

2012

INFORME NACIONAL SOBRE LOS AVANCES REALIZADOS EN RESPUESTA AL VIH y AL SIDA EN PARAGUAY

ÍNDICE

I) <u>Situación actual</u>	3-24
a) Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe	3-4
b) Situación actual de la epidemia del VIH en el Paraguay	5-16
c) Respuesta política y programática	14-19
d) Resumen de los indicadores	20-23
II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA , prevalencia 2010/2011 en función de la vigilancia y estudios específicos	
II) <u>Respuesta nacional a la epidemia del VIH</u>	24-40
Prevencción y educación	25-30
Prevencción de la transmisión materno-infantil del VIH	31-33
Atención y apoyo	34-37
III) <u>Las mejores prácticas</u>	38
IV) <u>Principales desafíos y acciones correctivas</u>	39
IV) <u>Monitoreo y Evaluación</u>	40-41
	41-42
V. Apoyo por parte de los asociados al desarrollo del país	

I. SITUACIÓN ACTUAL

A) PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME

El proceso para la elaboración del Informe Nacional sobre los avances en la respuesta al VIH y al sida en Paraguay se inició con la traducción al español de la guía para la elaboración del reporte desarrollada y distribuida por ONUSIDA en octubre de 2011. Posteriormente se diseñó un plan y el cronograma de trabajo de manera conjunta entre ONUSIDA y el Programa Nacional de Control de Sida/ITS del Paraguay (PRONASIDA).

Posteriormente se llevó a cabo una reunión de socialización de dicha guía con la participación del sector de gobierno, la sociedad civil y las agencias de cooperación, en la que se realizó un breve análisis del informe anterior (UNGASS 2010) y se presentó la propuesta de trabajo. En ese mismo encuentro se solicitó la designación de coordinadores por parte del sector de gobierno como de la sociedad civil y se definió el cronograma de trabajo para los meses de noviembre y diciembre de 2011.

Se definió que el mecanismo de elaboración del reporte incluiría reuniones participativas y talleres multisectoriales de discusión, liderados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como ente rector, representado por el PRONASIDA.

El equipo de trabajo se conformó con representantes de gobierno, la sociedad civil, incluidas las poblaciones en situación de vulnerabilidad, las más afectadas por la epidemia y personas con VIH, y representantes de organismos internacionales.

Se realizaron tres talleres y dos reuniones de trabajo con la sociedad civil (ver anexos) donde se procedió a examinar el Instrumento de observación de los Compromisos y Políticas Nacionales – ICPN – parte B, recolectar datos, identificar leyes, reglamentaciones, resoluciones, documentos, publicaciones y registros para revisión. Respecto del ICPN parte A, que corresponde al sector de gobierno, se organizó el trabajo de recolección de datos a través del PRONASIDA conformando un equipo técnico que incluyó a referentes de cada área en que se estructura el programa y se corresponde con las partes del cuestionario, con el propósito de organizar la información requerida. Se mantuvieron varias reuniones de trabajo con el equipo designado y un taller con representantes de diferentes dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social así como de otras instituciones gubernamentales que forman parte de la respuesta nacional.

El PRONASIDA, ente rector del Respuesta Nacional, asumió el liderazgo para la elaboración del presente informe país. Conformó un equipo técnico que integró a los principales referentes de cada área programática y designó un coordinador para llevar adelante los trabajos de procesamiento y análisis de la información recogida, así como para revisar documentos e informes previos. Siguiendo las directrices para la elaboración del informe, este equipo de trabajo completó la matriz de indicadores, opinó sobre el contenido de la Parte A del ICPN y organizó la redacción del informe narrativo. La redacción de textos correspondiente al formulario de la Parte B del ICPN en forma conjunta con la sociedad civil, estuvo a cargo de un consultor de apoyo.

ONUSIDA brindó asistencia técnica y financiera a todo este proceso, tanto en la selección y contratación del consultor que acompañó la elaboración del informe en base a los términos de referencia para “apoyar al PRONASIDA en la elaboración del reporte de progreso de Paraguay respecto a la Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA (UNGASS) 2012, así como un análisis de las diferentes variables y supuestos que intervinieron en el cumplimiento o no de las metas”; como en la realización de los talleres multisectoriales llevados a cabo hacia finales del año 2011.

B) SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA DE VIH EN PARAGUAY

La epidemia de VIH y sida en Paraguay se caracteriza por ser una epidemia concentrada en grupos más vulnerables y de mayor riesgo como son los hombres que tienen sexo con hombres, la población trans, las/los trabajadoras/es del sexo y sus clientes así como los usuarios de drogas.

Tabla 1. Prevalencia de VIH según tipo de población estudiada.

Paraguay 2006-2011

Población	Prevalencia	Fuente	Año
Mujeres Puérperas	0.34%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en puérperas	2006
Trabajadoras Sexuales Femeninas (TSF)	1,76%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en TSF	2006
Trabajadores Sexuales Masculinos (TSM)	10,7%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en TSM	2006
Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs)	9,1%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en UDIs	2006
Clientes de Trabajadoras Sexuales	1,6%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en Clientes de TSF	2006
Militares	0.40%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en militares	2006
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	8,7%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en hombres.	2007-2008
Hombres y Mujeres privadas de libertad (PPL)	0,7 %	Estudio de seroprevalencia del VIH y Sífilis en población privada de libertad.	2008
Población indígena en 3 ejes geográficos.	0.4%	Estudio de prevalencia y CAP en población indígena	2011

Fuente: PRONASIDA

Desde el inicio de la epidemia en Paraguay en año 1985 hasta diciembre del año 2010 se han notificado 8.917 personas viviendo con VIH de las cuales 2.955 están registradas como personas con sida.

El número de personas fallecidas asciende a 1.238.

En el año 2010, se ha notificado un total de 1.097 personas con VIH.

En la tabla 2, se observa la distribución de los nuevos casos según año de diagnóstico durante los últimos cinco años. El número de personas diagnosticadas en el año 2007 se ha considerado *outliers*, el cual podría atribuirse a debilidades en el sistema de registro en ese año.

**Tabla 2. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por año de diagnóstico.
Paraguay 2006-2010**

Año	Total
2006	769
2007	675
2008	966
2009	961
2010	1097

Fuente: PRONASIDA

Las tasas de incidencia en el año 2010 se describen en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Incidencia de VIH por 100.000 habitantes
Paraguay 2010**

INDICADOR	Por 100.000 habitantes
Tasa de incidencia de VIH en población general:	17
Tasa de incidencia de sida en población general:	4,53
Tasa de incidencia de VIH en población masculina:	20,06
Tasa de incidencia de VIH de la población femenina:	14,1

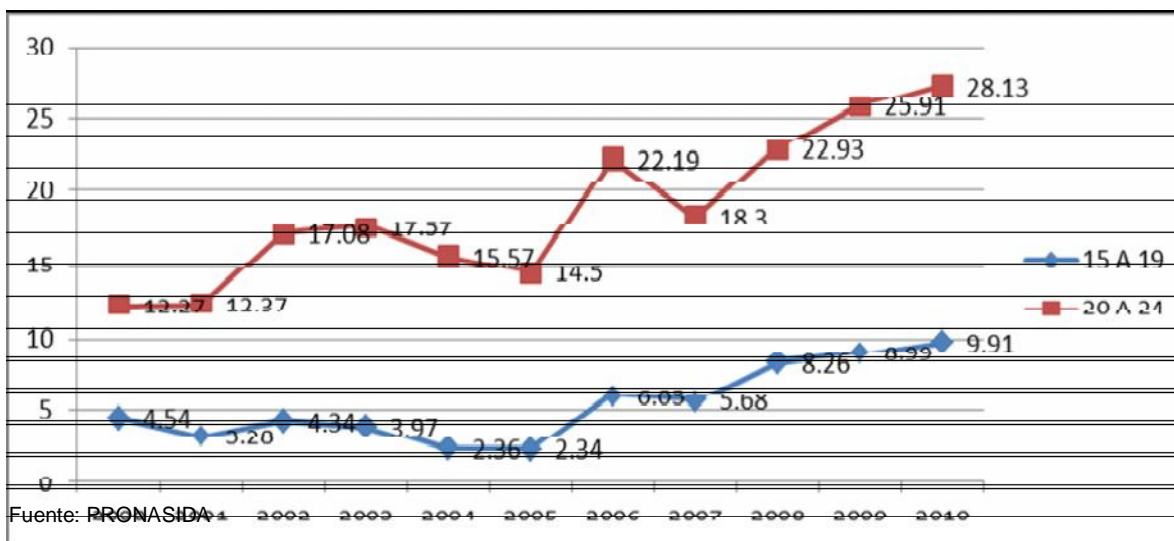
Fuente: PRONASIDA

Según edad

La incidencia reportada del VIH en la población de 15 a 19 y la de 20 a 24 años presenta una tendencia ascendente desde el año 2000 al año 2010. El incremento fue de 4,54 a 9,91 x 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años y de 12,27 a 28,13 por 100.000 habitantes en la población de 20 a 24 años de edad. (Gráfico 1).

El incremento de nuevas infecciones podría atribuirse a la mejoría del sistema de registro y notificaciones así como también al mayor acceso de la población a las pruebas diagnósticas para el VIH.

**Gráfico1. Incidencia reportada del VIH en personas del 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad
Paraguay 2000-2010**

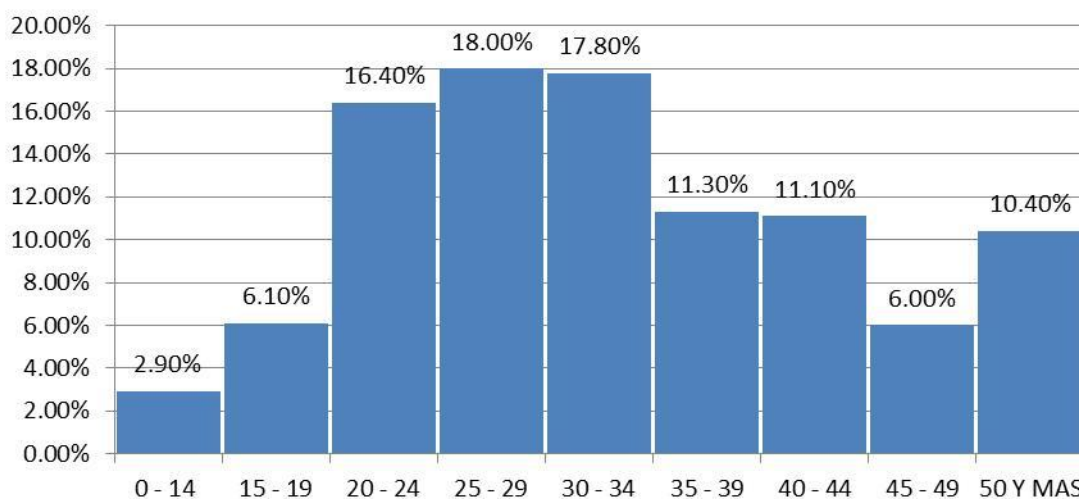


La edad presenta un rango de 1-81 años, con una mediana de diagnóstico de 31 años (P25-75 de 24-40 años) (skewnes 0.56 y kurtosis:3.71)

El 2.90% de los nuevos diagnósticos del 2010 fueron en niños/niñas menores de 15 años. El 6.10% de los registros pertenecen al grupo de edad de 15 a 19 años (66 nuevos diagnósticos).

El quinquenio con mayor porcentaje de los casos fue el de 25 a 29 años con el 18,00 % de los nuevos diagnósticos, seguido por el grupo de 30 a 34 años con 17.80% y el de 20 a 24 años con 16,40%. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por grupo de edad (N= 1097) Paraguay 2010



Fuente: PRONASIDA

En el Gráfico 3 se puede observar que la distribución de los grupos de edad es diferente entre hombres y mujeres; entre los hombres el grupo de mayor número de diagnósticos fue el de 30 a 34 años, seguido por el de 25 a 29, 20 a 24 años y el grupo de 40 a 44 años.

En el grupo de las mujeres el mayor número de diagnósticos fue el de 25 a 29 años, seguido del grupo de 20 a 24 y 30 a 34 años.

Gráfico 3. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por grupo de edad según sexo (N=1077) Paraguay 2010

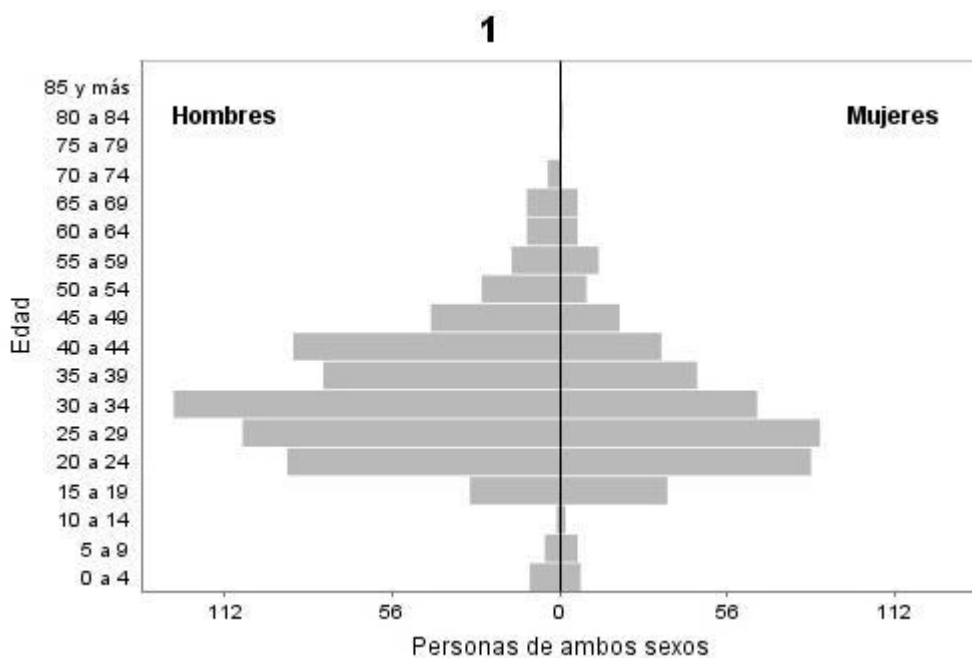


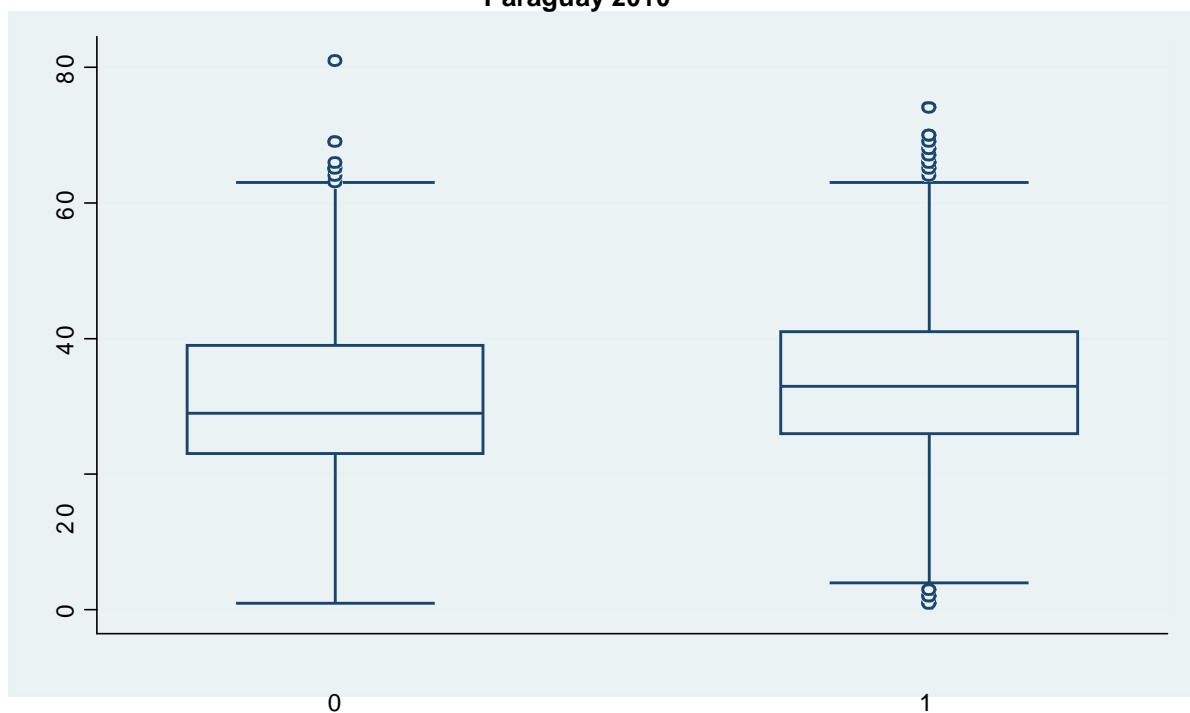
Tabla 4. Mediana de edad según sexo de los nuevos diagnósticos N=1077 Paraguay 2010

Sexo	Mediana	P25-P75
Masculino	33	26-41
Femenino	29	22-38

Fuente: PRONASIDA

En el Gráfico 4 se observan diferencias en las cajas de distribución de edad en hombres y mujeres. Se utilizó el test de Mann_Whitney para comparar la distribución de la edad entre hombres y mujeres. La conclusión con la utilización de dicho test fue que la distribución de la edad entre hombres y mujeres son diferentes.

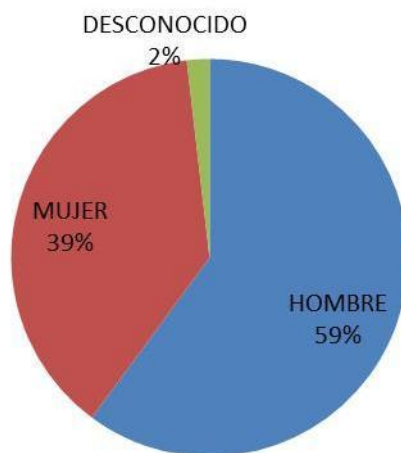
Gráfico 4. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por edad según sexo (N=1077) Paraguay 2010



Fuente: PRONASIDA

Según sexo

Gráfico 5. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo (N=1097) Paraguay 2010



Fuente: PRONASIDA

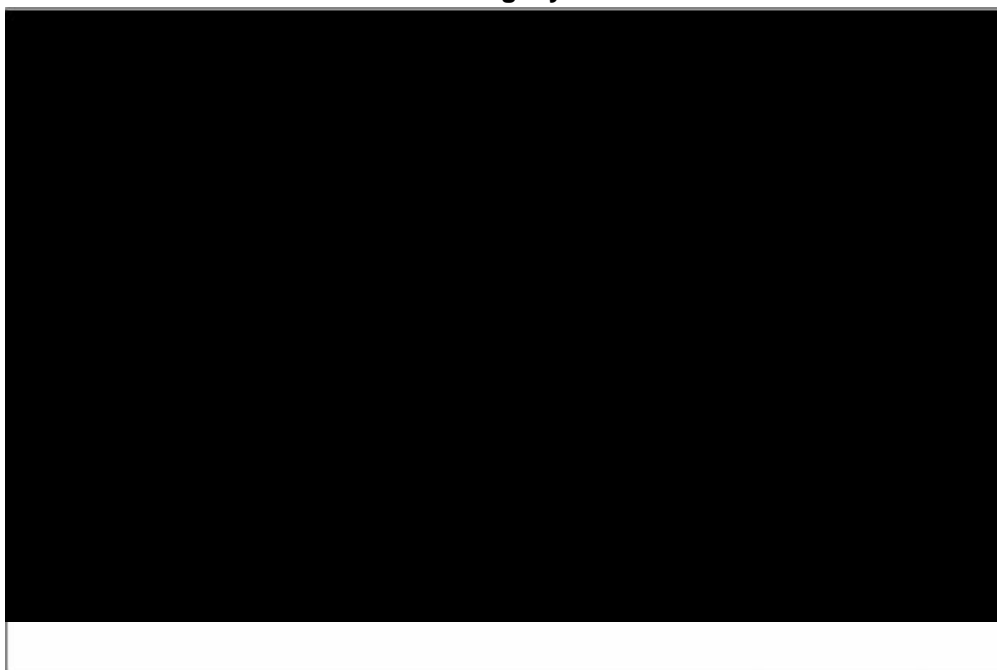
La relación Hombre/Mujer de los casos /VIH en el año 2010 es de 1,55/1.

Según Categoría de transmisión

La categoría de transmisión de los nuevos diagnósticos durante el año 2010 se basa en la referencia realizada por las personas durante la consejería previa al testeo y en las fichas de notificación. Del total de registros se pudo obtener dicha información en el 55% de los mismos.

Si consideramos la información disponible, en el 97% de los casos la vía de transmisión fue sexual, en el 2% perinatal y el 1% por contacto con sangre y fluidos contaminados.

**Gráfico 6. Categoría de transmisión de los nuevos diagnósticos de VIH
(N=601)
Paraguay 2010**



Fuente: PRONASIDA

Según condición de Sida

En 756 (68%) de los casos se pudo contar con la evaluación de la condición de sida de los nuevos diagnósticos de VIH; de ese 86%, 323 personas con VIH presentaban criterios para clasificarlos como personas con VIH en etapa de sida.

Tabla 5. Mediana de CD4 al momento del diagnóstico según sexo de los nuevos diagnósticos (N=756). Paraguay 2010.

	Mediana	P25-P75	Rango
Masculino	225	64-426	1-2800
Femenino	341	150-532	1-1744

Fuente: PRONASIDA

En la tabla 5, se observa que la mediana de CD4 al momento del diagnóstico entre los hombres es menor que la de las mujeres.

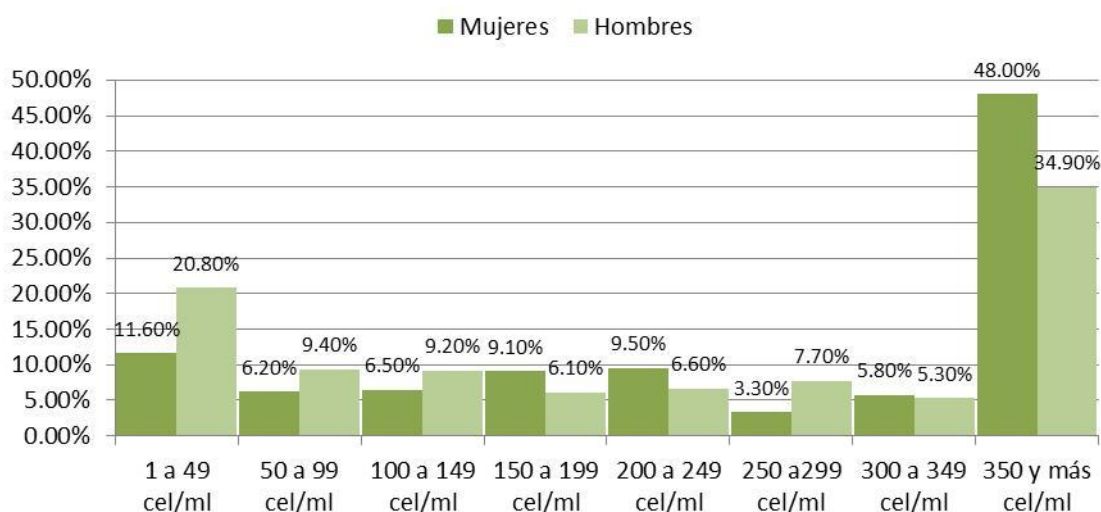
Tabla 6. Resultados de CD4 de los nuevos diagnósticos de VIH (N=736) Paraguay 2010

Valor CD4	Frecuencia	FR	FA
01 a 49 cel/ml	128	17.39	17.39
50 a 99 cel/ml	60	8.15	25.54
100 a 149 cel/ml	60	8.15	33.7
150 a 199 cel/ml	53	7.20	40.90
200 a 249 cel/ml	56	7.61	48.51
250 a 299 cel/ml	45	6.11	54.62
300 a 349 cel/ml	41	5.57	60.19
350 y más cel/ml	293	39.81	100

Fuente: PRONASIDA

En la tabla 6, se puede observar que el 17.39% de los nuevos diagnósticos de VIH presentaba cifras de CD4 menor a 50 cel/ml. El 60.19% de las personas que viven con VIH presentaba un recuento de CD4 menor a 350 cel/ml al momento del diagnóstico.

Gráfico 7. Frecuencia de valores de CD4 al momento del diagnóstico según sexo Paraguay 2010



Fuente: PRONASIDA

En el Gráfico 7 se observan diferencias en la distribución del porcentaje de recuento de CD4 según sexo; esto es cual es más evidente en ambos extremos, es decir en los menores de 49 cel/ml y en los mayores a 350 cel/ml.

Según tipo de población

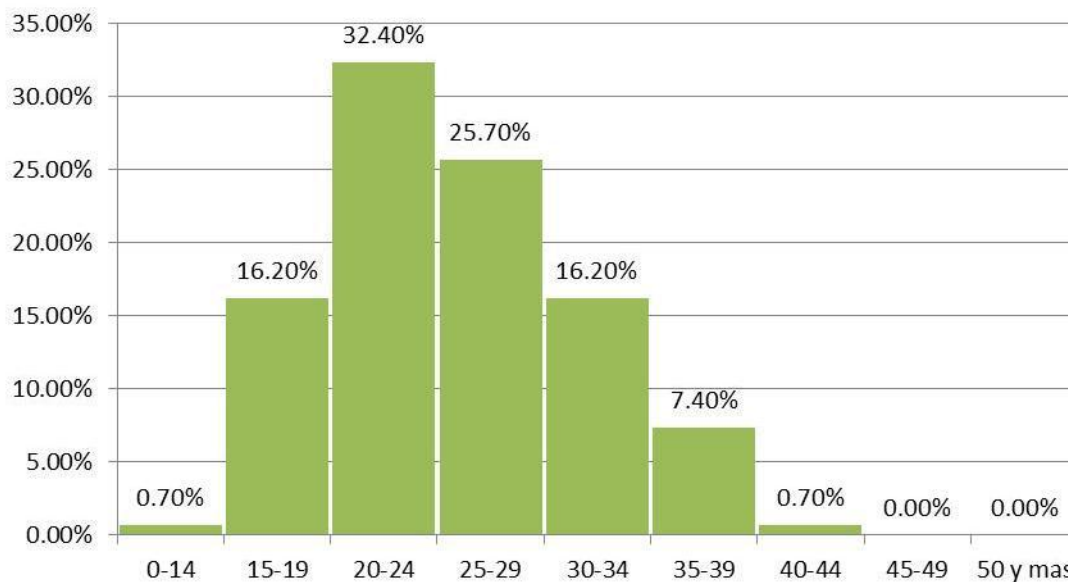
Si consideramos a los nuevos diagnósticos según tipo de población a la que pertenecen, 189 personas pertenecen a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seguido de 15, 12 y 11 personas pertenecientes a las poblaciones de trans trabajadoras/es sexuales (TTS), usuarios de drogas intravenosas (UDIs) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) respectivamente.

Los HSH corresponden al 29% de todos los hombres diagnosticados, mientras que las MTS corresponden al 2,6% de las mujeres diagnosticadas.

Embarazadas

El promedio de registros por mes de embarazadas en el año 2010 fue de 11 DS+3.

Gráfico 8. Distribución de registros de embarazadas según grupo de edad (N=135) Paraguay 2010



Fuente: PRONASIDA

De todas las embarazadas registradas, el 32.40% correspondió a las del grupo de edad de 20 a 24 años seguido del 25.70% de las del grupo de edad de 25-29 años.

Gráfico 9. Distribución de registros de embarazadas según edad gestacional (N= 83)

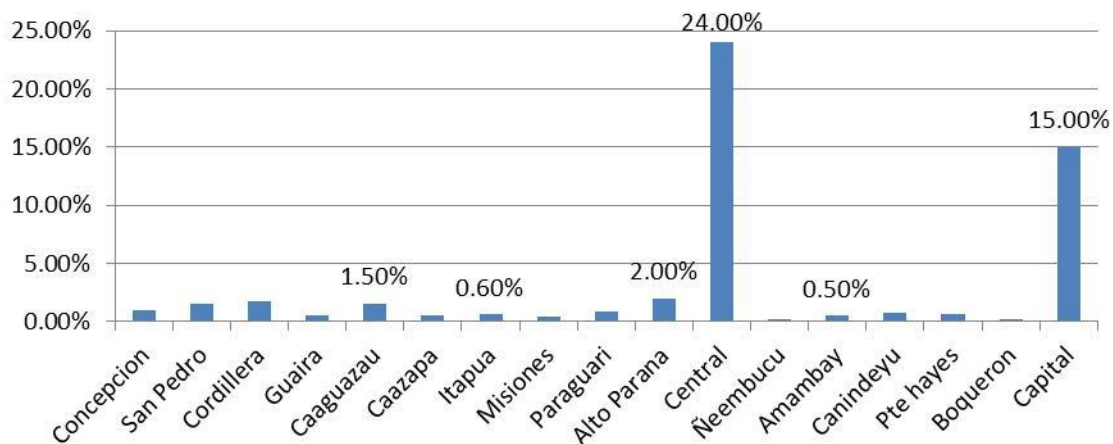


Fuente: PRONASIDA

Según región sanitaria

La distribución de las notificaciones fue en su mayoría proveniente de la región central con un 24,20% y de la capital 15,20%. Existe un total de 524 sin datos de procedencia.

Gráfico 10. Frecuencia de notificación de los nuevos diagnósticos de VIH por región sanitaria Paraguay 2010



Conclusiones:

1. La tasa de incidencia de VIH entre los hombres es más elevada que la tasa de incidencia de las mujeres.
2. Se diagnostican 3 nuevos diagnósticos de VIH por día de todas las edades.
3. Se diagnostican 2 nuevos diagnósticos de VIH por mes en el grupo de edad de 15 a 19 años.
4. Por cada 15 hombres con infección por VIH hay 10 mujeres con VIH.
5. La distribución de los nuevos diagnósticos por grupo de edad es diferente en hombres y mujeres: las mujeres se diagnostican más jóvenes que los hombres.
6. La vía de transmisión sexual es la más frecuente.
7. Las mujeres con VIH presentan recuentos de CD4 al momento del diagnóstico mayores que los hombres.
8. Asunción y Central presentan el mayor porcentaje de los casos.

C. RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA

A partir del análisis del escenario nacional en materia de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, sus determinantes y consecuencias, se inició el proceso de elaboración del “Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a ITS/VIH y SIDA 2008 – 2012”, en el marco de colaboración participativa de los diferentes actores y representantes de la comunidad nacional e internacional, consultores nacionales e internacionales y con el apoyo de organismos internacionales involucrados (Direcciones Generales y Regiones Sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría de la Niñez y la Adolescencia, Secretaría de la Mujer, Ministerio de Educación, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Ministerio de Justicia y Trabajo, Seguridad Social, Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Previsión Social, Hospital Militar, Fuerzas Armadas de la Nación, Redes de organizaciones no gubernamentales, organizaciones de personas con VIH, grupos de trabajadoras sexuales, comunidades gay y organismos internacionales (ONUSIDA, OPS, UNICEF, UNFPA, entre otros)

EL Plan Estratégico de la Respuesta Nacional (PERN) a las infecciones de transmisión sexual, VIH y sida 2008/2012 presenta la siguiente Visión Compartida: “para el año 2012 el Paraguay lograra disminuir el avances de la epidemia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la población general con énfasis en las poblaciones más vulnerables, con miras al acceso universal a la prevención y atención integral, mejorando la calidad de vida de las personas con VIH, en el marco de una respuesta nacional ampliada, integrada y comprometida, con enfoque de derechos, equidad y género, que incorpore los esfuerzos del Estado, la sociedad civil y la comunidad internacional bajo la rectoría fortalecida

del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

La respuesta nacional se desarrolla a través de la implementación de acciones relacionados a los siguientes ejes estratégicos: a) políticas públicas y derechos humanos; b) promoción, prevención y protección; c) diagnóstico, atención y tratamiento; d) desarrollo institucional y gestión; e) epidemiología; f) armonización e intersectorialidad; y g) monitoreo y evaluación.

1- Políticas Públicas y Derechos Humanos

Se brinda apoyo selectivo a la implementación de políticas públicas orientadas a la calidad de vida, a la equidad, a la reducción del estigma y la discriminación en diferentes escenarios (laboral, escolar, comunitario, etc) con enfoque de derechos humanos, género y generacional.

2. Promoción, Prevención y Protección

Se promueven conductas responsables y estilos de vida saludables a través de un abordaje conjunto que combine los mejores aportes de la educación y de la comunicación social, para mejorar la eficacia y la pertinencia de la información y de los mecanismos que permitan transformar el conocimiento en acciones prácticas para la vida cotidiana.

3. Diagnóstico, Atención y Tratamiento

Se fortalece el desarrollo de una atención integral que incluye prevención, detección precoz, seguimiento y tratamiento oportuno, constituyendo servicios de atención integral regionales seleccionados estratégicamente, articulando gradualmente con toda la red de servicios y generando iniciativas y programas que brinden protección, acceso y atención especializada a grupos vulnerables.

4. Desarrollo Institucional y Gestión

Se incluye un componente de fortalecimiento del PRONASIDA para cumplir con el rol rector en referencia a las diferentes funciones que ello implica: dirección, promoción de iniciativa, desarrollo de redes, fortalecimiento de los miembros involucrados en la respuesta nacional, incluyendo procesos de desarrollo de recursos humanos, descentralización y gestión de recursos.

5. Epidemiología

Se genera un sistema de información estratégica accesible y oportuna que promueve una adecuada toma de decisiones a diferentes niveles de la organización, diversificando proveedores y usuarios institucionales y mejorando la

calidad de los datos reportados, que permita monitorear los componentes del plan.

6. Armonización e intersectorialidad

Se promueven mecanismos concretos para articular las políticas públicas de diferentes organismos e instancias del Estado, generando mayores niveles de coordinación y acciones conjuntas que produzcan sinergias entre las diferentes instancias e iniciativas.

7. Monitoreo y Evaluación

Se desarrollan instancias organizativas, mecanismos de monitoreo específicos e indicadores sensibles para dar seguimiento a los compromisos adquiridos por el plan estratégico.

Estrategias de fortalecimiento

- Consolidar la Respuesta Nacional como un espacio permanente, sustentado en un acuerdo explícito de actores sociales para promover el plan estratégico, constituyendo una mesa intersectorial e interinstitucional de carácter, que a su vez promueva estos escenarios en espacios sub-nacionales.
- Desarrollar un sistema de seguimiento sistemático de los procesos administrativos, económicos y técnicos que faciliten la descentralización, la gestión y el monitoreo de las iniciativas y de la disponibilidad, ejecución y estructura del gasto público estatal y no estatal verificando que los recursos nacionales e internacionales se utilicen con criterio de inversión social.
- Ampliar la base de convocatoria de Respuesta Nacional, influir en espacios participativos e interinstitucionales preexistentes (Consejo de salud Sexual y Reproductivo, Consejos locales de salud, Sistema Nacional de Protección y Promoción integral de la niñez y la adolescencia), descentralizar y multiplicar en forma coordinada y articulada las mesas de diálogo.
- Desarrollar mecanismos de instalación del VIH/sida e ITS en la construcción de consensos alrededor del debate legislativo convocando sobre la base de la protección de los derechos humanos, optimizando instancias como las audiencias públicas y los espacios de comunicación social.

En el marco del fortalecimiento de la rectoría del PRONASIDA se procedió a la realización de talleres de elaboración del “Plan de Desarrollo Organizacional y Gerencial del PRONASIDA”, encuentros dirigidos por un consultor internacional, en los cuales se logró identificar la responsabilidad social del PRONASIDA, concentrada alrededor de dos ejes:

- ejercer la rectoría de la Respuesta Nacional ampliada, integrada y comprometida en relación a la epidemia de VIH/sida y otras ITS, y
- gestionar en forma descentralizada los servicios de promoción, prevención y atención integral, bajo los principios de respeto por los derechos humanos, la equidad y el acceso universal y el enfoque de género, para disminuir así el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y aquellas que resultan más afectadas por el VIH e ITS.

D) RESUMEN DE LOS INDICADORES.

Nº	INDICADOR	ESTADO
RESULTADO		
Objetivo 1: Reducir la transmisión del VIH a la mitad para el 2015.		
Indicadores para la población General		
1,1	Porcentaje de jóvenes (mujeres y hombres) con una edad comprendida entre los 15 y los 24 años que identifican correctamente las diversas formas que existen para prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechazan conceptos erróneos sobre la transmisión del virus	Indicador pertinente y no reportado.
1,2	Porcentaje de jóvenes (mujeres y hombres) con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15 años	Indicador pertinente y no reportado.
1,3	Porcentaje de adultos con una edad comprendida entre los 15 y los 49 años que han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Indicador pertinente y no reportado.
1.4.	Porcentaje de adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declaran haber utilizado un preservativo durante la última relación sexual	Indicador pertinente y no reportado.
1.5.	Porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 años quienes recibieron consejería y testeo para el VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado.	Indicador pertinente y no reportado.
1,6	Porcentaje de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que viven con el VIH	Indicador pertinente y no reportado

Indicadores para profesionales del sexo				
1.7.	Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH	Indicador pertinente y reportado.	61.22	MTS
1,8	Porcentaje de profesionales del sexo de la población que declaran haber utilizado un preservativo con su último cliente	Indicador pertinente y reportado	95.25	MTS
1.9.	Porcentaje de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Indicador pertinente y no reportado	74.02	MTS
1,1	Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH	Indicador pertinente y reportado	1.98	MTS

Indicadores para Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres			
1,11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH	Indicador pertinente a ser reportado en Marzo 2012.	55.56
1,12	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre	Indicador pertinente a ser reportado en Marzo 2012.	73.97
1,13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Indicador pertinente a ser reportado en Marzo 2012.	56.58
1,14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH	Indicador pertinente a ser reportado en Marzo 2012.	13.4

Objetivo 2: Reducir a la mitad la transmisión del VIH entre los Usuarios de drogas inyectables para el 2015			
Indicadores para Usuarios de drogas inyectables.			
2,1	Número de jeringas distribuidas por persona anualmente entre los usuarios de drogas inyectables como parte de los programas de agujas y jeringas	Indicador pertinente y noreportado	
2.2.	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber utilizado un preservativo durante la última relación sexual	Indicador pertinente y reportado	44,74%
2,3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber utilizado equipos de inyección esterilizados la última vez que hicieron uso de dichas drogas	Indicador pertinente y reportado	92.11 %
2,4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Indicador pertinente a ser reportado en Marzo 2012.	63.16%
2,5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH	Indicador pertinente y no reportado	

Objetivo 3: Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir substancialmente las muertes maternas relacionadas al sida

Indicadores		2010	2011
3.1.	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	Indicador pertinente y reportado	32% 42.5
3.2.	Porcentaje de bebés con madres seropositivas que se han sometido a una prueba viral del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento	Indicador pertinente y reportado	21% 27.44%
3.3.	“Porcentaje de niños infectados por el VIH al nacer, cuyas madres son seropositivas”	Indicador pertinente y reportado	12,30% 15.47

Objetivo 4: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan en tratamiento antirretrovirico para el 2015

Indicadores		2010	2011
4,1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben tratamiento antirretrovirico*	Indicador pertinente y reportado	42% 43.75
4,2	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que continúan con el tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia antirretrovirica	Indicador pertinente y reportado	81.46

Objetivo 5: Reducir a la mitad las muertes a causa de la tuberculosis entre personas que viven con el VIH para el 2015

Indicador			
5,1	Porcentaje aproximado del número de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que han recibido tratamiento para la tuberculosis y para el VIH	Indicador pertinente y reportado	96 ¹ 131%

Objetivo 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial en los países de ingresos bajos y medios

Indicador			
6,1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación.	Indicador pertinente y reportado.	En anexo Informe MEGAS

Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores del desarrollo

Indicador

7.1	Compromisos nacionales e instrumentos políticos (en materia de prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, genero, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y seguimiento y educación.	Indicador pertinente y reportado.	En anexo.
-----	--	-----------------------------------	-----------

¹ En proceso de obtención de datos para el numerador.

II. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

En este apartado se entrega información sobre la Respuesta Nacional al VIH y sida en el Paraguay, considerando las principales características y avances realizados en materia de prevención, atención, tratamiento y apoyo, el conocimiento y el cambio de comportamiento y la mitigación de impacto durante el periodo de enero 2010 a septiembre 2011.

La respuesta nacional al VIH/sida/ITS se realiza a través de una coordinación de esfuerzos de diferentes sectores.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Programa Nacional de Control del Sida/ITS – PRONASIDA, ejerce la rectoría de la respuesta Nacional al VIH.

La Sociedad civil es un actor sumamente relevante de la Respuesta Nacional a la epidemia , existiendo diversas organizaciones vinculadas a la población de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, población trans, usuarios de drogas, personas viviendo con VIH, entre otras, las que además integran la red de organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH y sida.

Las Agencias del Sistema de Naciones Unidas en Paraguay que conforman el Grupo Temático de ONUSIDA (ONUSIDA, OPS, UNICEF, UNFPA) constituyen una instancia muy importante, a través de la asistencia técnica y financiera brindada a los diversos actores de la respuesta nacional.

El país tiene un Mecanismo de Coordinación País (MCP) que gestiona, aprueba y evalúa los proyectos a ser presentados al Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como el monitoreo de su implementación y ejecución. Está conformado por el MSPyBS, organizaciones de la Sociedad Civil, Sociedades Científicas, Universidad Nacional, Organismos de Cooperación internacional, sector privado, Seguridad Social y Fuerzas Armadas, entre otros.

El Estado paraguayo, con fondos asignados por el Presupuesto General de Gastos de la Nación, otorga anualmente una partida presupuestaria al Programa Nacional de Control de Sida/ITS; además se cuenta con otras fuentes de recursos desde ONUSIDA, UNICEF, OPS/OMS, UNFPA, CIDA CANADA, y el Fondo Global.

Cabe señalar que, en relación al reporte anterior, existen importantes desafíos y necesidades de rediseño en el contexto de un nuevo escenario ya que el país y el mismo MSPyBS están desarrollando nuevas políticas públicas con base en los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social.

El fortalecimiento del sistema sanitario y la renovación de la estrategia de Atención Primaria de la salud en el Paraguay proporcionan el escenario adecuado para procesos de reorganización y horizontalización programática en la respuesta al VIH.

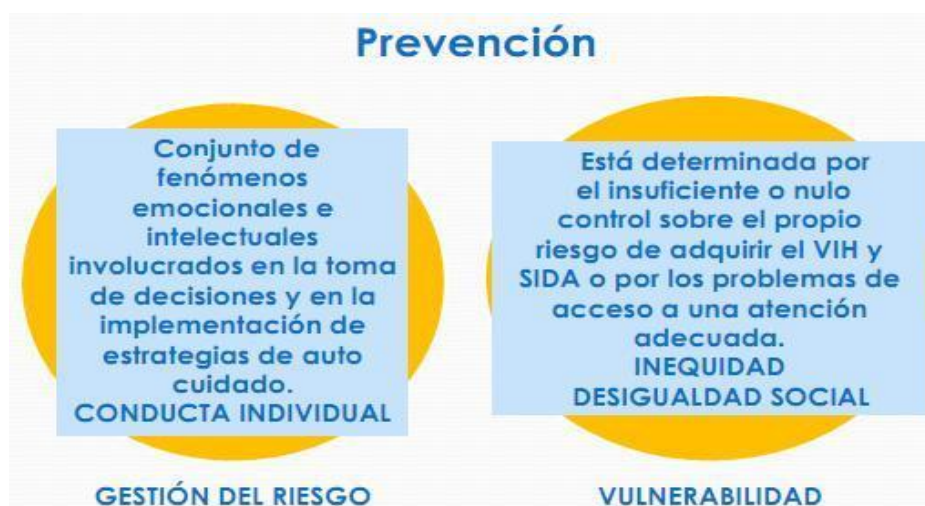
Las poblaciones clave y más vulnerables a la epidemia identificadas en el país, son: personas con VIH, mujeres embarazadas y niños expuestos, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres Trabajadoras sexuales, población trans usuarios de drogas, personas privadas de libertad, jóvenes, , población indígena, personas con tuberculosis, personas con infecciones de transmisión sexual.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

En el Paraguay el trabajo de prevención se enmarca en la disminución de la transmisión del VIH y otras ITS, estableciendo estrategias que apunten a una comunicación para el cambio de comportamiento en la población general con énfasis en poblaciones vulnerables y más afectadas por la epidemia.

Las líneas de acción son coherentes con las grandes declaraciones internacionales contra el sida.

Los ejes centrales de la prevención en VIH en el Paraguay se basan en la gestión de riesgo y la vulnerabilidad.



Esta gestión de riesgo se implementa a nivel masivo, grupal e individual.

Las figuras elementales a través de las cuales se puede llevar a cabo esta gestión son los promotores pares (nivel comunitario e individual) y consejeros pares (nivel individual).

La Educación, Prevención y Comunicación son los pilares fundamentales sobre los cuales se basa la Atención Primaria de la Salud, área que actualmente está siendo revalorizada como lineamiento prioritario en las políticas públicas de salud a escala mundial.

La educación en VIH/sida/ITS representa un verdadero desafío por la amplia gama de problemáticas que abarca, como el derecho a una información clara y veraz en salud sexual y reproductiva, debiendo iniciarse la misma a temprana edad, lo que significa un fortalecimiento de los programas curriculares desde el nivel primario, con todo el trabajo interdisciplinario que implica involucrar a instituciones educativas, docentes, padres, madres, es decir, a la comunidad educativa en general y escuelas formadoras de formadores.

Otra arista que abarca la educación en VIH y sida además de las ITS corresponde a la esfera de los derechos humanos, con enfoque de género, apuntando a la disminución del estigma y la discriminación social que afrontan las personas que viven con VIH y las personas con orientaciones sexuales diferentes.

Para ello se ha involucrado y comprometido a los diferentes actores de nuestra sociedad, tomadores de decisión (autoridades nacionales, regionales, locales, instituciones castrenses, instituciones educativas de diferentes niveles, líderes de opinión (iglesias, medios masivos de comunicación), sociedad civil organizada (organizaciones no gubernamentales, empresas públicas y sector privado), comunidad organizada (comisiones vecinales, grupos juveniles, voluntariados), personas institucionalizadas (hogares, centros de rehabilitación, dependencias judiciales), servicios de salud públicos y privados; en el rol que a cada uno le compete y contribuyendo a disminuir la propagación del VIH.

Estrategias utilizadas:

En el área de Promoción y Educación para la Salud, en especial para aquellas problemáticas consideradas como prioritarias para las políticas públicas existen varias estrategias que han sido desarrolladas, entre las cuales se destaca la IEC (Información, Educación, Comunicación) y la difusión de lecciones aprendidas.

En la actualidad, el lineamiento internacional para el abordaje de la Prevención básicamente apunta a 3 estrategias concretas que se utilizan para el diseño de las líneas de acción.

- **IEC:** Información, Educación y Comunicación: Que utiliza los elementos del proceso enseñanza-aprendizaje desde lo general a lo específico y su posterior socialización, buscando acercar a la población el contenido más claro y didáctico posible.
- **CCC:** Comunicación para el Cambio de Comportamiento. Por medio del cual se busca específicamente que la población meta incorpore comportamientos que favorezcan la prevención.
- **COMBI:** Modelo de Comunicación para Impactar la Conducta, que es un enfoque innovador hacia la movilización social que incorpora las enseñanzas aprendidas durante décadas de la comunicación en salud pública y de las experiencias de la comunicación de consumidor de sector privado. Se trata de un proceso de planificación para la comunicación y la movilización social con un enfoque COMPORTAMENTAL.

Otra estrategia utilizada para la prevención del VIH, la constituye la Educación por Pares. El concepto de "educación entre pares" se origina en la expresión "peer education" en idioma inglés, el uso moderno de "peer" le ha dado el significado de "personas que pertenecen al mismo grupo social, basado en edad, rango, nivel de estudios o posición social". Por tanto, la educación entre pares significa educación entre iguales, o educación entre personas que comparten alguna característica importante desde la identidad. ; se asientan sobre la base de que el trato entre pares es directo y que se comparte un mismo lenguaje. La educación entre pares en la práctica, ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones en torno a quién es par y qué es educación (por ejemplo sensibilización, consejería, discusiones grupales, sesiones de lectura y role playing (juego de roles), distribución de material educativo, charlas informales, derivaciones a servicios, apoyo, etc.) (*ONUSIDA, 1999*)

Asimismo, esta estrategia pretende enfrentar, además de la vulnerabilidad biológica y emocional, la vulnerabilidad social asociada a la discriminación y en ocasiones auto-discriminación, experimentada por poblaciones como HSH, TTS, MTS, UDIs y PVVS; se utiliza en el Paraguay para promover cambios en el ámbito individual, a través del trabajo sobre conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. También para producir cambios en el ámbito social o grupal, a través de la modificación de las normas sociales y la estimulación de acciones colectivas de empoderamiento social y ciudadano.

Los/as promotores/as pares MTS, UD/UDIs, TRANS, HSH se encuentran cerca de grupos que por condiciones de marginalidad no son accesibles para otros, como educadores gubernamentales, facilitadores pertenecientes a organizaciones no gubernamentales o capacitadores de servicios de salud.

Al capacitar a promotores/as de base comunitaria se ha logrado fortalecer los recursos humanos locales y así se mejora la respuesta interna a la epidemia. Junto a la prevención del VIH se da importancia a los Derechos Humanos y la ciudadanía de estas poblaciones claves y también desde el ámbito local se establece coordinación y cooperación con servicios en sus propias localidades para la promoción de la salud, pero también para la atención y fortalecimiento desde los servicios.

Además se han capacitado a consejeros pares a través de los cuales la prevención se focaliza en el nivel individual y constituye un punto de entrada para el inicio del proceso de gestión de riesgo.

Hasta noviembre del 2011 se han logrado los siguientes avances en materia de Prevención del VIH:

- Se cuenta con 412 promotores pares HSH, MTS, trans y UD capacitados en temas de diversidad sexual y educación preventiva del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- 2766 personas de la población en mayor riesgo (MTS, HSH, Trans, UDI) alcanzadas por actividades de prevención a través de los promotores pares.
- 1.830.235 condones distribuidos a través de los promotores pares y los servicios de salud en 6 regiones sanitarias.
- Elaboración, diseño, validación e impresión de materiales de promoción para el servicio de atención a la población clave afectada.
- Elaboración, diseño, validación e impresión de materiales educativos.
- Elaboración y difusión de spot radial
- 4 talleres de capacitación en consejería a agentes comunitarios de las Unidades de Salud Familiar de cada región sanitaria.
- 10 jornadas de capacitación por pares en los servicios de salud a las personas que viven con VIH.
- 12 jornadas de información y sensibilización a personal de salud.

- 7 talleres de capacitación a jóvenes en materia de Prevención del VIH/sida/ITS en: Asunción, Central, Misiones (Santa Rosa y San Ignacio), San Pedro, Coronel Oviedo y Pilar.
- Reuniones de seguimiento a promotores/as para transmitir conocimientos para la prevención del VIH/sida/ITS, información para promoción de servicios de salud y capacitación en habilidades para negociar el uso del condón.
- Supervisiones capacitantes a contactos de promotores pares de las poblaciones del Proyecto en 6 Regiones Sanitarias (Asunción, Central, Caaguazú, Alto Paraná, Amambay e Itapúa)

En la estrategia de Prevención se promocionan y transmiten mensajes relacionados a evitar el sexo comercial, evitar el sexo intergeneracional, abstinencia sexual, retrasar el debut sexual, sexo seguro, conocer el estatus serológico, promover la igualdad entre hombres y mujeres, prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, reducir el número de compañeros sexuales, uso de agujas y jeringas estériles, promover uso consistente de condón, entre otros.

En el año 2007 se inició la elaboración del Marco Rector Pedagógico, para el cual se realizaron consultas a adolescentes, formadoras/es de docentes y líderes religiosos y se desarrolló un primer borrador en forma participativa entre miembros del Comité Gestor y docentes representantes de 8 Institutos de Formación Docente del país en septiembre de 2008. Durante ese año y hasta la fecha, ese borrador se sometió a consulta con padres, madres y adolescentes.

En el año 2008 se firmó una adenda del Acta de Compromiso de 2007 en la que las nuevas autoridades acordaron la instalación de una unidad operativa de Educación Integral de la Sexualidad encargada del diseño y la implementación del Marco Rector Pedagógico en coordinación con las dependencias del Ministerio de Educación y Cultura que correspondan y creó un Comité Gestor integrado por:

- a) Organizaciones gubernamentales: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República;
- b) Organizaciones no gubernamentales: redes de organizaciones de la sociedad civil de alcance nacional, con carácter laico no confesional ; y
- c) Agencias de Cooperación Internacional, con voz pero sin voto.

A principios del año 2010 se aprobó el Reglamento del Comité Gestor, cuya Secretaría Ejecutiva está a cargo del Ministerio de Educación y Cultura y su

principal función es impulsar la implementación del Marco Rector Pedagógico en todos los sectores involucrados.

En el mes de julio de 2010, dicho Marco Rector Pedagógico fue sometido a validación en dos talleres: en el primero participaron todos los miembros del Comité Gestor y en el segundo estuvieron presentes 30 técnicos provenientes de las siguientes Direcciones Generales del Ministerio de Educación de Paraguay: Educación Permanente, Orientación Educativa, Educación Inicial, Educación Indígena, educación Escolar Básica, Educación Básica Rural, Gestión del Conocimiento, Jurídica, Bachillerato y la Unidad de Re-significación de la Educación Media.

Situación actual del marco rector pedagógico de educación integral en sexualidad

La resolución N° 35.635 del Ministerio de Educación y cultura de fecha 21 de septiembre de 2011, menciona que “se deja sin efecto el proceso de socialización del Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad, así como la implementación que debería seguir luego de su revisión, en el sistema educativo nacional, y se adoptan medidas tendientes a garantizar la aplicación efectiva de la educación sexual integral en todos los niveles y modalidades de la educación paraguaya”.

La medida ha sido adoptada atendiendo las recomendaciones formuladas por el Consejo Nacional de Educación y Cultura (Conec) en un par de escritos enviados a la Secretaría de Estado.

El 29 de diciembre de 2011, 40 organizaciones de la sociedad civil se manifestaron frente al MEC a favor de la implementación del Marco Rector.

Tras hacer entrega de un manifiesto en donde se destacan los principales puntos sobre la importancia de la implementación de una educación sexual en las instituciones educativas, el viceministro de Educación, Francisco Jiménez, se comprometió verbalmente a seguir impulsando desde el Estado la implementación efectiva del derecho a la educación integral de la sexualidad.

Los manifestantes señalaron, por su parte, que se mantendrán movilizados y activos en la vigilancia de este proceso que es vital para la inclusión, la igualdad y la vida.

En lo que respecta al apoyo político en el área de Prevención el principal logro fue la aprobación de la Ley Nacional de Sida N° 3940/09, que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas en relación a los efectos producidos por el VIH y el sida.

Otros logros fueron las resoluciones ministeriales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social enfocadas a fortalecer la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

La política actual del país apunta a intervenir en la población de embarazadas con VIH, y/o Sífilis y sus niños/as facilitando el acceso al diagnóstico oportuno, el seguimiento de las mismas en el sistema de salud, la profilaxis de las mujeres em

A partir del año 2006 el PRONASIDA ha implementado el Programa de Prevención de la Transmisión madre-hijo del VIH y la Sífilis cumpliendo así con la política del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de mejorar y prevenir las enfermedades en la población contando además con el apoyo de diversos fondos provenientes de la cooperación internacional.

Para la Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH se cuenta con un Plan Nacional cuyo objetivo general y primordial es disminuir la transmisión materno-infantil del VIH y eliminar la sífilis congénita como problema de salud en el Paraguay. (Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, OPS/OMS 2010)

La implementación de este Plan Nacional es apoyada por las siguientes Resoluciones

Ministeriales:

- a. N° 433 del 2006: Obliga a los proveedores de salud a ofrecer las pruebas para VIH y VDRL a todas las embarazadas que acuden a servicios de MSP y BS.
- b. N° 396 del 2007: Se declara de carácter prioritario al “Programa de Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH y Sífilis” y se establecen “Equipos multidisciplinarios de profesionales” de cada servicio que realiza estas prestaciones.
- c. No. 488 del Año 2009: Norma de Aplicación de la penicilina para embarazadas y sus parejas, según nivel de complejidad

Desde el nivel central del MSPyBS bajo la coordinación de la Dirección de Vigilancia de la Salud, se ha conformado un equipo técnico con profesionales de diferentes direcciones y programas, para diseñar acciones en apoyo a las regiones y a sus servicios a través de la articulación de los mismos, con los que se pretende optimizar los recursos y una mejor atención a los usuarios y usuarias en cuanto al ofrecimiento del diagnóstico del VIH y la sífilis.

El trabajo que realizan las Unidades de Salud Familiar (USF) es fundamental, pues no sólo llevan a cabo actividades de promoción sino también están implementando las pruebas rápidas tanto para VIH como para Sífilis ³

seguimiento de los casos detectados en estrecha articulación con el servicio de salud del que dependen; esto ha hecho posible alcanzar a las poblaciones que no tienen acceso a un servicio de salud cercano a sus comunidades.

Los profesionales que conforman las USF acompañan a las mujeres embarazadas que viven con VIH a los servicios especializados para garantizar la aplicación del protocolo establecido en las normas. En los casos de Sífilis, las embarazadas son tratadas en la mismas USF.

Se realizan talleres, cursos de actualización de las normas, protocolos dirigidos a los profesionales de los servicios de salud, de manera a ir mejorando las habilidades y competencias técnicas para brindar una mejor calidad de atención a los usuarios/as en los aspectos relacionados al VIH y otras ITS.

Se realizan supervisiones capacitantes en forma continua, con el objetivo no sólo de monitorear el trabajo sino también para realizar capacitaciones in situ, lo que ayuda a los profesionales a disipar dudas y a mejorar su trabajo, en especial en el área de registros y análisis de los datos.

Se estableció un plan para la instalación de redes de servicios gineco-obstétricos en los diferentes niveles de atención.

En el marco de este plan se contemplaron líneas de acción específicas que contribuyan a aumentar el diagnóstico y tratamiento de la Sífilis en las embarazadas, incluidas sus parejas. Esto comenzó en el Departamento Central y se extiende a todas las USF del departamento.

Se tiene previsto realizar controles de gestión con las demás regiones sanitarias del proyecto, y analizar las dificultades y la búsqueda de posibles soluciones, con el fin de incrementar la cobertura en el tratamiento tendiendo así a disminuir la incidencia de la Sífilis congénita.

Los objetivos establecidos en el plan de instalación de redes de servicios gineco-obstétricos son los siguientes:

- a. Aumentar el acceso a los servicios de prevención, profilaxis y tratamiento de las redes asistenciales a través de una estrategia promocional
- b. Aumentar la cobertura de atención integral en el prenatal y parto atendido por personal cualificado a más del 95%
- c. Ampliar la cobertura de las pruebas para el diagnóstico de las infecciones por VIH y sífilis en embarazadas, profilaxis completa de la TMI del VIH y del tratamiento de la sífilis a más del 95% en todas las líneas de atención gineco-obstétrica y neonatal.
- d. Aumentar a más de 95% las Unidades de Salud Familiar que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH e ITS en forma integrada con los otros servicios de salud de la red asistencial incluidos los centros de atención prenatal, SSR, servicios para adolescentes y de violencia de género
- e. Desarrollar un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación que permita detectar precozmente fallas en el seguimiento de los casos y corregir errores programáticos.

Las actividades para el cumplimiento de los objetivos propuestos son las siguientes:

- 1- Talleres para revisar y consensuar en forma conjunta las líneas de atención gineco obstétricas y neonatales en las regiones sanitarias.
- 2- Capacitaciones para fortalecer el recurso humano en los servicios de salud para la implementación del CTV y tratamiento de sífilis y VIH según las normas y de acuerdo a las líneas de atención.
- 3- Capacitaciones para fortalecer el recurso humano de los laboratorios participantes en la red de atención en diagnóstico y Control de calidad
- 4- Implementación de la atención integral de las embarazadas y los niños según las líneas de atención en el sistema de red pública.

- 5- Capacitación para mejorar la gestión de suministros y provisión oportuna de materiales y medicamentos para la atención del plan de prevención materno infantil del VIH y de la Sífilis

ATENCION Y APOYO

Se ha iniciado a partir del año 2007, la desconcentración de los servicios de salud que realizan la atención integral, desde el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y apoyo. Actualmente el proceso se extiende a 6 regiones sanitarias del país, con la meta de ,alcanzar las 12 regiones sanitarias en forma gradual hasta el año 2015.

Se ha priorizado:

- a. Descentralización del diagnóstico y tratamiento en las diferentes regiones sanitarias del país.
- b. Acceso al diagnóstico, aumentando la cobertura a la población general.
- c. Aumentar el acceso al tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas.
- d. Integración con los diferentes programas del Ministerio.
- e. Capacitación de los profesionales en VIH/Sida e ITS

Se cuenta con un Modelo de Atención a las personas con VIH que establece un paquete integral de VIH por nivel de complejidad de los servicios y por ciclo vital para VIH/sida/ITS.

En las USF el paquete para los ciclos de vida infancia, adolescencia y juventud, hombres y mujeres adultos, ancianos y ancianas, consta de: I

- a. Inmunización a los niños/as expuestos/as.
- b. Control de crecimiento y desarrollo adecuado en niños/niñas-
- c. Diagnóstico de la infección por el VIH en niños y niñas mayores de 18 meses y de las sífilis en niños/niñas.
- d. Profilaxis con TMP/SMZ (trimetoprima/sulfametoxazol) a los niños expuestos o con la infección por el VIH.
- e. Seguimiento clínico de niños/niñas expuestos, infectados con el VIH.
- f. Referencia de las Personas con VIH a los consultorios especializados.
- g. Monitoreo de adhesión y de efectos adversos al tratamiento antirretroviral a la profilaxis primaria y secundaria, y al tratamiento de infecciones asociadas al VIH
- h. Servicios de promoción de salud e integración comunitaria acerca del VIH y otras ITS.
- i. Consejería y testeo para el VIH y la sífilis.
- j. Manejo sindrómico de las ITS,

En los consultorios de atención especializada se ofrece el siguiente paquete, según cada ciclo de vida:

- a. Inmunización.
- b. Diagnóstico de la infección por el VIH en niños y niñas mayores de 18 meses..
- c. Profilaxis con TMP/SMZ a los niños expuestos o con la infección por el VIH.
- d. Tratamiento con penicilina a los niños/niñas diagnosticados con sífilis.
- e. Seguimiento clínico de los niños/niñas expuestos, infectados con el VIH.
- f. Consejería y testeo para el VIH y la sífilis.
- g. Tratamiento de las parejas sexuales de las embarazadas diagnosticadas con sífilis y / o VIH.
- h. Profilaxis de infecciones oportunistas.

En los Servicios de atención integral de nivel especializado se ofrece el siguiente paquete:

- j. Inmunización
- k. Consejería y testeo para el VIH y sífilis.
- l. Tratamiento oportuno de la sífilis en la gestación y en los adolescentes y jóvenes
- m. Manejo sindrómico de las ITS.
- n. Tratamiento de las parejas sexuales de las jóvenes y adolescentes diagnosticados con sífilis y / o VIH.
- o. Tratamiento con antirretrovirales de 1ra, 2da línea y de rescate
- p. Seguimiento virológico e inmunológico y de laboratorio.
- q. Profilaxis, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas.
- r. Referencia a otras especialidades requeridas para la atención integral de las personas con VIH.
- s. Atención psicológica, servicio social.

La ampliación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo, empezó con un diagnóstico situacional de las regiones sanitarias, en lo referente a recursos físicos, humanos y tecnológicos para a expansión de los servicios de diagnóstico, atención, tratamiento y apoyo a las personas con VIH. Los criterios de selección de los primeros servicios fueron: Localización geográfica, densidad poblacional, infraestructura, posteriormente se procedió a la elaboración de los protocolos de manejo integral de las personas con VIH, que fueron utilizados en la capacitación del personal de salud de los servicios seleccionados.

Otros elementos del proceso fueron:

- a. Desarrollo de un Sistema de Logística de distribución de insumos, reactivos y medicamentos
- b. Adiestramiento del personal de laboratorio y adecuación de la infraestructura para el diagnóstico del VIH con la utilización de pruebas

- rápidas y confirmatorias primeramente en las embarazadas y actualmente a hombres y mujeres en edad fértil, adolescentes.
- c. Establecimiento de una estrategia de derivación de muestras para el Dosaje (conteo) de CD4 y determinación de la carga viral.
 - d. Adecuación de la farmacia y monitoreo de la logística para asegurar la disponibilidad de medicamentos, reactivos e insumos.
 - e. Integración de los diferentes programas como el de salud sexual y reproductiva, tuberculosis en los servicios de salud.
 - f. Elaboración e Implementación de indicadores de calidad en forma gradual en los servicios de salud

Principales logros en atención:

- a. Expansión de los servicios de consejería y testeo voluntario para VIH y sífilis aumentando el acceso al diagnóstico de la infección por el VIH.
- b. Mejoras en la provisión de antirretrovirales con la descentralización de los lugares de atención a personas con VIH.
- c. Incorporación de la parte asistencial del PRONASIDA al Instituto de medicina Tropical localizado en Asunción
- d. Adquisición de equipos de diagnóstico para mejorar el acceso de las personas a diagnósticos y tratamiento oportuno
- e. Aumento de estudios serológicos para el diagnóstico de infecciones oportunistas.
- f. Realización del curso de diplomado multidisciplinario en VIH sida ITS a profesionales de los servicios de las diferentes regiones sanitarias del país.

III. LAS MEJORES PRÁCTICAS

- La educación en prevención del VIH a través de los promotores pares contribuyó ostensiblemente a la llegada a la población en mayor riesgo.
- El modelo de trabajo tripartito integrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social representado por el PRONASIDA, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales implementando en los estudios de comportamiento de riesgo con la inclusión y el trabajo de organizaciones no gubernamentales con trabajo en la temática, desde la definición del problema, objetivos, diseño de la investigación y parte operativa del mismo, contribuyó a que los mismos se empoderaran y se apropiasen de la información producida.
- Los grupos focales realizados con las MTS contribuyeron a conocer mejor las necesidades de dicha población y también la participación de los representantes de las ONGs en dichas actividades ha ayudado al fortalecimiento de las mismas, incluyendo el conocimiento de sus derechos.
- Las reuniones de seguimiento de las actividades de los promotores pares constituyen espacios importantes para fortalecer vínculos entre los promotores, líderes de ONGs y representantes del Ministerio de Salud y además ayudan a reforzar las ideas fuerza a ser implementadas por los mismos.
- La integración de la Prevención y la atención de las ITS en los servicios de Atención Primaria de Salud y en los demás establecimientos de la línea de atención es uno de los elementos clave en el conjunto de medidas de Salud Pública que proporciona y hace accesibles los servicios de atención de las ITS a más personas en la actualidad
- La incorporación de las acciones de Prevención de la transmisión materna materno-infantil del VIH y Sífilis e ITS en los planes regionales y locales de salud contribuyó a visibilizar la problemática a nivel local y demostrar el compromiso de cada Consejo de Salud, en el cual se encuentran representados las instituciones y los miembros de la comunidad.

- El permanente monitoreo a través de las supervisiones permite tomar medidas correctivas de manera casi inmediata con las ONGs con respecto a las actividades de los Promotores/as pares (bajada correcta de información, promoción para aumentar el acceso a los servicios de salud, monitoreo del nº de visitas realizadas y personas alcanzadas trabajando con los contactos, distribución de insumos
- El lobby y la abogacía con los directores regionales de hospitales constituye una práctica de suma importancia para que vayan incorporando en las planificaciones anuales, los insumos, reactivos, medicamentos, de manera que el plan de prevención materno infantil del VIH y de la Sífilis se haga sustentable en el tiempo-
- La desconcentración de la Atención Integral en forma gradual permite que las personas con VIH accedan más fácilmente a la medicación antiretroviral.
- Las supervisiones integradas (PTMI, Atención Integral, Logística, Vigilancia) a las regiones sanitarias permiten la optimización de los recursos humanos y financieros.

IV. PRINCIPALES DESAFIOS Y MEDIDAS CORRECTIVAS

- Disminuir la brecha entre personas con diagnóstico del VIH y las que desconocen su status serológico.
- Fortalecer la desconcentración del diagnóstico y tratamiento del VIH.
- Fortalecer la horizontalización de las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH.
- Mejorar el acceso a las pruebas diagnósticas de VIH/ sífilis de la embarazada y aumentar la cobertura de tratamiento.
- Fortalecer la supervisión y el monitoreo en las unidades ya establecidas y continuar las capacitaciones a las nuevas unidades de salud familiar
- Fortalecer el plan de acción intersectorial e incorporar el protocolo de prevención de la transmisión materno- infantil del VIH/ sífilis y el manejo sindrómico y la atención de las ITS como parte de un programa integral en los servicios
- Aumentar la frecuencia de realización de recuento de linfocitos TCD4 y Carga viral

V. MONITOREO Y EVALUACION

Es importante destacar que en relación al reporte anterior, ha habido importantes progresos en cuanto a monitoreo y evaluación (M&E):

- Desde noviembre del año 2010 se creó un equipo interinstitucional de M&E con apoyo de ONUSIDA para la identificación de indicadores de la respuesta nacional al VIH/Sida, conformado por representantes de la sociedad civil, los organismos internacionales, representantes de otros sectores y el Ministerio de Salud (PRONASIDA, Dirección General de Vigilancia de la Salud y el Programa de Control de TB.)
- Asimismo, desde octubre del año 2011, el MSP y BS a través de la Dirección General de Planificación y Evaluación, se encuentra en el proceso de elaboración de un Plan Nacional de M&E que se prevé finalizar e implementarlo a principios del año 2012, donde están incluidos los indicadores seleccionados por el equipo interinstitucional de M&E del VIH.

El Plan de M&E incluye los siguientes puntos: a) Una estrategia de recolección de datos b) estudios de comportamiento c) estudios de evaluación de impacto d) vigilancia del VIH e) monitoreo rutinario del Programa f) estrategias de análisis y uso/diseminación de los datos g) estándares definidos para los indicadores, desglose por sexo y edad.

Desafíos:

- Existen algunos actores de la Respuesta Nacional que deben alinear y armonizar sus necesidades de M&E con los indicadores nacionales de seguimiento y evaluación del plan de M&E de VIH. Organizaciones de de la sociedad civil, otros entes gubernamentales como el Ministerio de Justicia y Trabajo, Secretaría de la Mujer, Secretaría de la niñez y la adolescencia entre otros.
- Sensibilizar a los RRHH responsables de la información sobre la importancia de obtener datos de calidad
- Implementar mecanismos para controlar la calidad de los datos
- Retroalimentar con la información a la población y utilizarla para la toma de decisiones
- Analizar factores de equidad
- Comparar el desempeño con otros países
- Formar un equipo nacional de RRHH capacitados en M&E que replique sus conocimientos

- Sensibilizar a los otros actores de la respuesta nacional sobre la importancia de incorporar y remitir la información de los indicadores al PRONASIDA y al Equipo técnico Nacional de MyE del MSP y BS en tiempo y forma, insistiendo en la calidad de la información
- Lograr que a nivel local se cuente con un mecanismo de control de la calidad de los datos, con personal de salud con conocimientos y habilidades para la gestión de la información.
- En el nivel regional, lograr la integración de las diferentes fuentes de datos, Y de las unidades de análisis(unidad epidemiológica regional, CARIS) para que se pueda realizar la triangulación de datos y mejorar el nivel de confianza de dichos datos.
- Incorporar un presupuesto para los equipos de M&E

VI. Apoyo por parte de los asociados al desarrollo del país.

a) El apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo.

La asistencia internacional (incluyendo donantes internacionales, ONG's internacionales y asistencia técnica y financiera por parte de organizaciones como el Fondo Global de lucha contra Sida, Tuberculosis y Malaria, CIDA Canadá , OPS/OMS y Agencias del Sistema de las Naciones Unidas) ha tenido un gran impacto en el desarrollo de los programas de VIH/SIDA e ITS. Asimismo, otros aportes de la Universidad de Harvard

La contribución del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre Sida (ONUSIDA) y del Grupo Temático ONUSIDA en Paraguay orienta sus acciones en la división del trabajo basada en las experticias de cada una de las agencias, considerando oportunamente las prioridades nacionales.

En este sentido, el apoyo técnico y financiero por parte de las Agencias (OPS/OMS, UNICEF, UNPFA, ONU MUJER, ONUSIDA) durante el bienio 2010/2011 ha consistido, en líneas generales, en acciones como: 1) Mejorar la información disponible, basada en evidencia, con referencia a las poblaciones claves (diferentes estudios de estimación de tamaño poblacional y de vigilancia comportamental)

2) Genero y VIH, lanzamiento de la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las Mujeres, Niñas, Equidad de Genero y VIH, así como otras actividades en apoyo a organizaciones de SC con enfoque de derechos.

3) Acciones para la Reducción del estigma y discriminación 3) apoyo a la sociedad civil y a la red de ONGs que trabajan con las poblaciones de HSH, MTS, Trans para el desarrollo de actividades y materiales informativos, capacitaciones

4) Apoyo al fortalecimiento de la gestión del Mecanismo Coordinación País (MCP)

6) M&E:

UNGASS 2010, Reporte de Progreso sobre los avances en la respuesta al VIH/Sida 2012, conformación y apoyo al equipo técnico de M&E de la respuesta nacional VIH, apoyo para la instalación de software que permitan un mejor registro de indicadores nacionales e internacionales

7) Educación, apoyo al Comité Gestor de Políticas Públicas en Educación Integral para la Sexualidad

8) Atención integral, apoyo al fortalecimiento de vigilancia, colaboración en la Normas de TARV, Actividades que apuntan a las Estrategias de eliminación de TMI VIH y sífilis congénita, Programa de PTMI, Reuniones Regionales de fortalecimiento de la VE,

Se cuenta con el apoyo del Dpto de Investigación de la Marina de los Estados Unidos para investigaciones

Los condones masculinos que actualmente son proveídos en los establecimientos sanitarios públicos provienen en gran parte de donación de la cooperación internacional a través de UNFPA y Fondo Global. Se cuenta con una contrapartida nacional.

B .Medidas que los asociados deben tomar para que se cumplan los objetivos:

Participación activa de todos los asociados en los emprendimientos e intervenciones identificados y que deben ser implementadas para lograr impacto en las metas propuestas para el país y que concuerdan con la declaración de objetivos del UNGASS y los ODM.