

Plan Estratégico Nacional (PEN) de la respuesta al VIH/Sida y otras ITS

2019-2023

Paraguay

Octubre 2019

Este documento presenta el Plan Estratégico Nacional para la respuesta nacional al VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual en Paraguay. Es producto de un proceso de planificación participativa de múltiples actores, que incluyó la evaluación de necesidades y la definición de los objetivos estratégicos y las principales líneas de acción para el periodo 2019-2023.

Autoridades Nacionales

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Doctor Julio Daniel Mazzoleni Insfrán

VICE MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Doctor Julio Rolón Vicioso

DIRECTOR GENERAL DE DIRECCION DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Doctor Victor Guillermo Sequera Buzarquis

DIRECTOR DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Doctor. Hernán Diosnel Rodríguez Enciso

DIRECTORA DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL VIH/SIDA/ITS

Doctora Tania Esther Samudio Prieto

Ficha Técnica

Plan Estratégico Nacional (PEN) para la respuesta al VIH/Sida y otras ITS en Paraguay – 2019 – 2023.
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Octubre 2019.

Diseño, conducción y redacción: Patricia Lima Pereira

Coordinación técnica: Beatriz Cohenca (OPS/OMS-Paraguay)

Apoyo en redacción y edición del documento: Mariluz Martin

Apoyo Logístico: Montserrat Vera y Analía Núñez

Equipo Técnico de Apoyo y Revisión:

- Guillermo Sequera (DGVS-MSPBS)
- Hernán Rodríguez (DGVS-MSPBS)
- Tania Samudio (PRONASIDA-MSPBS)
- Gloria Aguilar (PRONASIDA-MSPBS)
- Alma Barboza (PRONASIDA-MSPBS)
- Carmen Martinetti (PRONASIDA-MSPBS)
- Adriana Irún (Red de ONGs que trabajan en VIH/sida)
- Martín Negrete (Fundación Vencer)
- Adolfo Ruiz (SOMOSGAY)
- Miguel Aragón (OPS/OMS-Paraguay)
- Maria del Carmen Royg (Fundación CIRD)

Lista de organizaciones e instituciones participantes de los talleres de evaluación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS)

Dirección General de Enfermedades Transmisibles (DIVET)

Dirección General de Programas de Salud

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Dirección Integral de Salud de la Niñez y Adolescencia (DIRSINA)

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección de Atención Primaria de la Salud

Dirección de Regiones Sanitarias

Dirección General de Información Estratégica en Salud

Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI)

Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)

Dirección General de Tecnologías de la Información y Comunicación (DGTIC)

Programa Nacional de Control de VIH/ITS (PRONASIDA)

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB)

Red de Laboratorios

Laboratorio Central de Salud Pública

Hospital Materno Infantil de San Lorenzo

Instituto de Medicina Tropical (IMT)

Hospital de Clínicas

Hospital Nacional de Itaugua

XVIII Región Sanitaria-Capital

XI Región Sanitaria-Central

X Región Sanitaria- Alto Paraná

V Región Sanitaria- Caaguazú

XVI Región Sanitaria- Boquerón
II Región Sanitaria- San Pedro Norte
XIV Región Sanitaria- Canindeyú

OTRAS INSTITUCIONES

Ministerio de Educación y Ciencias
Ministerio de Justicia
Ministerio de la Niñez y Adolescencia
Ministerio de la Mujer
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Instituto de Previsión Social
Cámara de Senadores, Comisión de Salud
Fuerzas Armadas de la Nación
Corte Suprema de Justicia

SOCIEDAD CIVIL

Asociación VIVIR
Escalando
Casa Diversa
Fundación CIRD
Fundación Vencer
Grupo Vivir
Ñepyrú
OPUMI
Panambi
Red de ONGS que trabajan en VIH/SIDA
REPADIS
Somosgay
UNES
MCP Paraguay
Cruz Roja Paraguaya
Alvida
ADRA Paraguay

ORGANISMOS DE COOPERACIÓN

OPS/OMS
UNFPA

AGRADECIMIENTO

Dra. Tania Samudio, PRONASIDA
Economista Maria del Carmen Royg
Dr. Miguel Aragón OPS
Dra. Beatriz Cohenca

FINANCIAMIENTO

El proceso de planificación fue financiado con fondos de la OPS/OMS, el proyecto de fortalecimiento del Mecanismo de Coordinación País MCP del Fondo Global, y recursos propios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y organizaciones de la sociedad civil.

Contenido

Abreviaturas y acrónimos	4
Listado de Figuras	6
Listado de Cuadros	7
Presentación	8
Descripción del proceso de formulación del PEN	9
2.1. Propuesta metodológica	9
2.2. Participantes	9
Análisis de contexto	11
3.1. Generalidades	11
3.2. Situación epidemiológica del VIH/sida y otras ITS	12
3.3 Respuesta Nacional al VIH y otras ITS	18
3.4. Contexto sociopolítico y económico del Paraguay	29
3.5. Marco jurídico, estratégico y normativo de la respuesta	35
3.6. Actores clave de la respuesta nacional	387
3.7. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación del PEN anterior	38
Lineamientos estratégicos para el periodo 2019-2023	40
4.1. Principios rectores para la implementación	40
4.2. Enfoques sobre los que se diseña el PEN	43
4.3. Definición de la Misión y Visión	50
4.4. Objetivos generales y específicos	50
4.5. Definición de los ejes y principales estrategias	53
EJE 1: Desarrollo de intervenciones de alto impacto	53
EJE 2: Atención para un acceso equitativo	67
EJE 3: Gobernanza	78
4.6. Plan de implementación y rendición de cuentas	83
4.7. Matriz del PEN con indicadores	86
PROPUESTA DE MATRIZ DE INDICADORES DE PROCESO	86
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INSUMOS Y PRODUCTOS NECESARIOS	88
COSTEO DEL PEN 2019-2023	103
OTROS INDICADORES ESTRATÉGICOS SUGERIDOS	105
Bibliografía	106
ANEXOS	109
ANÁLISIS FODA: Taller 1	109
ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LAS ACCIONES: Taller 3	1151
EJEMPLOS DE CONJUNTOS DE SERVICIOS POR POBLACIONES CLAVE	1228
LISTA DE PARTICIPANTES DE LOS TALLERES DE PLANIFICACIÓN	1240

Abreviaturas y acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretrovirales
BCP	Banco Central del Paraguay
CDF	Combinaciones de Dosis Fija
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CONASIDA	Consejo Nacional de Sida
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/sida
CTV	Consejería y Testeo Voluntario
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
EIS	Educación Integral de la Sexualidad
ETMI+	Eliminación de la Transmisión materno infantil del VIH y la sífilis
GAM	Grupos de ayuda mutua
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
INH	Tratamiento preventivo con Isoniacida
IPS	Instituto de Previsión Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGTBIQ	Lesbiana, gay, transgénero o transexual, bisexual, intersexual y queer
M&E	Monitoreo y Evaluación
MCP	Mecanismo de Coordinación País
MDR	Multidrogorresistente
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/ sida
PIB	Producto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PPE	Profilaxis Post Exposición
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
PRONASIDA	Programa Nacional de Control del VIH/Sida/ITS
PVIH	Persona con VIH
PVV	Personas que viven con VIH
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAI	Servicios de Atención Integral
TAR	Tratamiento antirretroviral
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadores sexuales
TTS	Personas trans trabajadoras sexuales
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés
USF	Unidad de Salud de la Familia
VENCER	Fundación Vencer
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Listado de Figuras

- FIGURA 1.** Distribución de la población por distritos de Paraguay (habitantes por km2) Pág. 11
- FIGURA 2.** Nuevas infecciones por el VIH, estimadas en el Paraguay. Periodo 2014-2018. Pág. 12
- FIGURA 3.** Tasa de Mortalidad por SIDA x 100.000 habitantes. Paraguay. 2008 a 2018. Pág. 13
- FIGURA 4.** Tasa de Prevalencia de VIH en poblaciones clave, 2014-2017. Pag 14
- FIGURA 5.** Tasas de nuevos diagnósticos de infección por el VIH por departamento. Paraguay 2018. Pág. 15
- FIGURA 6.** Tasa de incidencia de diagnóstico por Sífilis 2015 -2018. Pag 17
- FIGURA 7.** Cascada del Continuo de la atención a personas con VIH, Paraguay, 2014-2018. Pág. 18
- FIGURA 8.** Comparativo de Cascadas del continuo de la atención al VIH. Paraguay 2016-2018. Pag 18
- FIGURA 9.** Situación de Metas 90-90-90 al 2020. Pag 19
- FIGURA 10.** Cascada de atención en población HSH. 2018. Pag 19
- FIGURA 11.** Cascada de atención en población Trans. 2018. Pag 20
- FIGURA 12.** Cascada de atención en población MTS. 2018. Pag 20
- FIGURA 13.** Cascada del continuo de la atención en VIH en embarazadas. 2018. Pág. 21
- FIGURA 14.** Cascada de Prevención HSH. Pág. 22
- FIGURA 15.** Cascada de Prevención Mujeres Trans. Pág. 22
- FIGURA 16.** Cascada de Prevención MTS. Pág. 23
- FIGURA 17.** Diagnóstico y tratamiento de sífilis en embarazadas y sus parejas. 2014-2016. Pág. 24
- FIGURA 18.** Número y porcentaje de servicios de salud que ofrecen consejería y testeo voluntario, 2013-2018. Pág. 26
- FIGURA 19.** Número de Servicios de Salud que dispensan TAR. 2015-2018. Pág. 26
- FIGURA 20.** Presión Tributaria en países sudamericanos. (% sobre el PIB). Pág. 31
- FIGURA 21.** Presupuesto General de Gastos de la Nación en Salud. 2013-2018. Pág. 34

FIGURA 22. OPS y ONUSIDA, 2017. Propuesta de intervenciones de mayor impacto, bajo el enfoque de prevención combinada. Pág. 42

FIGURA 23. Cascada de prevención, cuidados y tratamiento (UNFPA, 2015; OMS. 2018, PNUD, 2016). Pág. 45

FIGURA 24. Secuencia de servicios relativos a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH (OPS, 2018). Pág. 45

FIGURA 25. Esquema sintético de problemas y estrategias abordadas en el PEN 2019 – 2023. Pág. 51

FIGURA 26. Definición de ejes y principales estrategias. Pág. 52

FIGURA 27. Modelo de esquema de conjuntos de servicios de prevención, atención y tratamiento para Gays, Bisexuales y otros HSH. Pág. 118

FIGURA 28. Modelo de esquema de conjuntos de servicios de prevención, atención y tratamiento para personas Trans. Pág.- 119

Listado de Cuadros

CUADRO 1. Tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH, según departamento. 2018. Pág. 16

CUADRO 2. Unidades operativas de las RISS, según nivel de atención y complejidad. Pág. 25

CUADRO 3. Número de personas con VIH que continúan en TAR, por año y región sanitaria. 2013-2018. Pág. 27

CUADRO 4. Cambios impositivos del proyecto de Reforma Tributaria. pág. 31

CUADRO 5. Metas de Impacto PEN 2019-2023. Pág. 84

CUADRO 6. Metas de Resultado PEN 2019-2023. Pág. 85

CUADRO 7. Propuesta de matriz de indicadores de proceso. Pág. 86-87

CUADRO 8. Cronograma de actividades, insumos y productos necesarios. Pág. 88-102

CUADRO 9. Presupuesto consolidado por EJES. Pág. 103

CUADRO 10. Presupuesto consolidado por EJES y Estrategias. Pág. 103

1

Presentación

Los avances alcanzados en el desarrollo de terapia antirretroviral han beneficiado grandemente a las personas viviendo con VIH. No tan solo han logrado reducir la mortalidad del VIH, sino que han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas que son vinculadas y adherentes al tratamiento. Sin embargo, aún existen brechas e inequidades en el acceso a servicios relacionados al VIH, así como limitaciones en el acceso a servicios de apoyo.

Paraguay, junto con otros gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) ha adoptado el compromiso de poner fin a la epidemia de sida para el año 2030. Este compromiso está en consonancia con la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio del 2016 y, de manera más reciente, se han establecido metas específicas para el 2020 y el 2030.

Este documento presenta el Plan Estratégico Nacional para la respuesta nacional al VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual para el periodo 2019-2023. El Plan se trabajó mediante un proceso de planificación participativa, a través del cual se identificaron las necesidades, los objetivos estratégicos y se desarrollaron las líneas estratégicas

El documento se ha organizado en tres secciones principales: (1) el análisis de situación preliminar; (2) el plan desarrollado por los representantes de la respuesta nacional y el (3) el presupuesto. Para complementar deberá estar acompañado de un plan de monitoreo y evaluación que permita evaluar los avances y advertir trabas durante su ejecución. Por el tipo de epidemia concentrada en ciertos grupos de población, las intervenciones apuntan a alcanzar particularmente a grupos de población clave: las trabajadoras sexuales (TS), las personas trans, y los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), prestando especial atención a los adolescentes, las personas privadas de libertad, y las personas provenientes de pueblos originarios en estos grupos, por la suma de vulnerabilidades.

Frente a este panorama, se promueve la adopción de un nuevo abordaje denominado “prevención combinada” para reducir el número de nuevas infecciones. En él, se combina el ámbito biomédico con el conductual y con intervenciones que promueven un entorno propicio para superar las barreras en el acceso a los servicios y a la prevención.

Es esencial revisar periódicamente el presente plan para garantizar que se mantenga vigente y sea adecuado a las circunstancias. Como todo instrumento de planificación es flexible, puede ser adaptado en base a la lectura de la situación actual.

2

Descripción del proceso de formulación del PEN

2.1. Propuesta metodológica

El proceso de formulación de la Planificación Estratégica ha sido entendido por los actores de la Respuesta Nacional al VIH y otras ITS como una oportunidad para afianzar la estructura de gobernanza entre el conjunto de actores que participan de la respuesta nacional, consensuando una visión estratégica, los objetivos, metas y estrategias, orientando un proceso de gestión pública hacia los resultados (Iglesias Alonso, 2010).

Se implementó una metodología participativa, vivencial e interactiva, con el objetivo de consensuar desde una variedad de actores. Además, se priorizó la posibilidad de que cada participante aporte desde su conocimiento y experiencia con el objeto de identificar factores clave en las acciones para los próximos cinco años.

Además de entrevistas individuales y colectivas, se organizaron tres talleres de planificación participativos, donde se utilizaron herramientas de diagnóstico y definición de estrategias tales como el análisis FODA, combinadas con instrumentos del modelo de planificación basado en la “gestión del cumplimiento” (Daly, Riese y Singham, 2015). Adicionalmente se realizó el análisis de viabilidad y riesgos de estrategias prioritarias.

La agenda, los estudios de caso y la propuesta metodológica del taller fueron elaborados colectivamente, con apoyo del Equipo de Trabajo previamente designados, en donde estuvieron representantes del ente rector y de la sociedad civil, incluyendo personas viviendo con VIH. Las agendas de los tres talleres se presenta en Anexos.

2.2. Participantes

De los tres talleres participaron en total 97 personas representantes de instituciones y/o organizaciones. El 63% representaba a instituciones públicas del Estado, el 35% a organizaciones de la sociedad civil y un 2% a la cooperación internacional. Con respecto a la representatividad geográfica, un 67% fueron del área metropolitana de Asunción y un 33% de otras ciudades del interior del país, con representatividad de todos los departamentos.

Entre los roles y sectores de los participantes figuran: gerentes y trabajadores de la salud de programas VIH, servicios de salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, salud mental, tuberculosis, y programas de salud penitenciarios; incluyendo técnicos especialistas en áreas específicas, como los servicios de laboratorio, vigilancia de la salud,

sistema de información y atención primaria; además, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con VIH y representantes de organizaciones de población clave; así como otros sectores gubernamentales partes de la respuesta, entre los que se incluyen los ministerios de justicia, trabajo, mujer, niñez y adolescencia, el Instituto de Previsión Social, la Cámara de Senadores, la Corte Suprema de Justicia; y organismos internacionales.

Se puede consultar el listado completo en Anexos.

3

Análisis de contexto

3.1. Generalidades

Paraguay, situado en la zona central de América del Sur, tiene una superficie de 406.752 km² y el territorio está dividido políticamente en un distrito capital -Asunción- y 17 departamentos, que a su vez se subdividen en 255 municipios. Su territorio está caracterizado por dos regiones diferentes separadas por el Río Paraguay: la Oriental, que es la más poblada, y la Occidental o Chaco, con el 80% del territorio y el 3% de la población.

En 2019 su población estaba estimada en 7.152.703 habitantes (50,4% de hombres y 49,6% de mujeres). La población urbana llega a poco más del 60% del total, concentrada principalmente en el área metropolitana de Asunción, y otras tres ciudades principales: Ciudad del Este, Encarnación, Coronel Oviedo.

La Constitución paraguaya del 2002 lo declara como un país multicultural y bilingüe, estableciéndose como idiomas oficiales el castellano y guaraní, existiendo además otras lenguas indígenas. El guaraní es hablada en el país por el 87 % de sus habitantes, principalmente en la zona rural.

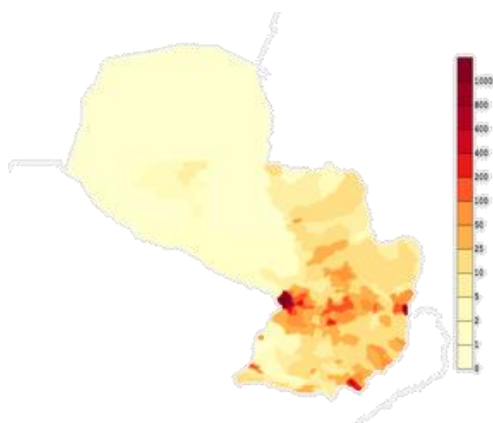


FIGURA 1. Distribución de la población por distritos de Paraguay (habitantes por km²)¹.

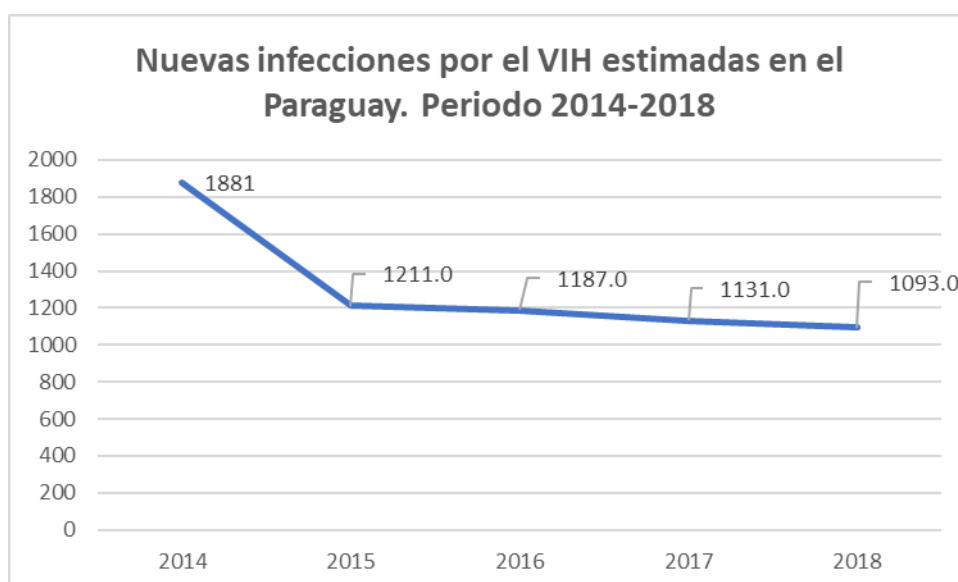
¹ Data Center in NASA's Earth Observing System Data and Information System (EOSDIS) — Hosted by CIESIN at Columbia University. <https://sedac.ciesin.columbia.edu/maps/tools>

3.2. Situación epidemiológica del VIH /sida y otras ITS

En América Latina hubo unas **100.000 nuevas infecciones** por el VIH estimadas en el 2018. Desde el 2010, la disminución del número de nuevas infecciones se ha detenido y, de hecho, se estima que en doce países se ha incrementado. Esto implica que la región está lejos de cumplir el compromiso establecido de una reducción de 75% de nuevas infecciones por el VIH para el 2020.

En Paraguay, la frecuencia absoluta de nuevas infecciones por el VIH estimadas a través del software Spectrum presenta una tendencia estable en los últimos 4 años (FIGURA 2) implicando la necesidad de reorientar las estrategias que lograrán la meta establecida de disminución de nuevas infecciones. La tasa estimada de incidencia del VIH en el Paraguay fue de 0.16 x 1000 habitantes en el 2018, siendo 0.22 y 0.09 x 1000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente.

FIGURA 2. Nuevas infecciones por el VIH, estimadas en el Paraguay. Periodo 2014-2018

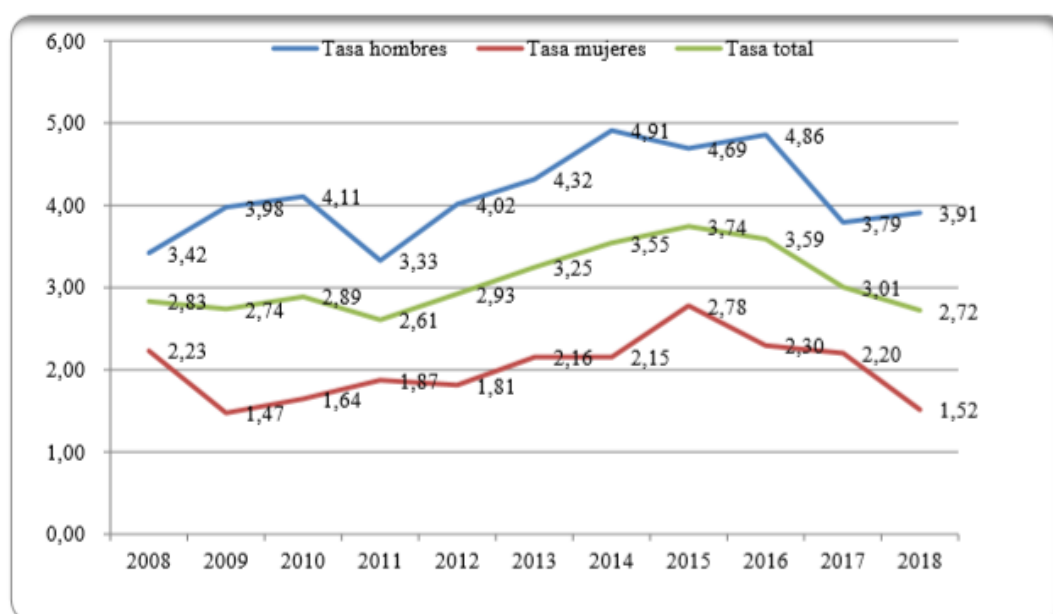


Las estimaciones de personas con VIH para el Paraguay en el 2018 fueron de 21.198. 14.958 han sido diagnosticadas (71%), con una brecha estimada de 6.240 personas que desconocen su estatus serológico respecto al VIH. Un total de 1.564 nuevos diagnósticos de infección por el VIH fueron registrados durante el año 2018. La tasa de nuevos diagnósticos ese año fue de 22,18 por cada 100.000 habitantes.

Desde el primer caso de infección por el VIH en el Paraguay (1985) hasta el año 2018, se registraron **4.853** fallecidos entre las personas con VIH. En 2018 un total de 192 personas fallecieron, de las cuales el 72,40% fueron hombres. La tasa de mortalidad global fue **de 2,72 por 100.000** habitantes. El número estimado anual de muertes relacionadas al sida fue de 716, siendo 511 en hombres y 216 en mujeres respectivamente. Actualmente el país se encuentra en un proceso de mejorar la calidad de datos de la mortalidad pues se estima un

subregistro importante de personas fallecidas de los primeros años de la epidemia. (FIGURA 3).

FIGURA 3. Tasa de Mortalidad por SIDA x 100.000 habitantes. Paraguay. 2008 a 2018



DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

De los nuevos diagnósticos, el **70,14 %** fueron hombres, el **28,96%** mujeres y **0,90%** personas trans. Existen visibles diferencias entre la tasa de diagnósticos de VIH en los hombres en comparación con las mujeres. La tasa total anual fue de **22,18 por 100.000** habitantes, con marcada diferencia por sexos. En hombres, la tasa fue de **31,25 por 100.000** habitantes y para las mujeres de **12,95 por 100.000** habitantes (FIGURA 4). Con el aumento de los nuevos diagnósticos en hombres, y la disminución en mujeres, la razón Hombre/Mujer se ha incrementado de 1,8 a 2,5 en el periodo comprendido entre los años 2014 y 2018.

POBLACIONES CLAVE Y PRIORIZADAS

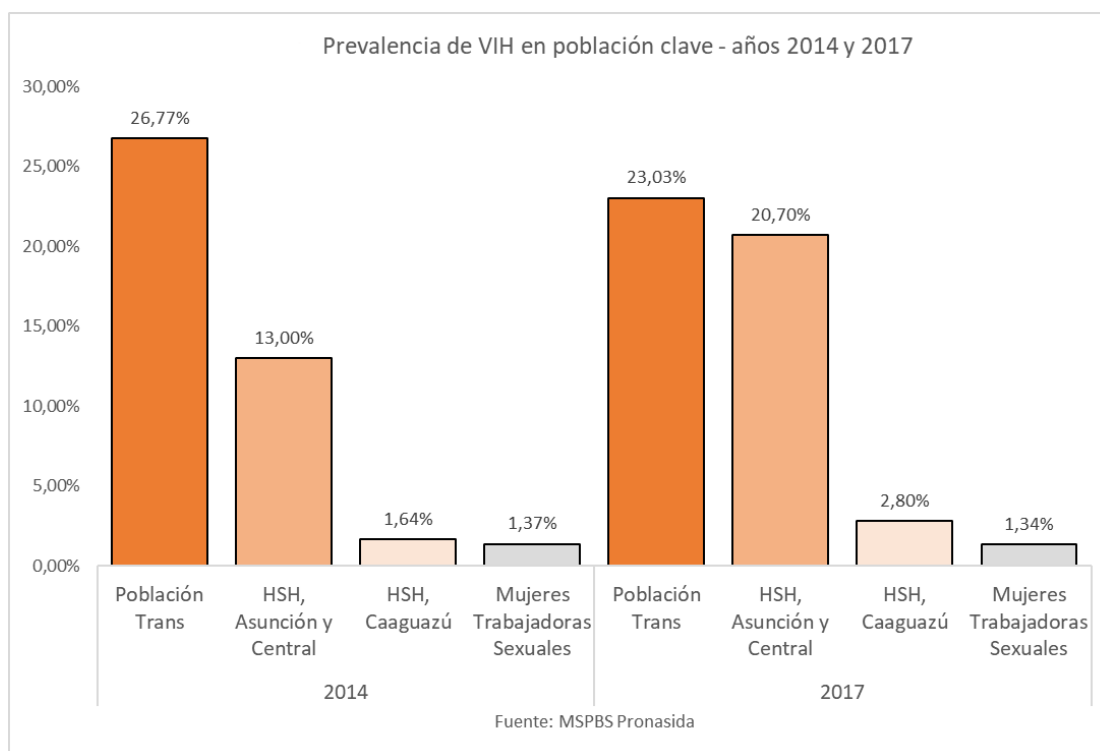
De las personas de sexo masculino con diagnóstico reciente de VIH, el 48,96% refirieron pertenecer a la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, 47,79% a la población general (heterosexual), el 1,98% se define como persona usuaria de drogas y 1,26% a población trans.

De las mujeres diagnosticadas, el 94,48% refirió pertenecer a la población general, 4,64% a la población de mujeres trabajadoras sexuales y 0,88% se define como persona usuaria de drogas. Casi una cuarta parte (24,06%) de las mujeres diagnosticadas en 2018 estaban embarazadas (109 de 453 en total).

En el periodo 2013-2017, el PRONASIDA realizó nueve estudios de prevalencia del VIH y Sífilis y de comportamiento en poblaciones clave, los cuales han generado importante información sobre la magnitud de las diferentes epidemias concentradas y las dinámicas comportamentales de las poblaciones clave, sobre todo indicadores prioritarios de vigilancia

comportamental (conocimiento y uso de condón)². Las poblaciones donde se han realizado dichos estudios han sido: puérperas (2013); personas usuarias de drogas (2013); Hombres que tienen sexo con hombres-HSH- (2014 y 2017); Transgénero Trabajadores Sexuales-TTS- (2014 y 2017); Mujeres Trabajadoras Sexuales –MTS- (2014 y 2017); Indígenas (2016).

FIGURA 4. Prevalencia de VIH en poblaciones clave, 2014-2017



Considerando los datos del 2017, se observa que la población de mayor prevalencia para el VIH son las personas trans con una prevalencia del 23,03% (VIH), seguido por los HSH con una prevalencia para el VIH del 20,7%. Finalmente, las mujeres trabajadoras sexuales presentan una prevalencia del VIH del 1,34%. La prevalencia del VIH se mantiene elevada en la población trans y se ha incrementado de 13 a 20% en Asunción y Central en la población HSH (FIGURA 4). En una cohorte de HSH realizada en el periodo 2017-2018 con 2.586 persona-año de tiempo de seguimiento, se encontró una elevada incidencia del VIH (6 x 100/personas-año.). En población indígena, la prevalencia para el VIH en el 2016 fue de 0,25%.

En cuanto a los factores asociados a la Infección por el VIH en la población trans se encontró que la infección por el VIH se incrementa con la edad (OR 1.06 por cada año), además en aquellas trans que viven en áreas metropolitanas (OR 4.75) y aquellas con uso de cocaína (OR 1.6).

Los nuevos diagnósticos ocurren con mayor frecuencia en población joven. De los nuevos diagnósticos del año 2018, el 40,15% (628/1564) se encontraba en el grupo comprendido entre 20 y 29 años. En el grupo de 20 a 24 años la tasa alcanza **46,65 por 100.000 habitantes**. La tendencia de la tasa de diagnóstico en esta edad se ha incrementado de **25,91 a 46,65 por 100.000 habitantes** en los últimos 10 años. Los nuevos diagnósticos en

² Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta al VIH/sida/ITS en el Paraguay 2014-2018, 2019

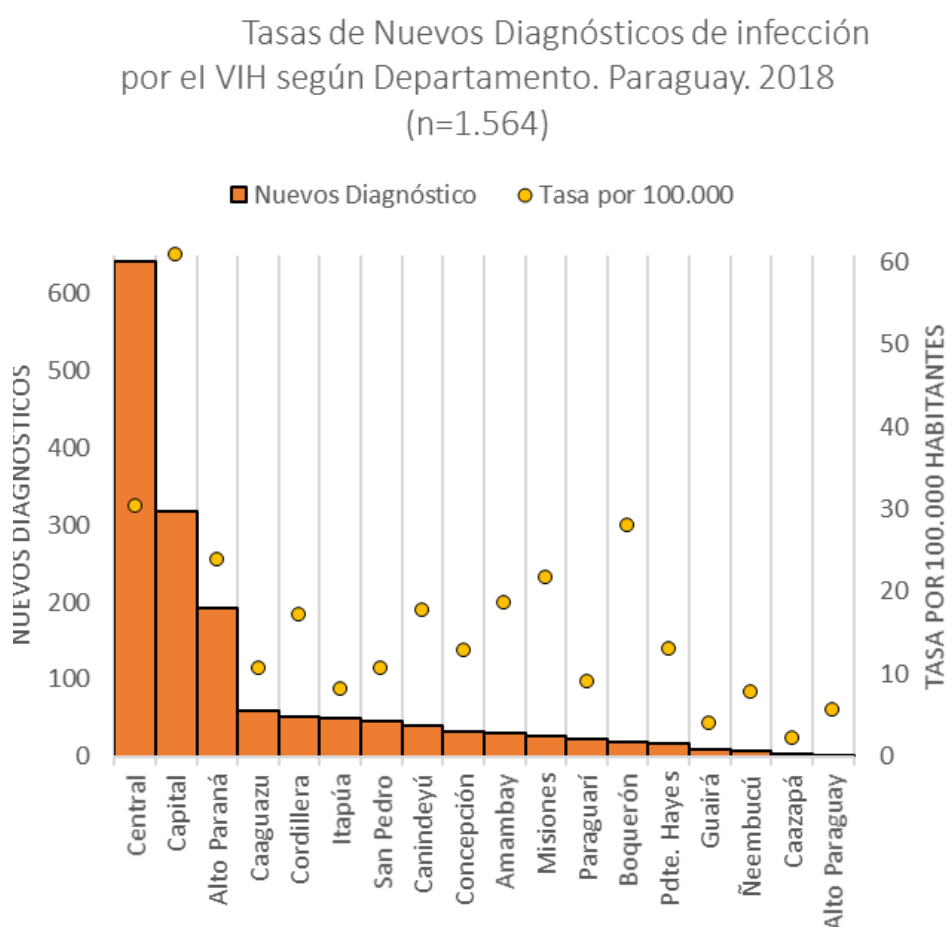
población indígena del 2018 fueron de 0,26% (4/1564) y 0,32% en personas privadas de libertad (5/1564).

Una tendencia descendente es observada en los nuevos diagnósticos en niños menores de 5 años. La tasa en niños menores de 5 años diagnosticados ha disminuido de **2,46 por 100.000** en el año 2010 a **1,14 por 100.000** en el año 2018.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

La vía sexual fue la más frecuente en el **99,17%** de los nuevos diagnosticados del 2018.

FIGURA 5. Tasas de nuevos diagnósticos de infección por el VIH, según departamentos. Paraguay 2018



DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Con respecto a la distribución geográfica de los nuevos diagnósticos, el mayor número de casos se registra en Asunción con una tasa de 60,78 por 100.000 habitantes y en el Departamento Central con una tasa de 30,30 por 100.000 habitantes, seguidos de Boquerón (27,99), Alto Paraná (23,76) y Misiones (21,61). FIGURA 5

CUADRO 1. Tasas de Nuevos Diagnósticos de infección por el VIH según Departamento. Paraguay. 2018 (n=1.564)

Departamento	FA/VIH	Tasa VIH/100000
CONCEPCIÓN	32	12.92
SAN PEDRO	45	10.59
CORDILLERA	52	17.15
GUAIRÁ	9	4.03
CAAGUAZÚ	59	10.69
CAAZAPÁ	4	2.14
ITAPÚA	49	8.17
MISIONES	27	21.61
PARAGUARÍ	23	8.98
ALTO PARANÁ	192	23.76
CENTRAL	641	30.30
ÑEEMBUCÚ	7	7.84
AMAMBAY	31	18.56
CANINDEYÚ	40	17.69
PDTE. HAYES	16	12.97
BOQUERÓN	18	27.99
ALTO PARAGUAY	1	5.70
CAPITAL	318	60.78
Total	1564	22.18

OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO

En el 2018, fueron diagnosticadas 1564 personas con la infección por el VIH, de las cuales, 1209 accedieron al conteo de linfocitos CD4, resultando un 36% (434/1209) con valores menores a 200 cel/ml, es decir, en una etapa más avanzada de la infección, aumentando la probabilidad de complicaciones y de mortalidad prematura.

COINFECCIÓN TB/VIH

La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH. El deterioro progresivo de la inmunidad en el curso de la infección por VIH, contribuye a la progresión de la infección de la TB latente hacia la enfermedad. La TB pulmonar es la forma clínica más frecuente de TB que ocurre en personas con VIH y su presentación clínica está determinada por el grado de inmunosupresión en la persona con el VIH (OPS/OMS, 2017- Coinfección TB/ VIH: Guía clínica).

En Paraguay la **incidencia estimada de TB** en todas sus formas para el 2016 fue de **35,6 por 100.000** habitantes. El número de casos nuevos registrados en el mismo año fue de 2.438 casos; de los cuales el 90% fue de TB pulmonar, 76,5 % de éstos fueron bacteriológicamente confirmados. La **cobertura de tamizaje de VIH** en pacientes con TB ha ido incrementando desde un 33% (819/2466) en el año 2010 al **91%** (2384/2610) para el 2016 (meta 100%). En 2016 el **8,9%** (212/2384) de los casos examinados fueron positivos³.

³ Plan Nacional de Control de la Co infección Tuberculosis-VIH 2017-2020, Octubre 2017, MSPyBS

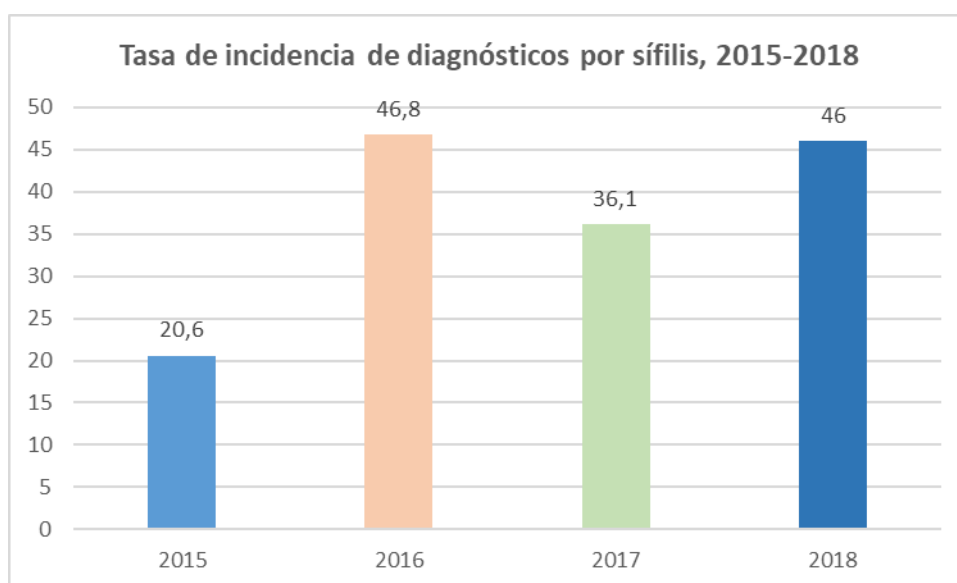
SÍFILIS

En el año 2018 se registraron 7.924 personas con sífilis o que tuvieron sífilis alguna vez en la vida en el Paraguay. El 64% de las personas con resultados positivos para sífilis fueron del sexo femenino. Según datos arrojados por el Spectrum ITS, la prevalencia estimada para el 2018, en mujeres embarazadas, fue de 3,0%, 5,6% en mujeres trabajadoras sexuales y 5,2% en HSH. En el 2018 la Tasa de Sífilis congénita fue de 7,13 por 1000 nacidos vivos (ODS 2018)

Las poblaciones clave para el VIH presentan también alta prevalencia de sífilis. Tomando los datos de estudios realizados en el 2017, se observa que la prevalencia de sífilis en personas trans trabajadoras sexuales es del 40,8%, seguido por los HSH con una prevalencia de 13,6% y mujeres trabajadoras sexuales con 8,59%. La prevalencia de sífilis de la población indígena es de 6,0%. Considerando el diagnóstico de sífilis activa, y comparando el 2016 con el 2018, se ha registrado un aumento en los porcentajes tanto de MTS, Personas Trans y HSH de 1,15% a 9,23% en MTS, de 7,38% a 14,57% en Personas Trans y de 5,72% a 13,50% en HSH.

En nuestro País desde el año 2015 al 2018 se registraron 10.362 casos diagnosticados de sífilis, con una tasa de incidencia de 21 por cada 100.000 habitantes en el 2015 (1.393 casos) y de 46 en el 2018 (3.249 casos).

FIGURA 6. Tasa de incidencia de diagnósticos por sífilis, 2015-2018



HEPATITIS VIRALES

Según datos del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y control de las Hepatitis Virales 2018-2022, las tasas de hepatitis virales por 100.000 habitantes, para el 2010, fueron de 0.17 para VHB y de 0.06 para VHC. En el año 2017, la prevalencia en HSH en Asunción y Central de VHB fue de 2,4%, en Caaguazú de 0,4% y en Alto Paraná de 0,3%; y en población trans, fue de 2,96%⁴. La incidencia de hepatitis B es de 2,50 por cada 100.000 habitantes.

⁴ Estudio de Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B, conocimientos, prácticas de riesgo y actitudes en HSH, MTS y Trans, PRONASIDA 2017

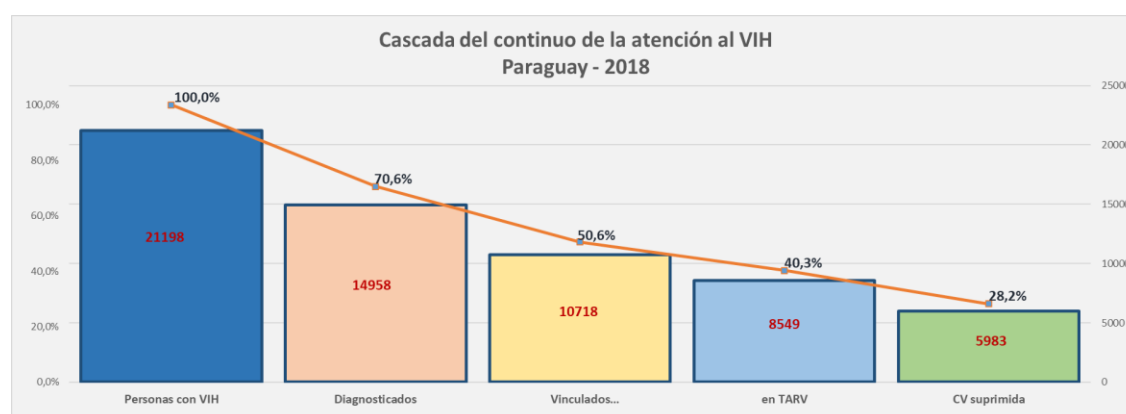
3.3. Respuesta Nacional al VIH y a otras ITS

VIH/SIDA

En 2018 se estimaba que **21.198** (Spectrum, ONUSIDA) personas vivían con VIH en Paraguay, de las cuales **14.958** habían sido diagnosticadas (70,6%) y continuaban con vida, y un total de **10.718** se encontraban vinculadas⁵ a la atención integral (50,6% del total estimado).

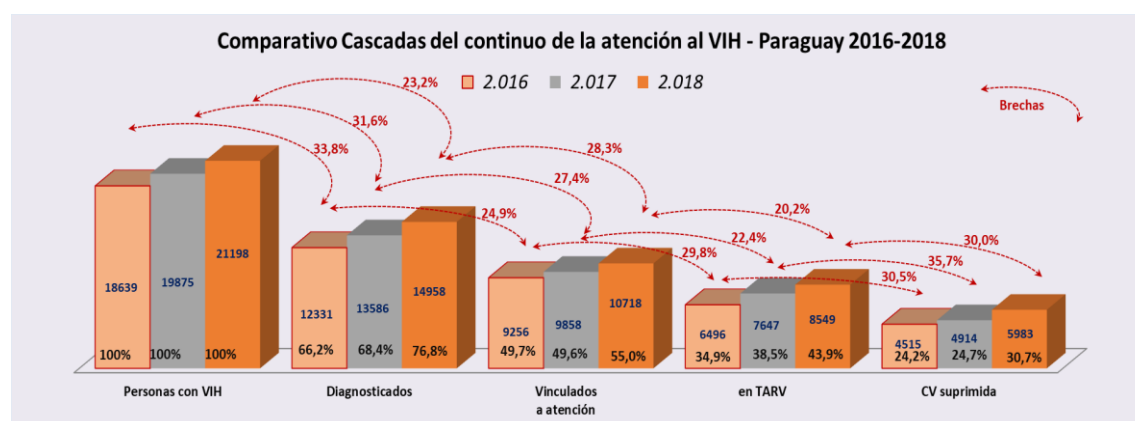
De las vinculadas a la atención integral, **8.549** se encuentran actualmente recibiendo terapia antirretroviral (TAR) (40,3% del total estimado) y **5.983** se encuentran con carga viral suprimida (28,2% del total estimado) (FIGURA 7).

FIGURA 7. Cascada del continuo de la atención al VIH. Paraguay 2018



Comparando las cascadas del continuo de los últimos 3 años, se visualiza, términos de cobertura, una mejora en todos los pilares de la atención al VIH. Sin embargo, si bien la brecha del diagnóstico ha disminuido de manera importante y la brecha de PVV en TAR entre PVV diagnosticadas sigue siendo mayor al 40%. FIGURA 8

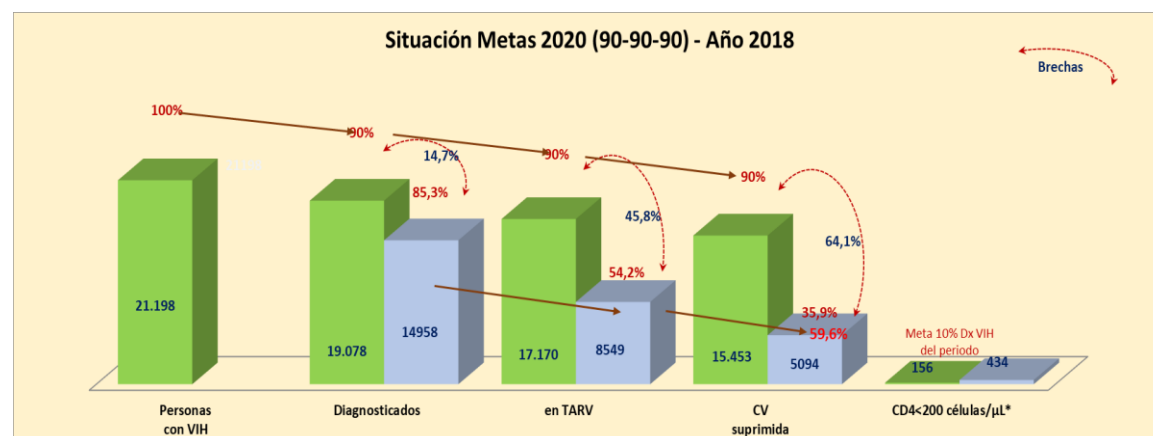
FIGURA 8. Comparativo de Cascadas del continuo de la atención al VIH, Paraguay 2016-2018



⁵ Se define como vinculadas, aquellas que consultan, retiran medicamentos y se hacen las pruebas de seguimiento por lo menos 1 vez en el periodo de reporte.

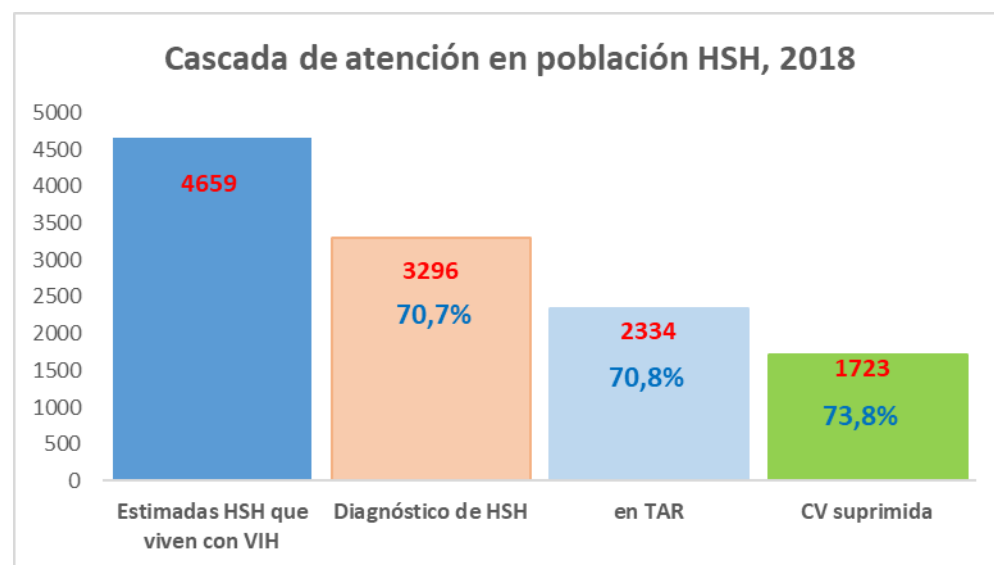
Las metas regionales para el 2020 establecen que el 90% de las personas estimadas con VIH conocen su estado serológico, el 90% de las cuales se encuentre el TAR y el 90% de las cuales registre carga viral suprimida. El Paraguay, al 2018, registró un importante avance en el diagnóstico, alcanzando más de un 85% de la meta, sin embargo, persisten desafíos importantes en los pilares de TAR y CV suprimida. FIGURA 9

FIGURA 9. Situación de Metas 90-90-90 al 2020. Año 2018



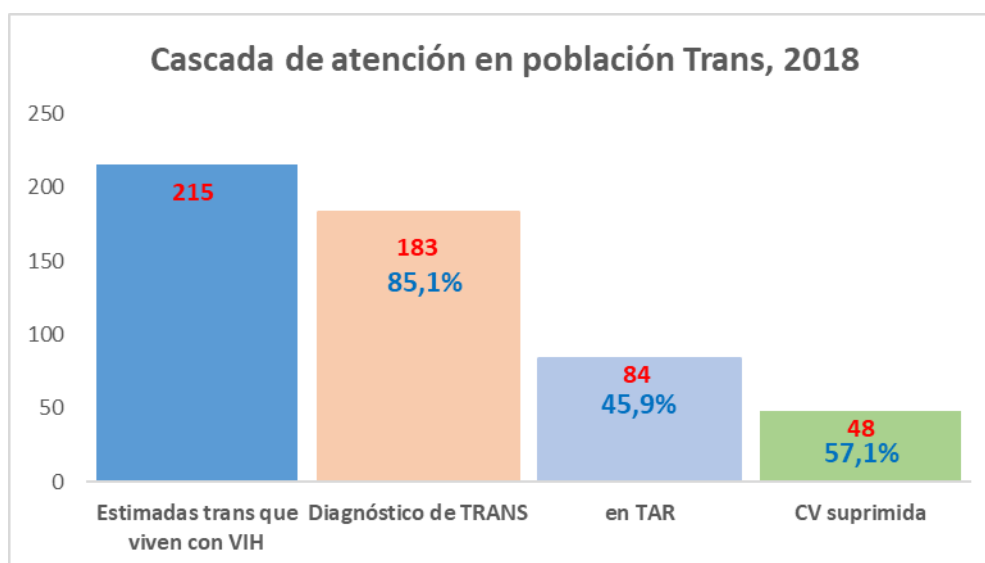
A partir del análisis de las cascadas de atención, en la población HSH, se visualiza que existen aún brechas de 29,3% en el diagnóstico (con relación al estimado de PVV), 29% en TAR (con relación a los HSH diagnosticados) y 26% en CV suprimida (con relación a los HSH en TAR). FIGURA 10

FIGURA 10. Cascada de atención en población HSH, 2018



La cascada de la población Trans refleja un importante avance en el diagnóstico (casi alcanzando la meta del 90), sin embargo, las brechas de TAR y de CV suprimida aún son importantes, reflejando una brecha del 54% de PVV en TAR (con relación a las Trans diagnosticadas) y una brecha de 43% de CV suprimida (con relación a las Trans en TAR). FIGURA 11

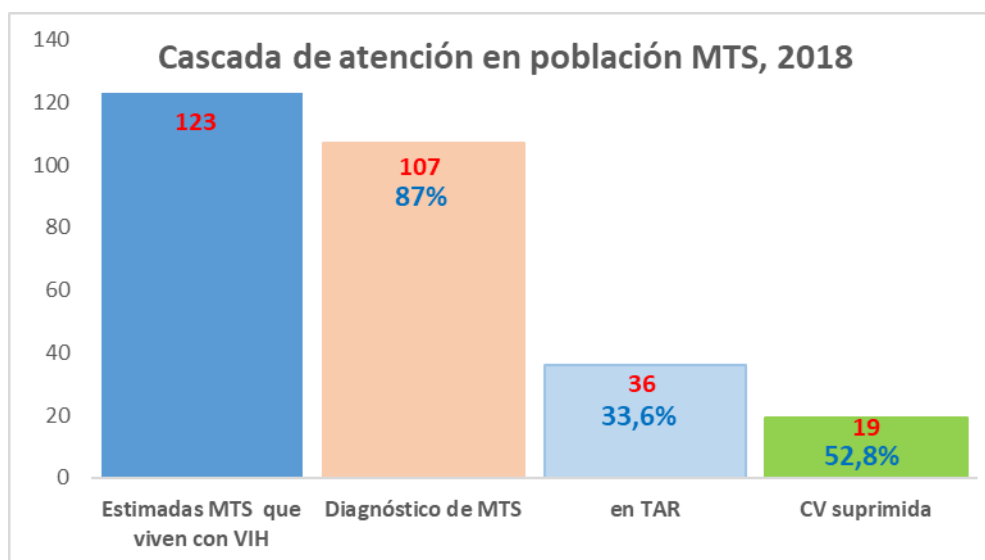
FIGURA 11. Cascada de atención en población Trans, 2018



La cascada de la población MTS refleja un importante avance en el diagnóstico (casi alcanzando la meta del 90), sin embargo, las brechas de TAR y de CV suprimida aún son importantes, reflejando una brecha del 66% de PVV en TAR (con relación a las MTS diagnosticadas) y una brecha de 47% de CV suprimida (con relación a las MTS en TAR).

FIGURA 12

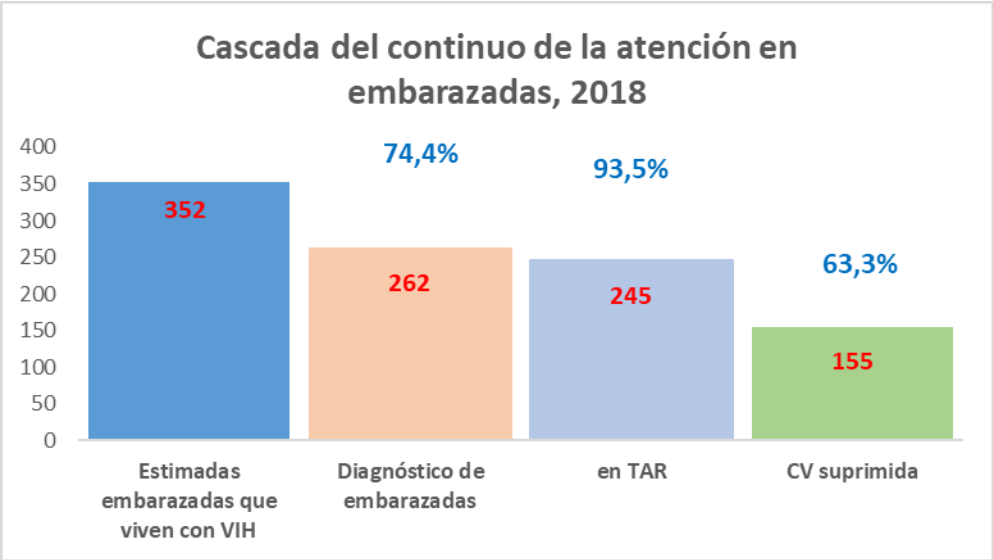
FIGURA 12. Cascada de atención en población MTS, 2018



Con respecto a las mujeres embarazadas, el análisis del continuo de la atención al VIH correspondiente al año 2018, evidencia importantes brechas en el diagnóstico y el número de embarazadas vinculadas al servicio de salud, tal como se observa en la figura 13. Esto está asociado aún a problemas estructurales relacionados a barreras en el acceso a la atención prenatal a nivel país.

En 2018, de un total de 262 embarazadas con diagnóstico positivo de VIH recibieron TAR el 93,5% (245/262), lo cual representa el 74,4% del total de embarazadas con VIH estimadas (GAM, 2018). Las principales brechas en el continuo de la atención radican en el diagnóstico y en el último pilar de la cascada (carga viral suprimida). Figura 13.

FIGURA 13. Cascada del continuo de la atención en embarazadas. 2018

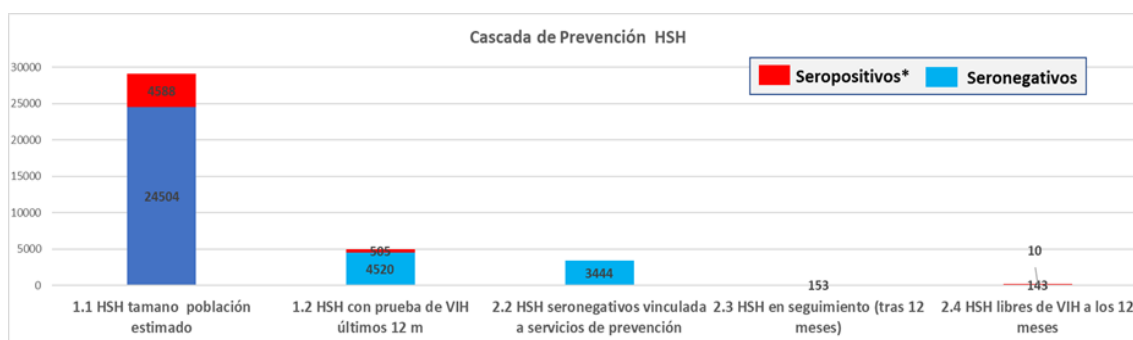


A continuación, se describen los resultados de la población clave que se realizaron testeos en el 2017 y fueron monitoreados 12 meses después de la primera prueba incluso hasta el 2018. La población estimada de HSH es de 29092 para el 2017, de las cuales 4659 son positivos. Se realizaron 5025 pruebas del VIH en el 2017 (17% - 5025/29092). La vinculación a los servicios de prevención se consideró de acuerdo a los siguientes parámetros:

1.	una prueba de VIH con resultado negativo en el último año
+	
2.	Uno de los siguientes: • Ha recibido prueba de tamizaje o tratamiento para sífilis, u otra ITS. • Se le ha abierto un historial médico (o actualizado uno anterior) relacionado con servicios VIH/ITS. • Se le ha hecho una valoración de riesgo para PrEP o prescrito PrEP

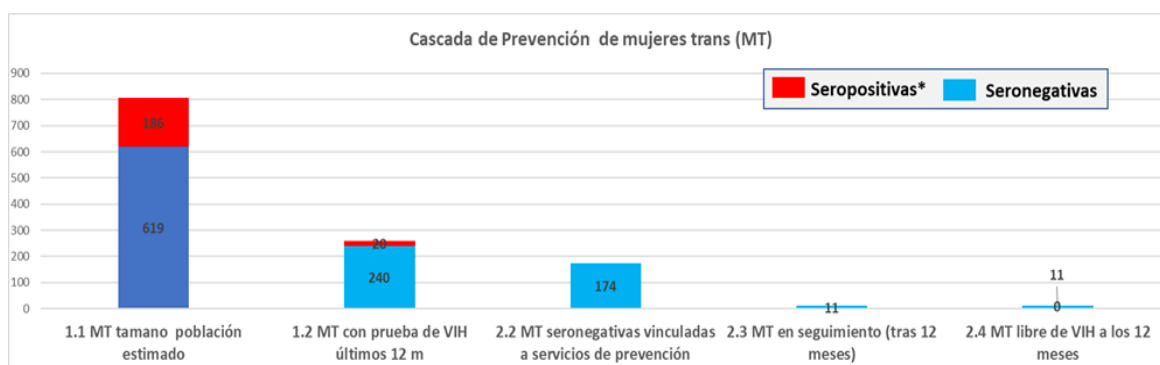
3444 personas se vincularon a los servicios de prevención (76% de los que accedieron al testeo de VIH y 14.1% de los estimados). 153 HSH presentaron seguimiento a los 12 meses de la primera prueba en el 2017 (4.4% y 0.6% respectivamente). De los que se realizaron la prueba a los 12 meses el 7% presentaron pruebas reactivas. FIGURA 14

FIGURA 14. Cascada de Prevención HSH



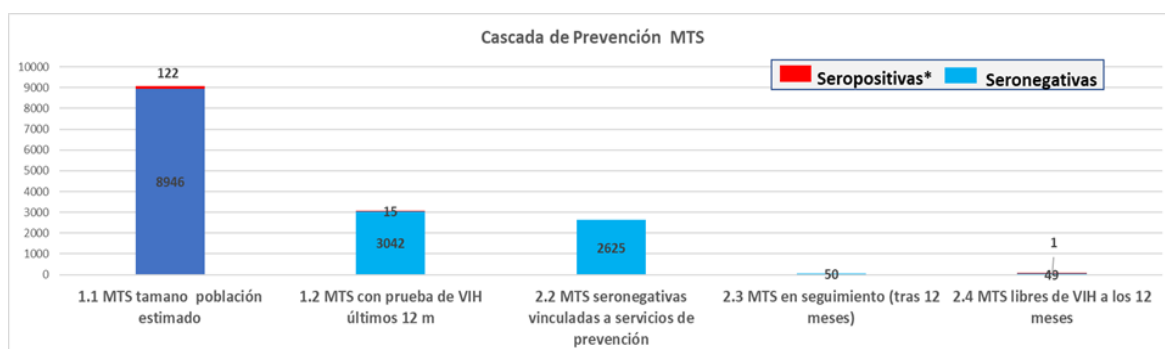
La población estimada de la población trans es de 805 para el 2017, de las cuales 166 son positivos. Se realizaron 260 pruebas del VIH en el 2017 (32.3%). 174 personas se vincularon a los servicios de prevención (72.5% de los que accedieron al testeo de VIH y 27.2% de los estimados). 11 personas de la población trans presentaron seguimiento a los 12 meses de la primera prueba en el 2017 (6.3 y 1.7%respectivamente). FIGURA 15

FIGURA 15. Cascada de Prevención Mujeres Trans



La población estimada de MTS es de 9068 para el 2017, de las cuales 122 son positivos. Se realizaron 3057 pruebas del VIH en el 2017 (33.7%). 2675 personas se vincularon a los servicios de prevención (86.3% de los que accedieron al testeo de VIH y 29.3% de los estimados). 50 MTS presentaron seguimiento a los 12 meses de la primera prueba en el 2017 (1.9 y 0.6%respectivamente). De los que se realizaron la prueba a los 12 meses, 1 presentó una prueba reactiva.

FIGURA 16. Cascada de Prevención MTS



COINFECCIÓN TB/VIH

En pacientes con la coinfección TB/VIH el inicio del TAR está indicado realizar en forma conjunta con los antibacilares aplicando los protocolos nacionales de tratamiento.

El número de casos incidentes de tuberculosis con la coinfección VIH que recibían tratamiento para la TB y el VIH al 2015, 2016, 2017 y 2018, respectivamente, fue de 150 (85% de 177 de coinfectados registrados), 176 (84% de 212 coinfectados registrados), 162 (86% de 188 coinfectados registrados) y 177 (90% de 196 coinfectados registrados), recibían tratamiento para ambas patologías. La provisión de tratamiento antirretroviral (ARV) en las regiones sanitarias está garantizada, y el tratamiento preventivo con Isoniacida (INH) para PVV con nuevos diagnósticos (según lo establecido en el Plan Nacional de Control de la Co-infección Tuberculosis-VIH 2017-2020) se ha incrementado, pasando de 6,81% en el 2015 al 13,7% en el 2018⁶.

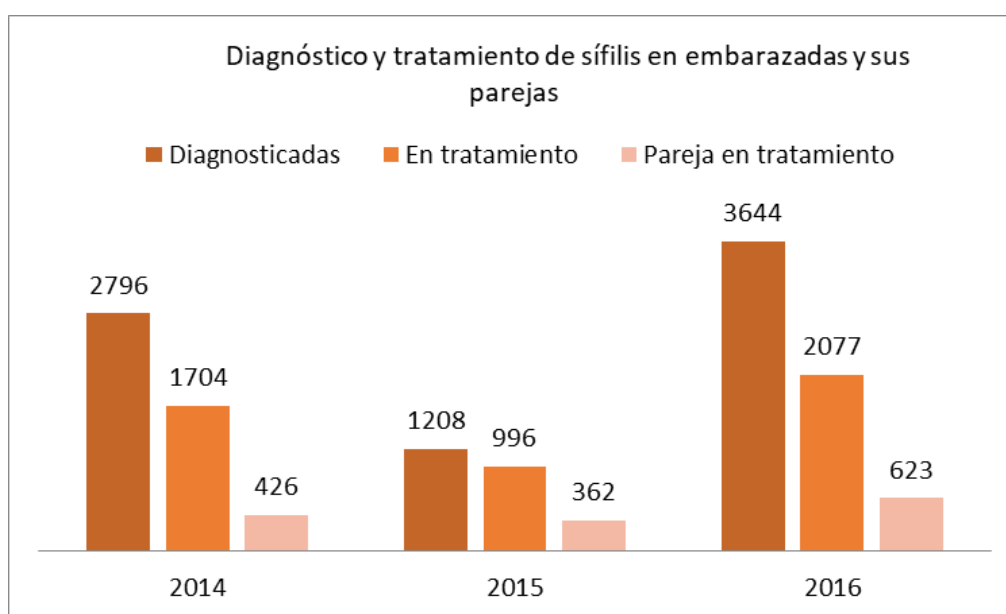
En el 2018 de las personas con VIH que comenzaron el TAR 1.545, Iniciaron tratamiento preventivo con Isoniacida 211 (13,7%) y 177 personas recibieron tratamiento antirretroviral y antibacilar.

SÍFILIS

En el marco de la Estrategia para la Eliminación de la Transmisión materno infantil del VIH y la sífilis (ETMI+) se recoge información de vigilancia sobre VIH y sífilis en embarazadas. En referencia a la sífilis, se observa un aumento en el porcentaje de cobertura de diagnóstico, de 52,5% en el 2015 al 71,2% en el 2018, y una importante brecha en relación al acceso al tratamiento de la mujer y principalmente de su pareja. En 2015 y 2018 recibieron tratamiento el 57% y el 56,2% de las mujeres diagnosticadas, respectivamente. FIGURA 17

⁶ GAM 2018

FIGURA 17. Diagnóstico y tratamiento de sífilis en embarazadas y sus parejas



Las poblaciones clave para el VIH presentan también alta prevalencia de sífilis. Tomando los datos del 2017, se observa que la prevalencia de sífilis en personas trans trabajadoras sexuales es del 40,8%, seguido por los HSH con una prevalencia de 13,6% y mujeres trabajadoras sexuales con 8,59%. La prevalencia de sífilis de la población indígena es de 6,0%.

HEPATITIS B Y C

La hepatitis B y la hepatitis C son infecciones que se transmiten por la sangre, en medida considerable a edad temprana y a través de inyecciones y procedimientos médicos en condiciones poco seguras, y en menor medida a través de contacto sexual. Según datos publicados por ONUSIDA, usando los registros clínicos del PRONASIDA del 2018, un 75% de las personas con diagnóstico de VIH han recibido testeo para Hepatitis B y un 28,5% para Hepatitis C. El 96,5% de los casos de coinfección VIH/VHB recibían la medicación combinada correspondiente.

El diagnóstico precoz de las hepatitis víricas es fundamental para su tratamiento y atención eficaces. Sin embargo, a nivel mundial, menos del 5 % de las personas que padecen hepatitis víricas crónicas saben que están infectadas. Ofrecer un acceso cómodo puede aumentar la captación y el cumplimiento del calendario de vacunación contra el VHB y VHC.

Las personas que tienen VIH y que recibieron tratamiento insuficiente y aquellas que presentan la infección crónica por el VHC pueden tener suprimida la respuesta inmunitaria, de manera que probablemente les resulte más beneficioso el esquema ordinario de vacunación contra el VHB que el rápido.

De acuerdo a las acciones sugeridas en el Proyecto de la Primera Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Hepatitis Víricas para 2016-2021 de la OMS, la inmunización es la estrategia más eficaz para prevenir la infección por el virus de la hepatitis B. Las estrategias de prevención integrales para la hepatitis C incluye la garantía de seguridad de los productos sanguíneos, prácticas de inyección seguras, servicios de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas y fomento de las relaciones sexuales sin riesgo.

SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH

En el marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) en Paraguay (MSPBS, 2015) se propone el abordaje de la salud en su entorno ambiental, socio-económico y cultural sobre la base de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y se establece los siguientes niveles de atención:

CUADRO 2. Unidades operativas de las RISS, según nivel de atención y complejidad:

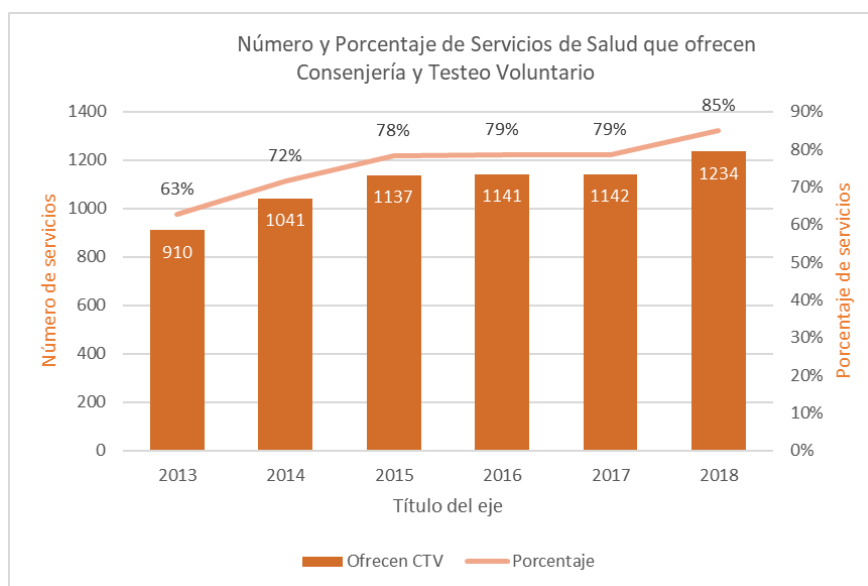
Nivel de Atención	Complejidad	Instancias	Correspondencia Operativa
Primer Nivel	Baja	Individual, Familiar y Comunitaria	USF satélite USF Estándar USF Móvil
		Atención Hospitalaria básica	USF Ampliada
Segundo Nivel	Mediana	Atención Hospitalaria	Hospitales Distritales
Tercer Nivel	Alta	Atención Hospitalaria	Hospitales Regionales Hospitales Nacionales Hospitales Generales Hospitales Especializados Institutos Otros (Hospital Central del IPS)

Además, se complementan con los sistemas logísticos y de apoyo diagnóstico, terapéutico y farmacológico.

Según la Guía oficial, las RISS articulan las unidades del MSPyBS con otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados, como, por ejemplo: con los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Policial, Sanidad Militar, Municipios y Gobernaciones, entre otras; para lo cual establecerán acuerdos, convenios, alianzas.

A nivel nacional el sistema cuenta con 1.452 establecimientos del MSPBS, de los cuales 53,3% son USF, 32,3% son centros de salud; 8% policlínicas y hospitales distritales y 6,4% hospitales del tercer nivel y centros de atención especializada. Con relación al diagnóstico del VIH, a diciembre de 2018, un 85% de ese total realizaban asesoramiento y prueba de VIH, a través de pruebas rápidas. En la Figura 18 se observa el aumento del número y porcentaje de servicios de salud que ofrecen testeo en los últimos años.

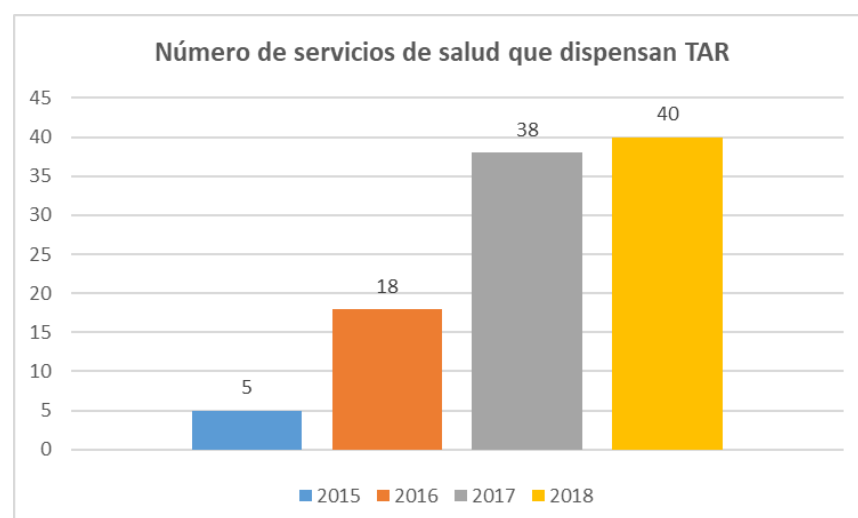
FIGURA 18. Número y porcentaje de servicios de salud que ofrecen consejería y testeo voluntario, 2013-2018



Además, 14 servicios realizan la prueba confirmatoria (*Western Blot*), 11 servicios realizan la prueba de CD4 para seguimiento y 4 servicios realizan prueba de carga viral.

En el Paraguay, según normas nacionales, el TAR está disponible para todas las personas con VIH que concurren a los servicios que forman parte de la red del Ministerio de Salud Pública. En 2017 se actualizaron las normas de TAR para adultos, adolescentes y niños con VIH, indicando el Inicio de tratamiento independiente del CD4. Además, se establece el inicio de la TAR con esquemas de Combinaciones de Dosis Fija (CDF), y se enfatiza la necesidad de capacitaciones en Atención Integral del VIH en los Servicios de Atención Integral del VIH y Consejería iniciada por el proveedor; y la entrega de ARV en pacientes estables cada 3 meses. Para la dispensación de TAR se ha dado un proceso gradual de delegación de funciones a los servicios de menor complejidad. De 5 servicios en 2015, se aumentó a 40 en 2018. FIGURA 19

FIGURA 19. Número de servicios de salud que dispensan TAR. 2015-2018



Están instalados y funcionando, 14 servicios de atención integral (SAI), en 13 regiones sanitarias, los cuales cuentan con médicos capacitados en atención en VIH, stock de antirretrovirales para inicio y seguimiento, equipo de psicología y trabajo social, stock para profilaxis, tratamiento de infecciones oportunistas y laboratorio para diagnóstico y seguimiento. La cantidad de SAI, desde el 2013 al 2018, se ha incrementado de 6 al 14, lo que facilitó el aumento de personas en TAR en un 50% en el mismo periodo. CUADRO 3

CUADRO 3. Número de personas con VIH que continúan en TAR, por año y región sanitaria

Región Sanitaria	2013	2014	2015	2016	2017	2018
XVIII-Capital	3691	3984	4401	5127	5.975	6546
X-Alto Paraná	222	271	388	430	550	659
XI-Central	137	174	222	345	355	435
VII-Itapúa	103	139	186	209	245	301
V-Caaguazú	33	63	110	118	159	181
XIII-Amambay	40	51	83	103	129	145
I-Concepción	0	17	50	67	102	115
IV-Guairá	1	8	23	34	43	51
II-San Pedro	0	0	7	19	30	44
XVI-Boquerón	0	0	25	25	21	30
XIV- Canindeyú	0	0	0	9	18	18
VIII- Misiones	0	0	0	0	6	14
XII-Ñeembucú	0	0	6	10	10	10
XV- Pte. Hayes *	0	0	0	0	3	3
VI- Caazapá *	0	0	0	0	1	0
Total	4.227	4.707	5.505	6.496	7.647	8.549

* No son SAI

Además de estos Hospitales regionales, existen otros centros como los Hospitales distritales y materno infantiles donde se aplica el flujograma de atención a las mujeres embarazadas, ARV para la prevención de la transmisión materno infantil, tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, seguimiento del recién nacido y suministro de leche de fórmula hasta los 6 meses, a través del PRONASIDA, y hasta los 24 meses, a través del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), en el marco del acuerdo inter programático llevado adelante por ambos programas del MSPyBS.

Con respecto a las actividades asociativas TB/VIH, a los 3 equipos Gen Expert del PRONASIDA para el procesamiento de muestras de Carga Viral, a partir del 2019 se sumarían los equipos de Gen Expert del PNCT que se encuentran instalados en 11 establecimientos de ocho regiones sanitarias. Además, el TAR está disponible para todos los pacientes con TB y los antibacilares para todos los pacientes en TAR. Por último, se cuenta también con medicamentos para la terapia preventiva con Isoniacida (TPI) para todas las personas con VIH.

Al respecto de otras infecciones de transmisión sexual, como la Sífilis y las Hepatitis B y C, los SAI brindan también diagnóstico, atención y tratamiento para Sífilis y Hepatitis B, y diagnóstico para Hepatitis C.

SUMINISTROS Y FINANCIAMIENTO

En los últimos años el Estado ha absorbido el 100% de la demanda de medicamentos y otros insumos estratégicos, reactivos para el VIH y otras infecciones oportunistas, y ha ido incrementando el presupuesto, a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, para la adquisición de condones, no así de lubricantes que aún se adquieren de manera exclusiva con el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial).

Casi la totalidad de los fondos destinados a la prevención y a los estudios de prevalencia e incidencia, entre otros, provienen de recursos de la cooperación internacional.

La reglamentación farmacéutica nacional facilita la adquisición de medicamentos ARV vía compra internacional e ingreso de donaciones. La compra de ARV se realiza a través del Fondo Estratégico de OPS y los medicamentos para infecciones oportunistas, reactivos e insumos por licitación nacional.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Las personas de población clave suelen ser víctimas de estigmatización, discriminación y actitudes negativas relacionadas con su comportamiento por parte de su familia, la comunidad y los trabajadores de salud, y esto se agudiza si además tienen VIH. Esta estigmatización es frecuente en muchos establecimientos de salud y en instancias policiales, laborales y educativas, y está respaldada por la falta de leyes específicas contra la discriminación.

Según datos del “Índice de estigma en personas que viven con VIH, Paraguay 2017”⁷, tres de cada cuatro personas con VIH experimentaron alguna situación de discriminación, exclusión o violencia. La “condición de VIH” explicaría en mayor medida las situaciones de exclusión social, familiar y murmuraciones; sin embargo, los actos que implican mayor violencia, como el acoso y la agresión física fueron relacionados principalmente a la orientación sexual.

A la vez, 40% de las personas con VIH reportaron discriminación con relación al acceso a la vivienda, al trabajo y/o negación de algún servicio de salud o educación. En cuanto al estigma interno, 80% de las personas con VIH experimentaron ideas y emociones negativas y limitantes relacionadas con la condición del VIH. Sentirse culpables y avergonzadas por haber adquirido el VIH son las emociones más prevalentes.

Los efectos del estigma relacionado con el VIH y la discriminación contra los grupos de población clave pueden verse en el retraso de las pruebas de detección del VIH, el encubrimiento del estado serológico positivo y la captación deficiente de la atención a la infección por el VIH.

Al mismo tiempo, tres de cada cuatro personas con VIH han dejado de realizar actividades y se han autoexcluido debido a la situación serológica. Las principales decisiones tomadas han sido: no tener hijos, el aislamiento familiar y social y no acudir a un servicio de salud cuando lo necesitaba.

⁷ Fundación Vencer/UNFPA

Las mujeres son las mayores afectadas en cuanto a discriminación y estigma, las cuales están más expuestas a situaciones de violencia, además de la violencia sufrida por razones de estado serológico, la orientación sexual y la identidad de género. Los tipos de violencia más prevalentes en las mujeres que viven con VIH, incluidas las mujeres trans, han sido la violencia psicológica y verbal, seguida de la económica, la sexual y finalmente la física.

Según datos de ONUSIDA 2018, específicamente en el caso de poblaciones clave, un 16,6% de los gays, bisexuales y otros HSH, un 6,3% de las personas trans y un 5% de las trabajadoras sexuales declaran que no acuden a los servicios de salud por el estigma y discriminación que han sufrido o temen vivenciar en estos servicios. La falta de capacitación sobre las necesidades, los problemas de salud, la pérdida de empatía y el desconocimiento sobre estrategias e intervenciones específicas para los grupos de población clave contribuye a estas prácticas discriminatorias.

3.4. Contexto sociopolítico y económico de Paraguay

CONTEXTO POLÍTICO

Paraguay consagró en el texto constitucional de 1992 el “Estado Social de Derecho” como forma de Estado y la “Democracia representativa, pluralista y participativa” como forma de gobierno. Desde entonces se han tenido 7 elecciones presidenciales y 9 presidentes.

La misma Constitución Nacional ofrece garantías de igualdad de género y no discriminación⁸, estableciendo explícitamente la igualdad de las personas, la igualdad de derecho entre mujeres y hombres y la no discriminación, disponiendo que el Estado debe promover las condiciones y crear los mecanismos adecuados para que dicha igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional⁹.

A pesar de este marco jurídico, los poderes Ejecutivo y Legislativo del Estado han respondido en diversos momentos a la presión de grupos conservadores incidiendo directamente en la aprobación y/o rechazo de diversas propuestas legislativas y políticas del país. Se puede recordar que el Senado de la República del Paraguay, poco antes de que finalizara 2014, votó en contra del proyecto de Ley contra Toda Forma de Discriminación, que podría haber reglamentado el artículo 46 de la Constitución Nacional¹⁰. A la fecha el Paraguay no cuenta con una ley contra toda forma de discriminación. Además, en el 2008, fue presentado al Congreso la “Ley Salud Sexual, reproductiva y materno perinatal” que a la actualidad no ha sido aprobada. Esto ha generado un clima adverso para eliminar barreras de acceso y proteger los derechos humanos de algunas poblaciones excluidas, como la población LGTBIQ, ya que no se han generado mecanismos de exigibilidad para garantizar la no discriminación. Esto ha sido y se configura como una importante limitante para el desarrollo de una eficiente respuesta a la epidemia del VIH/sida en Paraguay.

⁸ En realidad, garantiza la igualdad entre el hombre y la mujer, pero la palabra género no aparece en el texto constitucional.

⁹ En este sentido, hay 6 artículos que disponen el alcance de esta igualdad: Art. 46. De la igualdad de las personas; Art. 47. De las garantías de la igualdad, Art. 48. De la igualdad de derechos del hombre y la mujer, Art. 60. De la protección contra la violencia, Art. 88. De la no discriminación; Art. 89: Del trabajo de las mujeres.

¹⁰ Centro de documentación y Estudios, CDE

En diciembre de 2018 la Honorable Cámara de Diputados, vista las iniciativas de la Asociación de Instituciones Educativas y de los Movimientos por la Vida y la Familia existentes en Paraguay, con el fin de preservar los valores que sustentan a la familia como institución fundamental, se ha declarado “Pro Vida, Pro Familia”, a través de la declaración N°94, del 19/12/2018.

En este mismo sentido, el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), ha tomado medidas que afectan a la enseñanza de la educación integral de la sexualidad, a pesar de que el 30% de los embarazos anuales son de adolescentes, y el importante incremento de la incidencia de las ITS en la población. En marzo del 2019, mediante resolución N° 1761/2019, el MEC dispuso la no utilización del material denominado “Guía para docentes sobre educación integral de la sexualidad/educación permanente”, en instituciones educativas de gestión oficial, privada y privada subvencionada de todo el país.

CONTEXTO ECONÓMICO

Los organismos bancarios internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional), así como el Banco Central del Paraguay (BCP), coinciden en que el país goza de buena salud macroeconómica. Esto se debe a que entre el 2013 y 2017, Paraguay fue el segundo país con mayor crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) en la región, a pesar de la desaceleración de las economías vecinas, manteniendo una tasa de crecimiento promedio del 5,1% anual, y una tasa media de 4,5% si ampliamos el periodo a 2004-2017. No obstante, la previsión del BCP para el 2019 bajó a un 3,2% (la estimación en diciembre 2018 era de un 4%), debido a una caída en la producción de soja, principal producto de exportación del país.

"Se estima que el crecimiento de la economía paraguaya para el 2019 será de 3,2%. Dicha tasa representa un menor crecimiento al anticipado en diciembre de 2018. La actividad económica viene mostrando un menor dinamismo desde el segundo semestre de 2018, explicado tanto por factores externos como internos. En lo interno, el sector primario tendrá un crecimiento negativo de 1,8%. Tras un periodo largo de expansión, la soja, principal rubro agrícola, arrojó un magro resultado en la campaña 2018/2019 explicado por factores climáticos, con caídas en torno al 14%, impactando significativamente al sector. Respecto al sector secundario, su desempeño seguirá siendo positivo (2,6%), aunque con un menor ritmo de expansión para el periodo, debido a revisiones a la baja en el sector manufacturero (3,5%) y, principalmente, al pronóstico negativo que tendrán las binacionales (-1,4%), explicado en mayor medida por factores climáticos adversos (sequía), los cuales están repercutiendo en la producción de energía de una de las principales hidroeléctricas.

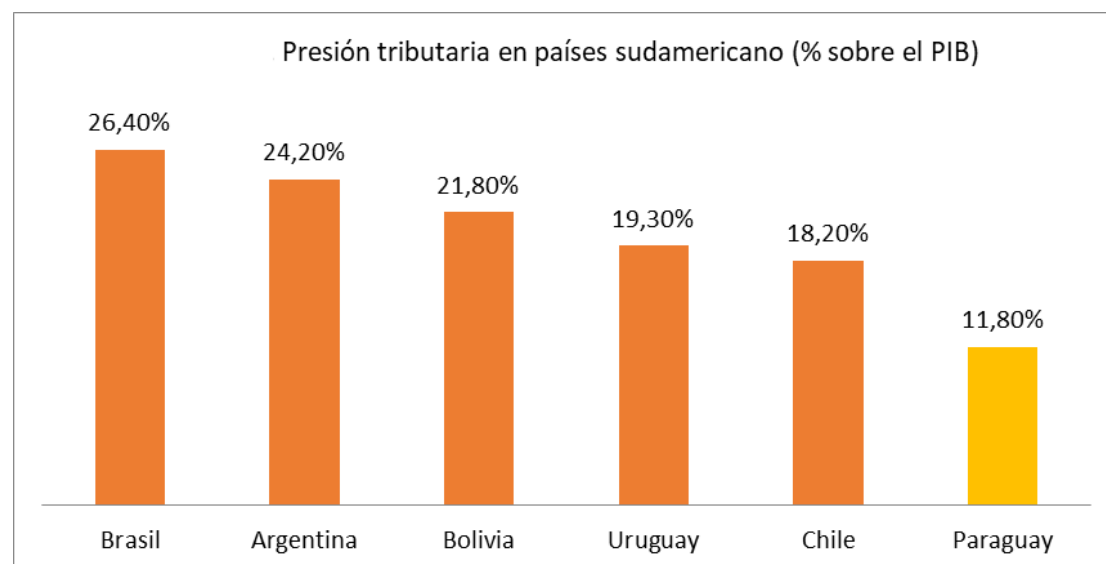
La expansión del sector servicios, también es revisada a la baja, sustentada principalmente en una moderación de la actividad comercial, como consecuencia de las tensiones macroeconómicas que atraviesa Argentina y problemas geopolíticos en Brasil, considerados los principales socios comerciales del país"¹¹.

¹¹ Disponible en: <https://www.bcp.gov.py/revision-de-la-proyeccion-pib-i373>

REDISTRIBUCIÓN DE LA RIQUEZA: REFORMA TRIBUTARIA

Paraguay es el país con menor presión tributaria de la región sudamericana, y el segundo de Latinoamérica después de Guatemala (Figura 20). Esta baja presión tributaria dificulta la redistribución de la riqueza y la inversión social.

FIGURA 20. Presión tributaria en países sudamericanos (% sobre el PIB)



Fuente: Decidamos 2016 Justicia tributaria para más inversión social

Debido a los compromisos asumidos por Paraguay con los organismos internacionales, en junio del 2019 se aprobó el proyecto de ley de “Modernización y Simplificación del Sistema Tributario Nacional”, que constituye una Reforma tributaria, de alcance limitado.

CUADRO 4. Cambios impositivos del proyecto de Reforma Tributaria

Impuestos vigentes	Tasas	Proyecto aprobado	Tasas
Impuesto a la Renta de las Actividades Comerciales, Industriales o de Servicios (ISARCIS)	10% general 5% dividendos 15% remesas	Impuesto a la Renta de Empresas (IRE)	10%
Impuesto a la renta agropecuaria (INAGRO)	10%	Impuesto a los Dividendos y Utilidades (IDU)	8% residentes 15% no residentes
Impuesto a la Renta del Pequeño Contribuyente	10%	Impuesto a la Renta Personal (IRP)	8% rentas y ganancias de capital 8, 9 y 10% rentas por prestación de servicios personales
Impuesto a la Renta Personal (IRP)	10 y 8%	Impuesto a la Renta de No Residentes (INR)	15%
Impuesto al Valor Agregado (IVA)	10 y 5%	Impuesto al Valor Agregado (IVA)	5% canasta familiar, medicamentos y otros. 10% para los demás
Impuesto Selectivo al consumo (ISC)	Máximas de hasta 50%	Impuesto Selectivo al Consumo (ISC)	Máximas de hasta 50%

Fuente: CELAG, 2019.

Según un análisis realizado por diversas economistas, las tasas de los impuestos no tienen cambios sustanciales, por lo que estamos ante una reforma “leve” del sistema impositivo. Estiman que, de cumplirse todos los cambios previstos, la recaudación sería de

aproximadamente 800 millones de dólares suplementarios al año, siendo el aumento de 1% de la presión tributaria, lo que realmente es muy poco para llevar a cabo una redistribución de la riqueza que contribuya a mejorar las políticas sociales. En este sentido, la reforma no realiza ajustes de fondo asociados a gravar con más impuestos a las empresas vinculadas a las industrias de la soja, de las bebidas y el tabaco, que hubieran contribuido a redistribuir la riqueza, mejorar el sistema de salud e impactado en el sistema de protección social.

CONTEXTO SOCIAL, DESDE ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ¹²

DESIGUALDAD ESTRUCTURAL Y BRECHAS DE GÉNERO

Pobreza. La estructura tributaria y la escasa carga impositiva ha dificultado la redistribución y la inversión en políticas sociales y protección social, a pesar del crecimiento económico sostenido de la macro-economía. Esto ha generado que la disminución de la pobreza sea mucho menor de lo esperado. Así, el 26,4¹³% vive en condiciones de pobreza, es decir que al menos 1.679.000 personas residen en hogares cuyos ingresos per cápita son inferiores al costo de una canasta básica de consumo.

Sector agrícola, como principal sector económico del país. El 1% de la población concentra el 71,3% de la tierra cultivable. El 80% del campesinado, que es aproximadamente el 35% de la población, no posee tierras y tan sólo el 6,3% de la tierra cultivable se dedica a la producción familiar campesina. En Paraguay, la concentración de tierra es la más desigual del mundo, con un coeficiente de Gini de 0,93, la desigualdad casi perfecta¹⁴.

Situación Laboral. La tasa de ocupación a nivel país es del 68,5%. La tasa de ocupación en relación hombres/mujeres es de 80,5% frente al 52,8%. El porcentaje de asalariados (empleados/obreros públicos y privados) que ganan menos del salario mínimo es del 32%¹⁵. En cuanto a la precariedad laboral como determinante de la salud, es importante hacer mención de que el 32,8%, de los asalariados no alcanza el salario mínimo vigente, y mientras en el área urbana es de 29,5%, en el área rural alcanza el 43,0%. La economía informal en Paraguay representa el 40% del PIB. Además, el 65% de los trabajadores se encuentra fuera del sistema de seguridad social, ya que el sistema de protección no tiene un carácter universal.

Brecha de Género. En Paraguay las mujeres son la mitad de la población, sin embargo, constituyen el 40,7% de la población económicamente activa, representando un 3,5% de mujeres económicamente inactivas frente a los hombres. Las causas declaradas por las mujeres sobre "inactividad" responden fundamentalmente a la realización de tareas de cuidado-domésticas o por motivos familiares, frente a los hombres cuya principal causa es la discapacidad. En este sentido, el 38% de las mujeres mayores de 18 años carece de ingresos propios, frente al 17,3% de los hombres.

¹² El concepto de los determinantes sociales, promovido desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere a que los sujetos están expuestos a un medio ambiente externo a ellos y reciben el efecto de factores de riesgo contenidos en este ambiente, por lo que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud.

¹³ Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2018.

¹⁴ En la medida que se ha profundizado este modelo productivo, se ha incrementado la expulsión de campesinos y campesinas del área rural hacia las ciudades, propiciando mayor desigualdad estructural.

¹⁵ EPH 2018.

En cuanto a la brecha salarial en Paraguay, las mujeres tienen un salario promedio del 77,5% frente al promedio de los hombres, esta brecha se fue disminuyendo en los últimos años ya que en el 2014 era del 70% del promedio frente al hombre.

De las 1.333.113 mujeres que viven en la zona rural, el 38,5% carecen de ingresos propios, frente a un 15,8% de los hombres. El 46,5% de los hogares con jefatura femenina vive en la pobreza, y el 21,5% en la indigencia, frente al 40% de los hombres y el 19,9% respectivamente. A pesar de que la mujer tiene una activa participación en las labores agrícolas que asciende hasta el 45% en las parcelas de menor tamaño, en el registro oficial del Estado, sólo hay un 39% de mujeres productoras, frente a un 61% de hombres. En cuanto al acceso a la tierra las mujeres son propietarias sólo del 23% de las fincas y de un total del 16% de la superficie cultivada.

En cuanto al uso del tiempo, se destaca que las mujeres dedican 28,7 horas semanales a trabajos no remunerados (trabajos de cuidado), mientras que los hombres solamente dedican 12,9 horas.

Violencia hacia las Mujeres. El 94% de las víctimas de delitos sexuales son mujeres. Los datos demuestran que en Paraguay ha habido un incremento paulatino de la violencia de género. Desde la aprobación de la ley, no se han producido aún cambios en las cifras ni de denuncias por violencia (mayoritariamente por parejas y exparejas) ni de feminicidios. La violencia obstétrica es la segunda causa de mortalidad materna en el país. Desde los observatorios de las organizaciones sociales se señalan, además, múltiples violencias a las mujeres trans, y a las mujeres lesbianas, así como a las disidencias sexuales no binarias, que no están reconocidas y/o desagregadas en las cifras oficiales.

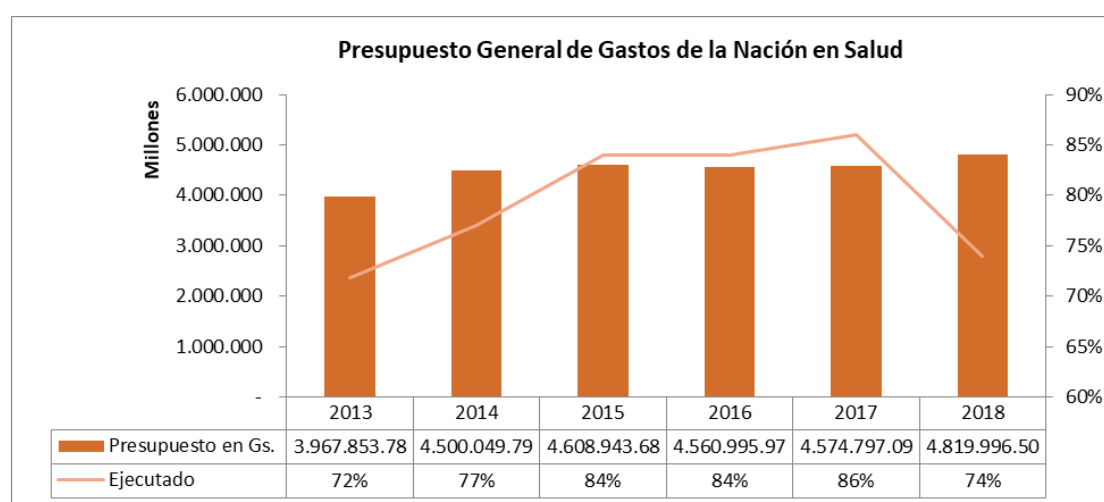
La entrada en vigencia de la Ley N° 5.777/16 de “Protección integral a las mujeres contra toda forma de violencia”, junto con su Decreto Reglamentario N° 6.973/17 ha sido un importante avance en el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres, con la tipificación del feminicidio, la violencia contra los derechos reproductivos y la violencia obstétrica. No obstante, al eliminarse el enfoque de género, redujo su capacidad para socavar los cimientos de la desigual distribución del poder y los límites impuestos a la autonomía de las mujeres, además, las mujeres trans no están reconocidas ni protegidas por la ley.

Inequidades Sanitarias. El Sistema Nacional de Salud está compuesto por los sectores: público, seguro social (mixto) y privado. El 72% de la población total no tiene seguro médico y depende de la provisión de servicios del MSPyBS de manera directa. El 28% de las personas que tienen seguro, pertenecen a los quintiles cuarto y quinto que corresponden a los sectores de la sociedad que más ingresos tienen dentro de la escala social. Además, el subsector IPS –que atiende al 21% de la población–, realiza una inversión per cápita anual del doble de lo que invierte el MSPyBS. Así, dentro del sistema hay inequidades en la inversión per cápita que se traducen en inequidades en los servicios de salud prestados según condición socio-económica, perpetuando desigualdades en la población. Además, cada subsistema tiene sus redes de provisión, desarticuladas entre sí y descoordinadas, constituyéndose en un sistema fragmentado, en el que existen inequidades de acceso y atención por regiones y por sectores.

El desfinanciamiento del sistema de salud y baja ejecución presupuestaria, limitan el acceso y la cobertura en salud.

Reforma del Sistema de Salud. Actualmente, se encuentra en proceso el diseño de la reforma de salud, bajo el modelo de Cobertura Universal en Salud. Este modelo ha sido cuestionado y ha generado movilizaciones en distintas partes de la región. Las críticas de los movimientos sociales plantean que el paradigma promueve diversas formas de privatización de los servicios y fortalece la incursión del mercado de los servicios de salud con fines de lucro, lo que atenta contra el principio de derecho a la salud.

FIGURA 21. Presupuesto General de Gastos de la Nación en Salud, 2013-2018



3.5. Marco jurídico, estratégico y normativo de la respuesta

En el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos, Paraguay ha ratificado: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Ley N° 5/92] y su Protocolo Facultativo [Ley N° 400/94 y Ley N° 596/01]; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Ley N° 4/92]; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes [Ley N° 69/90]; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Ley N° 3.540/08]; la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) [Ley N° 1.215/86]; y el Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [Ley N° 1.683/01].

En el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos regido por la Organización de Estados Americanos (OEA), ha ratificado: la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará) [Ley N° 605/95]; el Protocolo para prevenir y sancionar la trata de personas especialmente de mujeres y niños [Ley N° 2.396/04]; la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad [Ley N° 1.925/02]; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial [Ley N° 2.128/03]; el Convenio de la OIT N° 156, sobre la igualdad de oportunidades y

de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadoras con responsabilidades familiares [Ley N° 3338/07].

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asumido por los países en 2015 se incluye el objetivo de poner fin a la epidemia del sida como amenaza para la salud pública para 2030. Al menos cinco de los objetivos, incorporan acciones que se relacionan con la reducción de la epidemia: los ODS 3 Buena salud y bienestar, ODS 5 de Igualdad de género, ODS 10 de Reducción de desigualdades; ODS 16 Sociedades justas, pacíficas e inclusivas y ODS 17 de Alianzas globales.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/ sida (ONUSIDA) ha desarrollado un marco estratégico de trabajo denominado “Acción acelerada para poner fin al sida”, que establece metas ambiciosas, propone incrementar significativamente la inversión actual y acelerar la prestación de servicios de alto impacto para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.

Las metas de 90-90-90 impulsadas por UNUSIDA y adoptadas por los países de América Latina y el Caribe desde 2014, plantearon como ideal que para el 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y el 90% de las personas que reciban terapia antirretrovírica tendrán supresión viral

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2016, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021, en la que se define la manera en que el sector de la salud contribuirá al logro de estas metas para el 2030.

Se reconoce que se requiere un mayor número de medidas sinérgicas para revertir el aumento de las nuevas infecciones por el VIH y poner fin a la epidemia de sida para el 2030. Por ello, se suscribió el marco conceptual de prevención combinada y las metas regionales de prevención del VIH en agosto del 2015¹⁶.

La Ley 1032/96 creó el Sistema Nacional de Salud de Paraguay, disponiendo en el artículo 4to. su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado.

El Decreto N° 21376/1998, establece la organización y estructura institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la conformación de 18 Regiones Sanitarias, por niveles de complejidad y de atención distribuidos en Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Hospitales Regionales.

En Paraguay, el Programa Nacional de Control del VIH/Sida/ITS (PRONASIDA) fue creado por Resolución Ministerial N° 38 del año 1988 y ampliado en sus funciones como responsable de intervenir y controlar las Infecciones de Transmisión Sexual en el año 1998. Cuenta con una Ley N° 3940/09, que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el Sida, y con la Reglamentación de dicha Ley, la Resolución de MSPyBS S.G. N° 675 de fecha 06 de noviembre del 2014, en cuyo Artículo 1° de la reglamentación de la Ley se establece la

¹⁶ Guías de implementación de programas integrales de VIH/ITS para población clave con enfoque colaborativo OMS, 2015

creación del Consejo de la Respuesta Nacional al Sida (CONASIDA) como una instancia interinstitucional asesora y consultiva para definir y actualizar políticas de estado y realizar acciones para disminuir la incidencia de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de las personas que viven y son afectadas por el VIH/sida, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos humanos. Con la estructuración del CONASIDA, la institucionalidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida, está a cargo de dos reparticiones bien definidas: El PRONASIDA, como órgano rector, y el CONASIDA, como órgano interinstitucional técnico/político, asesor y consultor. Ambas instancias de manera articulada y coordinada, y en consulta con los actores claves de la ciudadanía elaboraron este Plan Estratégico.

El PRONASIDA, dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del MSPyBS, conforma un equipo técnico que integra a los principales referentes de cada área programática, con un coordinador general para llevar adelante las actividades institucionales plasmadas en un Plan Estratégico Nacional. El PRONASIDA maneja dos ejes de acción: ejerce la rectoría de la Respuesta Nacional amplia, integrada y comprometida a la epidemia de VIH e infecciones de transmisión sexual, y gestiona la provisión en forma descentralizada de los servicios de promoción, prevención y atención integral a las personas, bajo los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad, el acceso universal y el enfoque de género, para disminuir el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y Sida e infecciones de transmisión sexual, para lo cual se ha ampliado a nivel país el acceso universal al diagnóstico a través de las pruebas rápidas para VIH, Sífilis y VHB previa consejería, tratamiento oportuno y precoz.

En el nivel de Políticas y Planes nacionales, el Plan Nacional de Desarrollo 2030, como principio general apunta a “asegurar una adecuada coordinación en el diseño e implementación de políticas públicas clave”. Esta coordinación debe ser tanto horizontal (entre organismos y entidades del gobierno central, así como entre los tres poderes del Estado), como vertical (entre distintos niveles de gobierno: central, departamental, municipal). Planea además “mejorar el gerenciamiento de recursos humanos para permitir a las y los funcionarios públicos entregar servicios de calidad” y “establecer mecanismos de financiamiento sostenible de las iniciativas clave tanto a través de aumento de eficiencia del gasto público, como de mayores recursos para financiar inversiones en capital humano y físico, y la movilización del capital social para promover el desarrollo del país”. El documento establece estrategias y objetivos concretos para reducir la pobreza y la desigualdad, focalizándose en grupo de población vulnerables.

Asimismo, la Política Nacional de Salud 2015-2030¹⁷ se basa en cinco elementos fundamentales: 1. La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud. 2. El fomento de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales. 3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud. 4. La acción a todo nivel sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores. 5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.

¹⁷ Este documento ha sido aprobado por Decreto Nº 4541/2015 y Resolución S.G. Nº 612 del 25 de agosto del 2015

Además, se cuenta con el Plan Nacional de Salud Adolescente, 2016-2021; el Plan Nacional de Salud Integral de la Niñez, 2016-2021; el Plan Nacional de Control de la Coinfección Tuberculosis-VIH, 2017-2020 y con el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Hepatitis Virales, 2018-2022.

Se busca alinear el presente PEN 2019-2023 a estos mandatos y lineamientos de políticas vigentes.

De manera complementaria a los planes nacionales, en el 2015, la DGVS publicó la Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades “Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la cual describe los eventos bajo notificación obligatoria, entre los cuales están contemplados el VIH/sida, la Hepatitis B, la Hepatitis C, la Sífilis y la Tuberculosis.

Por último, el PRONASIDA ha publicado las Normas Nacionales de Tratamiento Antirretrovírico en niños (2017), el Manual de Manejo de la infección por VIH y Tratamiento Antirretroviral en Adolescentes y Adultos (2018) y la Guía de Manejo Sindrómico de las ITS (2018), en las cuales se establecen los protocolos de diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento del VIH y otras ITS.

3.6. Actores clave de la respuesta nacional

Si bien El **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social** es el actor central de la Respuesta Nacional al VIH/sida y otras ITS, ya que en él recae la rectoría y es la principal garante de la prestación de servicios de prevención, diagnóstico y atención a las personas con VIH en todo el territorio nacional, otras instancias de gobierno presentan responsabilidades clave, para un abordaje integral. En este contexto, el CONASIDA, es el órgano que aglutina a los representantes gubernamentales y no gubernamentales que conforman la respuesta nacional al VIH, junto a las organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales.

En el marco de la evaluación del pasado PEN 2014-2018, una de las barreras identificadas fue la baja participación y compromiso de ciertos sectores claves en la respuesta nacional, tales como el sector de Educación, Indígenas, Mujeres, Niñez y Adolescencia¹⁸.

Las **organizaciones de la sociedad civil**, específicamente la **comunidad LGBTIQ** (en especial los hombres que tienen sexo con hombres y las personas trans), las personas que viven con VIH y las mujeres trabajadoras sexuales, tienen una elevada influencia en la Respuesta Nacional y se identifican con los niveles de mayor interés y compromiso. Estas tres poblaciones representadas a través de sus organizaciones de base, también representan tres de las poblaciones más vulnerables al VIH y al estigma y la discriminación, por lo que la temática del VIH es un punto central en sus respectivas agendas políticas y de reivindicación. Se valora el hecho de que la comunidad LGBTIQ posee “un gran poder de convocatoria y movilización” y las Personas Viviendo con VIH (**PVV**), si bien carecen de la visibilidad de los HSH y trans, es la principal población afectada por la epidemia y “sin las PVV no hay

¹⁸ Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta al VIH/sida/ITS en el Paraguay 2014-2018

Respuesta Nacional”. Su participación protagónica en todo el proceso de toma de decisiones es considerada, por tanto, una condición necesaria.

Las **Gobernaciones y Municipalidades** son instancias con un nivel de influencia moderado a elevado, aunque fueron valoradas como instancias como poco o ningún interés y compromiso en la Respuesta Nacional. Aún existen algunas ordenanzas municipales que vulneran los derechos de las mujeres y trans trabajadoras sexuales.

Los **organismos de cooperación internacional** constituyen instancias de alto nivel de influencia, ya que aportan cooperación técnica y trasferencias de recursos económicos, tanto al Estado como a las organizaciones de la sociedad civil.

Los **medios de comunicación** también son actores altamente influyentes, en especial como formadores de opinión pública y con la capacidad de instalar temas en la agenda, en este sentido son valorados como aliados estratégicos de importancia, sin embargo, la valoración con relación a su interés y compromiso con la Respuesta Nacional es baja. Asimismo, el **sector académico y las sociedades científicas** son considerados actores con un nivel de influencia moderado y con un compromiso bajo.

Los sectores que nuclean organizaciones, coaliciones y redes que defienden los **pueblos indígenas**, así como los **grupos de mujeres y movimientos feministas** tienen un nivel de influencia moderado, aunque son valorados con nivel de interés y compromiso con el VIH bajo. Si bien las mujeres y los indígenas son prioritarias para el PEN y presentan ambos una elevada vulnerabilidad, las organizaciones civiles que los representan han mostrado poco interés y compromiso en la Respuesta Nacional. Hasta la fecha, el VIH no forma parte de la agenda prioritaria de reivindicaciones de ambos sectores.

Finalmente, entre los sectores considerados con menor influencia y con algo, poco o ningún interés y compromiso se encuentran los sectores que trabajan con la **niñez y adolescencia**, con las personas **usuarias de drogas** y con las **personas privadas de libertad**. Estas tres poblaciones (al igual que las mujeres e indígenas) son prioritarias para la Respuesta al VIH, considerando su elevada vulnerabilidad al VIH y su exposición a contextos de discriminación y violencia¹⁹

3.7. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación del PEN anterior

En diciembre de 2018 se realizó la evaluación externa del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta al VIH/Sida/ITS en el Paraguay 2014-2018, con el fin de proveer un análisis lo más sistemático y objetivo posible, acerca de la pertinencia y coherencia en el diseño y formulación, incluyendo un análisis sobre la eficacia y eficiencia en su implementación, los resultados e impactos alcanzados durante todo el período de implementación y la sostenibilidad del mismo, en relación a los recursos invertidos y su nivel de implementación²⁰.

Las diez recomendaciones priorizadas y que fueron tenidas en cuenta en el presente proceso de planificación estratégica fueron las siguientes:

¹⁹ Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta al VIH/sida/ITS en el Paraguay 2014-2018

²⁰ Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta al VIH/sida/ITS en el Paraguay 2014-2018

- Incorporar en el próximo Plan Estratégico Nacional las metas referentes a la Cascada de Atención, relacionadas a los compromisos internacionales de metas 90-90-90 para el 2020 y metas 95-95-95 del 2030.
- Desarrollar un sistema de M&E de toda la Respuesta Nacional bajo la rectoría del PRONASIDA, y con la participación de otras instancias generadoras de información a nivel central, regional y local.
- Establecer una mesa multisectorial para la elaboración e implementación de una estrategia a nivel nacional de prevención y lucha contra el estigma y la discriminación en el sector salud (incluido la socialización de la Ley 3940 en todos los sectores, niveles y territorios).
- Desarrollar y difundir las cascadas del continuo de atención por región sanitaria y por tipo de población con el fin de mejorar la planificación y gestión de las acciones y programas locales.
- Focalizarse en un número viable de objetivos, resultados e indicadores, con fuentes de información disponible o con capacidad para medirlos.
- Establecer estrategias diferenciadas para la vinculación, retención y adherencia al tratamiento según el análisis de situación de cada región sanitaria y adecuada a cada población clave, considerando los determinantes sociales de la salud.
- La estructura de PEN debe contar no sólo con una lógica vertical, si no que horizontal, la cual dé cuenta y muestre de forma sistémica la teoría del cambio subyacente o cadena de resultados.
- Conformar equipos técnicos multidisciplinarios y multisectoriales para el diseño y la implementación de estudios sobre VIH, que contemplen toda la cadena de toma de decisiones (validación de protocolos, capacitación de RRHH, control de la calidad de la información, análisis y difusión de la información).
- Consolidar el CONASIDA como la máxima instancia de gobernanza de la Respuesta Nacional al VIH, con una agenda de reuniones sistemáticas bajo una rectoría fortalecida del PRONASIDA. Hacer uso de las buenas prácticas adquiridas en los años de articulación multisectorial al interior del MCP.
- Establecer estrategias para universalizar el testeo a toda la población, con énfasis en población indígena, adolescentes y jóvenes y varones en general.

4

Lineamientos estratégicos para el periodo 2019-2023

4.1. Principios rectores para la implementación

El presente PEN 2019-2023 se fundamenta en el siguiente marco de principios:

4.1.1. Derechos humanos, universalidad, integralidad y equidad

Se reconoce la igualdad en derechos de todas las personas, la interdependencia de derechos fundamentales y la responsabilidad del Estado de garantizar su cumplimiento para reducir la vulnerabilidad ante el VIH/sida y otras ITS, especialmente en poblaciones históricamente fragilizadas y discriminadas.

"La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia de VIH/sida, particularmente en las esferas de la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, y que reduce la vulnerabilidad al VIH/sida y evita el estigma y la discriminación conexas de las personas que viven con el VIH/sida o con riesgo de contraerlo"²¹.

El principio de la universalidad que se expresa como el derecho a la salud de todas las personas que habitan el Paraguay. Implica la satisfacción de las necesidades de todas y todos, a través de todas las respuestas que sean necesarias.

El principio de la integralidad parte de que la persona es una totalidad y se debe dar respuestas globales a sus necesidades, desde la atención a sus problemas de salud primarios hasta sus patologías más graves, en un espacio de relación con el medio ambiente, educación, vivienda, trabajo, etc. Una vida de calidad incluye la garantía de todos los derechos que no son divisibles sino interdependientes. Los derechos no pueden ser divididos en pedazos, si falta un derecho, faltan todos los derechos. O se cumplen todos los derechos o no hay estado de derecho.

El principio de la equidad implica reconocer que las personas no necesitamos iguales respuestas a nuestras necesidades. Nos diferenciamos por condiciones sociales, edad, género, etnia, y eso demanda respuestas diferenciadas, equiparando oportunidades. Es

²¹ Declaración política sobre el VIH/SIDA, Resolución aprobada por la Asamblea General el 2 de junio de 2006

decir, mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y desde un estado de bienestar.

La ley 3940/09 en su Título III “Derechos Garantizados”, Capítulo Único, establece la protección de los derechos y garantías (art.16), el acceso a la atención integral en salud (art.17), la prohibición de toda forma de discriminación o trato degradante (art.18), la investigación en materia de VIH/sida (art.19), los derechos y condiciones laborales (art.20), la prohibición hacia el trabajador de actos arbitrarios, hostigamientos y violación de la confidencialidad acerca del estado serológico (art.21) y el derecho a la educación (art.22).

4.1.2. Transectorialidad y participación comunitaria

Se requiere una respuesta integrada de los diferentes sectores para abordar la infección por el VIH en los grupos de población clave. Esto incluye a las poblaciones especialmente afectadas, las diferentes disciplinas del conocimiento y los diferentes estamentos del Estado, instando a que trabajen articuladamente para definir prioridades de acción y compartir responsabilidades en su puesta en práctica. Implica que cuando se especifican intervenciones, su alcance debe planificarse para todos los actores.

La participación significativa de las comunidades afectadas es fundamental para que las intervenciones propuestas sean aceptables para los integrantes de la comunidad, y equitativos y sensibles a sus necesidades. Se establece que los representantes de los grupos de población clave deben participar en todas las etapas, desde el diseño de la respuesta y su ejecución hasta el seguimiento y la evaluación.

Las personas son consideradas sujetos de derechos y agentes protagónicos de los procesos de cambio social. La participación es a la vez un medio y un objetivo, y tanto en el diseño, como en la implementación, la supervisión y la evaluación de la respuesta debe participar la sociedad civil.

4.1.3. Determinantes sociales de la salud

Se reconoce la complejidad de las causas estructurales e históricas que inciden en la situación de salud del individuo y las comunidades, así como las barreras para el pleno ejercicio de los derechos humanos. Dichas causas pueden ser modificadas a partir de políticas públicas estatales, y, por lo tanto, la respuesta tiene que contribuir en la eliminación progresiva de las inequidades en las condiciones de vida y las inequidades sanitarias, que dificultan a las poblaciones clave el pleno goce de sus derechos. La inequidad es sistemática y es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos²².

²² OMS/OPS Determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? disponible en https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index2.html

4.2. Enfoques sobre los que se diseña el PEN

4.2.1. Enfoque de prevención combinada

El PEN 2019-2023 está elaborado en base al enfoque de prevención combinada, que comprende un conjunto de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, basadas en la evidencia y los derechos humanos, y enfocadas en satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades.

El objetivo del enfoque de prevención combinada es reducir el número de nuevas infecciones mediante acciones que tengan un mayor impacto sostenido, adaptadas a las necesidades nacionales y locales, de acuerdo a la información epidemiológica. Además, apuntan a concentrar los recursos en la combinación de acciones que se apliquen donde sean más necesarias. Las intervenciones estructurales permiten crear un entorno más propicio para la acción preventiva sinérgica del componente biomédico y el comportamental. FIGURA 19.

FIGURA 22. OPS y ONUSIDA, 2017. Propuesta de intervenciones de mayor impacto, bajo el enfoque de prevención combinada.



4.2.2. Enfoque de salud pública

Para la Respuesta Nacional el enfoque de salud pública se refiere al esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, así como se pretende lograr el acceso más amplio posible a servicios y medicamentos de alta calidad en la población.

4.2.3. Enfoque de fortalecimiento de los sistemas comunitarios

Para este documento “comunidad” se refiere a poblaciones clave para la respuesta al VIH y otras ITS, más allá de los grupos geográficos, sociales o culturales, de los cuales también podrían ser parte. Entonces, “sistemas comunitarios”, se refiere tanto a intervenciones lideradas por población clave, como aquellos dirigidos especialmente a estas poblaciones.

El fortalecimiento de los sistemas comunitarios contempla seis componentes claves: 1. Activismo y mejoramiento de los ambientes políticos, legales y de gobernabilidad, y los determinantes sociales para la salud; 2. Redes comunitarias, alianzas y asociaciones para maximizar recursos e impactos; 3. Recursos humanos y materiales, y construcción de capacidades; 4. Actividades comunitarias y entrega de servicios de acuerdo a las necesidades; 5. Fortalecimiento organizacional y de liderazgo; y 6. Monitoreo, evaluación y planeamiento.

Los servicios dirigidos por la comunidad pueden convertirse en iniciativas sólidas que abordan los obstáculos estructurales y las condiciones subyacentes a la vulnerabilidad y el riesgo. Un enfoque de servicios dirigidos por la comunidad asegura que las personas de población clave desempeñen un papel principal en la elaboración de intervenciones, incluyendo su diseño, implementación y supervisión.

4.2.4. Enfoque territorial y descentralización

Se reconoce que cada territorio geográfico presenta problemas y capacidades de respuesta particulares, definidos por sus características y evolución histórica, que deben ser consideradas en la definición, proyección e implementación de acciones, otorgando especial protagonismo a los referentes locales responsables de la respuesta.

Los recursos para la prevención deben centrarse más intensamente en zonas geográficas de alto riesgo. La planificación debe estar fundamentada en información (distritos categorizados según la prevalencia del VIH, número de grupos de población clave y vulnerabilidad).

En el campo de la salud, el enfoque territorial plantea un plan de descentralización de los servicios. En esta línea, el Plan Integral de Abordaje e Intervención de VIH en Paraguay 2014-2018, establecía como prioridades: a) la descentralización del diagnóstico y la atención médica, b) la habilitación de mayor número de servicios de atención integral en VIH de III y IV nivel de atención, c) la instalación de servicios dispensadores de ARV en I y II nivel de atención, d) la descentralización de las pruebas de seguimiento, e) el trabajo coordinado con las regiones sanitarias y hospitales especializados; y f) la logística a través de los parques sanitarios de las regiones sanitarias.

La descentralización de los servicios implica el traspaso de los servicios de instituciones centralizadas a establecimientos de salud periféricos en la comunidad o a unidades móviles de extensión para aumentar el acceso. El objetivo de la descentralización es acercar todos los servicios de atención de la infección por el VIH y otras ITS a los destinatarios, para facilitar el acceso, disminuir los costos de transporte y acortar los períodos de espera. Sin

embargo, se reconoce que quizá no siempre resulte apropiado o aceptable descentralizar los servicios destinados a los grupos de población clave, dado que los servicios generales de atención pueden proporcionar un grado mayor de anonimato. La OMS recomienda descentralizar específicamente los servicios de tratamiento antirretroviral, ampliando el número y tipo de servicios que proveen TAR.

Para acercar los servicios a sus destinatarios, los programas pueden considerar la conveniencia de ofrecer servicios con unidades móviles y en centros de acogida, así como durante el fin de semana o por la noche para facilitar el acceso. Los programas de extensión, como los que se aplican en los puntos de reunión y en visitas a domicilio, también pueden aumentar el acceso.

4.2.5. Enfoque de continuo de prevención, cuidados y tratamiento de VIH

El proceso continuo de prevención, cuidados y tratamiento para el VIH (Figura 11) considera los pasos esenciales para planear y medir la afluencia de participantes a través de los servicios. Comienza por enfatizar la importancia de estimar el tamaño y la ubicación de las poblaciones clave, seguido por el conocimiento de sus niveles de riesgo y necesidades y el alcance de los productos y servicios de prevención, tratamiento y atención de la infección por VIH a través de una combinación de aproximaciones. Una necesidad básica es promover el testeo y consejería sobre VIH, determinando que individuos que resulten VIH negativos deben comprometerse a repetir de forma continua las pruebas y programas combinados de prevención. Las personas que resulten positivas en la prueba de VIH son referidas a los programas de cuidado y a la terapia antirretroviral. El tratamiento sostenido a largo plazo dará como resultado la supresión de la carga viral.

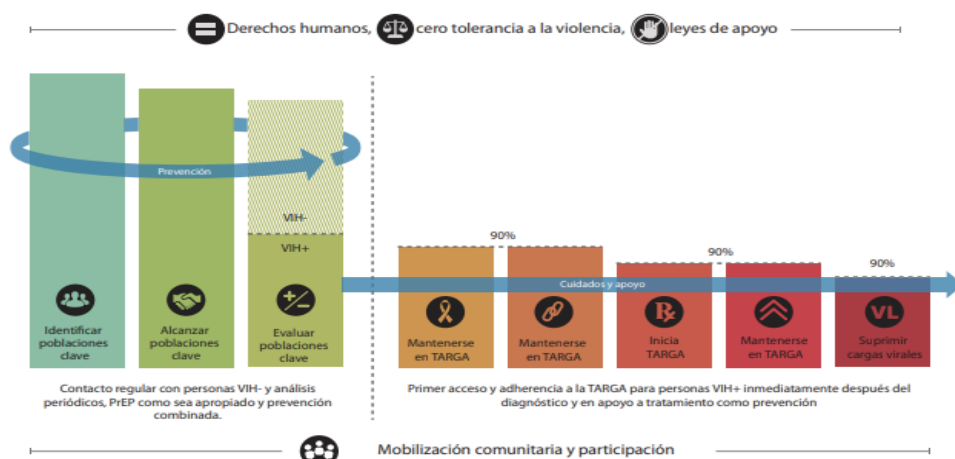
El continuo de prevención, cuidados y tratamientos es una herramienta poderosa de diagnóstico, activismo, planeamiento y monitoreo, dado que permite:

1. identificar pérdidas en el seguimiento o acceso a productos y servicios claves
2. analizar las causas de esas brechas
3. identificar las soluciones más efectivas para mejorar el funcionamiento del sistema
4. refinar y enfocar las intervenciones y los servicios para reducir la transmisión del VIH.

El enfoque de la cascada del continuo enfatiza la importancia del “acceder–hacer la prueba–tratar–mantener” para alcanzar las metas de tratamiento 90-90-90 en 2020:

- 90% de todas las personas que viven con VIH conocerán su estatus serológico
- 90% de todas las personas diagnosticadas con VIH recibirán TAR consistentemente
- 90% de todas las personas recibiendo TAR tendrán una supresión viral sostenida.

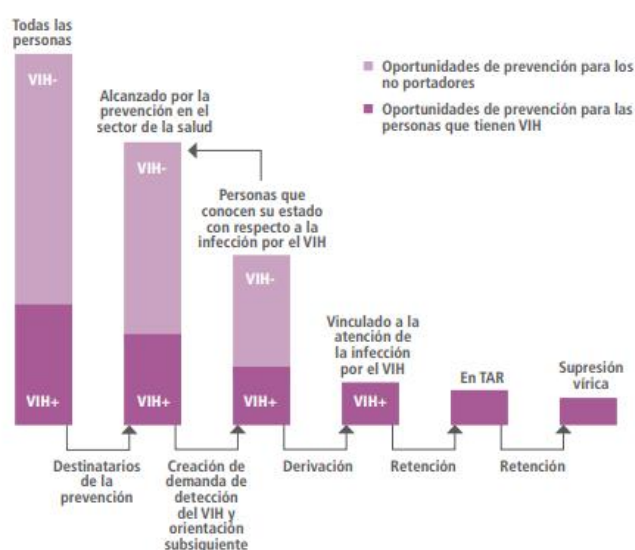
FIGURA 23. Cascada de prevención, cuidados y tratamiento (UNFPA 2015, OMS 2018, PNUD 2016)



Fuente: USAID/LINGAKES. Nota: este ejemplo es ilustrativo y no se basa en datos específicos para una población clave o un área geográfica. PVIH = personas que viven con el VIH.

El enfoque de la cascada de la atención permite también graficar la secuencia de servicios relativos a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, identificando las oportunidades de intervención en los diferentes momentos.

FIGURA 24. Secuencia de servicios relativos a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH (OPS-2018)



4.2.6. Enfoque en las poblaciones prioritarias

Existe evidencia de que la respuesta a la infección por el VIH es más efectiva cuando prioriza las intervenciones en grupos de población con las tasas de incidencia del VIH más altas y las cifras más elevadas de nuevas infecciones por el VIH, al tiempo que también se adaptan a su contexto sociocultural.

En las epidemias concentradas, como es el caso de Paraguay, la gran mayoría de las infecciones afectan a las personas de los grupos de población clave y a veces, a algunos grupos específicamente vulnerables. Se debe tener en cuenta que muchas veces se da la superposición de vulnerabilidades y riesgos.

Grupos de población clave

Son grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH. Con frecuencia se enfrentan a problemas sociales que aumentan su vulnerabilidad al VIH, incluidos los obstáculos para acceder a la prevención y al tratamiento de la infección por el VIH, así como a otros servicios de salud y sociales. Estos criterios se aplican también a las demás infecciones de transmisión sexual (ITS).

En Paraguay, los grupos de población clave están formados por:

- **hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH):** Se refieren a todos los hombres que participan en relaciones románticas y/o sentimentales con otros hombres, que experimentan atracción sexual hacia el mismo sexo, y/o que tienen prácticas sexuales con otros hombres. Incluye una diversidad de identidades y experiencias, comparten experiencias comunes de exclusión social, marginalización, estigma, discriminación o violencia, y pueden también tener experiencias comunes de apoyo, afinidad, amistad, amor, y comunidad.

Aquellos que expresan una identidad relacionada a sus preferencias sexuales pueden llamarse a sí mismos “gay” o pueden adoptar otros términos específicos a sus contextos culturales, idiomáticos o de país. En muchos lugares y situaciones, los hombres que tienen sexo con hombres deciden no revelar su orientación sexual a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o profesiones de la salud, por temor al rechazo o incluso a reacciones violentas.

- **trabajadores sexuales:** Incluye a mujeres, varones, personas trans, mayores de 18 años, que reciben de forma habitual u ocasional dinero o bienes a cambio de servicios sexuales. El trabajo sexual puede presentar distintos grados de formalidad u organización.
- **personas trans:** Incluye a personas cuya identidad de género (su percepción interna de su género) difiere del sexo que asignado al nacer. Es un término amplio que alude a una gran cantidad de conductas e identidades transgénero. No es un término diagnóstico y no implica la existencia de un problema médico o psicológico. Una buena práctica consiste en preguntar siempre a las personas cómo se definen a sí mismas, así como respetar y usar las definiciones de sí mismas que prefieren y los pronombres adecuados a su identidad de género y su cultura.

Sinergia de vulnerabilidades

Existen grupos de personas que son más vulnerables a la infección por el VIH y otras ITS en determinadas situaciones o contextos. Pueden enfrentarse a obstáculos sociales, administrativos y legales para obtener acceso a la prevención y al tratamiento de la infección por el VIH. Estos grupos no se ven afectados por el VIH uniformemente y pueden incluir grupos de población clave. El riesgo individual varía dentro de cada grupo; el riesgo significativo depende del comportamiento individual y de las características de las parejas sexuales.

- **Personas privadas de libertad:** Se refiere a las personas adultas en establecimientos penitenciarios y adolescentes en conflicto con la ley internados en centros educativos. Además de los comportamientos de riesgo en cuanto a la transmisión del VIH y otras ITS que se observan en estos espacios (actividades sexuales sin protección, consumo de drogas y tatuajes), los factores relacionados con la infraestructura penitenciaria, la gestión de los establecimientos penitenciarios y el sistema judicial penal aumentan el riesgo de contraer VIH, hepatitis B y C, sífilis y tuberculosis. Debido a las condiciones del encarcelamiento, caracterizadas por el hacinamiento, la violencia sexual, el consumo de drogas y la falta de acceso a productos básicos de prevención contra el VIH, como los preservativos y los lubricantes, el riesgo de transmisión es muy alto. Además, frecuentemente las personas de población clave se encuentran encarcelados.
- **Indígenas:** Se refiere a la población indígena del Paraguay, (con las particularidades culturales de cada etnia) que está constituida por 115.944²³ personas, identificadas en 19 pueblos indígenas pertenecientes a cinco familias lingüísticas: guaraní (aché, avá guaraní, mbya guaraní, paĩ tavytera, guaraní ñandeva, guaraní occidental), maskoy (toba maskoy, enlhet norte, enxet sur, sanapaná, angaité, guaná), matakó mataguayo (nivacle, maká, manjui), zambuco (ayoreo, yvytoso, tomárahó) y guaicurú (qom). Habitan en 493 comunidades y 218 aldeas o barrios, que suman un total de 711 entidades, y cuya mayor parte se encuentra en condiciones de exclusión social, pobreza, y se enfrenta a múltiples determinantes sociales de la salud que afectan a su calidad de vida, por tanto, se trata de una población vulnerable que requiere de una atención especial.
- **Adolescentes:** Se refiere a las personas de 10 a 19 años. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, dado que, si bien la maduración física y emocional viene con la edad, su progreso no es uniforme en todas las personas de la misma edad. Además, hay diferentes factores sociales y culturales que pueden influir en la salud, la capacidad de tomar decisiones personales importantes y la capacidad para obtener acceso a los servicios. Se aconseja prestar especial cuidado a los adolescentes de poblaciones clave.

Es esencial que los servicios destinados a los adolescentes de estos grupos de población sean concebidos y prestados de maneras que tengan en cuenta las múltiples vulnerabilidades superpuestas a las que están expuestos estos adolescentes y la

²³ Censo Nacional de Pueblos Indígenas del Paraguay 2012

diversidad de sus necesidades, determinadas por su edad, su comportamiento específico y las complejidades de su contexto social y jurídico.

Según datos del país publicados por ONUSIDA, sólo el 27,5% de las mujeres entre 15 y 24 años declaran tener conocimientos sobre prevención del VIH.

- **Parejas serodiscordantes:** Aquellas en las que un miembro es seropositivo y el otro seronegativo frente al VIH. Se denomina pareja a dos personas que mantienen relaciones sexuales regularmente; el término “pareja” se aplica también a cada una de estas dos personas. La forma en que las personas definen sus relaciones varía en función del contexto cultural y social.
- **Mujeres adultas, adolescentes y niñas en situación de violencia:** La violencia de género hacia las mujeres normalmente no es una temática trabajada desde las políticas del VIH, ya que no es abordada ni como un determinante social, ni como factor de riesgo para la transmisión del VIH ni como factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento en mujeres que ya viven con el VIH.

Un estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH, en siete países de Latinoamérica y el Caribe Hispano, realizado en 2018, arrojó cifras elevadas de violencia hacia las mujeres con VIH en Paraguay (Luciano, Negrete, Hayle, 2018). Entre las que habían experimentado violencia ejercida por la pareja, el 30% sufrió violencia física; 48% violencia sexual y 29% violencia física y sexual en los últimos 12 meses. Igualmente, el 64% reportó al menos una situación de violencia sexual por cualquier persona con 15 años y menos; y el 50% indicó haber experimentado alguna vez algún tipo de violencia por personas diferentes a la pareja. La violencia institucional es ampliamente extendida entre las mujeres paraguayas, el porcentaje que reportó que alguna vez les han negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH fue: anticonceptivos (28,6%), Información en salud sexual (64,6%), Virus del Papiloma Humano (31,3%).

Por otro lado, según datos del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA y otras ITS del Ministerio de Salud, el grupo con mayor riesgo de no adherencia al tratamiento o abandono, son las mujeres, inclusive en mayor proporción en relación a poblaciones altamente estigmatizadas como los hombres que tienen sexo con otros hombres y las personas transgénero²⁴.

- **Embarazadas:** Se refiere a todas las mujeres en situación de gestación. Todas las mujeres que se encuentran en situación de gestación, independientemente de los meses de gestación, deben acceder a las pruebas de detección y al tratamiento antirretroviral si fuera diagnóstico positivo. Si una embarazada con VIH está en TAR, la posibilidad de transmitir el virus a su bebé disminuye extraordinariamente. Sin un tratamiento de prevención, alrededor de 20-40% de los niños que nacen de mujeres VIH positivas se

²⁴ Estudio de prevalencia de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y factores asociados a la no adherencia en PVIH que acuden a los servicios de atención integral del Paraguay, 2017

infecta durante el embarazo y el parto. Un 10-20% adicional se infecta a través de la leche materna. Por lo que el acceso a pruebas diagnósticas y la terapia antirretroviral a las embarazadas positivas, así como las prácticas seguras del parto y una amplia disponibilidad y uso seguro de sustitutos de la leche materna pueden eliminar casi enteramente la transmisión materno infantil del VIH reduciéndolo a menos del 1%²⁵. En el periodo de 2015-2018, en Paraguay se han detectado a 466 mujeres embarazadas con VIH, siendo el año de mayor frecuencia de casos el 2015 con 131 casos. En el 2018 se han detectado 109 embarazadas. El porcentaje de mujeres con VIH que fueron diagnósticas durante sus embarazos representan entre el 23,92% al 28,38% del total de mujeres con VIH diagnosticadas.

- **Personas en consumo problemático:** Las personas usuarias de ciertos tipos de drogas que interfieren en su autonomía y condicionan su comportamiento, están particularmente más expuestas a situaciones de mayor riesgo de adquirir ITS, entre ellas el VIH o a tener dificultades en la adherencia a los tratamientos.
- **Personas con tuberculosis:** El Plan Estratégico para la Coinfección Tuberculosis-VIH 2017 – 2020 tiene como objetivos: 1. Diagnosticar precozmente a todas las personas con TB, priorizando a las poblaciones de alto riesgo (PVV) e investigación de los contactos de TB; 2. Proveer tratamiento a todas las personas con TB Sensible y Resistente en PVV y aumentar la profilaxis para las personas con alto riesgo; y 3. Aumentar el número de establecimientos de la red de servicios de salud con recursos humanos capacitados que ofrecen Atención Integral del VIH , otras ITS y TB/VIH a lo largo del ciclo de vida, con respeto a la identidad de género, interculturalidad, estigma y no discriminación.
- **Adultos y adultos mayores:** En los últimos 5 años (2014-2018), el porcentaje de nuevos diagnósticos en personas mayores de 50 años se ha mantenido estable en 12%, pero con un aumento porcentual en relación al 2012 de 3%.
- Otros grupos de población sobre los que se requiere una mirada especial son los militares, las poblaciones móviles, las personas con discapacidad, las personas en situación de calle.

4.2.7. Enfoque de interculturalidad y no discriminación

El concepto de interculturalidad reconoce la determinación histórica de la vinculación entre los diferentes grupos culturales. El enfoque intercultural promueve la paridad de trato entre estos diferentes grupos culturales; la no discriminación en el acceso, dado que considera la Salud como un derecho fundamental y trae implícito la capacidad de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales o extendidas en estos grupos.

La interculturalidad implica tomar conciencia de los demás y de sus necesidades. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de

25

<https://www.mspbs.gov.py/portal/13741/si-una-embarazada-con-vih-se-trata-la-posibilidad-de-transmitir-el-virus-a-su-bebe-disminuye-extraordinariamente.html>

confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades.

4.3. Definición de la Misión y Visión

Visión

En Paraguay se reducen las nuevas infecciones de VIH y otras ITS y todas las personas que lo necesiten tienen acceso a diagnóstico, atención y tratamiento seguros, gratuitos y eficaces, mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH y otras ITS, en el marco de una Respuesta Nacional multisectorial, articulada en base a políticas públicas inclusivas que garanticen el ejercicio de los derechos humanos, equidad, igualdad, respeto a la identidad de género y orientación sexual.

Misión

Somos un conjunto de instituciones públicas, privadas, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación que componen la Respuesta Nacional al VIH/sida y otras ITS, articuladas en el CONASIDA que definen, articulan y armonizan acciones transectoriales y políticas públicas para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH, promoción de la salud, la atención integral de las personas afectadas, en el marco de la ley y los convenios internacionales asumidos; bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

4.4. Objetivo general y objetivos específicos

OBJETIVO GENERAL

1. Disminuir la incidencia y la mortalidad relacionadas al VIH/sida, en el marco del respeto de los Derechos Humanos en Paraguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar el acceso equitativo y la cobertura de las intervenciones para la prevención combinada de la infección de VIH en grupos de población clave;
2. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis;
3. Incrementar el acceso a los sistemas de salud para el diagnóstico, la adherencia terapéutica de las personas que viven con el VIH/SIDA, y la supresión viral;

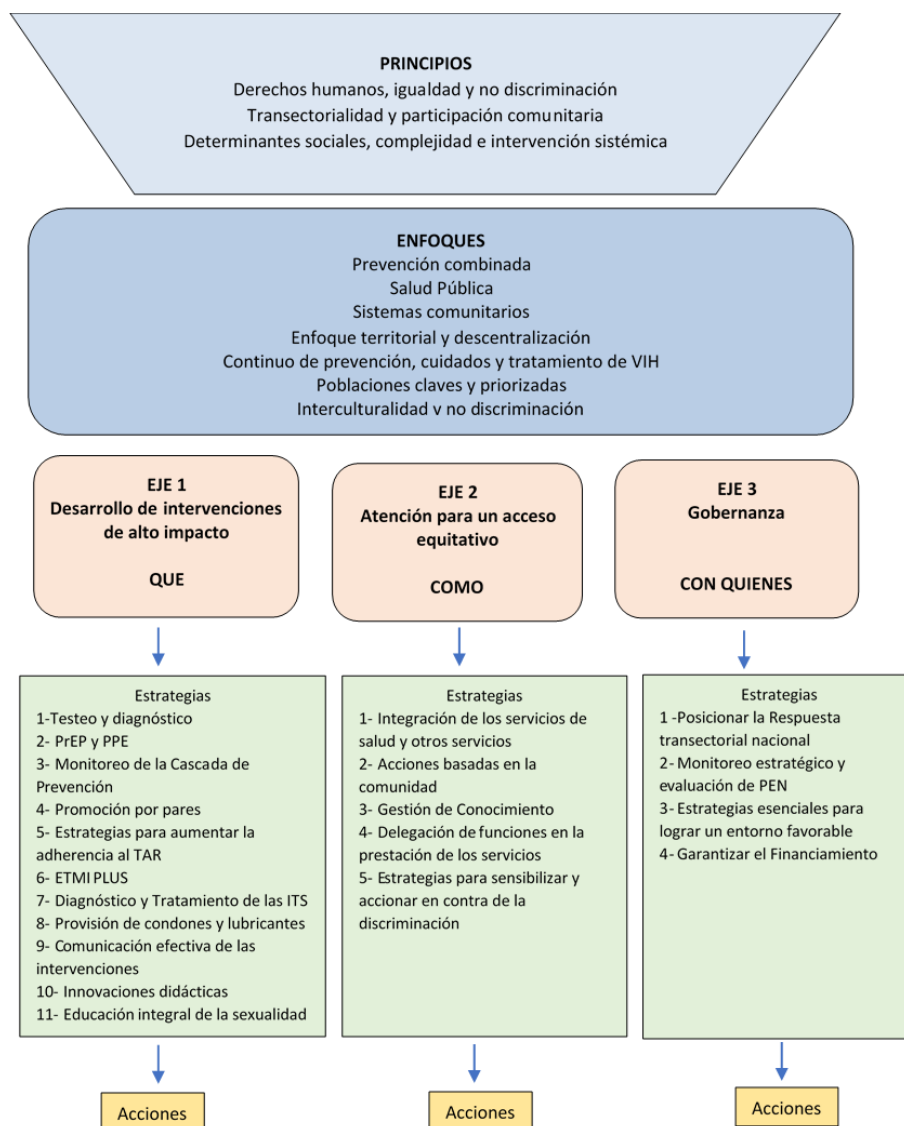
4. Intensificar las acciones de prevención de VIH en la población general con énfasis en adolescentes, jóvenes y pueblos indígenas con adecuación intercultural y equidad de género;
5. Fortalecer la capacidad de las instituciones públicas y privadas de diversos sectores para la atención y apoyo integral de las PVV, en temas de ejercicio de derechos en general (salud, educación, justicia, trabajo, etc);
6. Fomentar el desarrollo de entornos favorables de manera intersectorial mediante una gestión coordinada de instituciones públicas y privadas para brindar apoyo a las poblaciones afectadas por el VIH y en situación de vulnerabilidad;
7. Potenciar el sistema de monitoreo, vigilancia e información que permita diseñar políticas de salud, monitorearlas y hacer una evaluación de las mismas;
8. Diseñar, implementar y evaluar intervenciones efectivas para incidir en la defensa de derechos de personas viviendo y conviviendo con el VIH y otras ITS;
9. Desarrollar capacidades nacionales, regionales y locales en la rectoría y articulación interinstitucional y transectorial de la implementación del PEN, en el marco de la Ley 3940/09;
10. Consolidar el CONASIDA como la máxima instancia de gobernanza de la Respuesta Nacional al VIH;

FIGURA 25. Esquema sintético de problemas y estrategias abordadas en el PEN 2019 - 2023



4.5. Definición de los ejes y principales estrategias

FIGURA 26. Definiciones de los ejes y principales estrategias



EJE 1:

Desarrollo de intervenciones de alto impacto

OBJETIVO 1: Aumentar el acceso equitativo y la cobertura de las intervenciones para la prevención combinada de la infección de VIH en grupos de población clave.

OBJETIVO 2: Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis.

OBJETIVO 3: Incrementar el acceso a los sistemas de salud para el diagnóstico, la adherencia terapéutica de las personas que viven con el VIH/SIDA, y la supresión viral.

OBJETIVO 4: Intensificar las acciones de prevención de VIH en la población general con énfasis en adolescentes, jóvenes y pueblos indígenas con adecuación intercultural y equidad de género.

ESTRATEGIA

1.1. Testeo y diagnóstico del VIH

Pruebas de detección del VIH. Las pruebas de detección del VIH o testeo, son una oportunidad para contribuir a la prevención y comenzar el tratamiento oportuno con ARV. En el caso del testeo rápido con resultados inmediatos, se ha constituido en una estrategia importante que garantiza la comunicación de los resultados, y una mayor y más rápida vinculación con el sistema de salud. Se utilizan 2 pruebas rápidas para la confirmación del diagnóstico en las poblaciones clave y en las poblaciones vulnerables.

Consejería. La consejería es un componente esencial de las pruebas de detección, y es reconocida como una de las estrategias más importantes en las intervenciones en: prevención, atención y soporte a las personas afectadas por las ITS, el VIH y el sida, y cuyo objetivo es habilitar al usuario/a para enfrentar el estrés, y personalmente tomar decisiones relacionadas con el VIH/SIDA. En la ley 3940/09, Artículo 2, se define la consejería como: el proceso educativo individual y confidencial mediante el cual un profesional de la salud, debidamente capacitado, informa al usuario de los riesgos, medidas de prevención y tratamiento con relación al VIH/SIDA/ITS.

Además, las pruebas de detección y la consejería son un espacio propicio para suministrar información fidedigna y contribuir con los derechos sexuales y derechos reproductivos, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la sexualidad saludable y responsable, y limitando los riesgos para la salud.

Todas las pruebas de detección y consejería deben ofrecerse de manera voluntaria y respetar las cinco **C**: el **C**onsentimiento informado, la **C**onfidencialidad, el **C**onsorciamento (Consejería), los resultados **C**orrectos y la vinculación con los servicios de atención, tratamiento y prevención (**C**uidado). Para ello, es necesario que todos los actores involucrados, conozcan los procesos para la derivación de casos positivos, los protocolos y rutas del sistema de salud, y que se respeten las normas de detección del VIH, confirmación de los resultados seropositivos y la vinculación de los pacientes con los servicios de tratamiento y atención de la infección por el VIH.

La calidad de los servicios determina la utilización de las pruebas de detección y la consejería correspondiente, por lo tanto, es fundamental instituir un sistema que otorgue garantías de dicha calidad durante la provisión del servicio a nivel centralizado y descentralizado, así como en todos los establecimientos de salud y en la comunidad con el objetivo de mantener la demanda, y contribuir al continuo de la atención.

CTV móvil. La oferta de la consejería y el testeo de manera ambulatoria facilita el acceso a la prueba, principalmente a aquellas poblaciones clave con dificultad de acceso a los establecimientos de salud por razones económicas, horarias, culturales, etc. El abordaje a las poblaciones clave se realiza de una manera integral, brindando información, referencia a los servicios, condones y lubricantes, y vinculación al servicio de salud más próximo (o de preferencia del usuario), en el caso de resultados reactivos.

Esta estrategia permite un acercamiento, desde el personal de salud, hacia la comunidad y los usuarios, estableciendo vínculos de confianza para el cuidado de la salud, y en casos de pruebas reactivas, tanto para VIH como para sífilis, propiciando el inicio oportuno del tratamiento del VIH y de la sífilis en forma efectiva.

Agentes comunitarios y otros prestadores de servicios. El abordaje del personal de salud en la comunidad busca desarrollar acciones para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud, con la organización y participación de la población y actores a nivel local, además de desarrollar procesos de promoción de la salud, divulgación y socialización del modelo de atención integral en salud²⁶.

Suministro continuo. Deben crearse los mecanismos para garantizar un suministro constante de los insumos para la detección y evitar los desabastecimientos, además de incrementarse progresivamente el personal capacitado en consejería y contribuir a que esta estrategia pueda aplicarse en todos los servicios de salud de manera progresiva. Además, se debe promover la realización de las pruebas de detección y la Consejería en otros entornos y por otros actores de la comunidad, que hayan sido capacitados para tal fin.

Es importante que las pruebas de detección voluntaria y Consejería sean particularmente promovidas en la estrategia de APS, así como en espacios comunitarios por otros actores capacitados, según las particularidades de la población en general y por la población clave en particular vinculadas a los procesos de promoción y prevención, ya que se puede llegar a un mayor número de personas que las que se realizan las pruebas en los otros establecimientos de salud.

Los sistemas penitenciarios deben de ser parte de la estrategia de testeo y consejería de manera periódica, ya que, debido a las condiciones de vulnerabilidad de esta población y las dificultades de acceso, se deben extremar los esfuerzos para mejorar la detección temprana, y el tratamiento oportuno.

Notificación Asistida a Parejas (NAP). Estos servicios específicos para las parejas deben ofrecerse a todos, independientemente de cómo definan su relación y del resultado de la prueba. La consejería debe promover que las parejas se realicen las pruebas de detección de manera conjunta o en forma individual, con el objetivo de que puedan tomar decisiones

²⁶ Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia USF, MSPyBS, 2016

fundamentadas acerca de la prevención, ofrecerse apoyo mutuo y para que, en caso positivo, favorezca una buena adherencia al tratamiento con antirretrovirales.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Implementación de la consejería iniciada por el proveedor
2. Capacitación continua en utilización del test rápido al personal de salud y a consejeros comunitarios que ofrecen testeo
3. Estimación, adquisición y disponibilidad de insumos, según el plan
4. Capacitación continua en consejería al personal de salud y a consejeros comunitarios que ofrecen testeo
5. Establecer metas de productividad de testeo en la USF
6. Implementar un plan piloto de autotest
7. Talleres y guías para abordaje de consejería a las parejas (NAP)
8. Implementación del CTV móvil
9. Implementación de testeo comunitario

ESTRATEGIA

1.2. PrEP y PPE

PrEP. La profilaxis previa a la exposición (PrEP) con ARV puede ser muy efectiva. La PrEP es el uso de uno o varios medicamentos antirretrovíricos por parte de personas no infectadas que se encuentran en situación de riesgo de contraer el VIH con el fin de prevenir la infección. El uso sistemático es la clave de la efectividad. Diversos estudios han demostrado que, cuando las personas realizaron el uso de PrEP, la reducción de la transmisión del VIH fue significativa.

La aplicación se destinará a aquellas personas con un riesgo significativo de contraer el VIH (es decir, las que forman parte de comunidades donde la prevalencia supera el 3%). Entre las cuestiones operativas que deben considerarse se incluyen la aplicación estricta de los criterios de inclusión, las pruebas de VIH y otras ITS, la monitorización de la toxicidad y el apoyo a la observancia. A escala nacional, la aplicación exige medidas paralelas respecto a diversas prioridades. Se identificarán los grupos de población que podrían beneficiarse de la PrEP, incluidas personas de las poblaciones y los lugares clave, estudiar sus preferencias de acceso y elaborar y aprobar distintos modelos de observancia y de generación de demanda.

PPE. La Profilaxis Post Exposición (PPE) se debe ofrecer sin restricción de ningún tipo: a) en caso de accidente laboral u ocupacional con fuente positiva o desconocida, b) en casos de violencia sexual, y en c) caso de riesgo por relación sexual consentida con una pareja sexual de serología desconocida o positiva.

Suministro continuo. Los ARV para el PPE deben estar siempre disponibles, y para ello debe garantizarse la programación efectiva (y el presupuesto) de parte de los tomadores de decisión. En el caso de la PrEP, la programación efectiva, incluido el presupuesto, debe tener en cuenta la progresividad del gasto, con el objeto de que no afecte a ningún otro suministro de ARV que pudiera comprometer a las personas en TAR.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Programación y adquisición de ARV para PrEP y PPE según plan definido
2. Capacitación sobre provisión de PrEP y PPE en servicios y organizaciones civiles

3. Monitoreo y supervisión capacitante sobre provisión de PrEP y PPE en servicios y en organizaciones civiles

ESTRATEGIA

1.3. Monitoreo de la Cascada de Prevención

El marco de monitoreo para población clave está estructurado de tal manera que permite la construcción del continuo de atención de las personas tanto seronegativas como seropositivas para el VIH (cascada de negativos y cascada de positivos)²⁷. El monitoreo de la cascada de la prevención implica un seguimiento longitudinal de las personas seronegativas de grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y, mediante servicios de prevención, se mantienen libres de VIH.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Capacitación al personal de salud y de las organizaciones de base comunitaria
2. Adquisición de reactivos y medicamentos para ITS
3. Adquisición de vacunas para VHB
4. Elaboración de materiales educativos
5. Seguimiento y supervisiones capacitantes de la implementación

ESTRATEGIA

1.4. Promoción por pares

La promoción de pares es fundamental para la prevención del VIH, otras ITS, y la reducción de daños por uso de drogas. Además, se convierte en un espacio idóneo para suministrar información fidedigna y contribuir con los derechos sexuales y derechos reproductivos, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la sexualidad saludable y responsable, y limitando los riesgos para la salud. Además de prestar servicios, los pares pueden actuar como modelos y ofrecer un apoyo respetuoso y libre de prejuicios que puede ayudar a disminuir el estigma, lo que facilita el acceso a los servicios y mejora su aceptabilidad. Cabe destacar la importancia del perfil del/a promotor/a par quien, además de conocimientos debe contar con actitud de servicio, habilidades para transmitir la información y ganarse la confianza de sus pares, así como

El abordaje debe realizarse a partir del enfoque de los derechos humanos y la no discriminación, el género, los determinantes sociales, la salud pública y la promoción-prevención-atención del VIH/sida e ITS.

Cobertura nacional progresiva de Promotores Pares. Es importante que se realice un incremento progresivo de promotores pares capacitados para cubrir las necesidades de la población a nivel nacional. Además, los procesos de formación y actualización de los promotores deben ser continuos, para garantizar la calidad del servicio prestado en base a los enfoques pre-establecidos.

El desarrollo de las intervenciones de la promoción y prevención de la infección por VIH dirigidos a poblaciones clave, por subgrupos y en zonas específicas, favorece los objetivos de

²⁷ Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para población clave en América Latina, OPS, 2019

la promoción en general e impactan en la comunidad. Las acciones de promoción y prevención tienen que tener en cuenta el marco social y cultural pre-existente, las evidencias científicas, y los procesos individuales y comunitarios, para poder contribuir al impacto de las acciones.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Relevamiento y actualización continua (a través de georreferenciación) de los Hot Spots de población para HSH de modo que sirva de guía para la priorización de intervenciones según la característica de cada lugar
2. Relevamiento y actualización continua (a través de georreferenciación) de los Hot Spots de población para MTS de modo que sirva de guía para la oferta de servicios
3. Formación de promotores pares indígenas (por familia lingüística) para el abordaje de prevención y atención
4. Capacitación, seguimiento y supervisión de las tareas de los promotores pares
5. Insumos y materiales informativos y educativos para la práctica en terreno
6. Plan de incremento progresivo de promotores pares, con la colaboración de las organizaciones de poblaciones clave
7. Gestionar recursos financieros para la implementación de la estrategia
8. Capacitación e implementación de la estrategia de reducción de daños

ESTRATEGIA

1.5. Estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento

La administración de ARV puede prevenir y tratar el VIH. El uso de ARV para la prevención de la infección por el VIH: se refiere a los beneficios de la prevención de la infección por el VIH mediante ARV, e incluye su uso para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, reducir la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes y prevenir la infección por el VIH cuando una persona resulta expuesta (PPE y PrEP).

El TAR consiste en el uso de una combinación de tres ARV o más para tratar la infección por el VIH. El TAR es un tratamiento de por vida. Los términos “TAR combinado” y “TAR de gran actividad” son sinónimos.

La Adherencia se refiere al grado de cumplimiento, por parte de la persona usuaria, de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, logro de cambios en estilos de vida, etc. Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del/a usuario/acompañante como factores relevantes a ser tomados en cuenta.

La supresión del virus (Indetectable): Se refiere a una carga viral por debajo del umbral de detección al emplear pruebas virológicas.

El fracaso virológico es la incapacidad de lograr o mantener la supresión del virus por debajo de un umbral determinado. El fracaso virológico se define como una carga viral >1000 copias/ml persistentemente detectable (dos mediciones consecutivas con un intervalo de 3 meses y con apoyo a la adhesión al tratamiento entre ambas determinaciones) tras un mínimo de 6 meses de TAR.

Está indicado el inicio temprano del tratamiento antirretroviral independientemente de la cifra de linfocitos CD4.

En las directrices unificadas de la OMS sobre el uso del TAR del 2015, se recomienda dar inicio al tratamiento antirretroviral en toda la población, incluidas las personas de los grupos de población clave. El inicio temprano del TAR se recomienda por razones clínicas, otorgando prioridad a las personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B que presenten una hepatopatía grave o tuberculosis activa.

La justificación para comenzar el TAR independientemente de la cifra linfocitos CD4 a las personas de los grupos de población clave que tienen VIH es tanto por motivos de acceso y adherencia (aumentar el acceso al tratamiento antirretroviral de los grupos que actualmente tienen escaso acceso, vinculación deficiente y altos porcentajes de pérdida al seguimiento tras el diagnóstico) como para lograr el beneficio para la salud pública al disminuir la transmisión del VIH, ya que cuando la persona presenta supresión viral (indetectable), el riesgo de transmisión del VIH se reduce muy significativamente.

Según un estudio realizado entre parejas serodiscordantes, cuando el miembro seropositivo de la pareja iniciaba el TAR inmediatamente, la transmisión del VIH se reducía en un 96% en comparación con el TAR tardío tras un descenso en el recuento de células CD4 o al inicio de los síntomas relacionados con el VIH-1. El efecto del TAR en la transmisión del VIH probablemente sea inferior al margen de condiciones de estudio perfectas debido a un uso menos sistemático del TAR o a la transmisión de parejas de fuera de la relación que puedan no seguir el TAR. De todas formas, los datos sobre los efectos del tratamiento a nivel poblacional sugieren que el TAR está contribuyendo de manera importante en la reducción de las cifras de nuevas infecciones.

Suministro continuo. Es un derecho de las personas viviendo con VIH el acceso universal al TAR, y las alternativas suficientes y oportunas de TAR en caso de fracaso virológico, por lo tanto deben tenerse en cuenta los procedimientos legales, presupuestarios e institucionales, para garantizar el suministro continuo e ininterrumpido de los ARVs, además de tener en cuenta los determinantes sociales y las inequidades sanitarias que se convierten en barreras de acceso, con el objeto de eliminarlas y garantizar el derecho y la no discriminación.

Abordaje para la Adherencia: Para mejorar la adherencia deben aplicarse al menos estas estrategias:

- Consejería de pares en el contexto hospitalario, y comunitario, cuyo objetivo es brindar un acompañamiento cálido desde la experiencia personal de una Persona Viviendo con VIH (PVV) que ya ha pasado por el proceso de asimilación de su condición serológica y se encuentra en adherencia. En la consejería se ofrece orientación, contención y apoyo para la toma de decisiones informadas y racionales, además de promover la vinculación permanente de la persona usuaria al sistema de salud para recibir el tratamiento oportuno.

La Consejería de pares supone una intervención combinada:

- Intervención biomédica: Seguimiento de los controles y estudios laborales indicados por el personal médico
- Intervención psicológica: A través de la orientación, la contención, y el apoyo durante el proceso de aceptación de vivir con VIH
- Intervención estructural: Al servir de puente para la integración y el mantenimiento de la PVV en el Sistema de Salud.

- Apoyo psicológico y social, cuyo objetivo es brindar contención psicológica a las PVV recientemente diagnosticadas para propiciar la adherencia al TAR, y el abordaje social busca

incidir sobre los determinantes sociales que pudieran afectar a la adherencia de las PVV. Adicionalmente, plantea la vinculación de las PVV a los servicios de salud y el seguimiento continuo de la observancia del tratamiento.

- **Círculos de aprendizaje.** Promueven conductas de autocuidado para disminuir el riesgo de adquirir coinfecciones, reinfecciones y/o infecciones oportunistas, además de fortalecer los vínculos de apoyo a las PVV con su entorno (social, familiar e institucional), incluyendo también la temática de violencia intrafamiliar, para la vinculación efectiva al servicio y una mejor adherencia al TAR.

- **Seguimiento activo.** La búsqueda activa de las PVV no adherentes al TAR constituye una estrategia clave para reiniciar el TAR. Implica el contacto telefónico (llamadas y/o mensajes) y/o visitas domiciliarias hasta lograr la vinculación efectiva al servicio.

- **Charlas de autocuidado y adherencia.** La provisión de información de manera sencilla, clara y amena constituye una herramienta para facilitar la comprensión y el empoderamiento del cuidado de la salud para las PVV. Este espacio permite la interacción con las PVV, disipando dudas e intercambiando opiniones y prácticas.

Grupos de ayuda mutua (GAM). Estos dispositivos reúnen a personas que tienen un problema o dificultad en común y que se ven afectadas de manera directa. En el grupo, los participantes pueden compartir sus experiencias y sus formas de afrontar las situaciones de la vida cotidiana. Así mismo, se apoyan mutuamente, aprenden nuevas estrategias para enfrentar y resolver problemas, y cómo usarlas en situaciones similares de sus vidas. Es una modalidad que, a partir del acompañamiento, la escucha activa, la empatía y en ocasiones la intervención de terapeutas; psicólogos/as, y/o trabajadores sociales, y/o personal con experiencia en cuidados de personas y/o grupos, genera condiciones para crear nuevos significados de las experiencias a partir del compartir grupal. Implica el involucramiento de la persona con su proceso de restablecimiento y reconstrucción de su proyecto de vida.

La estructura de los grupos responde a las necesidades de las poblaciones clave, y deben adecuarse a sus particularidades, incluyendo la participación de un profesional en carácter de facilitador si fuera necesario, según lo mencionado anteriormente, y ser liderado por un miembro del grupo entrenado para la tarea.

El acompañamiento de los Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que aquí se propone, tienen que tener en cuenta los principios rectores de la respuesta, y mantener el enfoque bio-psico-social, enfoque de determinantes sociales, enfoque de derecho, de género, de igualdad y no discriminación, y para que tenga efecto en la adherencia, tiene que promover siempre el empoderamiento de las personas para tomar decisiones saludables que mejoren su calidad de vida.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Programación, adquisición y distribución de ARV.
2. Seguimiento telefónico de adherencia al tratamiento, desde los SAI, y supervisando su cumplimiento
3. Visitas domiciliarias a PVV no adherentes
4. Charlas sobre auto cuidado y adherencia
5. Capacitación y actualización a profesionales
6. Sostener y ampliar el alcance de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)
7. Consejería para la adherencia en el contexto hospitalario, y comunitario

8. Identificación y abordaje de factores de riesgo que afectan negativamente la adherencia

ESTRATEGIA

1.6. Eliminación de la Transmisión Materno Infantil-Plus (ETMI+)

ETMI PLUS es el marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

La visión de la iniciativa ETMI Plus, según lo establece la OPS/OMS es lograr que haya una generación sin infección por el VIH, sífilis congénita, hepatitis B y enfermedad de Chagas. El fin último de la iniciativa es eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la hepatitis B perinatal para el 2020.

Las metas de eliminación son las siguientes: reducir la tasa de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos; reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos; reducir la prevalencia de AgHBs en los niños de 4 a 6 años de edad a 0,1% o menos; lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.

Para ello, se propone integrar medidas contra la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual en general, la infección por el virus de la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las políticas, programas y servicios de las áreas de salud sexual y reproductiva, atención prenatal, salud de la madre y el niño, y salud de la familia y la comunidad, particularmente a través de la estrategia de atención primaria. Así como intensificar la diseminación de información estratégica acerca de la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en los servicios de salud de la madre y el niño, y por último mejorar la red de laboratorios y la calidad y gestión de la cadena de suministros.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Incorporar el abordaje del VIH, la sífilis y de la hepatitis B integrando acciones a SSR, atención prenatal, salud de la madre y el niño, programa de Chagas, y salud de la familia y la comunidad, particularmente a través de APS, con un enfoque de Salud pública que priorice el tratamiento oportuno tanto a las embarazadas como a sus parejas.
2. Revisión y ajuste, si necesario, de los sistemas de registro de embarazadas de forma que éste sea nominal para el seguimiento de la cobertura de las prestaciones
3. Capacitación continua y supervisiones capacitantes para evitar la pérdida de oportunidad para la oferta de la prueba, el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de la embarazada y su niño
4. Supervisión y mejoras de la gestión de la cadena de suministros
5. Campañas de comunicación sobre VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en los servicios de salud de la madre y el niño

6. Garantizar una cobertura de vacunación de la Hep B >95% en niños menores de 1 años y la aplicación de la vacuna al recién nacido de madres con HepB y la gamaglobulina específica contra la HepB lo más precozmente posible²⁸.

ESTRATEGIA

1.7. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Los datos indican un crecimiento significativo de las ITS en población clave en varios países de América Latina, incluido Paraguay. Estos grupos continúan presentando una carga alta de sífilis, que va de 1% a 27% en el caso de los hombres gay y otros HSH y de 0,5% a 14% en TS.

La integración de servicios, como la realización de pruebas de sífilis, de hepatitis B y/o de otras ITS cuando se ofrece la prueba de VIH a los grupos de población clave, contribuye a mejorar la detección oportuna.

Para conseguir la integración de los servicios, además de establecer un programa, que incluya progresivamente un paquete de servicios completo de ITS vinculados con el VIH, es necesario recoger datos sobre la calidad, la utilización, la aceptabilidad de los servicios accesibilidad de los servicios de ITS en el momento del mapeo de las comunidades y de las poblaciones clave. Esta información puede utilizarse para determinar la demanda de los servicios de ITS y para desarrollar un plan para mejorar los servicios existentes o establecer nuevos.

Teniendo en cuenta que las poblaciones clave presentan un mayor riesgo de contraer las ITS y sus factores de riesgo son diferentes a los de la población en general, deben ser elaborados diagramas del flujo de la gestión de las ITS²⁹.

Además, deben incluirse en las acciones de promoción-prevención-testeo, el paquete completo de ITS-VIH con el objetivo de promover una mayor demanda de este servicio y el tratamiento oportuno.

Los servicios de ITS deben incluir y tener en cuenta:

- Atención y tratamiento de casos sindrómicos de las ITS;
- Diagnóstico etiológico y tratamiento de las ITS;
- Tamizado y tratamiento de las ITS asintomáticas

Organizar los servicios clínicos de ITS: Supone el establecimiento de una estructura de gestión operativa que detalle específicamente los roles y responsabilidades a diferentes niveles de la estructura de los servicios de salud. Deben identificarse los mecanismos de comunicación y coordinación, y articularse claramente las responsabilidades de apoyo técnico y supervisión en los diferentes niveles de atención.

²⁸ Normas Nacionales de Vacunación, Técnico administrativas y de Vigilancia del Programa Nacional de Enfermedades Inmuno Prevenibles y PAI, 2017

²⁹ Ejemplos de estas directrices y estándares se encuentran en las Clinic Operational Guidelines and Standards, elaboradas por la Avahan India AIDS Initiative (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India) y en las National Guidelines for HIV/STI Programs for Sex Workers.

Suministro continuo. Es indispensable garantizar el acceso a los medicamentos, reactivos e insumos para el tratamiento de las ITS de manera oportuna, y por lo tanto deben tenerse en cuenta los procedimientos legales, presupuestarios e institucionales, para garantizar el suministro continuo e ininterrumpido de los mismos, además de tener en cuenta los determinantes sociales y las inequidades sanitarias que se convierten en barreras de acceso, con el objeto de eliminarlas y garantizar el derecho y la no discriminación.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Revisión de guías de ITS, que incluya los diagramas del flujo de la gestión de las ITS en poblaciones clave
2. Supervisión y mejoras de la gestión de la cadena de suministros
3. Capacitación continua al personal de salud incorporando el tamizaje a todos los/as usuarios/as ya sean sintomáticos o asintomáticos, el diagnóstico precoz, uso prudente de ATB y tratamiento a las parejas/contactos sexuales, oferta de condones y lubricantes
4. Implementación del consultorio móvil para el manejo sindrómico de las ITS de en población clave
5. Implementación del manejo sindrómico de las ITS en servicios del primer y segundo nivel de complejidad (USF y Centros de Salud)
6. Capacitación continua al personal de salud de los establecimientos penitenciarios para el manejo sindrómico de las ITS
7. Incidencia política para incorporar a las ITS en la agenda pública que garantice la provisión continua de medicamentos, reactivos e insumos para las ITS
8. Organizar los servicios clínicos de ITS e incrementar la oferta de diagnóstico y tratamiento a las parejas y a los niños (en caso de embarazadas).

ESTRATEGIA

1.8. Provisión de condones y lubricantes

Los condones siguen siendo la única herramienta disponible que garantiza la protección triple frente: al VIH, otras ITS y el embarazo no deseado o no planificado, dado que son barreras impermeables a los agentes infecciosos contenidos en los fluidos genitales. Su promoción ha repercutido de manera sustancial en las epidemias de muchos países. Así también el uso de lubricantes compatibles con el condón ha contribuido a reducir la posibilidad de que este se rompa en las relaciones anales y vaginales.

De acuerdo con investigaciones realizadas en parejas serodiscordantes, en las que un miembro de la pareja contrajo el VIH y el otro no, indican que el uso correcto y continuado del condón reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH.

Garantizar la estrategia a través de una programación efectiva de condones y lubricantes requiere de alianzas estratégicas intersectoriales con todos los tomadores de decisiones, del nivel legislativo y ejecutivo, además de los siguientes socios: Organizaciones de poblaciones clave, ONG's, organizaciones de base comunitaria, agencias de Naciones Unidas, el sector privado, organizaciones de marketing social, agencias de donantes, entre otros.

Promoción del acceso. Las campañas que promueven el uso del condón deben aumentar la concienciación, fomentar la aceptabilidad y los beneficios, y ayudar a superar los determinantes sociales y personales que dificultan su uso. Además, el uso de condones y

lubricantes debe ser promovido como parte de un acercamiento global a la salud sexual, sin juicios morales, y medicamente correcta con los individuos, grupos y a nivel comunitario.

Provisión y suministro de condones y lubricantes. Si bien en Paraguay los condones y los lubricantes se venden sin restricciones, suministrarlos gratuitamente y de forma adecuada a las personas de grupos de población clave, elimina una de las barreras principales, la económica. Por tanto, los condones deben ofrecerse de manera gratuita en los servicios de salud, así como por otros actores de la respuesta nacional para garantizar el acceso de forma amigable a los diferentes grupos de población clave y en particular, a la población joven de estos grupos. Es fundamental que siempre se distribuyan, junto con los condones lubricantes que sean adecuados. El lubricante reduce el riesgo de rotura de los condones y su deslizamiento, y puede reducir cualquier incomodidad durante las relaciones sexuales con penetración.

Empoderamiento para la toma de decisiones. Junto con la promoción y el suministro de condones, a través de los diferentes actores, se deben ofrecer tanto información suficiente, como habilidades para negociar el uso del condón. Para ello, es necesario transversalizar la perspectiva de género, y tener en cuenta factores de orden religioso y cultural que pueden dificultar su uso.

En el caso particular de las **personas en situación de encierro**, antes de realizarse cualquier entrega de condones deben planificarse cuidadosamente las acciones de promoción, tanto para los internos, como para el personal penitenciario.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Programación, adquisición y distribución de condones y lubricantes en servicios de salud, en organizaciones de población clave y en instituciones penitenciarias
2. Campañas que promueven el uso de condones y lubricantes para la población general, con énfasis en población clave y población vulnerable
3. Implementar un plan piloto de uso de condón femenino
4. Estrategias de comunicación y gestión para distribución de condones y lubricantes en establecimientos penitenciarios

ESTRATEGIA

1.9. Comunicación efectiva de las intervenciones

Los programas específicos con enfoques de prevención del VIH basados en la comunicación y el cambio social han generado resultados interesantes, por lo que el diseño de campañas promocionales debería tener en cuenta la combinación de aspectos como: la prevención del VIH relacionada a la violencia por parte de las parejas íntimas, la promoción de los servicios disponibles y gratuitos de los servicios de detección y consejería del VIH, la educación de pares, las comunicaciones en medios de comunicación masivos, la educación integral de la sexualidad en centros educativos, la planificación familiar para mujeres que han contraído el VIH, los programas de generación de ingresos y la consejería sobre la sexualidad saludable y responsable, que limite los riesgos para la salud (por ejemplo, para parejas serodiscordantes).

Es importante la combinación de métodos porque los resultados en la prevención del VIH y en la demanda de servicios, independientemente del contexto, aumenta cuando en la

fórmula además de la combinación de las intervenciones biomédicas, se incluyen otros tipos de acciones y otros actores.

La comunicación estratégica debe realizarse con campañas públicas, y según sea pertinente en alianza con Instituciones privadas (análisis, uso y diseminación de la información). Las campañas públicas tienen que basarse en lógicas comunicativas y promocionales, en las que la información de VIH e ITS se realice en un lenguaje amigable y atractivo, y adecuado al medio de difusión por el que se realice. Es importante que el diseño incluya las redes sociales virtuales, ya que estas herramientas contribuyen a respaldar programas de alto impacto incluso en los países de bajos ingresos, el hecho de tener un teléfono celular y acceso a Internet ha crecido considerablemente en los últimos años, y ha cambiado la manera en la que las personas interactúan y reciben información.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Realizar **campañas nacionales de sensibilización** sobre VIH, sífilis y las hepatitis víricas, mediante la promoción del plan nacional, la celebración del Día Mundial de cada enfermedad y la articulación con otros actores defensores de la causa.
2. Promocionar oferta de servicios, horario y lugares de atención y los servicios que ofrecen
3. Mayor difusión de la Ley 3940/09, educación, testeo, incluyendo a instituciones privadas
4. Desarrollar campañas de comunicación específicas para los diferentes componentes del PEN

ESTRATEGIA

1.10. Innovaciones didácticas y metodológicas para capacitación permanente

Es necesario incrementar y mejorar la calidad de las capacitaciones dirigidas a funcionarios del Estado, y de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, responsables de políticas públicas y abogacía relacionada al VIH y otras ITS, con el propósito de conseguir mejores resultados en las intervenciones de promoción de derechos humanos, prevención, diagnóstico, tratamiento y atención, y además deben proseguirse los esfuerzos por sumar personas e instituciones vinculadas a la Respuesta Nacional con competencias para implementar las intervenciones.

Las capacitaciones se deben realizar bajo el enfoque biopsicosocial, y se generarán las condiciones para la participación activa de las poblaciones clave, tanto en el diseño, la planificación anual, implementación, como en la evaluación de las mismas.

En el contenido de las capacitaciones se enfatizará en actualización sobre nuevas tecnologías e intervenciones que impactan en el continuo de la atención y que hayan sido definidas por el país como prioritarias, así como también capacitación sobre la implementación de la Ley 3940, su reglamentación, incluyendo la confidencialidad de la información, el uso de nombre social de personas trans y toda otra normativa relacionada a la respuesta al VIH y otras ITS, así como las directrices técnicas y operacionales.

La experiencia ha demostrado que sólo con conocer sobre el VIH no es suficiente para disminuir el estigma y la discriminación, incluso dentro de los propios servicios de salud, por lo que las capacitaciones deben incluir competencias específicas para mejorar la calidad de

las prestaciones y servicios, el desarrollo del liderazgo, los principios éticos y la calidez del trato, la conciencia crítica y la sensibilización frente a los derechos humanos.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Desarrollar un plan de capacitación que incluya capacitaciones presenciales, virtuales y continuas
2. Desarrollar e implementar un instrumento de supervisión capacitante en las diversas áreas del continuo de la atención
3. Diseñar, implementar y evaluar la puesta en práctica de nuevas modalidades de capacitación y formación dirigidas al personal de salud de diferentes niveles y a los demás actores de la respuesta nacional, que incorporen innovaciones didácticas y metodológicas

ESTRATEGIA

1.11. Educación Integral en Sexualidad

La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de conocimientos basados en datos científicos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos.

Los adolescentes y jóvenes necesitan recibir EIS porque, en un momento donde lo virtual acelera el acceso a información, éstos reciben información confusa y contradictoria sobre las relaciones y el sexo a medida que hacen la transición de la niñez a la edad adulta. Ello ha conducido a un aumento de la demanda por parte de los adolescentes y jóvenes de información confiable que los prepare para llevar una vida segura, productiva y satisfactoria.

La EIS responde a esta demanda, empoderando a los jóvenes para que tomen decisiones fundamentadas en lo que respecta a las relaciones y la sexualidad y ayudándolos a desenvolverse en un mundo donde la violencia y las desigualdades basadas en el género, los embarazos precoces y no deseados, y el VIH y otras ITS continúan planteando graves riesgos para su salud y bienestar.

Por tanto, debemos extremar los esfuerzos intersectoriales, para que la EIS sea una realidad en todos los niveles de educación, realizando una propuesta multidisciplinaria, con enfoque de derechos, que pueda ser implementada como parte de la malla curricular, así como en otros espacios de educación no formales y de salud, generando las condiciones de promoción y prevención del VIH y otras ITS, abordando las normas sociales y el estigma en cuanto a la sexualidad, la identidad de género y la orientación sexual, instaurando políticas antidiscriminatorias.

La Ley 3940, en su Artículo 12, establece que la Educación es una Estrategia de Prevención. Dispone que el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Universidad Nacional de Asunción y otros organismos

educativos, deberán incluir en los programas de enseñanza de las instituciones educativas información sobre las ITS, el VIH y SIDA basada en conocimientos científicos actualizados, así como también las formas de prevención de la transmisión y el respeto de los derechos humanos de las PVV.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Revisión y actualización de materiales educativos y guías de EIS;
2. Capacitar a la comunidad educativa y a prestadores de atención de salud en la EIS;
3. Apoyar reuniones, talleres, acciones de incidencia y esfuerzos intersectoriales sobre la EIS, desde el CONASIDA;
4. Revisar los contenidos curriculares del MEC y la UNA, relacionados a VIH, otras ITS y estigma y discriminación;

EJE 2

Atención para un acceso equitativo

OBJETIVO 5: Fortalecer la capacidad de las instituciones públicas y privadas de diversos sectores para la atención y apoyo integral de las PVV, en temas de ejercicio de derechos en general (salud, educación, justicia, trabajo, etc).

OBJETIVO 6: Fomentar el desarrollo de entornos favorables de manera intersectorial mediante una gestión coordinada de instituciones públicas y privadas para brindar apoyo a las poblaciones afectadas por el VIH y en situación de vulnerabilidad.

OBJETIVO 7: Potenciar el sistema de monitoreo, vigilancia e información que permita diseñar políticas de salud, monitorearlas y hacer una evaluación de las mismas.

OBJETIVO 8: Diseñar, implementar y evaluar intervenciones efectivas para incidir en la defensa de derechos de personas viviendo y conviviendo con el VIH y otras ITS.

Aumentar el acceso a una atención equitativa, universal e integral en la problemática del VIH/SIDA y las otras ITS en el Paraguay, que incluyan la promoción, la prevención, el diagnóstico, la vinculación, la retención y el cumplimiento terapéutico.

OBJETIVO 9: Fortalecer las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH para la contratación social

2.1. Integración de los servicios de salud y otros servicios (violencia, salud mental, adicciones, etc)

Se denominan servicios de salud integrados a aquellos que se gestionan y brindan de tal modo que se garantiza que las personas reciben un **conjunto integral de servicios** de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, atención integral de las enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, en los **diferentes niveles y lugares de atención** del sistema de salud y **según sus necesidades, durante toda la vida**. Implica la planificación, implementación y monitoreo de actividades colaborativas de forma coordinada entre los diversos programas.

La Ley 1032/96 creó el Sistema Nacional de Salud de Paraguay, disponiendo en el artículo 4to. su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado. El Decreto Nº 21376/1998, establece la organización y estructura institucional del MSPyBS, con la conformación de 18 Regiones Sanitarias, por niveles de complejidad y de atención distribuidos en Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Hospitales Regionales. Las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) articulan las unidades del MSPyBS a otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados, como, por ejemplo: con los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Policial, Sanidad Militar, Municipios y Gobernaciones, entre otras; para lo cual establecerán acuerdos, convenios, alianzas.

Las RIISS, basadas en la estrategia de APS, buscan contribuir en el avance hacia el acceso universal y la cobertura universal de salud de la población a los servicios, en el marco del derecho humano, mediante la implementación de mecanismos que orienten el ordenamiento territorial, la reorganización de los servicios, la articulación y el desarrollo de

las Redes, el fortalecimiento de los Recursos Humanos, los procesos de gestión y el financiamiento institucional.

El modelo de atención de las RISS propone el abordaje de la salud en su entorno ambiental, socio-económico y cultural, considera los determinantes sociales de la salud, estudia las características demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales de la población a cargo y realiza acciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos centrados en las personas, familias y comunidades.

El Sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector Salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación de la enfermedad de individuos, familias y comunidades dentro del territorio de la República

Para mejorar la accesibilidad y dar respuesta a las necesidades en salud de las diferentes personas es necesario integrar en todos los niveles (local, distrital y regional), los servicios de atención de la infección por el VIH y otras ITS con otros servicios clínicos que sean pertinentes, como los relativos a la tuberculosis, la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, la nutrición, el tratamiento de consumo problemático de sustancias, la orientación en situaciones de violencia, entre otros.

La integración implica establecer **sistemas de vinculación para intercambiar información**, fortalecer la vigilancia epidemiológica integrada a nivel nacional y en las Unidades Epidemiológicas Regionales e instaurar **vías de derivación** entre los distintos entornos y prestadores. Los sistemas deben ser capaces de intercambiar información entre programas (por ejemplo, programa de tuberculosis y VIH). Para ser exitosos se incluye a trabajadores sociales o agentes comunitarios para el seguimiento y el apoyo de consejeros pares que puedan facilitar las intervenciones descriptas en el Eje 1 de este PEN 2019-2023. Otras intervenciones que se deberían considerar en un conjunto de servicios integrales incluyen:

Algunos aspectos de la coordinación que es preciso tener en cuenta comprenden: **movilización y la asignación de recursos; la capacitación, la tutoría y la supervisión del personal de salud; la compra y la gestión** de los medicamentos e insumos; y el **seguimiento y la evaluación**.

Garantizar la integración de los servicios implica establecer el conjunto de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención que deberían estar disponibles para cada población clave, **determinar la ruta de atención, describir los núcleos de producción de los servicios de salud** en sus componentes de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de los pacientes, y a partir de las brechas, diseñar e implementar un plan de ampliación de servicios para cada región sanitaria. Es posible reducir los costos para la persona usuaria **acortando los períodos de espera en el establecimiento**, ofreciendo **sistemas de citas flexibles** y separando las visitas a los consultorios de las visitas para recoger medicamentos.

Con respecto a las áreas donde tradicionalmente se establecen acciones colaborativas, destacan:

Tuberculosis

Con la integración de los servicios se busca facilitar que pacientes con la coinfección TB-VIH retiren medicación tanto para la TB como el VIH en el mismo punto de atención. Es esencial que los programas contra la tuberculosis y el VIH, los servicios sociales, la entrega de medicamentos y los servicios de salud penitenciarios colaboren en cuanto a las derivaciones y los servicios destinados a las personas de los grupos de población clave para garantizar el acceso a programas integrales de prevención, tratamiento y atención de la tuberculosis y la infección por el VIH centrada en la persona —en un solo sitio, si fuera posible— que potencie al máximo el acceso y el cumplimiento terapéutico.

Se recomienda comenzar a administrar el tratamiento antirretroviral a los pacientes seropositivos al VIH que tienen tuberculosis a través de los servicios de atención de la tuberculosis, así como vincularlos a la atención continua de la infección por el VIH y el tratamiento antirretroviral. Desde febrero del 2015 se indica tratamiento preventivo de la tuberculosis con isoniacida (INH) a los pacientes PVV que no presenten signos de tuberculosis activa, según las directrices nacionales.

El país tiene como meta que el 100% de pacientes con TB sea testados para VIH, asegurando la vinculación de las personas positivas. El PNCT tiene previsto en este periodo expandir el uso de Gene Xpert para el diagnóstico de TB y MDR en PVV. La meta al 2020 que todas las regiones sanitarias cuenten con al menos un equipo de Gene Xpert y mejorar la provisión de medicamentos a nivel nacional por el PNCT en las farmacias de las regiones sanitarias y los servicios que ofrezcan atención a las PVV. Otra de las acciones previstas, es la utilización de los equipos de Gene Xpert del PNCT para la realización del análisis de la carga viral del VIH.

Salud Sexual y Reproductiva

Implementar acciones conjuntas entre el programa de Salud Sexual y Reproductiva y el PRONASIDA contribuirá a disminuir las Infecciones de Transmisión Sexual, ITS, incluyendo la Sífilis y el VIH, por medio de estrategias de prevención, de información, de detección precoz y de tratamiento adecuado y oportuno. Ello implica el desarrollo inter-programático de acciones que prevengan la transmisión materno - infantil del VIH, así como de la sífilis y otras ITS, su detección precoz y tratamiento oportuno, logrando la adherencia a las normas nacionales vigentes.

Además, la oferta integrada de condones y lubricantes y de información para su uso correcto en las redes de servicios de salud y en la comunidad, a través de la estrategia de funcionamiento de dispensadores de condones, accesibles a toda la población, contribuirá a la universalización del acceso de los mismos.

Por último, la abogacía conjunta con el Parlamento, el Ministerio de Hacienda y otras instituciones, para lograr presupuestos adecuados que aseguren la disponibilidad de condones y lubricantes, de tratamiento para ITS y de antirretrovirales (ARV), de acuerdo a las necesidades del país, regiones geográficas y grupos específicos de población permitirá una mejor integración y coordinación de las acciones colaborativas.

Salud mental

Los estudios indican que los trastornos de salud mental de las personas con VIH pueden dificultar el inicio del tratamiento y el cumplimiento terapéutico, lo que deriva en resultados terapéuticos deficientes. La presencia de comorbilidades de salud mental puede influir en la adhesión al tratamiento con antirretrovirales a causa de olvido o mala organización, escasa motivación o incomprensión de los planes terapéuticos.

El apoyo psicosocial, el asesoramiento, las farmacoterapias apropiadas y algunas intervenciones, así como la atención médica integral, pueden ayudar a mejorar el cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales y la retención en la atención.

Adicciones y Violencia

Tal como se mencionó en la caracterización de las poblaciones clave, en muchas ocasiones soportan situaciones de violencia, y el personal que presta atención debe estar en condiciones de ofrecer contención, asesoramiento y asistencia a víctimas, a través de servicios específicos o canales de derivación de casos. A nivel regional existe una **Propuesta de Atención Integral de los casos de Violencia contra mujeres con VIH, que podría ser** validada y adaptada al contexto local.

También hay evidencia de los beneficios que ofrece el enfoque de reducción de daños en personas con consumo problemático de sustancias, para incidir en la prevención y adherencia al tratamiento del VIH y otras ITS.

Sistema de referencia y contra referencia

El sistema de Referencia y Contrarreferencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los/as usuarios/as, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. Implica la coordinación y complementariedad de los establecimientos de salud de los distintos niveles de complejidad. Implementarlo es una de las acciones estratégicas establecidas en la RIIS y busca la atención y el seguimiento efectivo del/a usuario/a dentro de la RIIS independientemente del lugar de atención.

Red de laboratorios

En el marco de la organización de las RIIS en Paraguay se implementa la Red Nacional de Laboratorios (RNL), la cual contribuye a 1) mejorar la calidad en la atención de los pacientes, 2) consolidar el papel rector de las instituciones nacionales y 3) fortalecer el sistema de vigilancia nacional de las enfermedades epidemiológicas, cumpliendo los requerimientos del Reglamento Sanitario Internacional. La RNL establece una red jerarquizada de laboratorios por nivel resolutivo, equitativo y accesible, de cobertura nacional, sostenible y racional que garantiza servicios de calidad en la atención de los pacientes y la vigilancia epidemiológica.

Para mejorar la calidad en la atención de las PVV y apoyar la vigilancia epidemiológica del VIH y otras ITS es necesaria la integración efectiva para la realización de pruebas diagnósticas y de seguimiento del VIH y otras ITS en todos los laboratorios que forman parte

de la RNL.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

El Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI, también conocido como Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es un programa del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (MSP), que tiene a su cargo la Rectoría de todos los aspectos relacionados a la vacunación e inmunización de la población paraguaya, conforme a la Ley 2310/03.

La prevención de otras infecciones en las PVV, a través de la inmunización, está prevista en las normas nacionales, ya que la vacunación es una de las medidas más efectivas para prevenir complicaciones graves en personas con inmunosupresión. La vacuna contra la Hepatitis B se encuentra recomendada dentro del esquema de inmunizaciones tanto a niños como adultos que viven con el VIH³⁰.

Gestión de la cadena de suministros

La Logística constituye una herramienta básica en la gestión de los servicios de salud, ya que permite monitorear y evaluar los niveles adecuados de existencias y consumo de los medicamentos e insumos, con la finalidad de estar adecuadamente abastecidos y brindar una atención con calidad al usuario. El término de “logística”, se refiere a la gestión del flujo y provisión de materiales o productos (materias primas, componentes, productos acabados y/o suministros) y de personas asociadas a una organización o empresa (servicios/personal), para facilitar el proceso de producción o aprovisionamiento. El término “cadena de suministros” describe a todas las organizaciones vinculadas a la entrega de suministros, desde los fabricantes y proveedores hasta los pacientes/usuarios y a la circulación de información, sobre las necesidades de los pacientes/usuarios en materia de los medicamentos e insumos. En la práctica, los términos “gestión de la cadena de suministros” y “logística” se usan de modo intercambiable. En los sistemas de salud, el término “logística” se refiere a las actividades destinadas a seleccionar, adquirir, recepcionar, almacenar, distribuir y entregar medicamentos e insumos.³¹

Consolidar la integración del sistema de logística y suministro para el VIH y otras ITS implica, mínimamente, la cuantificación de necesidades, el almacenamiento y dispensación a los pacientes, en el nivel regional y local, con el acompañamiento del ente rector. Lograr esta integración permitirá el abastecimiento continuo e ininterrumpido de medicamentos, reactivos e insumos, en el nivel local y regional, lo que favorecerá la adherencia al TAR.

Consideraciones específicas a tener en cuenta para las prestaciones destinadas a adolescentes de los grupos de población clave:

- Reconocer y aprovechar los puntos fuertes, las competencias y las capacidades de los adolescentes de los grupos de población clave, en particular su capacidad para enunciar los servicios que necesitan.

³⁰ Manual de Manejo de la Infección por el VIH y Tratamiento Antirretroviral en Adolescentes y Adultos, PRONASIDA, 2017

³¹ Paraguay: Guía del Sistema Logístico de Medicamentos e insumos, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud – DGGIES, 2010

- Adoptar un enfoque multidisciplinario, procurando que los servicios sean lo más integrales posible para abordar las vulnerabilidades superpuestas.
- Suministrar información adaptada al desarrollo de los adolescentes de los grupos de población clave, centrándose en la reducción de los riesgos basada en conocimientos prácticos. La información puede difundirse por múltiples medios, como internet, teléfonos móviles y métodos participativos.
- Prestar apoyo psicosocial, mediante orientación, apoyo de grupos y redes de pares, y a la familia —si corresponde y así lo solicita el adolescente— para respaldar y facilitar el acceso a los servicios, especialmente donde es preciso obtener el consentimiento paterno o materno.
- Apoyar el acceso a actividades de desarrollo vocacional y fortalecimiento económico y alentar a los adolescentes a permanecer en escuela o, si ya la abandonaron, a retomar los estudios, si corresponde.

ACCIONES ESPECÍFICAS:

1. Actualizar el Plan Integral de Abordaje e Intervención del VIH en Paraguay (2014-2018);
2. Consolidar la integración de la realización de tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VIH y otras ITS en todos los laboratorios de la RNL, y el registro oportuno de los mismos en el sistema experto de VIH;
3. Reforzar la realización de pruebas de diagnóstico para infecciones oportunistas dentro de los laboratorios de la RNL
4. Revisar y actualizar la normativa referente a las auto-pruebas para el VIH y el testeo comunitario para el VIH y otras ITS
5. Impulsar el tamizaje comunitario a través de las USF y de las organizaciones de la sociedad civil;
6. Establecer un sistema de incentivos a médicos por CV suprimida de PVV
7. Ofrecimiento de vacunación contra el virus de la hepatitis B a personas con mayor riesgo de adquirir y transmitir el virus, incluyendo el personal sanitario, e indicar profilaxis tras la exposición al virus de la hepatitis B (RN de madres positivas al VHB).
8. Determinar la ruta de atención integral por población clave y describir los núcleos de producción de los servicios de salud en sus componentes de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de los pacientes, a fin de detectar brechas y establecer planes de mejora por región sanitaria. Incluye identificar a los integrantes que conforman la red de servicios, ruta de atención por RS.
9. Realizar reuniones inter-programáticas a fin de intercambiar información y cruce de datos entre el PRONASIDA y los programas de Tuberculosis, Salud Mental, Centro de Adicciones, SMI, SSR y otros.
10. Formar comités a nivel regional inter-programáticos, incluyendo la elaboración del protocolo del comité: objetivo, actividades, integrantes de cada comité (incluyendo personal médico), impulsado desde el CONASIDA
11. Organizar talleres de carácter multisectorial para la adaptación (de documentos regionales), revisión y validación de lineamientos de atención para personas con VIH en situación de violencia, adicciones, problemas de salud mental, u otras.
12. Reforzar campañas de información sobre Salud del Hombre y Promoción de los servicios de Salud del Hombre
13. Incorporar en los contenidos de talleres de atención integral el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en los servicios de atención de VIH e ITS

14. Incorporar las pruebas de detección de hepatitis víricas en directrices nacionales en los grupos de poblaciones clave y prioritarias, lo que implica fortalecer los laboratorios, garantizar los informes oportunos de los resultados, y asegurar el suministro fiable de insumos.
15. Otorgar prioridad al tratamiento de la hepatitis mediante la inclusión del acceso a tratamientos antivíricos para las personas que padecen infección crónica por los virus de la hepatitis B y la hepatitis C.
16. Apoyo legal para responder a violencias y discriminación contra las personas viviendo con VIH y otras intervenciones estructurales
17. Realizar capacitaciones a fin de socializar las normativas vigentes: Capacitaciones conjuntas con orientaciones de confirmación de casos de TB/VIH e inicio inmediato de ARV; seguimiento de casos de TB/ VIH; registro de datos.
18. Coordinar el cruce de datos entre los programas priorizados para la atención integral.
19. Fortalecer la referencia y contra referencia de pacientes con VIH, con confección TB-VIH para el inicio precoz del tratamiento antirretroviral, y con otras ITS.
20. Capacitar al personal de salud y actores comunitarios en el enfoque de reducción de daños para personas de poblaciones claves con consumo problemático, y abordar los obstáculos jurídicos e institucionales para la prestación de servicios de reducción de daños.
21. Acordar protocolos de atención que faciliten el acceso a los servicios sociales del Estado y los beneficios públicos, a través de articulación y alianzas
22. Fortalecer las estructuras y procesos de gestión de las adquisiciones y el suministro asegurando su integración en el sistema general de gestión de las adquisiciones y el suministro.
23. Capacitar a las RS en la cuantificación de necesidades de medicamentos, reactivos e insumos y en el uso de las herramientas informáticas de gestión de gestión y seguimiento.

2.2. Acciones basadas en la comunidad

Los enfoques de la prestación de los servicios basados en la comunidad pueden aumentar la accesibilidad y la aceptabilidad para los grupos de población clave y en población priorizada, por ejemplo, en los adolescentes. Los enfoques que se valen de las actividades de extensión, los servicios móviles, los centros de acogida y los puntos de reunión posibilitan llegar a quienes tienen un acceso limitado a los establecimientos de salud formales. Estos enfoques habilitan vinculaciones y derivaciones fundamentales entre la comunidad y los establecimientos de salud, y respaldan la descentralización. Los programas basados en la comunidad también pueden ser aquellos dirigidos y ejecutados por miembros de los grupos de población clave. El personal, que puede estar conformado por pares, que interviene en los enfoques basados en la comunidad debe recibir el apoyo apropiado, tanto en términos de capacitación, supervisión y gestión como de incentivos y remuneración.

Para mejorar la accesibilidad, espacios seguros (tanto para la atención de salud como para los servicios sociales) y los entornos confidenciales y sin estigmatización pueden promover el acceso de las personas de los grupos de población clave. Por ejemplo, la ubicación de los servicios en un entorno apropiado puede disminuir los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios.

Se ha demostrado que los servicios dirigidos por organizaciones de base comunitaria aportan beneficios significativos en cuanto a los resultados relativos al VIH. También permiten a los miembros de la comunidad abordar los obstáculos estructurales que impiden el ejercicio de sus derechos.

Los puntos de cuidados o espacios seguros son locales comunitarios, co-gestionados por diversos actores de la Respuesta Nacional, donde las personas de población clave pueden relajarse, socializarse y llevar a cabo actividades en grupo, informarse sobre diversas actividades. Este tipo de espacios apoya a las personas a fortalecer los lazos sociales y a formar un sentido de comunidad, que les favorece para la movilización comunitaria, la capacitación y la organización de iniciativas, teniendo positivo impacto sobre las barreras estructurales. Con estas características, estos espacios se convierten en el principal lugar para la interacción entre la población clave y la respuesta al VIH.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Instalación de clínica y espacio de atención integral gestionada por mujeres trabajadoras sexuales, donde tengan acceso adecuado y seguro a condones, lubricantes y servicios clínicos, pruebas de detección y el asesoramiento, así como la vinculación a los servicios de prevención, atención y tratamiento de la red del MSPyBS
2. Fortalecer los servicios comunitarios y puntos de cuidado de organizaciones de sociedad civil en el país (CTVs y otros centros)
3. Establecer mesas de trabajo, comités comunitarios y grupos asesores transectoriales, para proporcionar una retroalimentación y buscar articulaciones para garantizar otras respuestas, como por ejemplo con los servicios sociales que se encuentran fuera del programa de prevención del VIH;
4. Ampliar las prestaciones para la población asignada de las USF, de modo a que incluyan la provisión de servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de VIH y otras ITS, en la comunidad, en los centros penitenciarios y en las comunidades indígenas, según corresponda

2.3. Gestión del Conocimiento

Se reconoce que la generación de la información y su transformación en conocimiento son fundamentales para definir, implementar y evaluar las acciones relacionadas a la respuesta al VIH y otras ITS. El conocimiento se basa en datos y en información, pero está ligado a personas, y su gestión está asociada a la práctica con la visión de solucionar problemas. La gestión del conocimiento implica procesar la información de tal manera que genera conocimientos, apoya procesos de aprendizaje, permite crear nuevos servicios, y perfeccionar los procesos, para mejores resultados. El uso estratégico de la información debe permitir tomar decisiones.

Se parte de la idea de que la información y el conocimiento se encuentran en los mismos actores de la respuesta, aunque en forma dispersa y no aprovechada. La gestión del conocimiento implica desarrollar la capacidad de aprender de manera creativa y adaptativa.

A través de una estrategia de gestión de la información descentralizada, se busca **fortalecer la generación de información y la gestión del conocimiento en el nivel local** para la correcta toma de decisiones, generando insumos para la planificación, implementación y

evaluación de acciones programáticas. Implica acciones en el área de **investigación, vigilancia epidemiológica y monitoreo programático**, mejorando los tres componentes de la gestión del conocimiento: el capital **intelectual** (manuales, guía y protocolos, capacitación); el capital **estructural** (las bases de datos y los sistemas informáticos) y el capital de **relacionamiento** (la retroalimentación y uso de la información)³².

Se plantea además como una necesidad el establecer un **sistema de vigilancia centinela**, para describir las tendencias del VIH, las prevalencias de sífilis, Hepatitis B, y otras ITS, y vigilar los principales indicadores de comportamientos asociados al riesgo de infección por el VIH en poblaciones clave, dichos indicadores serán relacionados con las tendencias históricas de VIH para guiar oportunamente las intervenciones de prevención, atención, tratamiento y control de la epidemia del VIH en Paraguay.

ACCIONES ESPECÍFICAS:

1. Incorporar indicadores de calidad de servicios, estigma y discriminación (revisar estándares internacionales) para la atención del VIH y otras ITS;
2. Implementar capacitaciones continuas en calidad y análisis del dato, en el nivel local y regional para la mejora en el registro, la consolidación y el análisis de los datos;
3. Elaborar planes de acción regionales y locales que incorporen mecanismos de retroalimentación y difusión de la información, desagregado por población;
4. Realizar estudios de estigma y discriminación hacia las PVV y hacia las poblaciones clave;
5. Implementar Centros de Vigilancia Centinela del VIH y otras ITS para la recolección rutinaria de información epidemiológica y para monitorear la etiología de las ITS;
6. Conformar la Red de investigación en VIH/sida que oriente la generación de una agenda de investigación en VIH/SIDA para dar cumplimiento al art. 19, de la Ley 3940/09, que establece al PRONASIDA como ente rector y le da la responsabilidad de prestar asistencia técnica a toda investigación en materia de VIH/SIDA/ITS.
7. Realizar investigaciones operativas de la prestación de servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ITS;
8. Realizar encuestas conductuales y de vigilancia serológica de sífilis, VIH y Hepatitis B en los grupos de población clave para contar con datos actualizados sobre la prevalencia e información sobre las experiencias, los riesgos y la utilización de los servicios de las personas de estos grupos;

2.4. Delegación de funciones en la prestación de los servicios

La delegación de funciones consiste en redistribuir de manera racional las tareas entre los trabajadores de la salud. De esta manera, se reasignan tareas complementarias a agentes de salud con menor formación profesional. Las organizaciones dirigidas por la comunidad también pueden ser importantes para llegar a los grupos de población clave, comprometerse con ellos, vincularlos a los servicios y prestarles atención y apoyo continuos.

Implica definir funciones que puedan cumplir los agentes comunitarios de salud, u otros prestadores de atención en salud no profesionales. Las y los profesionales clínicos no

³² La nueva riqueza de las naciones: El capital intelectual. Argentina, Granica, Stewart, 1998, en Argaña, Mercedes (2018) Notas sobre la Gestión del Conocimiento

médicos, las enfermeras y los enfermeros que cuenten con la capacitación necesaria pueden, en casos excepcionales, dar inicio al tratamiento antirretroviral de primera línea, y, de manera rutinaria, ocuparse del mantenimiento del tratamiento antirretroviral entre las visitas regulares a los consultorios.

Los consejeros y promotores pares pueden prestar servicios valiosos y vincular a la comunidad con los servicios de salud. Como otros trabajadores de la salud, deben recibir capacitación regular, tutoría y supervisión, además de un salario suficiente y otros incentivos apropiados. Con esto se puede facilitar reducir el tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento para cada usuario y usuaria, según recomendaciones de OPS/OMS.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Plan de capacitación a profesionales clínicos no médicos y personal de las USF para adquirir conocimientos sobre el manejo de la infección por el VIH y otras ITS y ocuparse del mantenimiento del tratamiento
2. Trabajo coordinado con municipalidades y dispensarios
3. Trabajo coordinado con el Comité de Prevención y Control del VIH/sida (COPRECOS)
4. Implementar estrategias de aprovechamiento de oportunidades para la provisión de servicios: Por ejemplo, extensión de horario, diagnóstico de horarios y prestaciones de los establecimientos del MSPyBS y capacitación a personal no médico
5. Descentralizar y ampliar los servicios de ITS y otras hepatitis virales, considerando incluir servicios en establecimientos penitenciarios y otros lugares donde existen problemas humanitarios.

2.5. Estrategias para sensibilizar y accionar en contra de la discriminación

Se ha visto con los años que es necesario capacitar y sensibilizar apropiadamente y con regularidad a los trabajadores de la salud, y en los lugares de trabajo de distintos ámbitos, para fomentar la comprensión necesaria que les permitan prestar servicios y desarrollar actividades cotidianas con adultos y adolescentes de grupos de población clave basándose en el derecho de todas las personas a la salud, el trabajo, la confidencialidad y la ausencia de discriminación.

Específicamente en el caso de la atención de salud, los trabajadores deben asegurarse de que las personas, y especialmente los adolescentes, de los grupos de población clave conozcan sus derechos a: la confidencialidad, la salud, la protección y la autodeterminación para que puedan defenderlos y buscar el tipo de apoyo al que tienen derecho.

La Ley 3940/09, establece, en su artículo 18, “Discriminación o Trato Degradante: Queda prohibida toda forma de discriminación y cualquier acto degradante en perjuicio de las personas que viven y conviven con el VIH y SIDA. Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y garantías de estas personas cuando fuesen impuestas por la sola razón de su estado serológico real o presunto”.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Capacitación continua en el manejo adecuado de los datos confidenciales, desde la recepción, triaje, consultorio, enfermería, hospitalario, personal administrativo, personal administrativo del servicio de salud, en función a la Ley 3940;
2. Capacitación continua a funcionarios de salud en estigma y discriminación

3. Talleres de sensibilización a autoridades, actores locales y comunicadores sociales, en estigma y discriminación
4. Introducción de políticas en los lugares de trabajo de las empresas privadas e instituciones públicas por medio del Ministerio de Trabajo, UIP y otros, a través del CONASIDA;
5. Promover liderazgos públicos de personas que viven con VIH/SIDA y fomentar el desarrollo de líderes y lideresas de la población vulnerable y población general para que las instituciones estatales y privadas puedan desarrollar acciones de incidencia y abogacía para el ejercicio de los derechos;
6. Promover prácticas tendientes al empoderamiento de población clave para el ejercicio de sus derechos a la salud, educación, protección y participación, así como para la eliminación de toda forma de violencia y discriminación, incluyendo la prevención del VIH.

2.6. Contratación social

En el 2015, los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como hoja de ruta hacia un nuevo paradigma de desarrollo en el que las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas toman un rol central³³, y en la cual se establecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El ODS3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, con el fin de, entre otros, de aquí a 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. Además, el ODS17 fortalecer los medios de implementación y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible, con lo cual se plantea la necesidad de alianzas inclusivas entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil con el fin de construir, sobre la base de principios y valores, una visión compartida y objetivos comunes que otorgan prioridad a las personas y al planeta, y son necesarias a nivel mundial, regional, nacional y local.

Establece la ambiciosa meta de poner fin al sida, la tuberculosis y la malaria como amenaza para la salud pública para el 2030 y, en relación con el VIH, en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2016, los Estados Miembros de las Naciones Unidas elogiaron los mecanismos de financiación mundial, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) por su papel en la movilización de fondos para las respuestas nacionales y regionales al SIDA, incluso para la sociedad civil, y en la mejora de la previsibilidad del financiamiento a largo plazo³⁴.

En el contexto actual, ante la reducción progresiva del financiamiento del Fondo Mundial al país, se hace imperativo tratar de financiar, por una parte, aquellas acciones estratégicas que permitan fortalecer al sistema de salud para no perder los avances obtenidos a lo largo del último decenio y, por otra el sostener las acciones comunitarias

³³ <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible>

³⁴ Informe Consulta global sobre el 'social contracting': trabajar hacia respuestas sostenibles al VIH, tuberculosis y malaria a través del financiamiento gubernamental de programas implementados por la sociedad civil, New York 5 y 6 de octubre de 2017

realizadas por las OSC, las cuales han jugado un rol preponderante en la respuesta integral al VIH y la TB; pese a las barreras legales y sociales que siguen existiendo en el país, tal como se ha reconocido en los diferentes escenarios a nivel nacional, regional y mundial. Para lograrlo, se propone realizar el Contrato Social.

ACCIONES ESPECÍFICAS:

1. Incidencia política para la incorporación progresiva del Contrato Social de las ONGs que trabajan en VIH/ITS.
2. Elaboración de Guías de implementación y gestión de las OSC para la aplicación del Contrato Social.
3. Realización de Estudios sobre impacto en la respuesta nacional al VIH/ITS en ausencia de las OSC
4. Realización de Estudios sobre efectividad de las OSC en el Marco de la Respuesta Nacional al VIH/ITS
5. Adecuación de la respuesta de las OSC a los requerimientos legales, administrativos y técnicos
6. Costeo de los Paquetes de prestaciones de servicios ofertados por las OSC
7. Diseño de los Paquetes de prevención acordes a las diferentes poblaciones y subgrupos

EJE 3

Gobernanza

OBJETIVO 9: Desarrollar capacidades nacionales, regionales y locales en la rectoría y articulación interinstitucional y transectorial de la implementación del PEN, en el marco de la Ley 3940/09.

OBJETIVO 10: Consolidar el CONASIDA como la máxima instancia de gobernanza de la Respuesta Nacional al VIH.

OBJETIVO 11: Impulsar estrategias para la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH e ITS

3.1. Posicionar la respuesta transectorial nacional

Para la implementación del presente PEN es necesario dotar a la Respuesta Nacional al VIH Sida y otras ITS de una estructura de gobierno y de gestión bien definida que permita garantizar una respuesta coordinada y eficiente, con responsabilidades claras.

En ese sentido se apuesta a fortalecer el Consejo Nacional del Sida (CONASIDA), integrado por actores clave para la respuesta al VIH/Sida y otras ITS, como la instancia técnica-política de articulación y de incidencia para aunar los esfuerzos de las instituciones del sector público, sector privado, la sociedad civil y los organismos internacionales. Se reconoce que además de las acciones de salud, se deben abordar las áreas de protección social, educación, trabajo, finanzas y justicia, con el fin de generar un entorno en el que existan opciones reales que fomenten comportamientos saludables, de prevención y acceso al tratamiento.

Se espera que los organismos que forman parte de esta instancia se comprometan a la adecuación de la capacidad institucional existente para implementar las estrategias, incluyendo la disponibilidad de planes para desarrollar la capacidad requerida. Una de sus funciones será realizar abogacía de alto nivel para garantizar la asignación de presupuesto, así como la disponibilidad y continuidad de los RRHH formados. Se ha considerado clave la necesidad de asegurar la disponibilidad y continuidad de los RRHH competentes e idóneos en las gerencias y atención ante los cambios de gobierno, incorporando la capacitación profesional continua, como política de Estado.

Se consideró importante el respaldo explícito de la Respuesta Nacional a la consolidación de la carrera sanitaria y evaluar la forma de incidir en la reestructuración de la malla curricular, a nivel de universidades y formación técnica, en un enfoque biopsicosocial ético, con énfasis en derechos humanos que contemple los determinantes sociales de la salud.

También se plantea que desde esta instancia se podrían establecer lineamientos generales que permitan mejorar y adaptar los protocolos sectoriales pertinentes para asegurar el acceso a una EIS en todas las etapas de la vida, y una efectiva atención integral de las violencias en mujeres con VIH basada en evidencia y estándares internacionales.

En el periodo pasado se destacó un fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema de VIH y con poblaciones clave, sobre todo en su calidad de

referentes políticos e interlocutores calificados ante los tomadores de decisión, que se espera consolidar en el presente periodo.

La Ley 3940, en su Artículo 12, establece que el Consejo Superior Universitario, en coordinación con el PRONASIDA, incorporará como política universitaria la generación, manejo y difusión de la información en los programas de estudio de las carreras universitarias, en especial las relacionadas con las ciencias de la salud, a fin de que los recursos humanos allí formados incorporen conocimientos y actitudes basadas en la evidencia.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Realizar reuniones mensuales del CONASIDA, llevando un correcto registro de las decisiones, acciones y compromisos asumidos.
2. A través del CONASIDA, asegurar la incorporación de la temática del VIH y otras ITS, en los planes operativos anuales de las instituciones parte, dándole seguimiento a la implementación de los mismos;
3. Instalación de mesas de articulación con el Ministerio del Trabajo y Ministerio de Justicia, para producir prácticas y normativas alineadas a los objetivos del PEN, en especial en el ámbito del trabajo y de los centros penitenciarios.
4. Realizar acciones de abogacía e incidencia para mejorar la participación y compromiso de ciertos sectores claves en la respuesta nacional, que no estuvieron presentes en la implementación del PEN anterior, tales como el sector de Educación, Indígenas, Mujeres, Niñez y Adolescencia, a través del CONASIDA.
5. Incidencia para incorporación de temática actualizada del VIH/sida y otras ITS en la malla curricular, a nivel de universidades y formación técnica, a través del CONASIDA
6. Organizar acciones para propiciar la diseminación de información, tales como conferencias, talleres, elaboración y distribución de informes ejecutivos e infografías, redacción de artículos para publicación, etc.
7. Establecer alianzas y convenios para actividades específicas con los Gobiernos Locales.
8. Realizar acciones de incidencia política para la implementación efectiva de las acciones del PEN.

3.2. Monitoreo estratégico y evaluación del PEN

Instalar un proceso de verificación de avances en la ejecución del PEN, y evaluar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones propuestas es una función esencial para fortalecer la gobernanza de la Respuesta Nacional al VIH/Sida y otras ITS, y debería ser implementado por el CONASIDA.

En el periodo anterior no se desarrollaron mecanismos, procedimientos ni responsables del monitoreo estratégico de la Respuesta Nacional, limitándose al monitoreo de indicadores programáticos, centralizado en el PRONASIDA. Las regiones sanitarias tampoco han desarrollado suficientes capacidades para el uso de la información para la toma de decisiones locales. En contrapartida, un avance en el último periodo ha sido el desarrollo de

un modelo de Monitoreo Estratégico basado en Resultados, para los proyectos subvencionados por el Fondo Mundial, que plantea acciones de supervisión estratégica en los componentes financieros, programáticos y de resultados.

Es necesario tomar elementos de las buenas prácticas e implementar un sistema de recolección, sistematización, análisis y difusión de información estratégica, para luego transformarla en insumos para que el CONASIDA guíe y acompañe la toma de decisiones políticas, estratégicas y programáticas oportunas y adecuadas.

Se establece la necesidad de diseñar e implementar un sólido plan de monitoreo y evaluación, que incluya indicadores básicos; fuentes de información; métodos y responsabilidades para la recopilación de datos, gestión, análisis y control de calidad, entendido además como un instrumento de monitoreo estratégico de la respuesta.

Es necesario diseñar un sistema de evaluación y monitoreo estratégico del PEN para valorar tanto los componentes estructurales como los componentes de salud de la respuesta al VIH y otras ITS. Este sistema puede ser una adaptación de los instrumentos de Monitoreo Estratégico que actualmente utiliza el Mecanismo de Coordinación País (MCP) y complementar con otras herramientas sugeridas por la OMS³⁵. Para ello será necesario seleccionar un conjunto de indicadores nacionales para evaluar factores esenciales relacionados con el entorno favorable, la disponibilidad, la cobertura y la calidad de intervenciones específicas, y examinar los resultados. Es fundamental que este sistema de monitoreo estratégico sea práctico, no excesivamente complicado y que recopilen información que sea actual, útil y fácil de aprovechar.

El proceso de seguimiento y evaluación debe obtener datos de diversas fuentes, como: encuestas conductuales y de vigilancia serológica, datos programáticos y administrativos, así como información recogida mediante la revisión de documentos normativos y de legislación, y la consulta con expertos e interesados directos. Es importante evaluar y tener en cuenta la calidad y las limitaciones de estos datos al realizar el análisis y la interpretación.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Diseñar e implementar un sólido plan de monitoreo estratégico y evaluación que establezca indicadores y metas, fuentes de información, métodos y responsabilidades para la recopilación de datos, gestión, análisis y control de calidad
2. Monitoreo y Evaluación de la calidad del gasto en la respuesta nacional

³⁵ Algunas herramientas disponibles son:

- Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision. Ginebra, OMS, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Consolidated HIV M&E guidelines. Ginebra, OMS, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf
- Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among key populations. Ginebra, OMS, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men and transgender people. Ginebra, ONUSIDA, 2012. http://unaids.org.cn/en/index/Document_view.asp?id=712
- Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for people who use drugs. Ginebra, ONUSIDA, 2011, versión preliminar. <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/hiv-aids/operational-guidelines-form-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs/idu-service-delivery-level-guidelines/view>

3. Realizar acciones de incidencia para la Rendición de Cuentas periódicas públicas de los Planes de Acción Anuales de cada sector, sociedad civil y sector privado.
4. Analizar periódicamente el PEN y realizar las modificaciones del plan nacional que sean necesarias, al menos cada dos años.
5. Realizar acciones de seguimiento, como visitas de campo, y de evaluación, para elaborar informes sobre la respuesta nacional que contribuyan a una más eficiente toma de decisiones.
6. Instalar un comité de monitoreo estratégico interdisciplinario, que tenga el rol de hacer el seguimiento de las acciones y los hitos, y prepare los informes para el CONASIDA

3.3. Estrategias esenciales para lograr un entorno favorable

Para respaldar el acceso de los grupos de población clave a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, se considera necesario trabajar los mecanismos de aplicación de la Ley 3940 a nivel nacional y municipal, en el sector público y el sector privado, para reducir y eliminar la discriminación hacia personas con VIH y poblaciones clave. Las iniciativas para reducir la estigmatización y la discriminación apuntan a fomentar un entorno propicio, en particular dentro del sistema de salud, de trabajo, de educación y de justicia. Existen pruebas a nivel internacional sobre como las políticas son más eficaces cuando abordan, simultáneamente, los factores normativos individuales, institucionales y públicos que permiten la estigmatización y la discriminación.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Elaborar un plan de desarrollo de recursos humanos para la respuesta al VIH, definiendo el perfil y funciones para cada nivel de atención.
2. Establecer mecanismos de supervisión para conseguir que se mantengan las normas y mecanismos que permitan denunciar de manera anónima los actos de estigmatización o discriminación en servicios de salud u de otro tipo.
3. Implementar programas de educación sobre los derechos, los servicios jurídicos, los programas para reducir la estigmatización y la discriminación, y la capacitación para los trabajadores de la salud y los agentes del orden público.
4. Instituir políticas y códigos de conducta antidiscriminatorios. Valorar la ética profesional, sensibilización, humanización y no discriminación como determinantes en la promoción y designación en los cargos.
5. Eliminar los obstáculos jurídicos, regulatorios y normativos que entorpecen el acceso equitativo a los servicios, especialmente para los grupos de población más afectados y otros grupos vulnerables: uso del nombre social para personas trans, limitación de provisión de insumos a adolescentes, violación a la confidencialidad.

3.4. Garantizar el financiamiento

Se espera que el presente PEN y aquellos planes locales y sectoriales que surjan alineados al mismo permitan dar argumentos a favor de las inversiones y utilizarse para movilizar el compromiso político, definir y presupuestar conjuntos de intervenciones y servicios adecuados a cada situación, definir responsabilidades y asignar recursos en los

diferentes niveles del sistema de salud, e identificar posibles fuentes de financiamiento fiables.

Paraguay, como otros gobiernos que suscribieron compromisos de reducir el impacto del VIH para el 2030, las metas mundiales de prevención de la infección por el VIH incluyen destinar una cuarta parte del presupuesto de VIH a prevención del VIH y que, al menos, el 30% de los servicios sean dirigidos por la comunidad para el 2030³⁶. Sin embargo, aun depende de la financiación del Fondo Mundial para implementar acciones de prevención en los grupos de población clave y no cuenta con presupuesto para financiar iniciativas de la sociedad civil. Es necesario planificar en detalle la transición hacia la sostenibilidad nacional de la prevención del VIH.

A nivel internacional se señala que una de las principales deficiencias de los programas de prevención del VIH ha sido la falta de hincapié que se ha hecho a la hora de aplicar las intervenciones para la prevención del VIH y otras ITS a gran escala. Para tener éxito, es fundamental llevar a cabo los programas para la prevención del VIH con una intensidad y un alcance suficientes, y durante un período suficientemente largo. Para ello, se necesita aumentar el financiamiento³⁷.

Además de contar con aliados que puedan extender o llevar estas propuestas a las comunidades como las organizaciones de la sociedad civil, que sus acciones sean sostenibles con financiamiento a través de contratos con el estado y alianzas con el sector privado.

ACCIONES ESPECÍFICAS

1. Establecer un inventario de recursos de VIH, en todos los ámbitos necesarios, En todo el territorio del país.
2. Identificar oportunidades para aumentar las eficiencias en todo el sistema mediante la consolidación de sistemas de salud subyacentes, como los de información estratégica, recursos humanos, y gestión de las adquisiciones y el suministro.
3. Incidencia para la incorporación de líneas presupuestarias en IPS para la respuesta al VIH y otras ITS
4. Realizar una Medición de Gasto en Sida (MEGAS), cada tres años;
5. Establecer convenios sobre responsabilidad social en entes privados.
6. Indagar oportunidades de financiamiento con fondos de Binacionales, CONACYT u otros fondos adicionales disponibles, y diseñar proyectos.
7. Estimar las necesidades nacionales de recursos para las hepatitis y otras ITS y formular un plan para suplir el déficit de recursos mediante la movilización de fondos nuevos y la asignación de suficientes recursos del sector de la salud para las hepatitis y otras ITS.
8. Determinar los costos de las unidades de atención y estimar las necesidades.
9. Elaborar un anteproyecto de ley para blindar el presupuesto para prevención y atención del VIH / Sida / ITS, por ejemplo, impuestos asignados a acciones de prevención: Fondo Único para ARV.

³⁶ PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH BAJO LA LUPA: Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe, OPS/ONUSIDA, 2017

³⁷ Acción Acelerada para la Prevención Combinada: Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020, ONUSIDA, 2015

10. Incidencia para avanzar con el plan de contrato social para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH/ITS

4.6. Plan de implementación y rendición de cuentas

El presente PEN 2019-2023 presenta los enfoques estratégicos y las prioridades de la respuesta nacional. Una vez que sean validados por todas las partes representadas en el CONASIDA y otros actores que se adhieran al mismo, debe ser aprobado por la máxima autoridad del MSPyBS, y debe establecerse un sistema de gestión y un marco de rendición de cuentas.

Esto incluye:

- Elaborar un plan operativo programático
- Definir responsables y plazos de presentación de resultados
- Elaborar un plan de monitoreo y evaluación del PEN
- Establecer espacios de revisión y monitoreo estratégico de su implementación
- Establecer y fijar compromisos con hitos de implementación
- Programar las metas nacionales, regionales y locales

4.7. Matriz del PEN con indicadores

META GENERAL

En el marco de los compromisos asumidos por el Paraguay en el año 2015, se ha propuesto, 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 (ODS 3 “Salud y Bienestar”, Meta 3).

CUADRO 5. METAS DE IMPACTO PEN 2019-2023³⁸

Indicadores	Línea de Base	Fuente	2019	2020	2021	2022	2023
Número estimado de muertes anuales por causas relacionadas con el sida (Mortalidad)	342 (2010) ³⁹	Estimación de Spectrum			137		69
Número estimado de nuevas infecciones en el periodo de reporte (Incidencia)	1870 (2010) ⁴⁰	Estimación de Spectrum			842		468
Porcentaje de HSH viven con VIH	20,7% (2017) Asunción y Central 2,8% (2017) Caaguazú 12,4% (2017) Alto Paraná	Estudio de Prevalencia		20,7% (2017) Asunción y Central 2,8% (2017) Caaguazú 12,4% (2017) Alto Paraná			20,7% (2017) Asunción y Central 2,8% (2017) Caaguazú 12,4% (2017) Alto Paraná
Porcentaje de Personas Trans viven con VIH	23,03% (2017)	Estudio de Prevalencia		23,30%			23,30%
Porcentaje de MTS que viven con VIH	1,34% (2017)	Estudio de Prevalencia		1,34%			1,34%
Número registrado de nuevos diagnósticos por la hepatitis B, por cada 100.000 habitantes	2,5 (2018)	Sistema Rutinario de Información PRONASIDA	a definir ⁴¹	a definir	a definir	a definir	a definir
Porcentaje estimado de nuevos casos de infección por el VIH entre niños/as por transmisión Materno-infantil entre las mujeres que viven con el VIH y dieron a luz en los últimos 12 meses	2,76% (2018)	Sistema Rutinario de Información PRONASIDA	2,50%	2,20%	2,00%	<2,00%	<1,00%
Tasa de Incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos	7,13 (2018)	Sistema Rutinario de Información PRONASIDA	5,7	4,27	2,84	2	0,5

³⁸ Las metas de resultado del PEN 2019-2023 han sido incluidas en el apartado 4.7 “Matriz de indicadores del PEN”

³⁹ La línea de base utilizada es la establecida en el “Fast Track 2030”. La meta para el 2021 es una disminución de 60% y para 2023 es una disminución del 80%, ambas con relación a la LB del 2010.

⁴⁰ La línea de base utilizada es la establecida en el “Fast Track 2030”. La meta para el 2021 es una disminución de 60% y para 2023 es una disminución del 75%, ambas con relación a la LB del 2010.

⁴¹ Se requieren más datos para establecer tendencias. Aplica también para los siguientes años.

CUADRO 6. METAS DE RESULTADO PEN 2019-2023:

Indicadores	Línea de Base	Fuente	2019	2020	2021	2022	2023
Porcentaje de Personas que actualmente reciben terapia antirretroviral (TARV)	57,15% (2018)	Informe Anual GAM	64%	66%	72%	77%	85%
Personas que viven con VIH que tienen carga viral suprimida	60% (2018)	Informe Anual GAM	70%	75%	80%	85%	90%
Porcentaje de hombres que afirman haber utilizado preservativo en su última relación de sexo anal con otro hombre	68% (2017)	Estudio CAP y prevalencia en HSH		70%			75%
Porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales que afirman haber utilizado preservativo con su último cliente	98% (2017)	Estudio CAP y prevalencia en HSH		98%			98%
Porcentaje de personas transgénero que afirman haber utilizado preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina no regular	72% (2017)	Estudio CAP y prevalencia en HSH		74%			79%
Porcentaje de personas que viven con el VIH que informan sobre experiencias de discriminación relacionada con el VIH en entornos de atención de la salud	A determinar	Estudio					

CUADRO 7. PROPUESTA DE MATRIZ DE INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de proceso										
Indicadores de proceso	Línea de base	Año	Fuente	Metas					Gestión de la información	Criterio para meta
				2019	2020	2021	2022	2023		
Número de personas que acceden a PPE	a determinar									
Número de personas que acceden a PrEP	a determinar									
% de población clave alcanzada con estrategias de promoción por pares	a determinar									
% de HSH diagnosticados	a determinar									
% de HSH negativos que se mantienen libres de VIH a los 12 meses	a determinar									
% de MTS negativas que se mantienen libres de VIH a los 12 meses	a determinar									
% de personas Trans negativas que se mantienen libres de VIH a los 12 meses	a determinar									
% de embarazadas, nuevas y conocidas, con test para VIH										
% de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva, que recibieron tratamiento	a determinar									

Mediana entre el diagnóstico del VIH y el inicio del TAR	a determinar									
% de MTS alcanzadas con acciones de prevención	a determinar									
% de Personas Trans alcanzadas con acciones de prevención	a determinar									
% de HSH alcanzados con acciones de prevención	a determinar									
# de personas que accedieron al manejo sintomático de las ITS										
# de personas del MSP capacitadas										

CUADRO 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INSUMOS Y PRODUCTOS NECESARIOS

EJE 1.			CRONOGRAMA				
Desarrollo de intervenciones que impactan en el continuo de la atención			2019	2020	2021	2022	2023
Estrategia	ACTIVIDADES	RECURSOS y PRODUCTOS NECESARIOS					
1.1. Testeo y diagnóstico del VIH	Implementación de la consejería iniciada por el proveedor	a. Revisión y actualización del Manual de Consejería					
		b. Talleres de capacitación a personal de salud (consultorio y laboratorio)					
		c. Impresión de instrumentos de registro					
	Capacitación continua en consejería y utilización del test rápido al personal de salud y a consejeros comunitarios que ofrecen testeo	a. Talleres de capacitación a personal de salud y a consejeros comunitarios					
		b. Pasantías					
		c. Materiales de capacitación					
	Estimación, adquisición y disponibilidad de insumos, según el plan	a. Adquisición de pruebas rápidas y pruebas para diagnóstico para VIH					
		a. Adquisición de pruebas rápidas y pruebas para diagnóstico para Sífilis					
		a. Adquisición de pruebas rápidas y pruebas para diagnóstico para Hepatitis B y C					
		d. Monitoreo de disponibilidad y acciones de corrección					
	Establecer metas de productividad de testeo en la USF	a. Reuniones de planificación con APS					
		b. Visitas a RS para socializar las metas					
		c. Participación en los controles de gestión regionales					
	Implementar un plan piloto de autotest	a. Definir el alcance y el/los establecimientos					
		b. Adquirir los autotest					
		c. Supervisión capacitante de la implementación del plan piloto					
	Talleres y guías para abordaje de consejería a las parejas (NAP)	a. Elaboración de guía					
		b. Talleres de capacitación					
		c. Difusión de buenas prácticas					

	Ampliar la implementación del CTV móvil	a. Salidas de oferta de testeo en las RS priorizadas					
	Ampliar la implementación de testeo comunitario	a. Salidas de oferta de testeo en las RS priorizadas					
1.2. PrEP y PPE	Programación y adquisición de ARV y reactivos para seguimiento según plan definido	a. Planificación de la implementación					
		b. Contratación de RRHH					
		c. Adquisición de reactivos para PrEP					
		d. Adquisición de ARV para PrEP					
		e. Adquisición de ARV para PPE					
	Capacitación sobre provisión de PrEP y PPE en servicios y organizaciones civiles	a. Talleres de capacitación en PrEP y PPE					
	Monitoreo y supervisión capacitante sobre provisión de PrEP y PPE en servicios y en organizaciones civiles	a. Elaboración de Guías de PrEP y de PPE					
		b. Socialización de resultados					
		c. Supervisión capacitante de la implementación del PrEP y PPE					
1.3. Monitoreo de la Cascada de Prevención	Capacitación al personal de salud y de las organizaciones de base comunitaria	a. Talleres de capacitación					
	Adquisición de reactivos y medicamentos para ITS	a. Cuantificación y adquisición de medicamentos y reactivos					
	Adquisición de vacunas para VHB	a. Cuantificación y adquisición de vacunas para VHB					
	Elaboración de materiales educativos	a. Diseño e impresión de materiales					
	Seguimiento y supervisiones capacitantes de la implementación	a. Visitas a los Centros Centinela en los que se implementará la estrategia					
1.4. Promoción por pares	Relevamiento y actualización continua (a través de georreferenciación) de los Hot Spots de población para HSH de modo que sirva de guía para la priorización de intervenciones según la característica de cada lugar	a. Adquisición de equipos para georreferenciación					
		b. Encuestas formativas para tipificación de sitios y visitas a Hot Spots para seguimiento y actualización					
	Relevamiento y actualización continua (a través de georreferenciación) de los Hot Spots de población para MTS de modo que sirva de guía para la oferta de servicios	a. Visitas a Hot Spots					

	Formación de promotores pares indígenas (por familia lingüística) para el abordaje de prevención y atención	a. Reunión de trabajo con DINASAPI y CONASAPI para presentación de la estrategia					
		b. Visita a las comunidades priorizadas para presentación de la estrategia y designación de promotores					
		c. Talleres de capacitación a promotores pares					
		d. Talleres de sensibilización a actores locales					
		e. Elaboración de materiales					
		f. Incentivos para movilidad de promotores pares indígenas					
		g. Visitas de seguimiento de la implementación de la estrategia					
	Capacitación, seguimiento y supervisión de las tareas de los promotores pares	a. Talleres de capacitación y actualización					
		b. Reuniones de retroalimentación					
		c. Visitas de supervisión					
		d. Materiales de capacitación					
	Insumos y materiales informativos y educativos para la práctica en terreno	a. Diseño e impresión de materiales					
	Implementación de Estrategia de Promoción por pares a través de organizaciones de base comunitaria	a. Incentivos para promotores pares					
		b. RRHH de OBC					
		c. Gastos de funcionamiento					
	Gestionar recursos financieros para la implementación de la estrategia	a. Reuniones de incidencia con tomadores de decisión del MSPyBS y otras instancias gubernamentales					
1.5. Estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento	Programación adquisición y distribución de ARV, reactivos e insumos	a. Adquisición de ARV					
		b. Adquisición de reactivos para CV y Cd4					
		c. Adquisición de otros reactivos					
		d. Supervisión capacitante para la adherencia al TAR					

	Seguimiento telefónico de adherencia al tratamiento, desde los SAI, y supervisando su cumplimiento	a. Consultoría para desarrollar un instrumento de abordaje telefónico a PVV no adherentes					
		b. Servicio de telefonía					
	Visitas domiciliarias a PVV no adherentes	a. Salidas a domicilios de las PVV para búsqueda activa					
	Charlas sobre auto cuidado y adherencia	a. Taller de Formación de formadores					
		c. Materiales educativos					
	Capacitación y actualización a personal de salud	a. Talleres RS					
		b. Materiales					
		c. Diplomados virtuales de actualización					
	Sostener y ampliar el alcance de los GAM	a. Incentivos para facilitadores y profesionales de apoyo					
		b. Logística para los GAM					
	Servicio de orientación telefónica para la adherencia	a. Contratación de RRHH					
	Consejería para la adherencia en el contexto hospitalario, y comunitario	a. Contratación RRHH consejeros					
		b. Contratación de Psicólogos y Trabajadores Sociales					
		c. Implementación de círculos de aprendizaje					
		b. Reuniones de seguimiento y supervisión					
	Identificación y abordaje de factores de riesgo que afectan negativamente la adherencia	a. Investigación operativa					
1.6. Eliminación de la Transmisión Materno Infantil-Plus (ETMI+)	Incorporar el abordaje del VIH, la sífilis y de la hepatitis B integrando acciones a SSR, atención prenatal, salud de la madre y el niño, programa de Chagas, y salud de la familia y la comunidad, particularmente a través de APS, con un enfoque de Salud pública que priorice el tratamiento oportuno tanto a las embarazadas como a sus parejas	a. Reuniones de planificación con DGSRs, DGPS y DGVS					
		b. Talleres de capacitación en las RS					
	Revisión y ajuste, si necesario, de los sistemas de registro de embarazadas de forma que éste sea nominal para el seguimiento de la cobertura de las prestaciones	a. Reuniones de trabajo con DGPS y DIGIES para revisión y ajuste de instrumentos de registro					
	Supervisión y mejoras de la Gestión de la cadena de suministros	a. Capacitación en el uso del SICIAP					

		b. Supervisiones capacitantes en las RS					
	Campañas de comunicación sobre VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en los servicios de salud de la madre y el niño	a. Diseño e impresión de materiales comunicacionales					
		b. Difusión por radios					
	Garantizar una cobertura de vacunación de la Hep B >95% en niños menores de 1 años y la aplicación de la vacuna al recién nacido de madres con HepB y la gamaglobulina específica contra la HepB lo más precozmente posible	a. Adquisición de vacunas VHB (PAI)					
		b. Adquisición de inmunoglobulina					
1.7. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)	Revisión de guías de ITS, que incluya los diagramas del flujo de la gestión de las ITS en poblaciones clave	a. Reuniones de revisión de la guía de ITS y definición de diagrama de flujo					
		b. Diseño e impresión de guías y banners					
	Supervisión y mejoras de la gestión de la cadena de suministros	a. Visitas a las RS en forma conjunta con la DIGGIES					
		b. Ajuste de herramienta de cuantificación de necesidades de medicamentos, insumos y reactivos para visibilizar las especificidades de ITS					
	Capacitación continua al personal de salud incorporando el tamizaje a todos los/as usuarios/as ya sean sintomáticos o asintomáticos, el diagnóstico precoz, uso prudente de ATB y tratamiento a las parejas/contactos sexuales, oferta de condones y lubricantes	a. Talleres de capacitación en ITS					
	Implementación del manejo sindrómico de las ITS en servicios del primer y segundo nivel de complejidad (USF y Centros de Salud)	a. Visitas de supervisión capacitante a los servicios de salud					
	Capacitación continua al personal de salud de los establecimientos penitenciarios para el manejo sindrómico de las ITS	a. Talleres de capacitación en ITS					
	Incidencia política para incorporar a las ITS en la agenda pública que garantice la provisión continua de medicamentos, reactivos e insumos para las ITS	a. Reuniones de trabajo con referentes de la DGRSS y de DIGGIES					

	Organizar los servicios clínicos de ITS e incrementar la oferta de diagnóstico y tratamiento a las parejas y a los niños (en caso de embarazadas)	a. Visitas de supervisión y seguimiento					
1.8. Provisión de condones y lubricantes	Programación, adquisición y distribución de condones y lubricantes en servicios de salud, en organizaciones de población clave y en instituciones penitenciarias	a. Adquisición de condones y lubricantes					
		b. Estrategia de logística y registros					
	Campañas que promueven el uso de condones y lubricantes para la población general, con énfasis en población clave y población vulnerable	a. Diseño y puesta en marcha de campaña					
	Implementar un plan piloto de uso de condón femenino	a. Definir el alcance y el/los establecimientos					
		b. Adquirir los condones femeninos					
		c. Supervisión capacitante de la implementación del plan piloto					
	Estrategias de comunicación y gestión para distribución de condones y lubricantes en establecimientos penitenciarios	a. Reuniones de trabajo con autoridades penitenciarias					
1.9. Comunicación efectiva de las intervenciones	Realizar campañas nacionales de sensibilización sobre VIH, sífilis y las hepatitis víricas, mediante la promoción del plan nacional, la celebración del Día Mundial de cada enfermedad y la articulación con otros actores defensores de la causa	a. Diseño y puesta en marcha de campaña					
	Promocionar Oferta de servicios, horario y lugares de atención y los servicios que ofrecen	a. Recopilación y sistematización de información					
		b. Difusión por medios de comunicación seleccionados					
	Mayor difusión de la Ley 3940/09, educación, testeo, instituciones privadas	a. Materiales de difusión					
		b. Acciones de difusión					
		c. RRHH asignados					
	Desarrollar campañas de comunicación específicas para los diferentes componentes del PEN	a. Diseño y puesta en marcha de campañas					
1.10. Innovaciones didácticas y metodológicas para capacitación permanente	Desarrollar un plan de capacitación que incluya capacitaciones presenciales, virtuales y continuas	a. Consultoría para elaborar un plan de capacitación					
		b. Reuniones de trabajo para planificar la implementación del Plan					
	Desarrollar e implementar un instrumento de supervisión	a. Revisión de instrumentos					

	capacitante	b. Estructura y RRHH para supervisión					
		c. Capacitación a supervisores					
		d. Visitas de supervisión					
	Diseñar, implementar y evaluar la puesta en práctica de nuevas modalidades de capacitación y formación dirigidas al personal de salud de diferentes niveles y a los demás actores de la respuesta nacional, que incorporen innovaciones didácticas y metodológicas	a. Elaborar un mapeo y priorización de temas de capacitación					
		b. Información y registro sobre capacitaciones actuales					
		c. Propuesta metodológica innovadora					
		d. Logística para talleres					
		e. Evaluación de resultados					
	1.11. Educación Integral en Sexualidad	a. Reuniones con autoridades del MEC					
		b. Reuniones de trabajo con referentes del departamento de currícula del MEC					
		a. Talleres y reuniones en RS					
		b. Materiales					
		a. Reuniones, talleres y acciones de incidencia					
		a. Reuniones, talleres y acciones de incidencia impulsadas desde el CONASIDA					

EJE 2.			CRONOGRAMA				
Acceso a la atención equitativa							
Estrategia	ACTIVIDADES	RECURSOS y PRODUCTOS NECESARIOS	2019	2020	2021	2022	2023
2.1. Integración de los servicios de salud y otros servicios (violencia, salud mental, adicciones, etc)	Actualizar el Plan Integral de Abordaje e Intervención del VIH en Paraguay (2020-2024);	a. Talleres de trabajo con actores clave del MSPyBS					
		b. Reuniones de ajuste del documento					
		c. Gestión de resolución ministerial del Plan					
	Aporte del MSPyBS	a. PGGN del MSPyBS, en base a las prestaciones realizadas					
	Consolidar la integración de la realización de tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VIH y otras ITS en	a. Reuniones y seguimiento con referentes de la RNL					

todos los laboratorios de la RNL, y el registro oportuno de los mismos en el sistema experto de VIH;	b. Talleres de capacitación a bioquímicos de la RNL en técnicas de testeo y registro					
	c. Supervisión capacitante					
Reforzar la realización de pruebas de diagnóstico para infecciones oportunistas dentro de los laboratorios de la RNL	a. Reuniones de seguimiento con referentes de la RNL					
Revisar y actualizar la normativa referente a las auto-pruebas para el VIH y el testeo comunitario para el VIH y otras ITS	a. Reuniones con referentes de la RNL					
Impulsar el tamizaje comunitario a través de las USF y de las organizaciones de la sociedad civil	a. Combustible para desplazamiento comunitario					
	b. Viajes de Supervisión					
Establecer un sistema de incentivos a médicos por cumplimiento de indicadores de la atención	a. Reuniones de trabajo con referentes de RRHH del MSPyBS					
	b. Reuniones de trabajo con referentes de DGAF					
	c. Incentivos para médicos					
	d. Reuniones de trabajo con directores de SAI y médicos de consultorio					
Establecer un sistema de incentivos a pacientes por CV suprimida	a. Adquisición de incentivos según población					
Ofrecimiento de vacunación contra el virus de la hepatitis B a personas con mayor riesgo de adquirir y transmitir el virus, incluyendo el personal sanitario, e indicar profilaxis tras la exposición al virus de la hepatitis B (RN de madres positivas al VHB)	a. Vacunas disponibles					
	b. Reuniones de trabajo para establecer centros de vacunación de referencia para PVV y población clave					
Determinar la ruta de atención integral por población clave y describir los núcleos de producción de los servicios de salud en sus componentes de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de los pacientes	a. Consultoría para mapeo de servicios actualizado y georreferenciado, con brecha identificado					
	c. Talleres ley 3940/09, estigma y discriminación					
Realizar reuniones inter-programáticas a fin de intercambiar información y cruce de datos entre el PRONASIDA y los programas de Tuberculosis, Salud Mental, Centro de Adicciones, SMI, SSR y otros.	a. Reuniones de trabajo bimensuales para el seguimiento del avance de la integración					
Formar comités a nivel regional inter-programáticos, incluyendo la elaboración del protocolo del comité:	a. Reuniones de trabajo					
	b. Visitas de campo para participar de reuniones					

objetivo, actividades, integrantes de cada comité (incluyendo personal médico), impulsado por el CONASIDA						
Organizar talleres de carácter multisectorial para la adaptación (de documentos regionales), revisión y validación de lineamientos de atención para personas con VIH en situación de violencia, adicciones, problemas de salud mental, u otras.	a. Consultoría para elaboración de lineamientos de atención para personas con VIH en situación de violencia, adicciones, problemas de salud mental, u otra					
	b. Talleres de revisión de documentos regionales con actores clave					
	c. Impresión de documentos					
Reforzar campañas de información sobre Salud del Hombre y Promoción de los servicios de Salud del Hombre	a. Reuniones de trabajo para transversalizar el VIH y otros ITS en la estrategia de salud del hombre					
Incorporar en los contenidos de talleres de atención integral el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en los servicios de atención de VIH e ITS	a. Jornada de trabajo para revisar los contenidos de talleres de capacitación					
Incorporar las pruebas de detección de hepatitis víricas en directrices nacionales en los grupos de poblaciones clave y prioritarias, lo que implica fortalecer los laboratorios, garantizar los informes oportunos de los resultados, y asegurar el suministro fiable de insumos.	a. Revisión y ajuste de la guía para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y Hepatitis Virales					
	b. Diseño e impresión de guías					
	c. Capacitaciones					
	d. Viajes de Supervisión					
Otorgar prioridad al tratamiento de la hepatitis mediante la inclusión del acceso a tratamientos antivíricos para las personas que padecen infección crónica por los virus de la hepatitis B y la hepatitis C.	a. Adquisición de medicamentos (tenefovir y sobosfuvir/daclastavir)					
Apoyo legal para responder a violencias y discriminación contra las personas viviendo con VIH y otras intervenciones estructurales	a. Implementación del Centro de Consejería y Denuncias					
	b. Talleres de socialización de la Ley 3940/09					
Implementar acciones de fortalecimiento de los SAI, del PRONASIDA y dispensadores para la atención integral de las PVV	a. Capacitaciones conjuntas con orientaciones de confirmación de casos de TB/VIH e inicio inmediato de ARV; seguimiento de casos de TB/ VIH; registro de datos					

	b. Adquisición de equipos informáticos					
	c. Adquisición de vehículos para supervisión y capacitación					
	d. Seguro de vehículo					
	e. Adecuación edilicia PRONASIDA					
	f. RRHH PRONASIDA					
	g. Supervisiones capacitantes de atención integral					
Coordinar el cruce de datos entre los programas priorizados para la atención integral	a. Reuniones de trabajo para revisión de instrumentos de registro para la homologación y integración de los datos					
	b. Contratación de horas de desarrollo de sistemas informáticos					
Fortalecer la referencia y contra referencia de pacientes con VIH, con confección TB-VIH para el inicio precoz del tratamiento antirretroviral, y con otras ITS.	a. Visitas de supervisión y planes de mejora					
Capacitar al personal de salud y actores comunitarios en el enfoque de reducción de daños para personas de poblaciones claves con consumo problemático, y abordar los obstáculos jurídicos e institucionales para la prestación de servicios de reducción de daños	a. Reuniones de trabajo para elaborar normativa de reducción de daños para EESS					
	b. Elaborar materiales educativos para el abordaje de reducción de daños					
	c. Talleres de capacitación para el personal de salud					
	c. Reuniones de trabajo con asesoría jurídica y con el CNCA					
Acordar protocolos de atención que faciliten el acceso a los servicios sociales del Estado y los beneficios públicos, a través de articulación y alianzas	a. Reuniones y seguimiento interinstitucionales					
	b. Firma de Acuerdos					
Fortalecer las estructuras y procesos de gestión de las adquisiciones y el suministro, asegurando su integración en el sistema general de gestión de las adquisiciones y el suministro	a. Reuniones de trabajo con DIGGIES y DGRSS					
Capacitar a las RS en la cuantificación de necesidades de medicamentos, reactivos e insumos y en el uso de las herramientas informáticas de gestión de gestión y seguimiento	a. Capacitaciones					
	b. Seguimiento de uso de medicamentos, reactivos e insumos					

2.2 Acciones basadas en la comunidad	Instalación de clínica y espacio de atención integral para mujeres	a. Recursos para mantenimiento de clínica					
		b. Insumos y materiales					
		c. RRHH					
	Fortalecer los servicios comunitarios y puntos de cuidado	a. Recursos para mantenimiento de servicios					
		b. Insumos y materiales					
		c. RRHH					
	Establecer mesas de trabajo, incluyendo a todos los actores sociales	a. Reuniones de trabajo					
2.3 Gestión del conocimiento	Implementar Centros de Vigilancia Centinela del VIH y otras ITS	a. Reuniones de trabajo con referentes de DGRSS					
	Incorporar indicadores de calidad de servicios, estigma y discriminación (revisar estándares internacionales) para la atención del VIH y otras ITS	a. Reunión de trabajo para identificar EESS que podrían ser Centros Centinela					
		b. Reuniones de trabajo con DGRSS para establecer los mecanismos de trabajo					
		c. Capacitación a personal de salud					
		d. Adquisición de equipamiento					
		e. Supervisión capacitante					
	Implementar capacitaciones continuas en calidad y análisis del dato, en el nivel local y regional para la mejora en el registro, la consolidación y el análisis de los datos	a. Jornada de trabajo elaboración de Propuesta y plan de seguimiento					
		b. Relevamiento de información					
		c. Análisis de indicadores					
		d. Socialización de resultados					
	Red de investigación en VIH/sida que oriente la generación de una agenda de investigación en VIH/SIDA	a. Actividades de capacitación					
		b. Adquisición de equipos informáticos					
		c. Impresión de MDV					
		b. Visitas de supervisión					
		a. Taller de lanzamiento de Red y elección de autoridades					
		b. Reuniones de trabajo					
		c. Realización de Congreso					

	Realizar investigaciones operativas de la prestación de servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ITS;	a. Elaboración de protocolo						
		b. Estudio y presentación de resultados						
	Realizar encuestas conductuales y de vigilancia serológica	a. Elaboración de estudios de Prevalencia, CAP, Incidencia						
		b. Presentación de resultados						
	Elaborar planes de acción regionales y locales que incorporen mecanismos de retroalimentación y difusión de la información, desagregado por población	a. Talleres de trabajo para elaboración de planes						
	Realizar estudios de estigma y discriminación hacia las PVV y hacia las poblaciones clave	a. Elaboración de protocolo						
		b. Relevamiento de información						
		c. Taller de socialización de resultados						
	2.4 Delegación de funciones en la prestación de los servicios	Plan de capacitación a profesionales médicos y personal de las USF Dispensadoras de ARV	a. Material de capacitación					
			b. Talleres en RS					
c. Visitas de seguimiento								
d. Contratación de RRHH								
Trabajo coordinado con municipalidades y dispensarios		a. Reuniones de trabajo con autoridades de municipalidades para seguimiento de ordenanzas y planificación de actividades conjuntas						
		b. Talleres de capacitación a personal de salud de los dispensarios						
Trabajo coordinado con el Comité de Prevención y Control del VIH/sida (COPRECOS)		a. Talleres de formación de formadores en prevención, estigma y discriminación al VIH						
		b. Elaboración de piezas comunicacionales (banners, afiches y otros materiales)						
		c. Visitas relevamiento de establecimientos de sanidad militar y policial que podrían ofertar CTV						
		d. Implementación de CTV en sanidad militar y policial (según priorización)						
	e. Talleres de capacitación a personal de salud del Hospital							

		Militar y el Policlínico Policial							
	Contratación de médicos para la atención integral de PVV	a. Contratos para médicos							
	Ampliar los servicios contra las hepatitis y otras ITS	a. Materiales e insumos							
		b. Capacitación a profesionales de salud							
2.5 Estrategias para sensibilizar y accionar en contra de la discriminación	Capacitación continua para el manejo adecuado de los datos confidenciales, desde la recepción, triaje, consultorio, enfermería, hospitalario, personal administrativo del servicio de salud, en función a la Ley 3940	a. Jornada de trabajo para elaboración de instrumento de recolección de información							
		b. Visitas de monitoreo							
		b. Elaboración de informes para la gestión de acciones correctivas							
		b. Movilidad para seguimiento de casos							
	Capacitación continua a funcionarios de salud en estigma y discriminación	a. Talleres de capacitación en estigma y discriminación							
		b. Elaboración de piezas comunicacionales (banners, afiches y otros materiales)							
		c. Encuestas cualitativas de calidez de la atención							
	Talleres de sensibilización a autoridades, actores locales y comunicadores sociales, en estigma y discriminación	a. Talleres de capacitación y sensibilización con actores locales							
		b. Talleres de capacitación a periodistas y comunicadores sociales locales							
		c. Talleres de capacitación a líderes de opinión							
		d. Talleres de capacitación a la comunidad educativa local							
		e. Elaboración de guía de VIH y otras ITS para comunicadores sociales							
		f. Talleres de capacitación a líderes comunitarios							
		g. Elaboración de spots radiales para difusión en radios comunitarias							
	Introducción de políticas en los lugares de trabajo de las empresas	a. Reunión con MTESS y gremios							

	privadas e instituciones públicas por medio del ministerio de trabajo, UIP y otros, a través del CONASIDA	b. Talleres de formación de formadores a referentes de los gremios empresariales					
		c. Talleres de capacitación a camioneros					
		d. Reuniones de seguimiento					
	Promover liderazgos públicos de personas que viven con VIH/SIDA y fomentar el desarrollo de líderes y lideresas de la población vulnerable y población general para que las instituciones estatales y privadas puedan desarrollar acciones de incidencia y abogacía para el ejercicio de los derechos	a. Capacitaciones en liderazgo e incidencia política					
	Promover prácticas tendientes al empoderamiento de población clave para el ejercicio de sus derechos a la salud, educación, protección y participación, así como para la eliminación de toda forma de violencia y discriminación, incluyendo la prevención del VIH	a. Reuniones de intercambio de conocimientos					

EJE 3.			CRONOGRAMA				
Gobernanza							
Estrategia	ACTIVIDADES	RECURSOS y PRODUCTOS NECESARIOS	2019	2020	2021	2022	2023
3.1 Posicionar la respuesta transectorial nacional	Realizar reuniones mensuales del CONASIDA	a. Reuniones periódicas					
	Incorporación de la temática del VIH y otras ITS, en los planes operativos anuales de las instituciones parte del CONASIDA, dándole seguimiento a la implementación de estos	a. Reuniones de trabajo para ajuste de planes operativos					
	Mesas de articulación con el Ministerio del Trabajo y Ministerio de Justicia	a. Reuniones de trabajo para elaboración de plan de trabajo conjunto					
		b. Reuniones de seguimiento del cumplimiento de los planes					
	Realizar acciones de abogacía e incidencia para mejorar la participación y compromiso de ciertos sectores claves en la respuesta nacional, que no estuvieron presentes en la	a. Formar equipos de lobby (cabildeo) para trabajar con las diferentes instancias					
		b. Elaborar un plan de incidencia					

	implementación del PEN anterior, tales como el sector de Educación, Indígenas, Mujeres, Niñez y Adolescencia, a través del CONASIDA	c. Agendar visitas, entrevistas, firmas de convenios o acuerdos, según plan de acción de incidencia propuesto					
		d. Acciones para socialización de la Ley 3940					
	Incidencia para incorporación de temática actualizada del VIH/sida y otras ITS en la malla curricular, a través del CONASIDA	a. Instalación de mesa de trabajo y firma de acuerdos					
		b. Lobby y reuniones para respaldo explícito de la AENAES y del MEC al proceso de incidencia en la formación terciaria y escolar básica en adelante					
	Organizar acciones para propiciar la diseminación de información	a. Seminarios y congresos					
	Establecer alianzas y convenios para actividades específicas con los Gobiernos Locales	a. Reuniones para elaboración de Planes Locales					
		b. Visitas					
	Realizar acciones de incidencia política para la implementación efectiva de las acciones del PEN.	a. Elaborar un plan de incidencia					
		b. Agendar visitas, entrevistas, firmas de convenios o acuerdos, según plan de acción de incidencia propuesto					
	3.2 Monitoreo estratégico y evaluación del PEN	Elaboración de un Plan de monitoreo estratégico	a. Consultoría para la elaboración de un plan de ME con indicadores				
		Monitoreo y Evaluación de la calidad del gasto	a. Realizar una consultoría de evaluación de la calidad del gasto				
		Analizar periódicamente el PEN (cada dos años)	a. Talleres con actores clave interinstitucionales y regionales				
		Realizar acciones de seguimiento, como visitas de campo, y de evaluación, para elaborar informes sobre la respuesta nacional que contribuyan a una más eficiente toma de decisiones	a. Visitas de campo				
		Rendición de Cuentas periódicas públicas	a. Audiencias públicas				
			b. Diseño e Impresión de informes				
		Instalar un comité de monitoreo estratégico interdisciplinario	a. Visitas de campo				
			b. Equipo y materiales de trabajo				

3.3 Estrategias esenciales para lograr un entorno favorable	Actualizar el plan de desarrollo de recursos humanos	a. Consultoría para elaboración de Plan de capacitación					
		b. Talleres					
		c. Consultoría para desarrollo e implementación de un programa de inducción de RRHH, que incluya cursos introductorios al personal de salud, cursos para otros actores de la función pública					
		d. Implementar evaluaciones de desempeño					
	Implementar programas de educación sobre los derechos humanos y a la salud	a. Talleres y acciones educativas					
	Instituir políticas y códigos de conducta antidiscriminatorios para garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Ley 3940/09	a. Seguimiento a denuncias					
	Eliminar los obstáculos jurídicos, regulatorios y normativos	a. Revisión de normativas, propuestas de modificación					
		b. Reuniones de seguimiento en instituciones					
3.4 Garantizar el financiamiento	Establecer un inventario de recursos de VIH	a. Consultoría para mapeo de recursos, documento elaborado					
	Identificar oportunidades para aumentar las eficiencias	a. Consultoría de evaluación y plan de mejora en áreas de información estratégica, recursos humanos, y gestión de las adquisiciones					
	Incidencia para la incorporación de líneas presupuestarias en IPS para la respuesta al VIH y otras ITS	a. Consultoría para análisis de marco regulatorio de la relación MSPyBS e IPS					
		b. Reuniones de gabinete (Ministro y Presidente de IPS) para toma de decisiones					
		c. Jornada de trabajo para cuantificación de necesidades para asegurados de IPS					
	Proponer convenios sobre responsabilidad social entes privados	a. Reuniones de Lobby y seguimiento					

	Indagar oportunidades de financiamiento	a. Reuniones de Lobby y seguimiento					
	Realizar una Medición de Gasto en Sida (MEGAS), cada tres años;	a. Consultoría para la elaboración de un estudio MEGAS					
	Estimar las necesidades nacionales de recursos para las hepatitis	a. Consultoría para elaborar documento y socializar					
	Determinar los costos de las unidades de atención y estimar las necesidades	a. Consultoría para costeo de unidades de atención					
	Anteproyecto de ley para blindar el presupuesto para prevención y atención del VIH	a. Consultoría para elaboración de proyecto de ley					
		b. Consultoría para incidencia política					

COSTEO DEL PEN 2019-2023

CUADRO 9. Presupuesto consolidado por EJES

EJES	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Eje 1. Desarrollo de intervenciones que impactan en el continuo de la atención	16.943.595	18.741.444	20.720.047	21.311.929	22.439.600	100.156.615
Eje 2. Acceso a la atención equitativa	11.240.848	12.528.311	13.393.715	12.703.760	12.984.574	62.851.207
Eje 3. Gobernanza	1.711	52.349	102.411	59.874	62.130	278.477
TOTAL	28.186.154	31.322.105	34.216.173	34.075.563	35.486.304	163.286.299

CUADRO 10. Presupuesto consolidado por EJES y Estrategias

Eje 1. Desarrollo de intervenciones que impactan en el continuo de la atención	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Estrategia 1.1. Testeo y diagnóstico del VIH	5.442.961	5.678.915	6.240.329	6.571.798	7.153.648	31.087.651
Estrategia 1.2. PrEP y PPE	4.353	954.925	1.417.572	1.686.706	1.994.658	6.058.214
Estrategia 1.3. Monitoreo de la Cascada de Prevención	709.368	750.823	767.715	775.849	790.762	3.794.518
Estrategia 1.4. Promoción por pares	305.481	351.295	368.356	378.502	387.597	1.791.230
Estrategia 1.5. Estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento	7.487.539	7.923.663	8.213.841	8.211.487	8.337.528	40.174.058
Estrategia 1.6. Eliminación de la Transmisión Materno Infantil-Plus (ETMI+)	36.669	83.685	113.589	113.589	113.589	461.120
Estrategia 1.7. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)	117	3.556	26.937	9.939	30.142	70.692
Estrategia 1.8. Provisión de condones y lubricantes	2.957.107	2.994.583	3.041.469	3.078.940	3.116.419	15.188.517
Estrategia 1.9. Comunicación efectiva de las intervenciones	-	-	158.021	158.021	158.021	474.064
Estrategia 1.10. Innovaciones didácticas y metodológicas para capacitación permanente	-	-	331.526	286.406	316.545	934.477
Estrategia 1.11. Educación Integral en Sexualidad	-	-	40.691	40.691	40.691	122.073
Sub Total Eje 1	16.943.595	18.741.444	20.720.047	21.311.929	22.439.600	100.156.615

Eje 2. Acceso a la atención equitativa	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Estrategia 2.1. Integración de los servicios de salud y otros servicios (violencia, salud mental, adicciones, etc)	10.586.770	11.173.926	11.976.328	11.216.749	11.232.529	56.186.303
Estrategia 2.2 Acciones basadas en la comunidad	-	128.670	116.748	116.748	116.748	478.915
Estrategia 2.3 Gestión del conocimiento	53.205	323.146	241.643	208.800	364.792	1.191.587
Estrategia 2.4 Delegación de funciones en la prestación de los servicios	599.732	756.166	925.433	1.023.571	1.132.613	4.437.515
Estrategia 2.5 Estrategias para sensibilizar y accionar en contra de la discriminación	1.141	146.402	133.563	137.891	137.891	556.888
Sub Total Eje 2	11.240.848	12.528.311	13.393.715	12.703.760	12.984.574	62.851.207
Eje 3. Gobernanza	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Estrategia 3.1 Posicionar la respuesta transectorial nacional	1.711	13.162	40.645	40.645	40.645	136.807
Estrategia 3.2 Monitoreo estratégico y evaluación del PEN	-	19.045	19.344	12.588	14.844	65.820
Estrategia 3.3 Estrategias esenciales para lograr un entorno favorable	-	6.407	17.663	6.407	6.407	36.886
Estrategia 3.4 Garantizar el financiamiento	-	13.735	24.760	235	235	38.964
Sub Total Eje 3	1.711	52.349	102.411	59.874	62.130	278.477
TOTAL	28.186.154	31.322.105	34.216.173	34.075.563	35.486.304	163.286.299

OTROS INDICADORES ESTRATÉGICOS SUGERIDOS

La aplicación es eficaz y las repercusiones son positivas cuando las políticas, la legislación y otros factores estructurales son propicios.

Indicadores estructurales (o entorno propicio):

- auditoría de la legislación y las políticas vigentes
- número de organizaciones dirigidas por grupos de población clave
- participación significativa de las personas de los grupos de población clave en la formulación de políticas y estrategias
- servicios de apoyo jurídico a los grupos de población clave
- servicios de apoyo a las personas de los grupos de población clave que son víctima de violencia
- capacitación para sensibilizar a los agentes del orden sobre los grupos de población clave
- capacitación para sensibilizar a los prestadores de atención de salud y de servicios sociales sobre los grupos de población clave.

Las intervenciones deben ser accesibles para las personas de los grupos de población clave.

Indicadores de la disponibilidad:

- número de centros donde se ofrece la intervención
- número y porcentaje de centros donde está en marcha el programa específico para los grupos de población clave que ofrecen la intervención
- número y porcentaje de centros de la sociedad general donde está en marcha el programa que ofrece la intervención y que cumplen con las normas de sensibilización sobre los grupos de población clave
- porcentaje de todos los centros que ofrecen la intervención actualmente, que forman parte de programas para la sociedad general y que cumplen con las normas de sensibilización sobre los grupos de población clave o son programas específicos
- porcentaje de la muestra de los grupos de población clave que refieren un fácil acceso
- mapeo de los grupos de población clave con relación a donde se ofrecen las intervenciones.

Las intervenciones deben llegar a quienes las necesitan.

Indicadores de la cobertura

- número y porcentaje de personas de los grupos de población clave que reciben la intervención durante un período de notificación especificado;
- número de elementos de bienes consumibles (como agujas y jeringas o preservativos) por integrante de los grupos de población clave que se han distribuido durante un período de notificación especificado;
- porcentaje de la muestra de los grupos de población clave que refieren que recibieron la intervención durante un período de notificación especificado.

Las intervenciones deben ejecutarse adecuadamente para ser eficaces.

Indicadores de la calidad:

- examen de la política y la práctica programática mediante la lista de verificación para evaluar la calidad de los programas;
- porcentaje del personal que ha recibido capacitación a fin de sensibilizarlo sobre los grupos de población clave;
- porcentaje de personas de los grupos de población clave que refieren que recibieron la intervención y también una actividad o un servicio específico importante (como la entrega de lubricante apto para preservativos);
- porcentaje de ocasiones en que se aplicó la intervención junto con una actividad o un servicio específico importante (véase el indicador anterior).

Bibliografía

ACNUDH y ONUSIDA (2007), Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos (2018). *Condiciones de Vida*. Fernando de la Mora: DGEEC. Disponible en [www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/CONDICIONES%20DE%20VIDA/Condiciones%20de%20vi da%20Total%20Pais.pdf](http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/CONDICIONES%20DE%20VIDA/Condiciones%20de%20vida%20Total%20Pais.pdf).

Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos (2018). *Principales resultados de Pobreza y Distribución del Ingreso. Encuesta Permanente de Hogares 2017*. Fernando de la Mora: DGEEC. Disponible en <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Resultados%20EPH/PRINCIPALES%20RESULTADO S%20EPH%202017.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Implementando Programas Exhaustivos de VIH y otras ITS para hombres que tienen sexo con hombres: Guía Práctica para Intervenciones Colaborativas. Nueva York, 2015. Disponible en: https://impactglobal.org/wp-content/uploads/2017/01/MSMIT_Spanish-version-for-Web-1.pdf

Guereña, Arantxa. Desigualdades de Género en el acceso a la tierra en Paraguay. Paraguay (2017). Oxfam.

Luciano, D.; Negrete, M.; Hayle, F (2019). Estudio Regional sobre violencia en mujeres con VIH. ICW/HIVOS, Panamá, febrero de 2019. Informe sin publicar

Martín Martínez, Mariluz (2017). La salud es un derecho humano. Solo se entiende universal, pública y gratuita. En *Yvypóra Derécho Paraguái - Derechos Humanos en Paraguay 2017* (pp. 185-202). Asunción: Codehupy.

Martín Martínez, Mariluz (2018) El derecho a la salud es inalcanzable sin justicia social y calidad de vida. En *Yvypóra Derécho Paraguái - Derechos Humanos en Paraguay 2018*. (pp. 169-185) Asunción: Codehupy.

Ministerio de Hacienda, Subsecretaría de Estado de Administración Financiera Dirección General de Presupuesto (2018). *1.º Informe de Control Financiero y Evaluación Presupuestaria segundo Semestre Ejercicio Fiscal 2018*.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). *Balance Anual de Gestión Pública. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, BAGP*.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). *Indicadores Básicos de Salud 2017. Paraguay*. Disponible en portal.MSPyBS.gov.py/digies/wp-content/uploads/2018/04/IBS-Paraguay-2017.pdf.

Morales-Borrero, Carolina; Borde, Elis; Eslava-Castañeda, Juan C.; Concha-Sánchez, Sonia C. diciembre (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. En *Revista de Salud Pública*, vol. 15, núm. 6, pp. 797-808. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

MSPBS (2015) Guía para la implementación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) en el Paraguay

Negrete, Martín y Lima, Patricia. Evaluación y elaboración del Informe de Evaluación del Plan Estratégico Nacional (PEN) para la respuesta al VIH/Sida/ITS 2014-2018. OPS, 2019.

ONUSIDA. Acción acelerada para la prevención combinada: Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. Ginebra, 2015. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf

ONUSIDA. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioral and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS Discussion Paper. Ginebra, 2010.

OPS y ONUSIDA. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017/>

OPS. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed. Washington, D.C.; 2018.

OPS/OMS (1999). *Economía y Salud - Conceptos, Retos y Estrategias*.

OPS/OMS (2017). Política sobre etnicidad y salud 29 Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP29/7, Rev. 1. 28 de septiembre del 2017. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud - Comisión de Determinantes sociales (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHO/IER/CSDH/08.1*. Ginebra: OMS. Disponible en apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud - Comisión de Determinantes sociales (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHO/IER/CSDH/08.1*. Ginebra: OMS. Disponible en apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud Comisión de Determinantes sociales (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHO/IER/CSDH/08.1*. Ginebra: OMS. Disponible en apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Disponible en www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra, 2016. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWIT_sp_UNDP%20logo.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C., 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49094/9789275320075_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Paloma Rodero e Iván Merino, Patricio Dobrée Raquel Escobar Guillermo Sequera, Myrian González (2019). SALUD, ENFERMEDAD Y POBREZA, URBANA. Paraguay

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La implementación integral de programas amplios de VIH e ITS con personas transgénero: Orientación práctica para intervenciones de colaboración. Nueva York, 2016. Disponible en:
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transit-Spanish-final-lowres.pdf>

PRONASIDA (2006) Estudio de Prevalencia y Comportamiento en Clientes de TSF

PRONASIDA (2006) Estudio de Prevalencia y Comportamiento en TSM

PRONASIDA (2009) Estudio de Seroprevalencia del VIH y Sífilis en PPL

PRONASIDA (2011) Estudio de Prevalencia y CAP en Población Indígena

PRONASIDA (2011) Estudio del Comportamiento, Prácticas, Actitudes y Prevalencia de VIH y Sífilis en Militares

PRONASIDA (2013) Estudio de Prevalencia de Sífilis y VIH en Parturientas y Puerperas

PRONASIDA (2013) Estudio de Prevalencia de VIH/Sífilis y Comportamientos de riesgo

PRONASIDA (2014) Estudio de Prevalencia y Comportamientos de riesgo

PRONASIDA (2014) Estudio de Prevalencia y Comportamientos en MTS

PRONASIDA (2014) VIH/Sida y Sífilis y Factores de Riesgo

PRONASIDA (2017) Prevalencia de VIH Sífilis Hepatitis B, conocimientos, prácticas de riesgo y actitudes

PRONASIDA (2017) Prevalencia del VIH/Sífilis/Hepatitis B Comportamientos, Prácticas y Actitudes

PRONASIDA (2017) Prevalencia del VIH/Sífilis/hepatitis B y comportamientos, prácticas y actitudes

Rivarola, Milda (coord.) (2018). Fiscalidad para la equidad social. Tomo II. Decidamos.

Stewart, T (1998) La nueva riqueza de las naciones: El capital intelectual. Argentina, Granica. En Argaña, Mercedes (2018) Notas sobre la Gestión del Conocimiento.

Todos los documentos en línea fueron consultados el 25 de agosto de 2019.

ANEXOS

ANÁLISIS FODA: Taller 1

FORTALEZAS

DIAGNÓSTICO

- Instalación de consejería por pares en el servicio
- Ofrecimiento del personal de blanco para testeo
- Descentralización del servicio de testeo
- Disponibilidad del testeo
- Acceso Universal al servicio de diagnóstico para VIH
- Acceso a análisis de alto costo de manera gratuita
- Disponibilidad de insumos de diagnóstico
- Diagnóstico en el sector privado, atención médica
- Haber tenido diagnóstico oportuno
- Sumar a la oferta pruebas de diagnóstico
- Personal capacitado para realizar testeo voluntario
- USF realiza TV

TRATAMIENTO

- Tratamiento: Inicio de TARV y seguimiento
- Seguimiento del protocolo de Atención para casos de VIH +
- Existencia de infraestructura e insumos para penicilina
- Reactivos disponibles
- Conocimiento del diagnóstico
- Mejor acceso, ampliación geográfica
- Conocimiento de diagnóstico
- Protocolos actualizados de tratamiento

ETM/+

- Intervención de la obstetra para testeo de VIH
- Indicación de una profilaxis antiretroviral al RN
- Intervención de la obstetra para la realización de una cesárea
- La consejería de la doctora para suspender la lactancia.
- Gestación sin inconvenientes

INFORMACIÓN

- Mejora en el sistema de información
- RS tienen metas específicas.

ACTORES

- APS
- ONGS
- Acuerdos con municipios

LEY Y NORMATIVA

- Avances en estigma y discriminación en el gobierno, sociedad civil.
- Ley
- Esfuerzos de promoción de la ley por IPS y MSPBS
- Esfuerzos concretos (Fuerzas públicas) para cumplimiento de la ley
- Trayectoria de intervención sobre UD
- Resolución ministerial nombre social

OPORTUNIDADES

CANALES DE INFORMACIÓN

- Seguir ofertando información
- Mejorar la oferta de información general/integral (sobre salud SR, Planificación, psicológica, etc)
- Medios de comunicación alternativos, redes sociales

PÚBLICO – PRIVADO

- Respuesta: Atención médica, diagnóstico

OFRECIMIENTO

- Sensibilización a todo el personal del servicio sobre los protocolos de atención, consejería.
- Mejorar la oferta de otras ITS

ALIANZAS

- Establecer alianzas con instituciones y sociedad civil que se encargue de informar a usuarios de servicio de salud.
- La organización del servicio es responsabilidad del servicio.
- Alianzas para extender la atención.

OFERTA DESDE SOCIEDAD CIVIL

- Contar con grupo de apoyo (Red social)
- Apoyo de organizaciones civiles y ONGS.
- La presencia de las vinculadoras.
- Trabajo de las OSC (Somos gay) y otras.

CONCIENCIA

- Voluntad del usuario de ir al programa y dar seguimiento a su caso.

OFERTA PÚBLICA

- Iniciaron actividades extramurales
- Enfoque de salud del hombre

ACTORES

- CLOSA (Consejo local de salud de Asunción)
- Universidades
- Tecnicaturas
- Consejos locales de salud.
- UIP política en el lugar de trabajo
- Pueblos indígenas ley 5459 CONASAPI
- Manual "Juntos podemos" atención a pueblos indígenas.

INTERNACIONAL

- Compromiso Internacional con metas
- Apoyo técnico OPS
- Inversión Binacionales.

AMENAZAS

- Factores políticos partidarios
- Religiosos

Comunicación

- Desconocimiento de derechos marco médico legal
- Tabú en la aplicación de penicilina
- Falta de conocimientos de sus derechos (Colectividad)
- Teniendo en cuenta su formación, no buscó información
- Mejorar la oferta de información a la población general
- Falta de información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento de la madre y al recién nacido
- Abandono por falta de información clara
- Que el usuario abandone su proceso por los retrasos en el programa
- Un mal seguimiento del recién nacido que podría terminar en un niño VIH positivo

Fragilidad controles

- Superintendencia no hace controles
- Incumplimiento de Ley 3940
- Control de la ley sobre consejería en los privados
- Sistema judicial viola la confidencialidad
- Ley contra toda forma de discriminación
- Ley de trabajo sexual.
- Derechos de trabajadoras sexuales.

Discriminación

- Discriminación
- Paradigmas de la sociedad
- Miedo, discriminación de la patronal
- Falta de respeto a la confidencialidad
- Exclusión y expulsión del seno familiar primario (barreras culturales)
- Falta de apoyo familias
- Desinformación
- Discriminación de los padres por la orientación
- Falta de conocimiento de fiscales y jueces.
- Ataque organizado a la ciencia (por parte de grupos antiderechos con financiamiento \$5)
- Avance de antiderechos, presencia en medios
- Gobierno en su conjunto no nos ve como actores de derechos (Tres poderes del estado)

Financiación/ presupuesto

- Presupuesto de salud limitado
- Inversión pública insuficiente
- Pérdida de financiamiento externo
- Implicaciones de la cobertura
- Propuesta de reforma del sistema de salud
- Todas las instituciones se cuelgan del presupuesto de salud
- Falta de diversificación de fuentes de financiamiento

Inseguridad Laboral

- Miedo a perder el trabajo
- Pérdida del empleo
- Inseguridad laboral
- No existen políticas establecidas en el lugar de empleo, educativo, etc.

Educación en sexualidad

- Falta o debilidad en educación de la sexualidad.
- Asegurar salud sexual integral y educación.
- Ausencia de formación sexual en las instituciones educativas.
- Falta de educación sexual en todas las etapas de la vida.

Determinación social

- Determinantes sociales
- Desarraigo
- Grupo poblacional vulnerable (Adolescencia, rural, HSH)
- Exclusión social
- Desconocimiento de los funcionarios sobre cultura e idiomas
- Falta de recursos
- Poblaciones muy vulnerables
- Barreras de acceso
- Explotación sexual
- Fragilidad del sistema de protección de la infancia
- Acceso a derechos. Calidad de vida fragilizada
- Corte de los servicios educativos
- Que al comunicar el diagnóstico a la pareja se de violencia intrafamiliar
- Abandono de estudios

DEBILIDADES

Información

- Información no accesible
- Falta de información clara y concisa de parte del personal de salud
- Desinformación entre el personal de salud en manejo clínico – Dx.
- Falta de información del personal de salud
- Acceso disponible pero con oferta limitada. (poca difusión)
- Faltan e información previa sobre VIH y sobre prevención.
- GRANDES AUSENTES: Reglamentaciones respuestas establecidas en justicia militar, Municipalidad.
- Falta de carga en el sistema de información en las regiones.

Médico – paciente

- Falta de contención.
- Relación médico paciente
- Aspectos éticos. No se cumplen normativas.
- Falta de confidencialidad
- Bienestar del personal. Autocuidados. Contención en salud mental.

Estructura oferta

- Falta de horarios diferenciados que se ajusten a las necesidades de los usuarios.
- Saturación de los servicios de salud.
- Falta de descentralización del programa.
- Distancia (difícil acceso) de los SAls
- Fortalecer la atención integral incorporando servicios de atención en salud.
- Falta de horario extendido de laboratorio.
- Centralización de la atención integral.
- Cambios en RRHH
- Acceso a los servicios en horarios extendidos
- Salud penitenciaria.
- Traslados de internos. Pérdida de tratamiento.
- Desabastecimiento de ciertos medicamentos reactivos.
- Relacionamiento de los servicios públicos y privados.

Acuerdos intersectoriales

- Trabajo multisectorial: no se utilizaron recursos (Municipalidad, Gobierno Central, R. Sanit.) o no se encuentran disponibles.
- Falta de acuerdos entre sectores para tratamiento.
- Relacionamiento de los servicios públicos y privados.
- Relación sector público - privado. No se recibe tratamiento en sector privado sin protocolo.
- Falta de acompañamiento de fuerzas públicas.
- Ausencia el MEC
- Cómo responde el MEC a discriminación?
- Consejos locales de salud no se involucran.
- Abordaje intersectorial con otros planes S.S.R., Salud mental.
- Falta de especialistas
- Reglamentación de la hormonización integral
- Políticos con el lugar de trabajo

DEBILIDADES

Organización/ gestión

- Burocracia del PRONASIDA para el acceso a análisis y medicamentos
- Falta de revisión del flujoograma de atención dentro del programa (Burocracia, tiempos de espera, acceso de pasos a...)
- No inicio de tratamiento antirretroviral oportunamente
- Seguimiento, control, implementación del programa deficiente.
- Para mejor manejo de atención
- Sistema Referencia Contrarreferencia. Búsqueda activa
- ¿Quién controla el cumplimiento de la ley?
- No adecuación de IPS a los protocolos.
- ¿Quién observa la calidad de la atención? Falta de acciones concretas que se le pide a otros sectores. Falta un plan.
- Metas en ADC. Sistema privado e IPS divorciado del sector público.
- Educación integral de la sexualidad.

Pérdida de oportunidades

- Pérdida de oportunidad de atención, de aplicar protocolo (madre y RN)
- Falta de ofrecimiento del test
- Tratamiento tardío
- La no retención del usuario. Fuga
- Cadena de transmisión (Madre y RN)
- La organización del servicio es responsabilidad del servicio
- Falta de ofrecimiento de información (consejería) en el servicio de controles prenatales.
- No realizar consejería
- Oportunidad perdida
- No recibir atención en el servicio al cual fue derivado.
- No hubo consejería ni apoyo/ contención psicológica.
- Incumplimientos de la.. por parte jurídica
- No cumplimiento de la resolución del nombre social.
- Pérdida de oportunidad de aplicar protocolo PTMIVH(madre y RN).
- Falta de ofrecimiento de la prueba de VIH durante los controles prenatales.

Abordaje diferenciado

- Abordaje diferenciado (edad, orientación sexual, etc)
- Atención a adolescentes
- Prevención débil (comunitaria – en escuelas – servicios de salud diferenciados)
- Trans, HSH, Indígenas LGTBI, adultos mayores
- Protocolos específicos con enfoque intercultural... (?)
- Trabajo con NNA en situación de explotación sexual.
- Información apropiada para NNA
- Abordaje diferenciado del MEC para LGTBI

ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LAS ACCIONES: Taller 3

El análisis de viabilidad y riesgos de las estrategias propuestas se realizó en el tercer taller participativo, el 13 de setiembre de 2019, con la participación de 80 personas, referentes de los diversos actores clave antes citados. Se conformaron mesas de trabajo interdisciplinarias. Los grupos evaluaron la factibilidad de cada línea de acción en 6 dimensiones (técnica, jurídica, política, económica, cultural e institucional) en una escala cualitativa de 0 “nada viable” a 10 “muy viable”. Se usaron preguntas guías, para conducir la discusión. Los puntajes asignados a cada línea de acción fueron promediados, y el puntaje final de la estrategia se convirtió a un porcentaje del total máximo de la escala (60 puntos).

CRITERIOS UTILIZADOS	
ESCALA: Totalmente a favor de la acción: 10 PUNTOS Indefinido: 5 PUNTOS Totalmente contrario a la acción: 0 PUNTOS	
Viabilidad técnica	¿La acción es clara en el análisis del problema y en su objetivo? ¿Contamos con un serio análisis de las causas y los efectos del problema? ¿Evaluamos otras alternativas? ¿Hay relación entre el problema seleccionado y el objetivo que se propone; entre las actividades propuestas y los resultados; entre los resultados y el objetivo y entre este y los objetivos superiores? ¿Son razonables los recursos solicitados para realizar con éxito las actividades y el tiempo que se prevé para la acción?
Viabilidad jurídica	¿La acción planificada tiene su aval jurídico correspondiente?
Viabilidad política	¿dispone de suficientes recursos de poder para neutralizar a los actores que tendrán un comportamiento de resistencia o bloqueo? Las actividades, los resultados y objetivos ¿serán aceptados por los actores participantes? El cambio propuesto ¿está en relación con los recursos de poder que se ejerce?
Viabilidad económica	¿se dispone/se dispondrá de recursos financieros suficientes para llevar a cabo las actividades programadas? ¿Los recursos podrán estar disponibles en los períodos planteados en el proyecto?
Viabilidad cultural	¿algunos de las actividades, los resultados y objetivos del proyecto son contrarios a las pautas culturales predominantes de la población destinataria?
Viabilidad institucional	¿dispone cada uno de ellos de capacidad técnica suficiente para llevar adelante las acciones?

En aquellas estrategias o líneas de acción con puntaje bajos, se solicitaba a la mesa que evalúe y sugiera acciones de manejo del riesgo, que fueron incorporadas como nuevas líneas de acción.

Se previó que las estrategias con un porcentaje menor a un 50% de viabilidad deberían ser reevaluadas. El puntaje más bajo lo obtuvo la estrategia de Educación Integral de la Sexualidad, con un 55%.

Las dimensiones con mayor puntaje de viabilidad fueron la jurídica y la técnica, con una nota promedio de 8,7 y 8,6 sobre 10, respectivamente. La viabilidad política de las actividades en promedio fue de 7,3 sobre 10; la viabilidad institucional fue de 6,9 sobre 10; la cultural de 6,6 y la económica de 6,0. En el documento final, las estrategias fueron ordenadas, por

mayor puntaje de viabilidad asignado. Los valores asignados para cada actividad se presentan en el siguiente cuadro.

EJE ESTRATÉGICO 1. Desarrollo de intervenciones que impactan en el continuo de la atención

Estrategia	Promedio	ACTIVIDADES	Viabilidad						Total
			Tec	Jur	Pol	Eco	Cul	Ins	
Testeo y diagnóstico del VIH	82%	Estimación, adquisición y disponibilidad de insumos, según el plan	7	10	8	8	9	8	51
		Actualizar el plan de expansión del servicio de testeo y diagnóstico	9	10	8	8	7	9	51
		Capacitación continua en consejería a personal de salud que ofrece testeo	8	10	9	8	7	8	50
		Talleres y guías para abordaje de consejería a las parejas	6	9	8	8	5	8	45
PrEP y PEP	79%	Programación y adquisición de ARV según plan definido	9	10	9	8	7	10	52
		Capacitación y supervisión capacitante sobre provisión de PEP en servicios	8	9	7	7	7	8	46
		Monitorización de la toxicidad	7	9	8	6	8	9	46
		Diseño de pruebas de distintos modelos de observancia y de generación de demanda	8	8	7	7	7	8	46
Promoción por pares	78%	Capacitación, seguimiento y supervisión de las tareas de los promotores pares	7	9	9	6	6	9	47
		Insumos y materiales informativos y educativos para la práctica en terreno	9	9	8	6	8	8	47
		Plan de incremento progresivo de promotores pares, con la colaboración de las organizaciones de poblaciones clave	7	9	9	6	6	9	46
Estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento	77%	Programación adquisición y distribución de ARV	10	10	10	7	7	9	52
		Seguimiento telefónico de adherencia al tratamiento, incluyendo en RS y supervisando su cumplimiento	9	9	9	6	7	9	48
		Capacitación y actualización a profesionales	9	9	8	7	6	8	47
		Sostener y ampliar el alcance de los GAM	9	9	9	6	8	7	47
		Consejería para la adherencia en el contexto hospitalario, y comunitario	9	7	5	5	5	7	38
Comunicación efectiva de las intervenciones	69%	Realizar campañas nacionales de sensibilización sobre entornos favorables y sin discriminación	10	10	10	5	7	10	52
		Promocionar Oferta de servicios, horario y lugares de atención y los servicios que ofrecen	7	7	6	7	6	7	40
		Mayor difusión de la Ley 3940/09,							37

		educación, testeo, instituciones privadas	7	8	7	5	5	5	
		Desarrollar campañas de comunicación específicas para los diferentes componentes del PEN	7	8	6	4	5	7	37
ETMI+	67%	Plan de mejoras en la red de laboratorios	8	8	8	6	8	7	45
		Apoyo a acciones para integrar a SSR, atención prenatal, salud de la madre y el niño, y salud de la familia y la comunidad, particularmente a través de APS.	9	8	7	8	7	6	44
		Supervisión y mejoras de la Gestión de la cadena de suministros	8	8	9	6	6	8	44
		Campañas de comunicación sobre VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en los servicios de salud de la madre y el niño	5	4	3	5	6	5	28
Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)	66%	Elaborar los diagramas del flujo de la gestión de las ITS en poblaciones clave	7	9	8	7	6	6	43
		Estudiar la demanda de los servicios de ITS y para desarrollar un plan para mejorar los servicios existentes	6	10	6	6	7	6	41
		Organizar los servicios clínicos de ITS	6	9	9	5	5	5	39
Provisión de condones y lubricantes	63%	Programación, adquisición y distribución de condones y lubricantes en servicios de salud, organizaciones de población clave, personas en situación de encierro	8	7	6	7	7	9	43
		Campañas que promueven el uso de condones para población clave, incorporando a actores clave como el MITICS, ONGS y cooperación internacional	8	9	6	4	7	8	41
		Estrategias de comunicación para uso de condones en establecimientos penitenciarios	5	6	6	2	7	5	30
Innovaciones didácticas y metodológicas para capacitación permanente	63%	Desarrollar e implementar un instrumento de supervisión capacitante en las diversas áreas del continuo de la atención, consensuado y amigable, a nivel interinstitucional	7	7	8	6	6	6	40
		Diseñar, implementar y evaluar la puesta en práctica de nuevas modalidades de capacitación y formación dirigidas al personal de salud de diferentes niveles, que incorporen innovaciones didácticas y metodológicas	7	7	6	5	6	6	36
Educación Integral en Sexualidad	55%	Capacitar a los educadores y prestadores de atención de salud	7	8	6	5	5	5	36
		Apoyar reuniones, talleres, acciones de incidencia y esfuerzos intersectoriales sobre la ESI	8	7	2	3	6	5	30

EJE ESTRATÉGICO 2. Acceso a la atención equitativa

Estrategia	Promedio	ACTIVIDADES	Tec	Jur	Pol	Eco	Cul	Ins	Total
Gestión del conocimiento	83%	Examen de diversos documentos normativos y legislativos	10	10	10	8	9	8	54
		Incorporar indicadores de calidad de servicios, estigma y discriminación (revisar estándares internacionales)	10	10	10	9	8	8	54
		Capacitar en vigilancia centinela	9	10	9	8	8	8	50
		Una guía de investigación en VIH/SIDA.	10	10	10	5	8	8	50
		Seguimiento del acceso a los servicios	10	10	10	6	6	6	49
		Realizar encuestas conductuales y de vigilancia serológica	9	9	9	6	8	8	48
		Datos de población clave y por región basado en la cascada	9	9	8	6	8	8	46
Delegación de funciones en la prestación de los servicios	78%	Plan de capacitación a profesionales clínicos no médicos y personal de las USF	9	10	9	8	8	9	52
		Extensión del horario de ciertos servicios	8	8	8	6	8	7	44
		Ampliar los servicios contra las hepatitis y otras ITS	9	9	6	8	6	6	44
Integración de los servicios	71%	Ofrecimiento de vacunación contra el virus de la hepatitis B a personas con mayor riesgo	10	10	10	9	8	6	53
		Realizar capacitaciones a fin de socializar las normativas vigentes	10	10	8	8	7	9	51
		Fortalecer la referencia y contra referencia de pacientes con la confección TB-VIH para el inicio precoz del tratamiento antirretroviral.	10	10	8	8	8	8	50
		Incorporar las pruebas de detección de hepatitis víricas en directrices nacionales en los grupos de poblaciones clave	9	9	8	8	7	8	48
		Realizar reuniones inter-programáticas	5	10	6	9	8	8	45
		Talleres para lineamientos de atención para personas con VIH en situación de violencia, adicciones, problemas de salud mental, u otras.	10	9	6	6	8	6	45
		Determinar la ruta de atención integral por población clave y las priorizadas, así como sus brechas. Integrantes de la red de servicios	9	10	6	6	8	6	45
		Gestión de las adquisiciones y el							44

		suministro	9	8	6	5	9	8	
		Capacitar al personal de salud y actores comunitarios en el enfoque de reducción de daños	8	9	8	6	6	6	43
		Acordar protocolos de atención que faciliten el acceso a los servicios sociales	9	6	6	6	8	6	41
		Reforzar campañas de información sobre Salud del Hombre y Promoción de los servicios de Salud del Hombre	9	8	6	6	6	6	41
		Ampliar la disponibilidad de productos genéricos precalificados por la OMS registro oportuno de dichos productos a nivel nacional.	9	6	6	6	6	6	40
		Tratamientos antivíricos para las personas que padecen infección crónica por los virus de la hepatitis B y la hepatitis C:	8	8	6	5	6	6	39
		Formar comités a nivel regional	8	6	5	8	5	6	38
		Coordinar el cruce de datos entre los programas priorizados para la atención integral.	7	7	6	6	4	4	33
		Participar y apoyar en el desarrollo de normas específicas para la salud del hombre	5	5	5	5	5	5	30
		Coordinar las supervisiones conjuntas a las regiones	5	5	5	3	5	4	27
Acciones basadas en la comunidad	70%	Instalación de clínica y espacio de atención integral gestionada por mujeres trabajadoras sexuales,	8	8	8	8	7	8	45
		Fortalecer los servicios comunitarios y puntos de cuidado	8	8	8	6	6	8	43
		Establecer mesas de trabajo, incluyendo a todos los actores sociales	8	8	8	6	6	6	41
		Apoyo legal para responder a violencias y discriminación	9	9	6	5	5	5	39
Estrategias para sensibilizar y accionar en contra de la discriminación	65%	Manejo adecuado de los datos confidenciales, desde la recepción, triaje, consultorio, enfermería, hospitalario, personal administrativo, personal administrativo del servicio de salud, en función a la Ley 3940	8	8	8	9	5	6	43
		-Introducción de políticas en los lugares de trabajo de las empresas privadas e instituciones públicas por medio del ministerio de trabajo, UIP y otros	8	8	5	6	4	5	35

EJE ESTRATÉGICO 3. Gobernanza

Estrategia	Promedio	ACTIVIDADES	Tec	Jur	Pol	Eco	Cul	Ins	Total
Posicionar la respuesta transectorial nacional	84%	Realizar periódicas reuniones del CONASIDA	10	10	10	8	10	8	57
		Establecer una mesa sectorial para Prevención Combinada	10	10	10	8	7	8	54
		Mesas de articulación con el Ministerio del Trabajo y Ministerio de Justicia	10	10	10	7	8	8	54
		Acciones de incidencia política para la implementación efectiva de las acciones del Plan Estratégico Nacional	10	10	8	7	7	8	51
		Incidencia para incorporación de temática actualizada del VIH/sida y otras ITS en la malla curricular	10	10	8	8	8	8	50
		Organizar acciones para propiciar la disseminación de información	10	10	8	7	7	7	48
		Establecer alianzas y convenios para actividades específicas con los Gobiernos Locales	10	10	8	6	7	7	47
		Sistematización y difusión de resultados de estudios específicos	10	10	8	6	7	7	47
		Realizar acciones de abogacía e incidencia	10	10	7	5	6	7	44
Monitoreo estratégico y evaluación del PEN	80%	Plan de monitoreo estratégico	10	10	9	6	8	8	50
		Monitoreo y Evaluación de la calidad del gasto	10	10	9	6	8	8	50
		Rendición de Cuentas periódicas públicas	10	10	8	6	6	9	49
		Analizar periódicamente el PEN (cada dos años)	10	10	8	6	8	8	49
		Presupuestar acciones de seguimiento y la evaluación. Visitas de campo	10	10	6	6	8	8	47
		Establecer metas en general para VIH sida en el sector público y privado	10	9	6	6	8	8	46
		Instalar un comité de monitoreo estratégico interdisciplinario	10	10	8	6	4	8	45
Garantizar el financiamiento	74%	Establecer un inventario de recursos de VIH	10	10	8	8	8	8	50
		Identificar oportunidades para aumentar las eficiencias	10	10	8	8	8	8	50
		Proponer convenios sobre responsabilidad social entes privados.	10	10	8	6	8	8	49
		Indagar oportunidades de financiamiento	10	8	8	8	8	8	48
		Estimar las necesidades nacionales de recursos para las	10	10	8	-	8	8	43

		hepatitis							
		Determinar los costos de las unidades de atención y estimar las necesidades	8	10	5	5	8	5	40
		Desarrollar sólidos argumentos a favor de las inversiones	8	10	8	5	5	5	40
		Anteproyecto de ley para blindar el presupuesto para prevención y atención del VIH	8	5	8	5	5	5	35
Estrategias esenciales para lograr un entorno favorable	72%	Actualizar el plan de desarrollo de recursos humanos	10	10	10	6	8	8	51
		Establecer mecanismos de supervisión para conseguir que se mantengan las normas	10	10	5	5	7	8	45
		Implementar programas de educación sobre los derechos	10	10	7	5	6	7	45
		Instituir políticas y códigos de conducta antidiscriminatorios	10	9	7	3	5	5	38
		Eliminar los obstáculos jurídicos, regulatorias y normativos	10	8	3	5	5	5	36

EJEMPLOS DE CONJUNTOS DE SERVICIOS POR POBLACIONES CLAVE

FIGURA 27. Modelo de esquema de conjuntos de servicios de prevención, atención y tratamiento para Gays, Bisexuales y otros HSH

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES		
	VIVEN CON VIH	VIH NEGATIVOS
PREVENCIÓN	✓ Divulgación, distribución de condones y lubricantes compatibles, provisión de espacios seguros, movilización comunitaria (Secciones 4.2.5, 4.4.2, 4.4.4)	
		✓ PreP para hombres con riesgo sustancial continuo de contraer VIH (Sección 4.2.7)
		✓ PEP después de una supuesta exposición (Sección 4.2.8)
	✓ Intervenciones conductuales para apoyar una reducción de riesgo (Sección 4.2.1)	
	✓ Consejería sexual breve	
	✓ Revisión de cáncer anal (Sección 4.2.10)	
	✓ Revisión de cáncer prostático	
ANÁLISIS VIH	✓ Reducción de daños para hombres que usan drogas (programas de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opioides, tratamiento para la dependencia de otras drogas, y prevención y manejo de sobredosis de opioides) (Sección 4.3.4)	
	✓ Para parejas sexuales (Sección 4.2.6)	✓ Análisis al menos cada 12 meses y con más frecuencia si es necesario si el riesgo constante es alto; también para parejas sexuales (Sección 4.2.6)
RE-PRUEBA Y PRUEBA CONFIRMATORIA	✓ Realizar re-prueba antes de iniciar TARGA o cuando haya vínculo con Cuidados de análisis comunitarios (Sección 4.2.6)	✓ Realizar re-prueba al menos cada 12 meses, antes de iniciar PreP, y más frecuentemente como sea necesario si el riesgo constante es alto (Sección 4.2.6, 4.2.7)
TRATAMIENTO	✓ Terapia antiretroviral (Sección 4.3.1)	
OTROS SERVICIOS CLÍNICOS	✓ Evaluación y provisión de vacunas, tales como la VHB (Sección 4.2.9)	
	✓ Pruebas de VHB y VHC así como tratamiento (Sección 4.2.9)	
	✓ Quimioprofilaxis y co-trimoxazole	
	✓ Búsqueda intensificada de tuberculosis y vinculación con tratamiento (Sección 4.3.2)	
OTROS SERVICIOS DE APOYO	✓ Provisión de terapia preventiva de isoniazida (Sección 4.3.2)	
	✓ Servicios de salud mental (Sección 4.3.3)	
	✓ Consejería psicosocial, apoyo y consejería de adherencia al tratamiento	
	✓ Apoyo para transparencia con pareja	
	✓ Servicios legales	

Excerpt: OMC 2014; OMC 2012; OMC 2013; OMC 2009

FIGURA 28. Modelo de esquema de conjuntos de servicios de prevención, atención y tratamiento para personas Trans

	VIVEN CON EL VIH	SON SERONEGATIVAS
PREVENCIÓN	✓ Actividades de divulgación, distribución de preservativos y lubricantes compatibles con su uso, facilitación de espacios seguros (centros de acogida), ⁸ movilización de la comunidad (secciones 3.3.1 y 4.6)	✓ Profilaxis pre exposición para individuos en riesgo importante de infección por el VIH (sección 3.3.2)
		✓ Profilaxis post exposición tras una supuesta exposición (sección 3.3.3)
	✓ Iniciativas relativas al comportamiento para ayudar a reducir los riesgos (sección 4.3)	
	✓ Breves orientaciones sobre sexualidad	
	✓ Diagnóstico inicial de ITS (sección 3.3.6)	
	✓ Reducción de daños en personas que consumen drogas (programas de intercambio de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opiáceos, otros tratamiento de la drogodependencia y prevención y tratamiento de la sobredosis de opiáceos) (sección 3.3.4) y equipo de inyección esterilizado para la inyección de hormonas o silicona	
PRUEBAS DEL VIH	✓ Para parejas sexuales (sección 3.3.7)	✓ Realizar las pruebas al menos cada 12 meses y con mayor frecuencia según proceda, en caso de encontrarse en situación de alto riesgo; también a las parejas sexuales (véase la sección 4.2.6)
REPETICIÓN DE LAS PRUEBAS Y PRUEBA DE CONFIRMACIÓN	✓ Repetir la prueba antes de empezar con la terapia antirretroviral o cuando estén vinculados a servicios comunitarios de realización de pruebas.	✓ Repetir la pruebas al cada 12 meses, antes de empezar con la profilaxis pre exposición, y con mayor frecuencia según proceda, en caso de encontrarse en situación de alto riesgo (secciones 3.3.7 y 3.3.8)
TRATAMIENTO	✓ Terapia antirretroviral (sección 3.3.8)	
OTROS SERVICIOS CLÍNICOS	✓ Evaluación y suministro de vacunas, como la vacuna contra el VHB (sección 3.3.10)	
	✓ Realización de las pruebas del VHB y el VHC y tratamiento (sección 3.3.10)	
	✓ Labores intensificadas de detección de casos de tuberculosis y el tratamiento contra la tuberculosis (sección 3.3.10)	
	✓ Suministro de tratamiento preventivo con isoniazida (sección 3.3.10)	
OTROS SERVICIOS DE APOYO	✓ Servicios psicosociales y de salud mental (sección 3.3.10)	
	✓ Orientaciones psicosociales, apoyo y asesoramiento sobre el cumplimiento del régimen terapéutico	
	✓ Apoyo en lo relativo a revelar el estado serológico y notificarlo a la pareja	
	✓ Servicios jurídicos	

Fuente: OMS, 2014; OMS, 2013; OMS, 2012; OMS, 2008.

LISTA DE PARTICIPANTES DE LOS TALLERES DE PLANIFICACIÓN

Nro.	Apellido	Nombre	Cargo	Institución	Sector Público	Sociedad Civil	AMA Interior
1	Aguilar	Patricia	Asesora VIH	UNFPA			x
2	Aldana	Blácida	Jefa Regional de PS.	XVI RS Boquerón	x		x
3	Álvarez	Johana	Area juvenil	OPUMI		x	x
4	Aquino	Nancy	Directora Regional	Ministerio de la Mujer	x		x
5	Armoa	Tomasa	Gerente Regional	X Región	x		x
6	Ayala	Tammy	Administración	Casa Diversa		x	x
7	Barboza	Alma	Jefa MPS	PRONASIDA	x		x
8	Barrios	Maida	Directora Regional	XV RS	x		x
9	Betancourt	Marie	Secretaria General	Asociación Pananmbi		x	x
10	Cabello	Agueda	Director	DDH DGDS	x		x
11	Candia	Max	Encargado	XII RS Ñeembucú	x		x
12	Careaga	Irene	Jefa Programas	XVIII RS Alto Paraguay	x		x
13	Cattebeke	Evelyn	Dirsina	Dirsina	x		x
14	Centurión	Domingo	Director ejecutivo	ÑEPYRU		x	x
15	Cohenca	Beatriz	NPC CIH ITS	OPS			x
16	Cristaldo	Angela	Referente	UNES		x	x
17	Cuevas	Mirna	Encargada	XVIII RS Alto Paraguay	x		x
18	Cusihuzmán	Antonio	Equipo técnico	DSSR / DGPS	x		x
19	Da Silva	Mercedes	APS	MSP y BS	x		x
20	Delgado	Katia Lorena	Asistente Adm.	PRONASIDA	x		x
21	Diaz de	Ana Delia	Gerente	HR PJ Caballero	x		x
22	Echeverría	Gloria Elena	Gerente Reg. ITS	I RS CONCEPCION	x		x
23	Espósito	Liza	Directora	MINNA	x		x
24	Esquivel	Juana	Representante	UNES		x	x
25	Estigarribia	Mirtha	Psicóloga	Somosgay		x	x
26	Etcheverria	Silvia Clara	Gerente Regional	X RS Alto Parana	x		x
27	Ferreira	Guillermo	Personal de Apoyo	PRONASIDA	x		x
28	Flores	Nilda B.	Directora	MSP y BS	x		x
29	Franco	Gladys	Consejera	OPUMI		x	x
30	Gagliardone	Natalia	Coordinadora	DDH - CSJ	x		x
31	Galeano	Sonia	Gerente Regional	PRONASIDA	x		x
32	Gamarra	Isabel	Tesorera	Escalando		x	x
33	Gaona	Alfredo	Presidente	MCP		x	x
34	Gimenez	Carlos	Ga. Regional	MSP y BS	x		x
35	Gimenez	Liliana	Jefa de Prevención	PRONASIDA	x		x
36	Godoy V.	Mirian	Encargada ITS	PRONASIDA	x		x
37	Golván	Gary	Monitoreo	Somosgay		x	x
38	Gómez	Raquel	Encargada	HR Coronel Oviedo	x		x
39	González	Damalia	VIH ITS	II RS San Pedro	x		x
40	Herreira	Lourdes	Representante	OPUMI		x	x
41	Irala	Sandra	Coordinadora	IPS	x		x
42	Irun	Adriana	Secretaria	Red de VIH		x	x
43	Llano	Celina	Encargada	VII RS Itapua	x		x
44	Llano	Nidia	Epidemiologa	HR Pilar	x		x
45	Lopez	Gladys	Laboratorio	PRONASIDA	x		x
46	Lopez	Rosa	Gerente VIH	IX RS PARAGUARI	x		x
47	López	Sergio	Oficial	Somosgay		x	x
48	López	Maria Liz	Encargada	XIV RS Canindeyú	x		x
49	Lozio	Francesca	Secretaria Técnica	MCP		x	x

50	Martínez	Beatriz	Depto Técnico		x		x
51	Medina	Julia Raquel	Lic. Enfermería		x		x
52	Mendoza	Evelyn	Psicología	Somosgay		x	x
53	Menéndez		Director General	HR Boquerón	x		x
54	Mereles	Edgar	Coordinación	ÑEPYRU		x	x
55	Morales	Cynthia	Consejera	HR Concepción	x		x
56	Negrete	Martín	Fundación Vencer	Fundación Vencer		x	x
57	Núñez	Analía	MRS/Equipo	PRONASIDA	x		x
58	Olmedo	Rufino	Voluntario	Asociación VIVIR		x	x
59	Ortíz	Rubén	Jefe Pr. P. E.	MSP y BS	x		x
60	Ortíz	Natividad	Jefe	MTESS	x		x
61	Ortíz Cuba	Ever Virgilio	Médico	Somosgay		x	x
62	Ovelar	Patricia	Jefa AF	PRONASIDA	x		x
63	Oviedo	Dalila	Directora	DINASAPI	x		x
64	Pastore	María Luisa	Coord. Enf.	CRP		x	x
65	Pererira	Zully	XV RS Jefa	XV RS P. HAYES	x		x
66	Peroni	Alejandro	Coordinador	Salud Penitenciaria	x		x
67	Quiñones	Epifanía	Representante	OPUMI		x	x
68	Quiñonez	Del Rosario	Gerente ITS	III Región Sanitaria	x		x
69	Ramos	Silvia Ramos	Dir. Género MSP	MSP - DGPS	x		x
70	Rodas Aranda	Catalina	Encargada	XI RS Caazapa	x		x
71	Rodriguez	Mirtha	Asesoría	Senado	x		x
72	Rodriguez	Delma	Encargada	DIGIES/DES	x		x
73	Rodriguez	Gloria	Gerente Regional	Octava Región	x		x
74	Romero	Juan Carlos	Promotor	CZES Ñepyr		x	x
75	Rotela	Yren	Coordinadora	Repadis		x	x
76	Royg	Doris	Dirección Coord RS	MSP y BS	x		x
77	Royg	Maria del Carmen	Coordinadora	CIRD		x	x
78	Ruiz	Adolfo	Gestión de Con.	Somosgay		x	x
79	Ruiz Díaz Ros	Leda	Jefe de Sala	Hospital Nacional	x		x
80	Said	Sandra	Bioquímica		x		x
81	Saldívar	Maria	Presidenta	Alvida		x	x
82	Samudio	Tania	Directora	PRONASIDA	x		x
83	Sanchez	Carlos	Monitoreo	Somosgay		x	x
84	Sosa	Fermín	Educador	PRONASIDA	x		x
85	Taboada	Aurelio		SAI IMT	x		x
86	Valdez	Marcela	Representante	Panambi		x	x
87	Valdez	Melissa	Jef. Seg. Prog.	PNCT	x		x
88	Vega	Francisco		MSP y BS	x		x
89	Vera	María	Asesora Técnica	LCSP	x		x
90	Villalba	Giovanna	Jefa Programa	XI RS	x		x
91	Zapattini	Pablo	Asesor de S. Salud	MSP y BS	x		x
92	Zárate V.	Richard	Director	Asociación VIVIR		x	x
93		Jorge	Referente	ADRA PY		x	x
94		José Arsenio	Coordinador	FF.AA.	x		x
95		Marcela	Coordinadora	Panambi		x	x
96		Miguel	Epidemiologo	OPS/OMS		x	x
97		Yohana	Población Trans	Escalando		x	x
TOTAL					61	34	65
PORCENTAJE					63%	35%	67% 33%