muestra

90% de las personas que conocen su diagnóstico reciben TAR

Al menos el 95% de las PVVS tienen una consulta de seguimiento como máximo trimestral una vez ingresan al programa	Realizar seguimiento a nivel de programas a pacientes inasistentes a consultas médicas
Al menos el 90% de las personas que abandonan un programa (RIAS) Vih (más de 90 días sin asistir al programa) son gestionadas para lograr reenganche al mismo	Búsqueda activa de población en abandono a través de pares o redes de apoyo y OBC
Al menos el 95% de las personas activas en un programa (RIAS) de Vih reciben TAR	Implementar estrategia test and treat, modificación de indicación en las GPC
100% de las gestantes con Vih reciben Tar durante la gestación	Captación temprana de mujeres en gestación a través de acciones extramurales que incluyan la participación de agentes comunitarios y OBC
100% de las gestantes con Vih reciben Tar durante la gestación	Testeo inmediato de toda mujer en gestación a nivel intra o extramural en apoyo de la comunidad
100% de los niños menores de 5 años con Vih reciben Tar	Seguimiento virológico de todos los menores expuesto como máximo en los primeros 60 días de vida

90% de las personas que conocen su diagnóstico reciben TAR	100% de los niños menores de 5 años con Vih reciben Tar	Implementar estrategia test and treat
	100% de las personas con coinfección Vih/Tb reciben Tar como máximo a los dos meses de diagnóstico de la Tb	Testeo para Vih a todas las personas con Tb
	100% de las personas con coinfección Vih/Tb reciben Tar como máximo a los dos meses de diagnóstico de la Tb	Testeo para Tb a todas las personas con Vih con síntomas respiratorios a través de baciloscopia seriada y cultivo en segunda muestra
	100% de las personas con coinfección Vih/hepatitis reciben Tar	Testeo para hepatitis B en todas las personas con VIH de manera periódica, según su estado de
	100% de las personas con coinfección Vih/hepatitis reciben Tar	Testeo para C en todas las personas con VIH que usen drogas intravenosas
	100% de las personas con coinfección Vih/hepatitis reciben Tar	Testeo para VIH en todas las personas con hepatitis B, C y delta

Objetivo Disminuir el número de nuevas infecciones por Vih para el año 2020

Meta **Resultados esperados** **Actividades propuestas**

90% de las personas que reciben TAR tenga indetectabilidad virológica	95% de las personas con Tar tienen adherencia a la Tar	Asesoría par antes del inicio de Tar y durante en quienes se detecte adherencia inadecuada
---	--	--

90% de las personas que reciben TAR tenga indetectabilidad virológica

100% de las personas que inician Tar tienen control virológico como máximo a las 12 semanas de su inicio o cambio	Seguimiento de proceso a todos los prestadores de programa (RIAS) de Vih: Monitoreo y auditoría
90% de las personas que tienen control virológico a las 12 semanas ha disminuido al menos logaritmos su carga viral con respecto al inicio de Tar	Seguimiento de proceso a todos los prestadores de programa (RIAS) de Vih: Monitoreo y auditoría
100% de las personas que inician Tar tienen control virológico a los 6 meses de su inicio o cambio	Seguimiento de proceso a todos los prestadores de programa (RIAS) de Vih: Monitoreo y auditoría
100% de las personas sin carga viral suprimida a los 6 meses de tratamiento tienen genotipificación	Seguimiento de proceso a todos los prestadores de programa (RIAS) de Vih: Monitoreo y auditoría
100% de las personas con genotipificación tienen ajuste de la TAR	Seguimiento de proceso a todos los prestadores de programa (RIAS) de Vih: Monitoreo y auditoría

Bibliografía

1.

UNAIDS. 90 90 90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Estrategia. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014. Report No.: JC2684.

2.

Sierra Alarcón C, Mejía Duarte A, Torres J. Resultados del Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en 4 ciudades de Colombia, 2015. Global Communities, Proyecto VIH Fondo Mundial; 2016.

3.

Sierra Alarcón C, Arrivillaga Quintero M, Pérez Florez M. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia, 2016. Global Communities, Proyecto VIH Fondo Mundial; 2016.

4.

Bernardo U. Estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia - 2016. Global Communities, Proyecto Fondo Mundial; 2016.

5.

Organización Mundial de la Salud OMS. La estrategia Fin de la Tuberculosis. Estrategia. OMS; 2015.

6.

Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Hepatitis Víricas 2016-2021: Hacia el Fin de las Hepatitis Víricas. Estrategia. Ginebra: OMS; 2016.

7.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivo de Desarrollo Sostenible UNDP. [Online]. [cited 2017 octubre. Available from:

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.

8.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. [Online]. [cited 2017 octubre. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

.

Bibliografía

9.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. [Online]. [cited 2017 octubre]. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>.

10.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. [Online]. [cited 2017 octubre]. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf>.

11.

República de El Salvador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2016-2020. Plan. CONASIDA; 2015.

12.

República de Honduras. Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA en Honduras 2015-2019. Plan. Tegucigalpa: Comisión Nacional del SIDA; 2014.

13.

República de Cuba. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA 2014-2018. Plan. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2013.

14.

Estados Unidos Mexicanos. Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, SIDA e ITS, 2013-2018. Plan. Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud; 2012.

15.

República de Paraguay. Plan Estratégico Nacional de la Respuesta al VIH, SIDA y otras ITS, 2014-2018. Plan. Pronasida; 2013.

Redsomos.org
Tel: (+57 1) 5166436
Cra 16 # 30-90

    : Red Somos



REDSOMOS 2019

Con el apoyo de



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS



ELTON JOHN
AIDS FOUNDATION