



## COMISIÓN NICARAGUENSE DEL SIDA

### INFORME NACIONAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA 2012. NICARAGUA

Periodo de cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011

Fecha de presentación: 30 de marzo del 2012



## **Siglas y acrónimos**

AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ANICP + VIDA	: Asociación Nicaragüense de Personas Positivas por la Vida
APASUR	Asociación de Pastores del Atlántico Sur
ASAP	: AIDS Strategy & Action Plan
ASONVIHSIDA	: Asociación Nicaragüense de VIH/ Sida
CECC	Consejo Ecuménico de la Costa Caribe Nicaragüense
CEPRESI	: Centro de Educación y Prevención del Sida
CIES-UNAN	: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
CNR	Centro Nacional de Referencia
CORLUSIDA	Comisión Regional de Lucha contra el Sida en la RAAN
CONISIDA	: Comisión Nicaragüense del Sida
CORESIDA	Comisión Regional del Sida RAAS
ECVC	: Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento
ESAFc	Equipo de Salud de Familiar y Comunitario
EMD	Equipo Multidisciplinario
ENDESA	: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
FM	: Fondo Mundial
GRUN	: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HSH	: Hombres que tienen sexo con hombres
ICPN	: Índice Compuesto de Política Nacional
INH	: Isoniacida
INIDE	: Instituto Nicaragüense de Información de Desarrollo
INSS	: Instituto Nicaragüense del Seguro Social
ITS	: Infecciones de transmisión sexual
MCP	: Mecanismo Coordinador de País
MERG	: Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA
MIGOB	: Ministerio de Gobernación
MINSA	: Ministerio de Salud
MyE	: Monitoreo y evaluación
MOSAF	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
ONG	: Organismo no gubernamental

ONUSIDA	:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud
PASMO	:	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDDH	:	Procuraduría de los Derechos Humanos
PEN	:	Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/Sida, 2011-2015
PER	:	Plan Estratégico Regional
PME	:	Plan de Monitoreo y Evaluación
POA	:	Plan Operativo Anual
PTMI	:	Prevención de la transmisión materno infantil
SAT	:	Sistema de Alerta Temprana
Sida	:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SILAIS		Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SMyE	:	Sistema de Monitoreo y Evaluación
TS	:	Trabajadoras/es sexuales
UDI	:	Usuarios de Drogas Intravenosas
UNICEF	:	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	:	Sesión Especial sobre el VIH-Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas
UP-INSS		Unidad de Proyectos Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
USAID	:	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
USAID PASCA	:	Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
VIH	:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Contenido

Siglas y acrónimos.....	i
Contenido.....	iii
I. Situación a simple vista.....	1
a) La participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe .....	1
b) La situación actual de la epidemia .....	2
c) La respuesta política y pragmática. ....	3
II. Panorama General de la Epidemia.....	4
a) Residencia .....	7
b) VIH según preferencia sexual .....	7
c) Situación de VIH en Hombres de tienen sexo con hombres (HSH) y población TRANS.....	8
d) Mujer trabajadora sexual (MTS).....	8
e) Datos de comportamientos .....	8
f) Coinfección TB/VIH .....	9
g) Embarazadas con VIH .....	9
III. Respuesta nacional a la epidemia del sida .....	10
a) Componente Prevención.....	10
b) Componente Atención y Tratamiento .....	12
c) Coinfección TB/VIH .....	14
d) Profilaxis con Trimetropin.....	14
e) Infecciones Oportunistas .....	15
f) Prevención de la Transmisión Materno infantil .....	15
g) Capacidad diagnóstica.....	16
h) Cuidados en el hogar y la comunidad .....	17
i) Compromiso Nacional. ....	17
IV. Prácticas óptimas.....	23
V. Principales problemas y acciones rectores.....	28
a) Los progresos realizados hacia los retos clave notificados en el informe nacional sobre los progresos realizados en el 2012.....	28
b) Los obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación 210-2011 que retrasaron la Respuesta Nacional en general, y el progreso del logro de los objetivos, en particular. ....	28
c) Acciones correctores planteados para lograr los objetivos marcados.....	29
VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país.....	29
VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación.....	29
VIII. Bibliografía.....	32

## **I. Situación a simple vista**

### **a) La participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe**

La elaboración del informe de progreso realizado en el país en el periodo 2010-2011 ha sido liderado por la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA a través de su Secretaría Técnica, con la Asistencia Técnica y Financiera de USAID/PASCA y el apoyo de ONUSIDA. Se construyó aplicando las directrices emanadas para la redacción del informe, se realizó siguiendo la ruta aprobada por la CONISIDA. El proceso de elaboración del informe implicó las siguientes etapas:

1. Creación de un equipo técnico liderado por la CONISIDA e integrado por el equipo técnico de USAID/PASCA y el del Sistema de Naciones Unidas.
2. Desarrollo de un proceso de investigación bibliográfica exhaustiva que facilitó el meta análisis de estudios e investigaciones que se realizaron durante el periodo 2010-2011 realizadas en el país en el marco de la primera fase del Proyecto del Fondo Mundial, los programas socios de USAID, el Sistema de Naciones Unidas y Organizaciones Sociales.
3. Revisión de las estadísticas de vigilancia epidemiológica.
4. Desarrollo de un proceso de consulta dirigido por la CONISIDA que hizo posible convocar y consultar a los actores involucrados en la Respuesta Nacional.
5. Desarrollo una herramienta informática para facilitar la recolección, procesamiento y consulta de los datos incluidos en el Instrumento de observación de los Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN), parte integral de la lista de indicadores básicos que se completaron y se presentaron como parte del informe nacional sobre los progresos realizados del año 2011.
6. Se realizaron dos talleres convocados por la CONISIDA, con la participación de las instituciones del estado los organismos bilaterales, cooperación externa y organizaciones sociales, en estos talleres se planteó la visión de compromiso de país en la elaboración del informe enmarcado en la declaración realizada en junio de 2011 en la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA y su relación con las metas aprobadas para el año 2015, en reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH e infecciones por el VIH en usuarios de drogas inyectables, aumentar el numero de personas en tratamiento a los 15 millones, reducir a la mitad el numero de muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con sida y eliminar las nuevas infecciones por VIH entre los niños, se aplicó la herramienta informática para recolectar los datos del ICPN.

7. Todos los participantes se llevaron la herramienta para que la pudieran consultar con el equipo de cada institución para su posterior envío a la Secretaría Técnica de la CONISIDA. A personas que no asistieron al taller se les entregó la herramienta para que la llenaran.
8. Se realizaron reuniones con los distintos actores involucrados en la Respuesta Nacional y se discutieron los 30 indicadores que contempla el informe y la definición de fuentes de donde se obtendrá la información de acuerdo a las directrices.
9. Una vez que se contó con toda la información la Secretaría Técnica de la CONISIDA convocó a sus miembros, organismos de cooperación que trabajan el tema de VIH y sida para la presentación del informe.

### **b) La situación actual de la epidemia**

En Nicaragua, se reportó el primer caso de VIH en el año 1987, hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico de la epidemia en el país se mantiene como una epidemia concentrada, manteniendo un comportamiento de bajos niveles. Actualmente la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantiene en los grupos con comportamientos de riesgo. En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada.

Hasta el 2011 se registraron un total de 6,864 personas afectadas por el VIH de las cuales 5,177 son VIH, 695 casos y 941 fallecidos. La tasa de prevalencia fue de 100<sup>1</sup> y la incidencia de 19.88. Según sexo el 34.5% (2,305 mujeres) y 65.5% (4,379) hombres, manteniéndose la relación hombre mujer de 1.89 a 1 es decir por cada 1.89 hombres infectado hay una mujer infectada. La prevalencia en HSH del 7.5%,<sup>2</sup> trabajadora sexual 3.2%, la prevalencia en embarazada es de 0.05%<sup>3</sup>. La prevalencia en grupos de 15-24 años es del 0.114%, en hombres 1.32% y mujeres 0.1% siendo la prevalencia del país menor al 1%.

---

<sup>1</sup> Tasa por 100,000 habitantes

<sup>2</sup> Encuesta Centro americana de Vigilancia de Comportamientos Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables 2009-2010.

<sup>3</sup> Estudio centinela prevalencia de embarazadas 2011, Minsa

<sup>4</sup> Registros Componente ITS-VIH y sida

### **c) La respuesta política y pragmática.**

Nicaragua ha realizado avances significativos en la integración y concertación de la Respuesta Nacional en el marco jurídico, político e institucional bajo la conducción de la CONISIDA.

Teniendo como mandato los “Tres Unos”, la CONISIDA Nacional ha impulsado la conformación de 71 CONISIDAS departamentales que están elaborando planes departamentales con participación de actores locales claves de la respuesta. En el caso de las Regiones del Caribe nicaragüense, se crearon CORLUSIDA y CORESIDA, las que funcionan sobre la base de la Ley de Autonomía de las regiones del Caribe nicaragüense, por lo que jurídicamente tienen un marco de referencia diferente a las CONISIDA departamentales.

En el I semestre del año 2011 se realizó la evaluación final del Plan Estratégico Nacional 2006-2010, para ello se conformó un equipo nacional que partió del análisis de información y formulación de estrategias y acciones que permitieron la construcción del marco de resultados desde una perspectiva multisectorial; se realizó la actualización de la base de datos y referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. La unidad de Monitoreo y Evaluación de la CONISIDA realizó una evaluación del Plan de Monitoreo y Evaluación del plan correspondiente a ese período.

En base a la situación epidemiológica, al análisis de las brechas de la respuesta nacional y al marco de reforma de la Ley 238 y se ha actualizado el Plan Estratégico Nacional para el período 2011-2015 (PEN) que tiene como lineamientos estratégicos:

- Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial.
- Acceso Universal a la Prevención y Promoción.
- Acceso Universal a la Atención Integral.
- Derechos Humanos.
- Sistema de información, monitoreo y evaluación.
- Mecanismos de gestión para la implementación del PEN.

Se ha elaborado un Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional para medir los avances, resultados e impacto de las actividades principales establecidas en el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2011-2015 y ante compromisos de país suscrito e instancias internacionales ante el VIH, desde la

respuesta multisectorial a la epidemia, a través de un sistema único nacional que brinde información para la toma de decisiones.

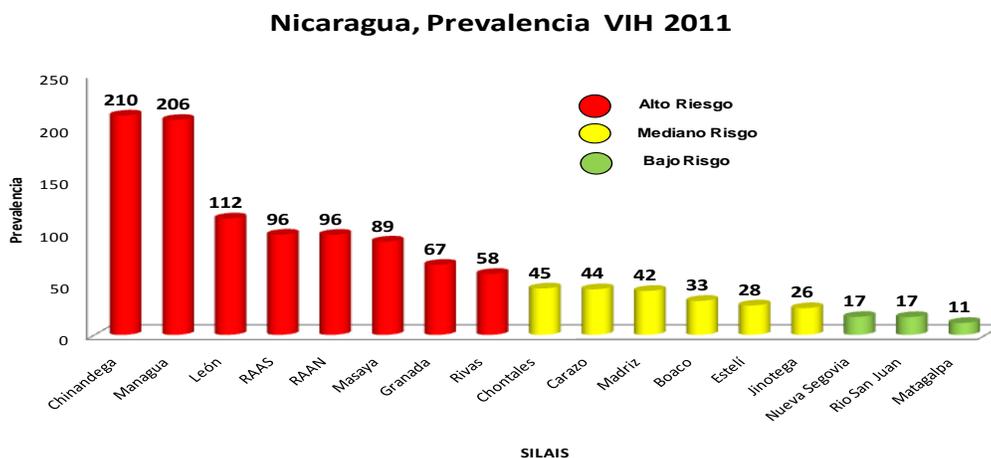
Se ha definido un paquete básico de indicadores (36) a través de los cuales se medirá el cumplimiento del PEN y con ellos se estableció la línea de base del PEN. Le corresponde a la Secretaría Técnica la estructura responsable de brindar el apoyo técnico y administrativo a la CONISIDA, la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación.

## II. Panorama General de la Epidemia

Al 2011 la tasa de prevalencia nacional es de 100 por 100,000 habitantes, un total de 3 departamentos se encuentran por encima de la tasa nacional siendo estos, Chinandega, Managua y León. La prevalencia más baja del país se concentra en los departamentos de Río San Juan, Nueva Segovia y Matagalpa.

Grafico No. 1

La  
gráfi  
ca  
mue  
stra  
un  
total  
de  
8  
dep



artamentos clasificados de alto riesgo entre ellos Chinandega, Managua, León, RAAS, RAAN, Masaya, Granada y Rivas, la mayoría de ellos son zonas fronterizas y presentan factores de riesgos múltiples ante el VIH tales como sexo comercial, poblaciones móviles que se trasladan desde Costa Rica y Honduras. Seis departamentos se identificaron de mediano riesgo y tres departamentos se encuentran clasificados como de bajo riesgo, es importante señalar que en el 100 % de los departamentos del país existe transmisión activa de VIH, sobre todo si se tienen relaciones sexuales desprotegidas.

En 2011 se realizó Estudio de Prevalencia de VIH en población de privados de libertad en ocho centros penitenciarios de Nicaragua con una muestra de 1,097 privados encontrando un total de 6 personas positivas para una prevalencia puntual de 0,55%. La población de mujeres privadas de libertad estudiadas fue del 52 % (140) grupo entre el que no se encontró ningún caso de VIH.

### **Infecciones de Trasmisión sexual**

En el 2011 se reportan 2,400 eventos de ITS para una tasa de incidencia a nivel Nacional de 40.8x100,000 presentando un ligero incremento de 5% con respecto al 2010, donde se reportaron 2,283 casos al mismo período. El incremento se registra en los casos de condiloma acuminado con el 14.9%.

Los Silais que registran tasas de incidencia por encima de la Nacional son: RAAS 85 , RAAN 80, Chinandega 67, Boaco 58, Granada 40, Nueva Segovia 39 y Managua 35. La RAAS registra la tasa más alta del País.

Las infecciones de transmisión sexual más frecuentes son: Condiloma acuminado 46% (1,096 casos), 35.4% (873) Gonorrea, 14.5 % (433) Sífilis adquirida y un caso de Sífilis congénita. La Gonorrea y Condiloma acuminado concentran el 81% de las ITS, existe una baja notificación y búsqueda de la sífilis congénita (3casos).

Según grupos etáreos son mayormente afectados los de 15-29 años con 1,082 casos concentrando el 57% del total de las ITS, de estos el 42% (435) son Gonorrea y Condiloma Acuminado 59% (647). Cabe señalar que el riesgo de infección por Condiloma es mayor en el sexo femenino en este grupo de edad con un 78%.

El 53% de las ITS se registran en mujeres y el 47% en hombres. El 65% (721) de la infección por Condiloma se presenta en mujeres y 34% (375) en varones. En Sífilis adquirida el 58% (192) son mujeres 42% (139) hombres. El 6.2% (73) de las personas con resultado positivo de VIH presenta una ITS.

Según registros de Manejo Sindrómico el evento más frecuente es la secreción vaginal con el 77% 36,304 seguido del dolor Abdominal 20% (9,285 eventos).

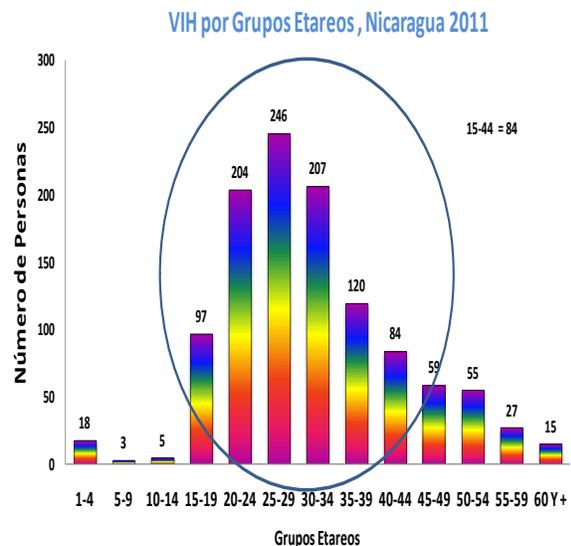
## Situación VIH 2011

Al 2011 el Componente VIH de los diferentes Silais del país en conjunto con el Componente Nacional y el CNDR han realizado la identificación y confirmación diagnóstica de un total de 1,171 personas afectados por el VIH, según condición, el 90 % (1,053) son VIH, 5.4 % (64) desarrollaron enfermedad avanzada del VIH y el 4.6 % (54) fallecieron para una tasa de letalidad del 2.7 por cada 100 habitantes.



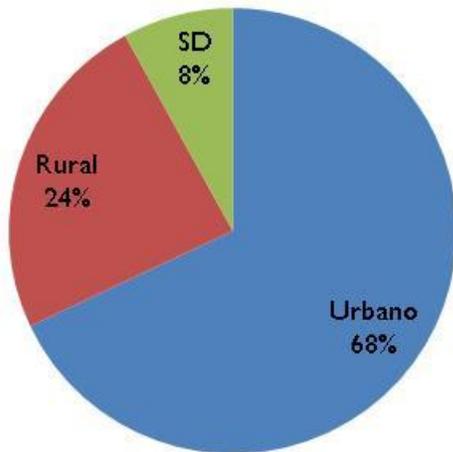
En relación a la positividad según sexo los hombres son mayormente afectados con el 60 % (700) de los casos y el 37 % (430) en mujeres, para una relación hombre mujer de 1.62 a 1, es decir 1.62 hombres por cada mujer se observa un mayor estrechamiento en esta relación en los últimos años. Sin dato de sexo el 3%(41).

En relación a la edad se encontró que del total de personas VIH identificadas el 21.5 % (246) corresponden al grupo de 25 a 29 años seguido del grupo de 20 a 24 años y de 30 a 34 años con el 17.8 % (204), 18% (207) respectivamente y en tercer lugar el 10.5 % (120) de 35 a 39 años. Es importante mencionar que el 89 % (1,017) de las personas se concentran en el grupo de 15 a 49 años. Estos datos reflejan que la epidemia en Nicaragua continua afectando a la población joven y económicamente activa. La incidencia en el grupo de 15-24 años es del 2.4



### a) Residencia

Nicaragua 2011. Distribución de personas VIH según sitio de residencia.



Según residencia el 68 % de las personas con VIH proceden del área urbana y el 8 % del área rural, es importante continuar desarrollando estrategias de testeo en VIH en el ámbito rural para tener una mejor comprensión de la epidemia en este sector. El 24 % de los registros no tienen los datos de procedencia consignado en la ficha epidemiológica.

### VIH según SILAIS

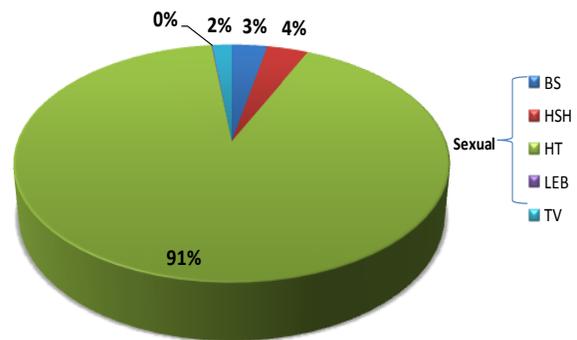
Con relación al comportamiento por Silais se encontró que el 50.2 % (588) de los casos corresponden a Managua, seguido de Chinandega con el 14.2 % (167) y en tercer lugar León con el 8.5 % (100), las Regiones Autónomas aportaron el

8 % de los casos para un total de 73 en la RAAN y 18 en la RAAS. Los Departamentos que identificaron menor número de personas VIH fueron Rio San Juan, Estelí, Rivas y Matagalpa. El 100 % de los SILAIS identificaron al menos 3 casos nuevos de VIH lo que evidencia que existe transmisión activa de VIH en todo el país. La incidencia es del 19.8

### b) VIH según preferencia sexual

La principal vía de transmisión del VIH es sexual, el 91% había tenido relaciones de tipo heterosexual, 3% Bisexuales, un 4 % Hombres que tienen sexo con hombres y 2 % transmisión vertical, se evidencia que las prácticas sexuales sin una adecuada protección incrementan sustancialmente el riesgo a adquirir el VIH principalmente a través de

Nicaragua, según preferencia sexual  
Nicaragua 2011



Fuente: Componente ITS-VIH y sida

relaciones sexuales anales y receptivas, sin embargo los datos reflejan que la epidemia en Nicaragua es predominantemente heterosexual y que existen poblaciones puentes que facilitan una activa transmisión por vía sexual principalmente. Es importante señalar que, en este grupo de población heterosexual hay oculta población de HSH aún no visibles por el estigma y la discriminación existentes no permitiendo la apertura de este grupo.

### **c) Situación de VIH en Hombres de tienen sexo con hombres (HSH) y población TRANS.**

La epidemia de VIH sigue concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero específicamente de la ciudad de Managua. El estudio Multicéntrico 2009 identificó una prevalencia del VIH mayor en Managua que en Chinandega. En Managua, el estudio Multicéntrico de 2003 obtuvo una prevalencia del VIH mayor (9.4%) a la encontrada en el presente estudio (7.5%). Las personas transgénero reportaron la mayor incidencia del VIH, seguidas por la población de hombres gay y por los bisexuales. La incidencia total de VIH encontrada en el estudio fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad.

### **d) Mujer trabajadora sexual (MTS)**

La prevalencia del VIH en las mujeres trabajadoras sexuales de Managua fue de 1.8%, mientras que en las de Chinandega fue de 2.4%. Se encontró una incidencia del VIH en este grupo de población de 0.8%.

### **e) Datos de comportamientos**

Según la Encuesta Centro americana de Vigilancia de comportamiento sexual indica que el 81 % de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) son alcanzados por programas de prevención

El 42% identifica el uso del condón como un cambio percibido a partir de procesos de capacitación, reconociendo que el principal beneficio del condón es la prevención de las ITS y el VIH.

El 93.1% de los encuestados tienen relaciones sexuales con otro hombre y un 61.2% usa condón en sus relaciones sexuales, lo que evidencia percepción de riesgo ante una ITS, VIH en las relaciones entre hombres.

En trabajadoras sexuales el uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos 30 días se reportó en 76.9% de las entrevistadas en Managua y 91.5% de las de Chinandega, mientras que el 94.8%

de las de Managua y 91.9% de las de Chinandega usaron consistentemente el condón con los clientes nuevos durante los últimos 30 días. El uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue reportado por 72.6% de los hombres y por 49.4% de las mujeres.

#### **f) Coinfección TB/VIH**

Al 2011 se registran un total de 48 casos de Coinfección TB/VIH para un porcentaje del 3.4% de los nuevos ingresos VIH, el 50% de los casos se concentran en Managua y Chinandega. Existiendo aproximadamente un 65% sub notificación en los registros de casos de Coinfección.

#### **g) Embarazadas con VIH**

Al concluir el 2011 registra de 106 embarazadas VIH nuevo ingreso por vigilancia epidemiológica, las cuales 100 recibieron profilaxis para disminuir la transmisión materno infantil para un 94 %. Es importante señalar que se deben hacer mayores esfuerzos para que el 100 % de mujeres captadas con VIH reciban su TARV.

Según estimaciones de Spectrum 2011 el número esperado de mujeres que necesitarían PTM son 201, captadas 106 para un 53%. Se ha mejorado la cobertura de acceso a la prueba tanto del área urbana y rural, pero aún la captación temprana de embarazada continúa siendo no óptima.

La prevalencia de embarazadas según estudio de sitios centinelas realizado del 24 de Octubre al 24 de Noviembre 2011 indica una prevalencia de 0.03%. Resultando en este estudio una embarazada positiva de 2,677 tamizadas, tasa aún menor que la reportado en el estudio realizado en 2009 que fue del 0.11%. Con respecto a la trasmisión vertical según registros del Minsa hay 7 niños con resultado positivo al primer ADN, menores de 12 meses y 1 niño en los dos primeros meses de vida

### **III. Respuesta nacional a la epidemia del sida**

La Reunión de Alto Nivel sobre el sida de 2011 marcó un hito en la respuesta mundial al sida. Los Estados Miembros de la ONU respaldaron con unanimidad la Declaración Política y sus nuevos objetivos: para el 2015 reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH e infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables, aumentar el número de personas en tratamiento a los 15 millones, reducir a la mitad el número de muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con sida, y eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños. [1]

El presente informe presenta los progresos y desafíos de la respuesta nacional a la epidemia del VIH en la ruta del acceso universal a prevención, atención, tratamiento y apoyo, a la vez que contribuirá a una mejor comprensión de la respuesta a la epidemia, incluido el avance hacia los objetivos establecidos en la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La respuesta nacional al VIH y sida durante el período 2010-2011 tiene como marco estratégico el Plan Estratégico Nacional 2006-2010.

#### **a) Componente Prevención**

La CONSIDA retoma como marco de su accionar en las directrices contenidas en el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida 2006-2010, que a su vez se operativiza en programas y proyectos, el componente de prevención y atención del VIH ha sido promovido por el Ministerio de Salud en alianza con las organizaciones sociales y privados enfocado en las diferentes poblaciones y por ende el pateamiento de metas, procurando tener un enfoque integrador y multisectorial que responda a las necesidades de cada grupo poblacional con énfasis en los grupos de mayor exposición al riesgo de VIH y vulnerabilidad.

Desarrolladas campañas de comunicación (informativas y educativas) promovidas tanto Ministerio de salud como por las organizaciones sociales. En el MINSA a través de los SILAIS promueven estrategias de prevención por medios escritos, Televisivos y radio, también realiza ferias de salud en municipios, barrios y comunidades. Con el Ministerio de educación otras instituciones de gobierno y organizaciones sociales realizan acciones para incidir en las escuelas en la prevención de embarazos no deseados y las ITS. Se fomenta la creación de Clubes de Adolescentes y grupos de autoayuda para educación en salud sexual y reproductiva.

Se elaboró y diseño la campaña de la estrategia de comunicación en VIH dirigida a Jóvenes embarazada, población general y se diseño una campaña específica para población HSH, trabajadoras sexuales y TRANS, esta será implementada en el 2012 por el Ministerio de Salud y las organizaciones sociales que reciben financiamiento con Fondo mundial octava Ronda de VIH y sida.

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

Las promotoras y promotores adolescentes cuentan con capacidades para la educación de pares en la prevención del VIH y promoción de la participación comunitaria de adolescentes. Estos adolescentes han mejorado, en el último año, capacidades de comunicación asertiva con sus familias y comunidad, organización y movilización social (capacidad para actuar en forma colectiva en función de objetivos comunes), educación sobre temas de desarrollo integral de adolescentes, así como la capacidad de comunicar sobre situaciones que les afectan en la vida (abuso sexual, violencia intrafamiliar)<sup>5</sup>.

Las iglesias y organizaciones basadas en la fe desarrollan acciones de prevención del VIH con el objetivo de reducir el estigma y discriminación a las personas con VIH. Se destaca la labor educativa y de sensibilización de la Asociación de Pastores del Atlántico Sur (APASUR) en la Costa Caribe<sup>6</sup> y la alianza con el Consejo Ecueménico de Iglesias de la Costa Caribe Nicaragüense (CECC), el espacio de más alto nivel de coordinación, dirección y liderazgo de las principales iglesias existentes en esta región. Se ha comprometido a promover la participación activa de las Iglesias en la respuesta regional a la epidemia del VIH, integrando acciones y contenidos en la implementación de la pastoral de: niñez, salud, educación, juvenil, mujer y familia de las Iglesias locales. Asimismo, promover y defender los derechos de las personas con VIH y sus familiares, a fin de disminuir el estigma y la discriminación.

El País cuenta con 1,236 establecimientos prestadores de servicios de salud a la población, donde el Ministerio de salud dispone de 1,140 unidades de las cuales el 98% (1,137) Unidades del primer y segundo nivel de atención Brindan Consejería y realizan pruebas de VIH. En sector privado y

---

<sup>5</sup> Ídem

<sup>6</sup> FBOs and HIV in Nicaragua. March. Nicaragua. 2009

organizaciones sociales el 73.96% (65 unidades) realizan consejería y pruebas de VIH. Con una cobertura de unidades que realizan pruebas a nivel de País de 97.73% (1,208).

En 2011 se realizó un total de 398,209<sup>7</sup> pruebas de VIH a población en mayor de 15 a 49 años. El 72% (309,524) corresponde al sexo femenino y 22% (88,685) en hombres. Existiendo un incremento mayor al 100% con relación al 2010 (175,000). Con el propósito de ampliar la cobertura de pruebas de VIH a la población clave, jóvenes, adolescentes y mujeres embarazadas tanto del área urbana como rural se realizó a nivel de país la Campaña Nacional de la prueba de VIH en el período comprendido 12 de abril al 30 de mayo, teniendo como resultado el tamizaje de 184,462 personas con pruebas de VIH. De manera general el 76% de las personas que se realizan la prueba de VIH son mujeres. Solo el 3.4% de las ITS y TB se les realiza la prueba de VIH. En la población de hombres que tienen sexo con hombres 72% y Bisexuales 44% se realizan la prueba.

En el 2011 en el país se distribuyeron aproximadamente 13 millones de condones donde el sector público aporta el 48%.

#### **b) Componente Atención y Tratamiento**

El MINSA promueve ampliar la cobertura y reducir las barreras de acceso a la prevención y atención del VIH en las mujeres embarazadas, atención y seguimiento de niños, niñas, adolescentes y adultos con VIH. Cuenta con los protocolos de atención integral a niños, niña, adolescente, embarazada y adultos con VIH. Se ha ampliado la cobertura de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH en el área urbana y rural. Existiendo en 2011 mayor disponibilidad de pruebas rápidas (340,000) y pruebas de seguimiento CD4 (8,100) y Carga Viral (11,000) determinaciones y ADN Proviral (528).

Con el propósito de mejorar las condiciones de la infraestructura y equipar las unidades de atención integral se rehabilitaron: 12 Clínicas, 7 unidades de rehabilitación para la atención de la lipodistrofia y 6 laboratorios.

Se dotó a las regiones de la Costa Caribe de medios de transporte acuático (2) y terrestre (2) equipados para la atención en Brigadas móviles en las comunidades de difícil acceso.

En 2003 se inicia la terapia antirretroviral con la atención de 22 personas y tres unidades que brindaban TARV (3 hospitales de referencia Nacional, con un incremento del 300% con respecto al 2011. Se han

---

<sup>7</sup> Estadísticas del Ministerio de salud 2011

descentralizado la Terapia en 33 unidades en 16 departamentos y 13 municipios del País con atención 1,686 personas en terapia de las cual 1,595<sup>8</sup> son adultos y 91 Niños. Según sexo el 63.3% son Hombres y 34.6% mujeres) según Spectrum el estimado de la necesidad de TARV adultos y niños es 2,730 (2517 adultos y 213 niños y niñas) teniendo una cobertura estimado para adultos y niños del 62%. El 85,7% de los niños y niñas están en esquemas de primera línea, en de segunda Línea 14,2% en Adultos el 95.6% están en esquema de primera línea y 4,4% en esquema de Segunda línea.

Incrementado en 3.6 veces el número de personas en TAR, pasando de 335 en el año 2006 a 1,686 en 2011. Con relación a la sobrevivencia de los ingresos adultos y niños del año 2010 al evaluar su condición 12 meses después de haber iniciado la terapia están vivos y recibiendo tratamiento 333 pacientes de los cuales 325 son adultos y 8 niños. Abandonaron al tratamiento 111 para tasa de abandono del 23% y fallecieron 22. La sobrevivencia 2010 es del 71.4 similar registrada en 2009 que fue de 71%. El 85% están en esquemas de primera línea y 15% segunda línea.

Capacitado el personal de salud que integran los equipos multidisciplinarios de las 33 unidades que brindan TARV, dotándoles de habilidades y destrezas para el abordaje integral de poblaciones claves, adultos, adolescentes, niñez, mujeres embarazadas.

El país cuenta con las Guía de terapia antirretroviral en adultos, Guía de atención a niños y adolescentes. Guías de nutrición y Guía de abordaje Psicológico.

Para el ingresar a terapia antirretrovirales se tiene en consideración el criterio Clínico, virológico y inmunológico según normativa se ingresa con  $CD4 \geq 350^9$  cels/mm<sup>3</sup>. Al finalizar el 2011 se realizaron 1,857<sup>10</sup> CD4 y carga Viral, estas pruebas son adquiridas con financiamiento del fondo mundial y del tesoro.

El abordaje sintomático de las infecciones de transmisión sexual realiza en el 100% de los establecimientos del sistema públicos, ha apertura las clínicas VICIST para una mejor atención de las poblaciones claves donde se brinda atención integral. Se atendieron 46,622 ITS tratados según manejo sintomático, siendo los eventos más frecuentes: Secreción Vaginal 77 % (36,307) 2% (9,285) Síndrome dolor abdominal bajo y 2.2% (1,030) asegurando el tratamiento al 100%.

---

<sup>8</sup> Registro TARV Componente ITS-VIH y sida

<sup>9</sup> Guía TARV en Adultos 2009

<sup>10</sup> Sistema de Alerta Temprana SAT 2011

Con relación a los insumos ARV para el año 2011 se dio un salto importante con la integración de medicamento antirretroviral a la lista de los medicamentos esenciales del Ministerio de Salud asegurando el monitoreo a través de Pasiglim donde están incorporadas las 32 unidades que brindará TARV. Durante el año 2001 ninguna de las unidades TARV reportaron desabastecimiento de medicamentos ARVs .

La adquisición de medicamentos antirretrovirales y de infecciones oportunista es a través del financiamiento de Fondo mundial y el ministerio de salud es la única entidad que recibe y distribuye los Antirretrovirales a unidades del sector público y privado según programación y consumo.

### **c) Coinfección TB/VIH**

En 2011 se conformó el equipo nacional de Coinfección TB/VIH, se elaboró la ficha de vigilancia epidemiológica de la Coinfección TB/VIH y Plan de Coinfección TB/VIH para darle salida a las 12 actividades colaborativas.

Existen 190 unidades que brindan servicios de atención a personas con Tuberculosis y de estas 33 atienden personas con VIH en 15 Silais del País. 40<sup>11</sup> personas con VIH presentaron Tuberculosis representado el 19.6% de los ingresos en 2011 al 100% se dio tratamiento antifímico.

Aún persisten debilidades en relación al registro de la información, se hace necesario actualizar los conocimientos del personal de salud en el abordaje de las personas con VIH y Tuberculosis en los establecimientos de salud y articulando el seguimiento a través del trabajo comunitario conjunto.

### **d) Profilaxis con Trimetropin**

A través del monitoreo de los indicadores de calidad se revisaron de expedientes clínicos en los Silais de RAAS, Masaya, Granda, Rivas Matagalpa el hospital El Roberto Caldero y la Mascota encontrando que habían recibido profilaxis con Cotrimoxazol 285 pacientes de una total de 335, el dato no refleja el sexo y la edad. En el hospital Roberto Calderón y Mascota se revisaron 331 expedientes encontrando que solo 136 recibieron profilaxis para un 41% de estos 96 eran hombres y 29 mujeres. El 91.6 de los que recibieron profilaxis eran hombres.

---

<sup>11</sup> Registro base de datos de TARV2011

Con relación a este indicador es meritorio darle prioridad al seguimiento de su cumplimiento ya que está demostrado que la profilaxis con cotrimoxazol retarda la ocurrencia de infecciones

#### **e) Infecciones Oportunistas**

En 2011 se realizó una revisión de cohortes de personas con VIH atendidos en los 2 últimos años en las 3 principales unidades que brindan TARV en Nicaragua, con el propósito de conocer la frecuencia de las infecciones oportunistas en los departamentos de Managua, Chinandega y León. Para ello se revisaron las bases de datos disponibles de estas clínicas de atención integral donde se registran un total de 1,553<sup>12</sup> personas con VIH en seguimiento y recibiendo Terapia antirretroviral. Encontrándose consignado registro de infecciones oportunistas en 670 personas para un 43.14 en el 56.86 % no existe evidencia de registro de I.O. La principal causa de Infección oportunista de esta cohorte fue candidiasis con 22.1 %, seguido de Tuberculosis con el 20.6 %, Neumonía en tercer lugar con el 18.8 % cuarto lugar Toxoplasmosis cerebral 16.1, con diagnóstico de enfermedad avanzada de VIH el 15.5 %, Escabiasis 3.1% y Criptococosis Meníngea el 1 %. El hospital Roberto Calderón registra el 86.6% (594) de las infecciones oportunistas

#### **f) Prevención de la Transmisión Materno infantil**

Al 2011 ha mejorado la cobertura de prueba de VIH a embarazadas como su captación pasando de 23 embarazadas en 2006 a 106 en 2011. Se realizó 142,087 pruebas de VIH de las cuales el 100% recibieron pre y pos consejería y conocen su resultado. El índice de positividad es del 0.05% con resultado positivo 78 embarazadas y con diagnóstico previo de VIH 28 embarazadas. 4 fueron reactores durante el trabajo de parto y 3 en el posparto. Con una cobertura estimada del 87%. El 61% (87,049) del total de pruebas a embarazadas están el grupo de 15-24 años.

Durante el 2011 se captaron en atención prenatal 155,388 embarazadas de estas solo al 28.34% (44,036)<sup>13</sup> se realizó prueba para sífilis. Teniendo un índice de positividad del 28.34%. (106) de estas a 96 les aplicó tratamiento. Según normativo toda mujer embarazada debe realizar un Test para sífilis, se observa un cumplimiento no óptimo.

Para la disminución de transmisión vertical 100 embarazada recibieron profilaxis con ARVs, 96 con esquema de primera línea (tres fármacos) durante el embarazo y 4 con Zidovudina durante el parto.

---

<sup>12</sup> Informe Infecciones Oportunista 2011

<sup>13</sup> Estadísticas del Ministerio e salud 2011

Niños y niñas nacidos de madres VIH fueron 95 de a 68 se les realizado su primera prueba de ADN Proviral a los 2 meses de vida, con resultado positivo un niño con primera prueba de ADN. Para el año 2010 la tasa de transmisión fue del 4.3% (4niños y niñas).

Los 95 niños y niñas recibieron profilaxis con Trimetropin en los primeros dos meses de vida.

Con relación a la lactancia materna en niños y niñas de madres con VIH, el 100% (95) se les garantiza un sustituto de la leche materna con la entrega de manera gratuita de 8 potes de leche por mes durante los seis primeros meses de vida.

Los niños, niñas y mujeres embarazadas con VIH reciben un paquete alimenticio de forma mensual, las embarazadas durante los nueve meses del embarazo.

Algunas familias son beneficiadas con viviendas y apoyo económico. Aun existe una deuda social importante con los huérfanos y las personas adultos con VIH se requieran de políticas y programas sociales sostenibles.

#### **g) Capacidad diagnóstica**

Actualmente el CNDR cuenta con pruebas diagnósticas de confirmación, seguimiento y control de calidad. Dispone de seis laboratorios regionales y 22 hospitales y una red de laboratorios en 153 municipios del primer nivel de atención con capacidades (equipos, reactivos y personal capacitado) para realizar la prueba rápida del VIH.

En 2011 se reforzó la capacidad de diagnóstico de laboratorio con la Adquisición de equipos de alta tecnología para determinación de las pruebas Diagnósticas y de seguimiento en personas con VIH.

Para el año 2011 se descentralizo las determinaciones de CD4 dotando al CNDR, Silais Granada y León con Clitómetros de flujo con el propósito de acercar estos servicios a la población con VIH. Granada atiende a (Carazo y Rivas) y León a Chinandega. El resto de las unidades envían las muestras el Centro de Referencia Nacional CNDR. El 94 % de las unidades lo realizan a través de referencia de las muestras.

A fin de mejorar la calidad del diagnóstico en VIH en las unidades del primer y segundo nivel de atención se efectuaron visitas de acompañamiento técnico a las 17 sialis del país con financiamiento del Unicef y Fondo Mundial.

El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia Nacional en la única entidad autorizada para la confirmación del VIH con Western Blot. Todas las muestras positiva con prueba de Elisa deben ser remitidas para confirmación y control de calidad tanto el sector público, privados y organizaciones sociales.

#### **h) Cuidados en el hogar y la comunidad**

El Ministerio de la Familia en coordinación con el ministerio de salud a través del programa Amor por lo mas chiquitos desarrolla atención integral a los niños y niñas huérfanos y afectados por el VIH y sida.

Los equipos de salud familiar y comunitario en la visitas a los hogares realizando acciones de prevención (educación, información y pruebas de VIH) atención y seguimiento para mejora la adherencia y abandono a la TARV.

El hospital Infantil de referencia nacional “Manuel de Jesús Rivera” realizado sesiones de capacitación a familiares y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con VIH. Un total de 30 familias de niños y niñas con VIH (padres, madres o cuidadores) han recibido capacitación en temas de alimentación y VIH, apoyo emocional a niños y niñas con VIH, estigma y discriminación, importancia de la TARV y de la adherencia. Además se realizan actividades de convivencia grupal entre niños, niñas y adolescentes con VIH y sus familias al menos dos veces en el año. Se ha construido un instrumento para el cuidado en la familia de la niñez y adolescencia con VIH.

#### **i) Compromiso Nacional.**

Nicaragua ha realizado avances significativos en la integración y concertación de la respuesta nacional en el marco jurídico, político e institucional bajo la conducción de la CONISIDA.

Teniendo como mandato los “Tres Unos”, la CONISIDA Nacional ha impulsado la conformación de 71 CONISIDAS departamentales que están elaborando planes departamentales con participación de actores locales claves de la respuesta. En el caso de las Regiones del Caribe nicaragüense, se crearon CORLUSIDA y CORESIDA, las que funcionan sobre la base de la Ley de Autonomía de las regiones del Caribe nicaragüense, por lo que jurídicamente tienen un marco de referencia diferente a las CONISIDA departamentales.

En el I semestre del año 2011 se realizó con la Asistencia Técnica y Financiera de USAID|PASCA la evaluación final del Plan Estratégico nacional 2006-2010, para ello se conformó un equipo nacional que

partió del análisis de información y formulación de estrategias y acciones que permitieron la construcción del marco de resultados desde una perspectiva multisectorial; se realizó la actualización de la base de datos y referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. La unidad de Monitoreo y Evaluación de la CONISIDA realizó una evaluación del Plan de Monitoreo y Evaluación del plan correspondiente a ese período.

En base a la situación epidemiológica, al análisis de las brechas de la respuesta nacional y al marco de reforma de la Ley 238 y se ha actualizado el Plan Estratégico Nacional para el período 2011-2016 (PEN) que tiene como lineamientos estratégicos:

- Autoridad Nacional con liderazgo multisectorial.
- Acceso Universal a la Prevención y Promoción.
- Acceso Universal a la Atención Integral.
- Derechos Humanos.
- Sistema de información, monitoreo y evaluación.
- Mecanismos de gestión para la implementación del PEN.

Son Ejes Transversales del plan el respeto a los Derechos Humanos (que incluye la protección social, ética, confidencialidad y autonomía personal) y el Enfoque de género.

La reforma de la Ley 238 se constituye en el principal instrumento jurídico para la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH, en la lucha contra el estigma y la discriminación y la incorporación de los derechos humanos de la niñez afectada por la epidemia de VIH en Nicaragua. Mandata el accionar que desde las diferentes instituciones del estado y las organizaciones sociales se deberán de considerar para garantizar acciones efectivas de prevención, atención y apoyo.

En el año 2011 se realizó la reforma a la Ley General de Salud y a la Ley General de Educación incorporando como acciones trazadoras las correspondientes a la Salud Sexual Reproductiva y prevención del VIH.

Acciones de prevención y atención a las personas con VIH se han incorporado a los marcos políticos que diversas instituciones del estado han realizado como es el caso de la Política Nacional de Programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas incluyendo la atención integral de la niñez con VIH.

El Ministerio de Salud ha elaborado el Plan de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita, actualizándose los protocolos clínicos e iniciándose un proceso de capacitación en 7 SILAIS del país.

El Ministerio de Educación ha continuado implementado el currículo para la prevención del VIH con habilidades para la vida en las escuelas desde el 4to grado de primaria hasta el I Ivo grado de secundaria, siendo la salud sexual reproductiva y el VIH un eje transversal de educación en diferentes disciplinas con enfoque de derechos humanos, desarrollo humano, enfoque de género, con un abordaje integrador de los aspectos científicos, biológicos, psicológicos y sociales. Se ha capacitado a las maestras y maestros, se ha fortalecido la red de consejería escolar y se ha incorporado la educación para la prevención del VIH en las escuelas normales del país.

ASONVIHSIDA e ICW han actualizado su Plan Estratégico de acuerdo a la reforma de la Ley 238 y han diseñado un plan de capacitación para empoderar a las personas con VIH de sus derechos humanos. La Red Trans ha elaborado el Plan Estratégico-

El comité de Monitoreo y Evaluación de la CONISIDA Se ha revisado los indicadores de la respuesta nacional en base al nuevo PEN, para ello se ha diseñado una plataforma de seguimiento y se han integrado indicadores claves de Acceso Universal (Consejería y Prueba por edad y sexo, Embarazadas con TARV para prevenir la TMI del VIH, personas en TARV por edad y sexo y confección VIH y TB) a la gestión de los directores de los SILAIS.

El Sistema de Alerta Temprana (SAT) en los SILAIS permite la vigilancia de la fármaco – resistencia.

El país bajo la conducción de la CONISIDA ha realizado varios estudios:

- Barreras de acceso para la Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en Nicaragua. MINSА-UNICEF. 2010
- Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento sexual 2010. MINSА-
- Estudio de Acceso a programas de prevención población de 15-49 años. Fondo Mundial 2009-2010.
- Informes de Acceso Universal. MINSА-ONUSIDA, UNICEF, OPS-OMS. 2010,2011.
- Plan Estratégico en ITS VIH y Sida 2006-2010. Avances y retos en su implementación. USAID|PASCA
- Medición del Ambiente Político Asociado al SIDA IDS Program Index, API 2009. USAID|PASCA

La CONISIDA ha rediseñado la Estrategia Nacional de Comunicación para el año 2011-2015, está estructurada en dos grandes partes: en la primera se plantean los aspectos transversales que son comunes a todos los grupos vulnerables al VIH/sida; en la segunda se plantean los aspectos específicos para cada uno de las poblaciones priorizadas como participantes en la estrategia de comunicación.

A pesar de la diversidad de los enfoques particulares de las campañas de cada institución u organización, todas converjan en la promoción de los comportamientos claves comunes a todos los grupos de población priorizados con independencia de sus particularidades epidemiológicas, culturales, sociales y psicográficas.

En el diseño metodológico de los aspectos transversales se plantea el esbozo del problema en términos generales; se identifican los comportamientos actuales; se realiza el análisis de los factores que inciden en estos comportamientos; se definen los comportamientos ideales; se realiza la segmentación de los participantes; se establecen las líneas de acción de la abogacía, la movilización social, la participación comunitaria y la comunicación masiva. Además, se definen las directrices fundamentales de la estrategia de mensajes y de la mejoría del desempeño en comunicación.

La estrategia parte del problema del VIH en un grupo específico; identificación de los comportamientos actuales; análisis de los factores que inciden en estos comportamientos; definición de los comportamientos ideales a promover; segmentación de los participantes; formulación de los objetivos de comunicación; delimitación de las líneas de acción de la abogacía, la movilización social, la participación comunitaria y la comunicación masiva; la mezcla de medios; y la definición de indicadores de monitoreo y evaluación.

Los comportamientos transversales que se identifican en los grupos de población vulnerables al VIH, son:

- Múltiples parejas sexuales ocasionales y estables, condicionadas por la cultura machista y altamente permisiva en cuanto a este comportamiento, especialmente hacia hombres.
- Poco uso del condón, determinado por la baja percepción de riesgo y prejuicios culturales.
- Prácticas sexuales de riesgo estimuladas por alcoholismo y drogadicción, principalmente en poblaciones que interactúan en escenarios que propician mayor vulnerabilidad.
- Estigmatización y discriminación hacia las personas con VIH.
- Homofobia, lesbofobia y transfobia.

Se han brindado espacios de participación a los diferentes grupos de la diversidad sexual en el MCP como: Organización de mujeres lésbicas (Grupo SAFO), representación del grupo Trans (ANIT) y de HSH.

El MINSA ha manifestado su lucha contra la discriminación a través de la Resolución Ministerial 249-2009 donde prohíbe la discriminación por orientación sexual en los servicios de salud y disminuir el estigma y discriminación en los servicios de salud público.

Las organizaciones no gubernamentales trabajan ampliamente con poblaciones expuestas a mayor riesgo (PEMAR). CEPRESI está desarrollando acciones de prevención del VIH con un nuevo enfoque de masculinidad y dirigido a población HSH.

Las agencias del Sistema de Naciones Unidas apoyan el desarrollo de acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos de población específicos de acuerdo a la separación de funciones y roles establecido.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha venido apoyando los esfuerzos nacionales en el marco de las prioridades de la respuesta a la epidemia del VIH asumiendo su mandato de la prevención entre y hacia adolescentes y jóvenes, la prevención de la trasmisión hacia mujeres y adolescentes incluyendo las embarazadas, la prevención en trabajadoras sexuales, el apoyo a mujeres con VIH y Sida y la programación de condones.

El Ministerio de Educación con asistencia técnica y financiera de UNICEF está implementando la educación para prevención del VIH en el 90% de los centros educativos impartándose 134 horas en primaria y 110 horas en secundaria, siendo recibida por alrededor de un millón de estudiantes y reforzada desde las consejerías escolares por 105,000 estudiantes. El MINED cuenta con una red de 2,331 consejeros escolares en 9,408 escuelas (8,062 primaria y 1,346 secundaria), y con 3,500 líderes estudiantiles capacitados en consejería de pares. En las 8 escuelas normales del país se han conformado y están funcionando las Unidades de Consejería Escolar.

Como parte del proceso de fortalecimiento de la gestión educativa a nivel local se ha brindado asistencia técnica en servicios a la red de consejería escolar en los 15 municipios priorizados que permite realizar acciones correctivas de acuerdo a situaciones encontradas y la orientación hacia su desarrollo en el aula de clase. Además se han realizado alianzas estratégicas a nivel local que ha permitido la mejora en las relaciones de maestros, padres madres y estudiantes y mejoras del rendimiento académico.

Con la participación de 12 ONG que han integrado dos redes: Red Las Segovia (norte centro del país) y Red Costa Caribe (RAAS) se implementan acciones para la prevención del VIH con adolescentes indígenas y afro descendientes, y adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad, incluyendo aquellos que están fuera de la escuela, desarrollándose actividades para el abordaje integral de la adolescencia, favoreciendo la construcción de una cultura de paz, relaciones justas y equitativas entre hombre y mujeres a través de la nueva visión de masculinidad con 100 adolescentes de 10-14 años. Un total de 2,473 líderes adolescentes están a cargo de la educación de pares con 29,269 adolescentes de ambos sexos en 22 municipios del país. Se ha fortalecido el proceso de capacitación con herramientas metodológicas para el abordaje de la consejería con 104 adolescentes quienes han brindado consejería de pares a 3,637 adolescentes, los principales motivos de consejería han sido dificultad de comunicación con padres y madres, discriminación en la escuela y abuso sexual.

Experiencias exitosas de trabajo conjunto con organizaciones basadas en la Fé y la Comisión de Derechos Humanos municipal para reducir el estigma y discriminación en HSH en el municipio de Mateare, departamento Managua se han desarrollado.

#### **IV. Prácticas óptimas**

Aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) en todos los departamentos del país. La implementación del MOSAFC ha permitido llevar a escala las estrategias que permitan al país alcanzar el acceso universal al año 2015, sobre todo para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita.

Los SILAIS han sectorizado su territorio de influencia y los sectores son atendidos con acciones integral de promoción y prevención a las familias, que incluye la consejería y prueba voluntaria de VIH a nivel comunitario. Acciones de apoyo y cuidados en el hogar realizadas por los Equipos de Salud Familiar (ESAF) del MINSA como soporte a las actividades asistenciales brindadas por los Equipos Multidisciplinarios (EMD) conformados en cada hospital. Los trabajadores de salud han sido capacitados además en el abordaje del VIH en el marco de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), material educativo para la consejería comunitaria (Alforja Educativa) está siendo diseñada para ser utilizada por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario del MINSA y promotores solidarios del MIFAMILIA para mejorar el acceso de niños y niñas a diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH.

Con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el Ministerio de Salud ha sectorizado los territorios y conformado Equipos de Salud Familiar (ESAF), UNICEF apoyó en ocho SILAIS la capacitación de 186 ESAF y el seguimiento a otros 330 ESAF en temas de adherencia al tratamiento ARV, apoyo y cuidados en el hogar y comunitarios como soporte a las actividades asistenciales (atención y suministro de terapia descentralizada) brindadas por los Equipos Multidisciplinarios (EMD) conformados en cada hospital. Material educativo para la consejería Comunitaria ha sido utilizado por los ESAFC del MINSA.

Los estándares de calidad para la atención de la embarazada y niñez con VIH se han incorporado a la estrategia de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre. Para contribuir al mejoramiento del proceso de diagnóstico se realiza monitoreo al funcionamiento de la red de laboratorios municipales y de los hospitales departamentales con capacitación en servicio que incluye el proceso de programación, cuantificación de necesidades, almacenamiento de los insumos, reactivos de laboratorio y control de calidad de las muestras.

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Durante el año 2011 se captaron 155,388 embarazada a su primer control del embarazo para una cobertura de captación de la embarazada del 95.1%, de ellas 128,972 (83%) se realizó la prueba de VIH y el 100% conoció su resultado, en el año 2009 la cobertura reportada fue del 51%. Con el apoyo de UNICEF el país avanzó en la consolidación de capacidades del Ministerio de Salud para expandir la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH y la atención descentralizada de niños, niñas y adolescentes con VIH, articulando intervenciones en los servicios de salud y en comunidades de difícil acceso.

A partir del año 2010 UNICEF ha brindando asistencia técnica para la integración de la prevención de la transmisión vertical del VIH en servicios materno-infantiles de salud, con ello el 100% de embarazadas con VIH (106) recibió terapia para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a los protocolos clínicos aprobados en el país. De acuerdo a estimaciones de ONUSIDA el porcentaje de embarazadas con VIH que ha tenido acceso a terapia con ARV para prevención de transmisión vertical ha sido de 29% en 2008, 46% en 2009 y 53% al 2011. Para el caso de la sífilis en apenas el 69% de las embarazadas se registra la realización de la prueba y se reportan 78 test positivos y el 100% de los casos recibió tratamiento.

El MINSA con la asistencia técnica de UNICEF y OPS/OMS ha consolidado en un mismo plan las estrategias que conduzcan a la eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis al 2015 con el objetivo de armonizar los esfuerzos nacionales que incluye la actualización de las normas y protocolos y los estándares de calidad de la atención clínica a estas personas.

Como parte del proceso de mejora de la gestión del sistema de suministros se integró el registro de datos logísticos esenciales de insumos para VIH y Sida al Cuadro de Mando del SIGLIM (Sistema de información para la gestión logística de los insumos médicos) y en su herramienta informática (Programa Automatizado del Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos, PASIGLIM).

Estrategias basadas en la familia y la comunidad implementadas por 1075 parteras y 325 voluntarias de 65 Casas Maternas, han permitido aumentar la cobertura de servicios PTMI principalmente en comunidades rurales de difícil acceso, comunidades indígenas y afro descendientes de la Costa Caribe.

Para contribuir al mejoramiento del proceso de diagnóstico tanto para VIH como para Sífilis en las embarazadas, se realiza monitoreo al funcionamiento de la red de laboratorio de los municipios y capacitación en servicio en los 17 departamentos y 22 hospitales del país de parte de dos bioanalistas del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA. La asistencia técnica incluye además el

proceso de programación o cuantificación de necesidades, almacenamiento de los insumos y reactivos de laboratorio; así como el transporte de muestras.

El Ministerio de Salud ha continuado consolidando la integración del manejo del VIH a la AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia), fundamentalmente en unidades de salud del primer nivel de atención (puestos y centros de salud). Un total de 1,511 trabajadores de salud fueron capacitados en el abordaje del VIH en el marco de AIEPI y 550 recursos de la salud para la atención de las condiciones psicológicas de niños, niñas y adolescentes con VIH. Estas acciones tienen por objetivo mejorar el acceso de niños y niñas a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del VIH.

Para contribuir a la mejora de la calidad de la atención se realizan sesiones técnicas entre el SILAIS y los Equipos Multidisciplinarios de los Hospitales para realizar análisis de casos, lo que está favoreciendo la relación entre ambos niveles de atención. Los estándares de calidad para la atención de la embarazada y niñez con VIH se han incorporado a la estrategia de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre.

Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de segunda generación, a través de Clínica VICITS.

De manera general al realizar la valoración del ICPN en la implementación de los programas de tratamiento y atención se obtuvo un puntaje de 8. El logro más significativo ha sido la descentralización de la TARV en las 33 unidades de salud del Ministerio de Salud. Cubrir la brecha de diagnóstico etiológico de las infecciones oportunistas, del tratamiento, de los estudios de resistencias y genotipaje que se realizan y envían a los laboratorios regionales se convierte en el principal problema que el país debe de resolver.

El país no dispone de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas con/afectadas por el VIH, ni de una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables. Se dispone de estimaciones de población huérfana a causa del Sida (Spectrum) pero no se dispone de una estimación de los huérfanos y niñez vulnerable a los que llegan las intervenciones existentes.

UNICEF ha venido apoyando a CONISIDA y ASONVIHSIDA para posicionar a la niñez y adolescencia en la respuesta a la epidemia del VIH. Como resultado se ha incorporado la garantía de derechos de la niñez en el proceso de reforma de la Ley 238 y el Programa Amor.

La CONSIDA ha incorporado en el plan estratégico para la respuesta nacional a la epidemia del VIH lineamientos de acción para la protección de la niñez vulnerable. Se ha iniciado un proceso de desarrollo de capacidades en ASONVIHSIDA para la promoción y defensoría de derechos de la niñez con VIH, se realizan sesiones de trabajo con la Procuraduría de la Niñez y MIFAN para establecer mecanismos de fiscalización y restitución de los derechos de la niñez, servicios de asesoría y apoyo legal. Se están generando capacidades en 180 familias afectadas por el VIH para la prevención, el manejo ambulatorio incluyendo el apoyo emocional a las personas con VIH.

El MIFAN ha realizado acciones para el desarrollo de sus capacidades de protección especial a huérfanos y niñez vulnerable a causa del Sida, incluyendo la elaboración de un protocolo de atención integral (salud, educación y protección), ha capacitado a 25 técnicos de 7 delegaciones departamentales (Chinandega, León, Chontales, Rivas, Granada, Nueva Segovia, Madriz), 7 distritos y 3 municipios del departamento de Managua para desarrollar acciones de prevención e información de la población atendida por el MIFAN con énfasis en las diferentes modalidades de atención comunitaria. ASONVIHSIDA junto a la Procuraduría de la Niñez y el MIFAN han establecido mecanismos de fiscalización y restitución de los derechos de la niñez, servicios de asesoría y apoyo legal.

Se ha consolidado la movilización social de las iglesias principalmente en la Costa Caribe en donde 104 pastores de 15 comunidades realizan acciones de promoción y defensa de los derechos de las personas con VIH con énfasis en la protección y apoyo de la niñez afectada por la epidemia. Un total de 868 personas (200 pastores y 668 líderes religiosos) de iglesias adscritas a 22 denominaciones evangélicas que tienen representación en todo el país realizan acciones solidarias desde la fe, acompañamiento pastoral, prevención del VIH, reducción del estigma y discriminación desde las

El logro más significativo ha sido que se ha definido el Programa Amor como el programa marco para el abordaje de la niñez afectada por la epidemia de VIH en el país, además que se han visibilizado los derechos humanos de la niñez en la reforma de la Ley 238, y se ha incluido como parte de la población vulnerable en el Plan Estratégico Nacional 2011-2015. Fortalecer la creación de capacidades, la coordinación gubernamental y con organizaciones no gubernamentales, promover una respuesta adecuada y con suficiente celeridad entre los donantes para garantizar el acceso de los huérfanos y los niños vulnerables a los servicios esenciales, entre otros la educación, los servicios sanitarios, el registro de nacimientos y de protección social se convierte en el principal problema que el país debe de resolver.

Implementada en 2010 la Campaña Nacional de la prueba de VIH con cobertura del área rural y urbana con la realización de 180,000.

Institucionalización de la Toma de Prueba de VIH a nivel nacional el día 29 de Octubre de cada año.

Desarrollado el Sistema de registro de la Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en Línea.

## **V. Principales problemas y acciones correctoras**

- a) Los progresos realizados hacia los retos clave notificados en el informe nacional sobre los progresos realizados en el 2012.

El país cuenta con un elevado apoyo político para el desarrollo de estrategias ante la Respuesta al VIH.

Se ha venido revisando la ley 238, y el proceso de reforma pretende hacerla más inclusiva, actualizada hacia las nuevas estrategias de recuesta a la epidemia, se ha hecho énfasis en la erradicación del estigma y discriminación.

Se ha iniciado la evaluación de política Nacional en ITS-VIH mismo que dará salida al proceso de actualización donde se estará tomando en cuenta los estudios nacionales. Se alcanzaron 71 comisiones de sida a nivel nacional por Municipio.

Como muestra del respaldo político con que el que cuentan las acciones en respuesta a la epidemia, la Primera Dama de la República, la Ministra de Salud, el Vice Ministro de Educación han brindado declaraciones públicas a favor de las acciones en pro de las personas VIH y han instado a la solidaridad con sus familiares y comunidades donde residen. Así mismo, de la sesión con diputados de la Asamblea Nacional (Poder Legislativo) en el marco del cabildeo a favor de la reforma a la Ley 238, éstos han brindado declaraciones en favor de los esfuerzos nacionales de la Respuesta al VIH.

Ha sido nombrado una Procuradora de la Diversidad Sexual, la cual atiende directamente el tema de VIH. Dos organizaciones de población trans y una de trabajadoras sexuales obtuvieron personería jurídica, con lo cual por sus propias gestiones podrán emprender acciones entre sus miembros. La Resolución 249-2009 que orienta la no discriminación en los servicios de salud por razones de opción sexual. Reforma al código penal vigente donde despenaliza la sodomía.

- b) Los obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación 210-2011 que retrasaron la Respuesta Nacional en general, y el progreso del logro de los objetivos, en particular.**

Persiste el estigma y discriminación hacia la diversidad sexual y a las personas con VIH. La Reforma de la ley238 no se ha concluido

Existencia de brechas en las políticas fundamentalmente en los temas de atención a poblaciones claves, así mismo a la niñez huérfana a causa del sida.

### **c) Acciones correctoras planteados para lograr los objetivos marcados**

Completar el proceso de reforma de Ley y su reglamentación, actualización de la política nacional de ITS- VIH.

Actualización de las normas y protocolos para la atención de la población clave y reorganización de los servicios de salud para mejora de la atención a estas poblaciones.

## **VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país**

El país ha recibido en el periodo el apoyo de la cooperación a través de las propuestas en ejecución aprobadas por el Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, Tuberculosis y VIH, apoyo de organismos biliares, multilaterales y del Sistema de Naciones Unidas.

A partir del 2007 el país garantiza la gratuidad de la atención en salud y educación, el desarrollo del Programa Amor y el Programa de los más chiquitos y chiquitas con el objetivo de realizar acciones comunitarias, mejorar el sistema nutricional y la incorporación temprana al sistema escolar. Se ha incorporado en el Plan Nacional de Desarrollo humano temática del VIH.

La mesa sectorial de salud, es un espacio en el que los donantes participan del avance en la implementación de planes de salud, en la agenda de sesiones de la Mesa Sectorial está incluido el tema de la epidemia del VIH, en el que es abordada la situación de la epidemia y la situación de la Respuesta Nacional. Así mismo, la autoridad nacional -según el contexto- convoca a los cooperantes para mostrar los avances y las limitaciones para la ejecución de las estrategias en la lucha contra el VIH.

## **VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación**

La Ley 238 -Ley de Promoción, prevención y defensa de los derechos humanos ante el sida'-, crea la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA como Autoridad Nacional que coordina la Respuesta ante el VIH y garantiza la inclusión instituciones del estado, organismos sociales y representantes de personas VIH, dentro de la estructura de la Autoridad Nacional -CONISIDA., en total esta compuesta por 18 representantes.

El órgano que dinamiza la Autoridad Nacional -la Secretaría Técnica- establece una programación de sesiones ordinarias y extraordinarias para la discusión y debate de la situación de la epidemia y de la respuesta nacional, programa que es sistematizado en actas.

La Secretaría Técnica es la estructura responsable de brindar el apoyo técnico y administrativo a la Comisión Nicaragüense del sida CONISIDA, le corresponde a la instancia el Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional.

Se ha elaborado el Manual de Gestión de la Secretaría Técnica de la CONISIDA y el Manual de Gestión de la CONISIDA.

Se ha elaborado un Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional para medir los avances, resultados e impacto de las actividades principales establecidas en el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2011-2015 y ante compromisos de país suscrito e instancias internacionales ante el VIH, desde la respuesta multisectorial a la epidemia, a través de un sistema único nacional que brinde información para la toma de decisiones.

Se ha definido un paquete básico de indicadores (36) a través de los cuales se medirá el cumplimiento del PEN y con ellos se estableció la línea de base del PEN. Le corresponde a la Secretaría Técnica la estructura responsable de brindar el apoyo técnico y administrativo a la CONISIDA, la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación.

Durante el 2010-2011 se elaboró la evaluación de medio término y final del PEN 2006-2010, también se realizó una medición del ambiente político El API (AIDS Program Effort Index), por sus siglas en inglés, estudio publicado por es una herramienta que mide el esfuerzo en diez componentes o áreas programáticas de la respuesta al VIH. De acuerdo a la medición realizada en el 2009-2010, indica que en el periodo entre 1998 y 2009 en Nicaragua, el índice total, que se obtiene como promedio de los diez componentes, aumentó de 46 a 59 puntos en una década, es decir, un cambio del 28%. Los resultados muestran la tendencia ascendente de la Respuesta Nacional

En el año 2010 se realizó el estudio “Plan Estratégico en ITS VIH y Sida 2006-2010. Avances y retos en su implementación<sup>14</sup>” este estudio muestra los avances en la implementación del PEN 2006-2010 identifica vacíos, puntos críticos o fortalezas.

---

<sup>14</sup> USAID|PASCA (2010). Nicaragua Plan Estratégico Nacional en VIH y Sida 2006 – 2010 . Avances y retos en su implementación.

Se capacitó a un total de 139 personas en Monitoreo y Evaluación en los diferentes niveles.

Actualmente se cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica ITS/VIH y sida con enfoque de segunda generación, aunque no se ha logrado implementar en su totalidad y se continúa con un sistema de notificación de primera generación; la alimentación del sistema se da por medio de la recolección de la información de los departamentos y hospitales hacia el nivel central, donde se procesa, analiza y se elabora el informe de comportamiento de la epidemia este se divulga hacia los niveles locales a través del boletín informativo de VIH y se coloca la información en la de la Página Web del Ministerio de salud y de la CONISIDA. Lo que permite orientar las acciones de prevención y atención con el fin de minimizar el impacto a través del diseño de estrategias de intervención, investigaciones, abordaje integral y ayudar así a los tomadores de decisiones para reorientar los presupuestos definidos para cada una de las áreas.

En la detección y notificación de casos de VIH-sida participan varias instituciones del Sector Salud, tales como: a) Público (Ministerio de Salud) b) INSS, c) Organizaciones Sociales d) Hospitales Privados.

La notificación para la vigilancia ITS-VIH y sida emana de la red comunitaria, equipos de salud familiar y comunitaria, centros de salud y Hospitales hacia el nivel central y luego se produce la retroalimentación en forma descendiente.

Se ha avanzado con la actualización del manual de vigilancia epidemiológica con incorporación de segunda generación, finalizado el sistema de vigilancia del VIH el cual estará en línea y tendrán acceso todos los que proveen servicios de diagnóstico y atención de VIH a partir del 2012, integrada en la ficha Epidemiológica del VIH las variables de comportamiento, Elaborada la ficha de Coinfección TB/VIH y Elaborado y difundido el Boletín informativo de VIH.

#### Problemas por resolver

- Fortalecer la unidad de monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional en la Secretaría Técnica de CONISIDA y del Componente ITS-VIH y Sida.
- Desarrollo de un sistema integrado de monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional.
- Incrementar la capacidad de los recursos humanos de las diferentes instituciones y organizaciones en materia de monitoreo y evaluación.

## VIII. Bibliografía

- 1) Modelaje de la distribución esperada - a corto plazo - de la incidencia de infecciones por VIH según grupo de exposición. ONUSIDA. Junio 2007.
- 1) Sobre estudios y poblaciones y prevalencia
- 2) NICARAGUA. Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta de Demografía y Salud -ENDESA2006-2007.
- 3) NICARAGUA. Ministerio de Salud – Universidad del Valle de Guatemala – Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y >Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables en Nicaragua – ECVIC. Junio 2011.
- 4) NICARAGUA. Comisión Nicaragüense del Sida –CONISIDA. Plan Estratégico Nacional contra el VIH 2011-2015 (documento preliminar).
- 5) NIARAGUA. Ministerio de Salud. Oficina Nacional Componente ITS-VIH-Sida. Situación de las ITS y el VIH año 2011. Presentación en MS Power Point.
- 6) NICARAGUA. Comisión Nicaragüense del Sida –CONISIDA. Informe UNGASS 2010.
- 7) NICARAGUA. Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Vigilancia del Daño y Factores Protectores de la Salud. Situación epidemiológica nacional 2011. Presentación en MS Power Point.
- 8) NICARAGUA. Comisión Nicaragüense del Sida. Base Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. ASAP, 2010.
- 9) NICARAGUA (2007): Estudio TRaC de VIH/SIDA entre Trabajadoras Sexuales Femeninas en Chinandega, Managua, Masaya, RAAS y Nueva Segovia
- 10) NICARAGUA (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA Hombres que tienen sexo con otros Hombres en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAN. 2a Ronda nacional.
- 11) NICARAGUA (2011): VIH/SIDA Estudio TRaC de VIH/SIDA Evaluando comportamientos saludables en Jóvenes de los departamentos de Chinandega, León y Managua 3a Ronda
- 12) NICARAGUA (2011): VIH/SIDA Estudio TRaC de VIH/SIDA Evaluando comportamientos saludables en Jóvenes de los departamentos de Chinandega, León y Managua 3a Ronda. Tabulaciones especiales.
- 13) Nicaragua. Ministerio de Salud: Prevalencia de embarazadas sitios centinelas octubre noviembre 2011.
- 14) Nicaragua. Xochiquetzal. Estudio de Prevalencia en jóvenes 18 a 30 años. 2010.

15) Nicaragua. Ministerio de Salud. Estudio Acceso a Programas de Prevención población de 15 a 49 años. Año 2011.