



**USAID** | PrevenSida  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

Comisión de Lucha Contra el VIH y SIDA en la RAAN  
(Coronado)



**HORIZONT**<sub>3000</sub>

Cooperación Austriaca  
para el Desarrollo

---

# Plan de acción para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN

---



Basado en el PER CORLUSIDA RAAN  
y el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

*RAAN, Nicaragua, septiembre 2013*



---

# Plan de acción para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN

---

Basado en el PER CORLUSIDA RAAN y el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS)

RAAN, Nicaragua, septiembre 2013

---



## Tabla de contenidos

Siglas .....	7
<b>Presentación</b> .....	11
Resumen.....	12
<b>Introducción</b> .....	14
1. Antecedentes generales .....	14
2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR.....	15
3. Asistencia de la cooperación Austríaca y de HORIZONT3000.....	15
4. Análisis de la situación.....	16
5. Justificación.....	18
<b>I. Marco referencial del plan de acción</b> .....	19
1. Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN .....	19
2. Modelo de los determinantes sociales de la salud .....	19
3. Evidencias sobre el VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN .....	21
4. Síntesis de DDS relación con el VIH/sida en la RAAN .....	31
<b>II. Resultados intermedios en el diseño del plan de acción</b> .....	33
<b>III. Objetivos del plan de acción</b> .....	34
<b>IV. Acciones del plan</b> .....	36
<b>V. Matriz del plan de acción</b> .....	38
<b>VI. Recursos</b> .....	52
<b>VII. Anexos</b> .....	53
Anexo 1: Metodología para formulación del plan de acción.....	54
1. Preparación metodológica del proceso de formulación del plan de acción .....	54
2. Diseño del plan de acción .....	54
1º. Análisis de la situación del VIH/sida en la RAAN .....	55
2º. Priorización de las evidencias de la situación analizada.....	55
3º. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave .....	55
4º. Formulación del plan de acción .....	56
Anexo 2: Participantes en el taller de formulación del plan de acción.....	57

Anexo 3: Evidencias de la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN.....	58
Anexo 4: Datos generales sobre los documentos consultados.....	65
Anexo 5: Identificación preliminar de acciones y actores/socios clave .....	78
Referencias bibliográficas .....	76

## Lista de tablas

Tabla 1: Seroprevalencia en PEMAR.....	16
Tabla 2: Estimaciones de PEMAR 2013-2015* utilizando Spectrum .....	16
Tabla 3: Estimaciones población HSH, trans y TS.....	17
Tabla 4: Evidencias sobre el VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN .....	21
Tabla 5: Síntesis de DDS en relación con el VIH/sida en la RAAN .....	31
Tabla 6: Clasificación de evidencias limitantes DDS.....	33
Tabla 7: Distribución de acciones del plan de acción según DDS .....	33
Tabla 8: Acciones del plan.....	36
Tabla 9: Matriz del Plan de Acción .....	38
Tabla 10: Disponibilidad financiera para la implementación del PER CORLUSIDA RAAN .....	52
Tabla 11: Lista de participantes al taller de formulación del plan de acción.....	57
Tabla 12: Matriz de datos generales sobre los documentos consultados .....	65
Tabla 13: Acciones preliminares para determinante condiciones socioeconómicas.....	72
Tabla 14: Acciones preliminares para determinante condiciones de vida y trabajo.....	72
Tabla 15: Acciones preliminares para determinante condiciones de servicios de salud.....	73
Tabla 16: Acciones preliminares para determinante redes sociales y comunitarias .....	74
Tabla 17: Acciones preliminares para determinante estilos de vida: CAP .....	74
Tabla 18: Acciones preliminares para determinante factores biológicos y genéticos .....	80

## Siglas

ADESENI	Asociación por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Nicaragüense
AMNLAE – Rivas	Asociación de Mujeres de Nicaragua “Luisa Amanda Espinoza” - Rivas
AMODISEC	Movimiento de diversidad sexual de la RAAN
ANICP+VIDA	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas Luchando por la Vida
ANISHA	Asociación de Profesionales y Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales y Ambiente de Nicaragua
ARV	Antirretroviral
BICU	Bluefields Indian & Caribbean University
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CCB	Centro Clínico Bilwi
CDSS	Comisión sobre determinantes sociales de la salud
CEDEHCA	Centro de Derechos Humanos Ciudadanos y Autonómicos
CISAS	Asociación Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud
CIUM	Centro Inter Universitario Moravo
CCLS	Campaña Costeña de Lucha contra el Sida
COMULSIDA	Comisión Municipal de Lucha Contra el VIH y sida
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del Sida
CORESIDA	Comisión Regional del Sida RAAS
CORLUSIDA	Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida RAAN
CRAAN	Consejo Regional Autónomo del Atlántico Norte
DDHH	Derechos Humanos
DELIVER	Proyecto de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos de USAID
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables
FM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
GISI	Grupo Indígena de Salud Intercultural
GRAAN	Gobierno Regional Autónomo del Atlántico Norte
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ICCO	Organización Intereclesiástica para la Cooperación al Desarrollo
ICW	Asociación Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-Sida, Asociación Civil
IEC	Información, educación y comunicación
IMTRADEC	Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MEGAS	Medición de Gasto en Sida

MIFAMILIA	Ministerio de la Familia
MINED	Ministerio de Educación
MIGOB	Ministerio de Gobernación
MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
MITRAB	Ministerio del Trabajo
MODISEC	Movimiento de la Diversidad Sexual Costeña
MoT	El modelo Modos de Transmisión para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo
ODISRAAN	Organización de Discapacitados Integrados a la Sociedad de la Región Autónoma del Atlántico Norte
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
ONUSIDA	Fondo de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio (razón de probabilidades)
PASCA	Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH/USAID
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PEMAR	Población en más alto riesgo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PEPFAR	Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (siglas en inglés)
PRESIDA	Fundación para la Prevención del VIH/Sida
PrevenSida	Proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para la prevención de la transmisión del VIH/Sida
PSI	Servicios Internacionales de Población
PVIH	Personas con VIH
PVS	Personas viviendo con sida
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua
SEJUVE	Secretaría de la Juventud
SEAR	Sistema Educativo Autonómico Regional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (acrónimo)
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Terapia antirretroviral
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TEPCE	Talleres de Evaluación, Programación y Capacitación Educativa

TRaC	Tracking Results Continuously –TRaC, por sus siglas en inglés
TRANS	Transgénero
TS	Trabajadores sexuales
UDI	Usuario de drogas intravenosas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
URACCAN	Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD	Dólares de Estados Unidos
UVC	Universidad del Valle de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



## Presentación

**E**n este documento se presenta el Plan de acción para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN, basado en el Plan Estratégico Regional de lucha contra el sida (PER) CORLUSIDA RAAN 2011-2015 y el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS).

Este plan de acción constituye un esfuerzo atinado en la búsqueda por brindar mayores herramientas que contribuyan a mejorar la respuesta regional de lucha contra el VIH-sida, y por ende, a la disminución y control de los casos de VIH-sida en la RAAN. La Comisión Regional de Lucha Contra el Sida (CORLUSIDA) busca dinamizar la ejecución del plan estratégico regional (PER) con el apoyo de todos los actores y sectores miembros de la CORLUSIDA, participantes en la respuesta regional de lucha contra el sida, así como con el apoyo de la cooperación externa.

Es necesario trabajar de manera articulada y organizada para que no se dupliquen los esfuerzos en la lucha contra la epidemia, por lo cual, como presidenta de la CORLUSIDA, pongo este plan de acción en manos de todos los miembros de la CORLUSIDA, las COMULSIDA y la cooperación externa, quienes trabajan en la temática de VIH-sida, y les invito a tomar en cuenta e incluir en los planes institucionales las tres herramientas (el PER, el plan de M&E y el plan de acción) que se han elaborado desde un enfoque pluricultural y multiétnico de los pueblos indígenas, afrodescendientes y población mestiza de la Costa Caribe, Región Autónoma del Atlántico Norte.

Concluimos esta presentación, agradeciendo a HORIZONT3000, USAID/PrevenSida y a todos los miembros de CORLUSIDA quienes nos brindaron su apoyo y aportes para la elaboración de este plan de acción.

Licda. Muriel Verónica Watson Warman  
Presidenta Comisión Regional de Lucha Contra el SIDA - CORLUSIDA

## Resumen

**D**urante los días 14, 15 y 27 de agosto de 2013, mediante la modalidad de taller, se desarrolló el proceso de diseño del Plan de acción para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN, tomando como base el Plan Estratégico Regional (PER CORLUSIDA RAAN) y el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), con la participación de 28 representantes de las instituciones y organizaciones miembros de la CORLUSIDA (Ver anexo 2), para lo cual contaron con el apoyo del PEPFAR, a través de USAID/PrevenSida, así como de HORIZONT3000 y la Cooperación Austríaca.

Este plan de acción es considerado por la CORLUSIDA como una herramienta de dirección, ya que se enmarca en el proceso de implementación del PER, enriqueciendo su enfoque mediante el análisis de los determinantes sociales de la salud que se manifiestan en la RAAN.

Por esta razón, la CORLUSIDA espera que este plan de acción sea un instrumento de trabajo de sus miembros para unificar esfuerzos enfocados en las acciones de prevención, promoción y atención contra el VIH, para el período 2013–2015, tiempo que resta para cumplir el que fue establecido en el PER. En consecuencia, también servirá para mostrar a organismos nacionales e internacionales los puntos de trabajo en los que podrían conjugar y encauzar recursos humanos y materiales requeridos para la implementación de las acciones.

El proceso de formulación del plan de acción se estructuró en tres grandes momentos: el primero fue de preparación metodológica del taller para formulación del plan de acción, el segundo, de diseño del plan de acción durante el taller, y el tercero, de ajustes a los productos del taller mediante datos que proporcionaron los miembros de la CORLUSIDA.

El segundo momento, de los tres mencionados, representó lo medular de la metodología de formulación del plan de acción, pues produjo los elementos fundamentales del mismo. Se realizó mediante las siguientes fases: análisis de la situación del VIH en la RAAN, el país y la región centroamericana mediante evidencias; priorización de las evidencias de la situación que fueron analizadas; identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave para reducir o eliminar las brechas contenidas en la evidencias; y, finalmente, formulación del plan de acción. Los resultados obtenidos en el segundo momento, se presentan a continuación.

Los participantes del proceso de planificación, siguiendo el modelo de los DSS, analizaron y clasificaron 109 evidencias localizadas en 21 estudios de 63 que fueron consultados. Encontraron que, 35 (32%) son favorables y 74 (68%) son limitantes. De éstas últimas, limitantes, el 35% corresponden a estilos de vida (CAP); 19% a condiciones de servicios de salud; 16% a factores biológicos y genéticos; 14% a condiciones socioeconómicas; 9% a condiciones de vida y trabajo; y 7% a redes sociales y comunitarias.

Ese marco referencial posibilitó a los participantes, apropiarse del modelo de los determinantes sociales de la salud y pasar a la priorización de las evidencias y, a partir de ahí, construir el plan de acción con sus elementos fundamentales: los objetivos, las acciones y actividades, los actores clave, los socios, y las fuentes de verificación de los resultados obtenidos.

Sintetizando el marco de objetivos, en el plan de acción se plantea como objetivo general contribuir, en el marco del PER CORLUSIDA RAAN (2011-2015), al acceso universal a la prevención, tratamiento, rehabilitación, atención integral y protección social a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y a personas afectadas directamente por el VIH en la RAAN, mediante la intensificación, durante el período 2013-2015, de los esfuerzos regionales frente a la epidemia, con activa participación multiétnica, multisectorial y de la aplicación de lineamientos internacionales.

Lo anterior se logrará mediante la consecución de los objetivos específicos en lo que se desglosa: brindar atención integral en salud a las personas con VIH y apoyo a sus familias; sensibilizar a la población en general e instituciones; contener la aceleración en el incremento de nuevas infecciones de VIH en PEMAR; promover el ejercicio responsable de la sexualidad y la prevención; reducir el porcentaje de niños y niñas que nacen con VIH; fortalecer los programas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR); fortalecer la educación sexual dentro y fuera del sistema nacional de educación; y desarrollar el sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Regional frente al VIH/sida.

De ahí que las principales acciones consisten en incidencia política, talleres de capacitación, campañas de sensibilización, promoción y defensa de derechos, atención integral, educación en salud sexual y reproductiva, recaudación de fondos y fortalecimiento institucional de la CORLUSIDA. En total se formularon 26 acciones, de las cuales 9 (34%) corresponden a condiciones socioeconómicas; 6 (23%) a condiciones de servicios de salud; 5 (19%) a estilos de vida (CAP); 3 (12%) a factores biológicos y genéticos; 2 (8%) a condiciones de vida y trabajo; 1 (4%) a redes sociales y comunitarias.

Como parte del proceso de planificación también se identificaron los recursos que actualmente están dirigidos a la implementación del PER CORLUSIDA RAAN. Estos provienen de: USAID/PEPFAR (PrevenSida); UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, PNUD, HORIZONT3000, Plan Internacional, Médicos del Mundo, Fondo Mundial y BID. Sin embargo, hay algunas acciones que todavía no tienen recursos, por lo cual la CORLUSIDA realizará la promoción del plan de acción entre organismos, organizaciones e instituciones que considere como potenciales socios.

## Introducción

La Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA), quien tiene el mandato expreso de coordinar las acciones relacionadas con la lucha contra el VIH-sida en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), ha desarrollado una serie de actividades conducentes a la formulación de este Plan de acción para la atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN, tomando como base el Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN y el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS)<sup>1</sup>, para lo cual contó con el apoyo del PEPFAR<sup>2</sup>, a través de USAID/PrevenSida, así como de HORIZONT3000 y la Cooperación Austríaca.

Cabe señalar que la CORLUSIDA está integrada por las instancias y los organismos siguientes: Comisión de Salud del CRAAN, SILAIS de la RAAN y de las MINAS, MIFAMILIA, MIGOB, BICU-CIUM, URACCAN, Centro Clínico Bilwi, TESIS, CEDEHCA, PDDH, MINED, INSS, MODISEC, MITRAB, Ejército de Nicaragua, Policía Nacional, Iglesia Morava, Asociación Vida Futura y COMULSIDA Municipal de: Waspam, Rosita, Bonanza, Siuna, Prinzapolka y Mulukukú. La CORLUSIDA fue aprobada por el CRAAN el 30 de noviembre del 2003 e instalada el 1 de diciembre del mismo año, en saludo al Día Mundial de Lucha Contra el Sida.

Este plan de acción es considerado por la CORLUSIDA como una herramienta de dirección, ya que se enmarca en el proceso de implementación del PER, enriqueciendo su enfoque mediante el análisis de los determinantes sociales de la salud que se manifiestan en la RAAN.

Por esta razón, se espera que sea un instrumento de trabajo de sus miembros para unificar esfuerzos enfocados en las acciones de prevención, promoción y atención contra el VIH, para el período 2013–2015, que resta para cumplir el tiempo establecido en el PER. En consecuencia, también servirá para mostrar a organismos nacionales e internacionales los puntos de trabajo en los que podrían conjugar y encauzar recursos humanos y materiales requeridos para la implementación de las acciones.

### 1. Antecedentes generales

Según se expresa en el PER<sup>3</sup>, la CORLUSIDA elaboró y aprobó el Plan estratégico regional de lucha contra el VIH-sida 2005-2010, con la participación de sus miembros y el apoyo de las agencias de cooperación externa. Este plan se actualizó a inicios del año 2011, tomando como referencia el Plan estratégico nacional de la respuesta a las ITS y VIH 2011–2015, obteniendo como resultado el Plan estratégico regional (PER) 2011-2015.

Así mismo, se considera al PER como referencia de trabajo y concertación para todo el quehacer en la región en la lucha contra el VIH-sida, por lo que constituye un valioso instrumento para articular las acciones de prevención, promoción y atención con el Modelo Regional de Salud.

En Nicaragua se han realizado diversos estudios para el diagnóstico de la situación del VIH y sida, los cuales han reflejado factores que influyen de manera favorable o limitante en esta situación, los cuales deben ser tomados como base para determinar el accionar en ese sentido.

En una recopilación de 63 documentos, en relación con la situación del VIH/sida, tanto en Nicaragua como en la región centroamericana, se muestran evidencias en cuanto a la situación socioeconómica, condiciones de vida, trabajo, educación, servicios de salud, redes sociales y comunitarias, así como a factores biológicos y genéticos, que a su vez determinan estilos de vida en la población.

Para retomar la perspectiva planteada en el PER, así como para examinar las evidencias de la situación en la RAAN, se contó con un modelo de análisis que favorece la identificación de las acciones para trabajar en función de reducir las brechas de inequidad en diferentes aspectos sociales, económicos, culturales, biológicos y genéticos, en un marco de derechos. Este modelo resultó muy útil en la formulación del plan estratégico para atención integral a la población transgénero de Nicaragua, facilitada por el Proyecto USAID/HCI. Es el modelo de los “Determinantes sociales de la salud” definido por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, que fue creada por la OMS en el año 2005<sup>1</sup>.

## **2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR<sup>2</sup>**

El gobierno de los Estados Unidos ha venido apoyando a los gobiernos, organismos regionales, nacionales y sociedad civil, en la implementación de intervenciones para el desarrollo de las capacidades de personas y sistemas de salud, que contribuyan a la contención de la epidemia del VIH.

El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) dentro del Marco de Cooperación Regional, está apoyando los programas contra el VIH/sida dirigidos a la prevención, definición de políticas, atención integral e información estratégica relativa al VIH. Desde el año 2006, PEPFAR ha apoyado las iniciativas de atención del VIH en Nicaragua.

La misión de USAID Nicaragua ha alineado la asistencia técnica y financiera de sus diferentes proyectos: PASCA<sup>4</sup>, PrevenSida<sup>5</sup>, PASMO-Prevención Combinada<sup>6</sup>, DELIVER<sup>7</sup> y HCI<sup>8</sup> en función de la implementación del marco de cooperación de PEPFAR<sup>2</sup> en sus cuatro áreas: prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y la reforma de las políticas. Dando salida a estos lineamientos y en el Marco de Cooperación Regional de PEPFAR es que la asistencia técnica de los Proyectos socios de USAID se ha centrado en las necesidades de las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y están trabajando de manera coordinada para tal fin.

## **3. Asistencia de HORIZONT3000 y la Cooperación Austríaca**

Desde 1995, HORIZONT3000 ha apoyado diversas iniciativas en el campo de la atención al VIH en la RAAN, fundamentalmente con fondos de la Cooperación Austríaca para el Desarrollo y con fondos de las organizaciones miembros de HORIZONT3000.

En colaboración con las autoridades regionales de salud, la URACCAN y los representantes de organizaciones de la sociedad civil, se apoyó el Modelo Intercultural de Salud para la región, que toma en cuenta las características específicas de la población multiétnica y pluricultural, el cual fue incluido en la Política de Salud del Gobierno de Nicaragua para 2004-2015.

En el marco de la atención al VIH/sida la cooperación de HORIZONT3000 desplegó, con organizaciones de la sociedad civil, un modelo de atención integral adecuado culturalmente, el cual integra a las personas afectadas en el proceso de saneamiento en su entorno y vincula la atención a las personas con procesos de prevención primaria y secundaria, realizando para ello acciones de comunicación social en el territorio.

La Cooperación Austríaca para el Desarrollo se retirará del país durante el transcurso del año 2013, lo cual significa que el trabajo realizado de atención integral al VIH desde la sociedad civil y en coordinación con el MINSA, la CORLUSIDA y autoridades regionales de salud, se tendrá que sostener por sus propias capacidades y con fuentes alternas.

Con la elaboración del presente plan de acción, el cual parte de los determinantes sociales de la salud y está alineado al Plan Estratégico Regional de la CORLUSIDA, se pretende reducir

la brecha que queda al cerrar la cooperación austriaca y entregar a los actores clave una herramienta que favorece la búsqueda de cooperación técnica y financiera, así mismo, facilita la coordinación entre los entes involucrados para seguir brindando atención integral con calidad y calidez a las personas afectadas por VIH/sida en la RAAN.

#### 4. Análisis de la situación

##### Situación del VIH/sida en general en Nicaragua

Según los datos de ONUSIDA 2008, sobre la prevalencia del VIH entre los adultos centroamericanos, Nicaragua se encuentra entre las tasas más bajas (0.2 por ciento) de la región; sin embargo, la prevalencia es mucho mayor entre ciertos subgrupos de la población por lo que se considera una epidemia concentrada. Varios estudios relacionados con la prevalencia de VIH en poblaciones clave, describen que las personas trans tienen un rango de prevalencia de VIH entre 4,4 a 18,8 con la tasa más alta en Managua; los HSH un rango de 2.8 a 9.8 con las más altas en Masaya; y las MTS con un rango de 1,8 a 2,4 con la tasa más alta en Chinandega.

En la tabla 1 se presentan los datos sobre seroprevalencia en los departamentos de Managua, Masaya, León y Chinandega por poblaciones HSH, trans y MTS.

**Tabla 1: Seroprevalencia en PEMAR**

Departamentos	HSH	Trans	MTS	Fuente	Año
Managua tasa VIH %	7.5	18.8	1.8	ECVC, CDC	2011
Masaya tasa VIH %	9.8	4.3		MINSA, UVG, CEPPRESI, FM	2011
León tasa VIH %	8.1			ECVC, CDC	2011
Chinandega tasa VIH %	2.8	14.6	2.4	ECVC	2011

En enero de 2012, el Fondo Mundial en Nicaragua, utilizando Spectrum, realizó una estimación de las poblaciones clave (HSH, Trans y MTS) para el periodo 2012–2014, a fin de que se pudiese determinar estrategias de intervención dirigidas a estos grupos en la Fase II del Proyecto Ronda 8 VIH. En la tabla 2 se presentan las estimaciones.

**Tabla 2: Estimaciones de PEMAR 2013-2015 utilizando Spectrum**

Poblaciones	2012	2013	2014	2015
HSH (3% de la población masculina de 15 a 49 años)	40,956	42,369	43,792	45,217
MTS (0.7% de la población femenina de 15 a 49 años)	11,543	11,643	11,735	11,817
Trans (7% de la población HSH establecida por ONUSIDA de 15 a 49 años)	3,001	3,133	3,267	3,403
Hombres	1,570,261	1,600,652	1,630,514	1,659,567
Mujeres	1,669,762	1,702,954	1,735,616	1,767,452
Total de población 15-49 años de edad	3,295,524	3,360,752	3,424,926	3,487,456

Fuente: Proyecto Nicaragua unida ante una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia VIH y Sida. Estimaciones de poblaciones clave. Nicaragua: Fondo Mundial; enero 2012.

## Situación del VIH/sida en la RAAN

- Utilizando como referencia el estimado nacional de PEMAR realizado por el Fondo Mundial, se ha estimado esta misma población para la RAAN lo que se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3: Estimaciones población HSH, trans y TS**

<b>HSH</b> (3% del total de hombres han tenido sexo con otros hombres)	3,190
<b>Trans</b> (7% de la población HSH establecida por ONUSIDA de 15 a 49 años)	213
<b>Trabajadoras sexuales</b> (1% del total de mujeres)	1,058

Fuente: Registro de USAID/PrevenSida.

- La ENDESA 2011/2012, arroja para la RAAN datos que revelan evidencias para enfocar las acciones frente al VIH en la región, entre éstos los que se mencionan a continuación.<sup>9</sup>

El 95.3% de mujeres encuestadas han oído sobre VIH/sida (N=1.178 ponderado y N=849 no ponderado), estando entre el porcentaje más alto de 99.9% y el más bajo de 95.3%. Además, el 94.1% conoce una o más formas de evitar el VIH/sida, el 89% conoce el condón como forma de evitar el VIH/sida y el 68.6% conoce la abstinencia, la fidelidad y el uso del condón en todas las relaciones. Sobre fecundidad en adolescentes (15–19 años), el 31.3% (N=185), ya son madres y embarazadas por primera vez al momento de la encuesta. Igualmente, se registra la edad mediana de la primera relación a los 16 años.

En relación con la prevalencia de la violencia verbal, física o sexual hacia las mujeres unidas en algún momento de la vida, los datos para la RAAN indican que: 37.2% ha recibido violencia verbal, 21.6% violencia física, 10.2% violencia sexual, 26.8% violencia física o sexual (N=899 ponderado y N=708 no ponderado).

- Tomando como fuente el informe anual 2012 de la CORLUSIDA<sup>10</sup>, a continuación se presentan datos generales de la RAAN.

La población estimada de la Región Autónoma Atlántica Norte es de 453,541 habitantes (actualizado con INIDE 30/06/2012<sup>11</sup>, este reporte únicamente cuenta con desagregación del tamaño poblacional por departamento y municipio). Menciona también, que en el año 2009, el 27% de la población total se asienta en las zonas urbanas, mientras que el 73% se ubica en las zonas rurales. Cita que en el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2005), el índice de desarrollo humano para la RAAN, es de 0.466, que representa condiciones de desarrollo humano bajo, indicando que la población vive en extrema pobreza (no se obtuvo un dato más reciente).

Por otro lado, mencionan también que el mayor índice de crecimiento poblacional por inmigración en Nicaragua se registra en la RAAN desde los años de 1990 y se debe a un aumento de familias mestizas que se asientan en forma sistemática en las zonas de frontera agrícola y a la apertura de carreteras que unen los departamentos vecinos y la RAAN.

- Según datos tomados del PER CORLUSIDA RAAN<sup>3</sup>, la situación en relación con las ITS y el VIH/sida en la RAAN es la siguiente:

De acuerdo con los registros del MINSA en la RAAN, de 1988 a 2010 se diagnosticaron 299 personas con el VIH o sida en el SILAIS-RAAN, de las cuales 65 fallecieron. En porcentajes de captaciones en los municipios, 65.22% Puerto Cabezas, 28.77% Waspam, 1.67% Rosita, 0.33% Siuna, Bonanza y Prinzapolka. Se desconoce la procedencia del 3.35%.

Según la misma fuente, 52% de las captaciones pertenecen al sexo masculino y 48% al sexo femenino. Cuando se hace la relación con la edad se observa que el 25.18% del sexo femenino fueron infectadas en edades más tempranas.

La captación a embarazadas en el año 2010 fue mayor en el municipio de Waspam, con 7 mujeres, igual al año 2009; en los otros municipios disminuyó. Del año 2006 al 2010 la captación total de embarazadas fue de 40 mujeres, de esto el 47.5% fueron igual en Puerto Cabezas y Waspam; en Rosita y Siuna se captaron 2.5% en cada uno. El mecanismo de transmisión en la RAAN, al igual que el resto del país ha sido, principalmente, por la vía sexual lo cual representa a un 86%.

- Los datos anteriores se complementan con el informe anual 2012 de la CORLUSIDA, en el cual se presentan los siguientes datos.

La RAAN constituye una región de alta vulnerabilidad para las ITS y el VIH/sida con factores de riesgo importantes que han hecho que en los últimos años se registre un mayor número de casos de VIH/sida principalmente en los municipios de Waspam y Puerto Cabezas, donde la población es mayoritariamente indígena.

Tomando en cuenta la diversidad cultural que existe en la región y las diferentes cosmovisiones y prácticas de salud que están vigentes y reconocidas por las comunidades hacen que el abordaje para el VIH y sida sea complejo.

Se registran 442 casos acumulados a septiembre del 2012, según las estadísticas del MINSA. No existe información desagregada por etnia.

De acuerdo con mapeo realizado con apoyo de UNICEF, el municipio de Waspam ocupa el segundo lugar a nivel regional de mayor número de casos. Hecho que se relaciona, entre otras cosas, con la situación fronteriza de este municipio con Honduras, el cual tiene la más alta incidencia de VIH y sida a nivel Centroamericano.

Para el 2012 se registraron 102 nuevos casos de VIH en la Región. Puerto Cabezas 71 casos, Waspam 28 casos, Prinzapolka, Mulukukú y Bonanza un caso cada uno. El acumulado al 2012 es de 463 en la región.

## 5. Justificación

La CORLUSIDA continúa haciendo esfuerzos para lograr el liderazgo de la conducción de la Respuesta Regional armonizada, aún cuando enfrenta dificultades por no contar con asignación presupuestaria para operar como tal y cumplir el POA. Todo ello debilita su funcionamiento, principalmente en lo relacionado con el monitoreo en los municipios. Uno de los apoyos más importante con que ha contado es el de HORIZONT3000, el UNFPA y el PNUD.

Para el año 2013 la CORLUSIDA ha cumplido con uno de sus desafíos que es la conclusión del PER, considerado éste como herramienta sumamente importante para la conducción de la Respuesta Regional. Por ello, también tomó la oportunidad de colaboración que en conjunto HORIZONT3000 y USAID|PrevenSida, brindaron para la elaboración de este plan de acción con la participación de los principales actores de la región que trabajan en el tema del VIH y sida, de tal manera que permita operativizar el Plan Estratégico Regional (PER) 2011–2015, fortalecido con el enfoque planteado en el modelo de los determinantes sociales de la salud.

Este plan de acción, igualmente será una contribución significativa para alcanzar otros desafíos que se propuso la CORLUSIDA como son: el fortalecimiento de las coordinaciones con las diferentes instituciones del Estado que la integran por ley, principalmente, MINSA, MINED, MITRAB, así como, la búsqueda del financiamiento a través de la cooperación externa para la Respuesta Regional frente al VIH.

## I. Marco referencial del plan de acción

Este proceso de planificación tuvo como marco referencial cuatro elementos, que son: el PER CORLUSIDA RAAN, el modelo de los determinantes sociales de la salud; las evidencias sobre la situación del VIH/sida en la RAAN; así como, la vivencia de los participantes, quienes además, conocen de cerca la situación de inequidad que enfrentan ante la epidemia del VIH/sida.

### 1. Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN

El PER es la herramienta que define la estrategia regional y constituye la agenda de gestión para enfrentar efectivamente los desafíos que plantean las ITS y el VIH en la RAAN, los cuales demandan un mayor conocimiento y comprensión de la dinámica de la epidemia, los factores socioeconómicos y culturales que impulsan su comportamiento, las poblaciones que son mayormente afectadas y las condicionantes políticas, jurídicas, económicas, sociales, organizacionales y tecnológicas que se deben gestionar para una respuesta multisectorial efectiva y con impacto a largo plazo en la desaceleración de la epidemia.

El PER 2011-2015 es la herramienta política y gerencial para promover el máximo liderazgo de la CORLUSIDA, así como, la unificación de los esfuerzos de los actores clave, la optimización de recursos disponibles y la canalización de recursos adicionales, la vigencia de la epidemia, el monitoreo y la evaluación de las acciones y, el uso de la información para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Las líneas estratégicas del PER son las siguientes:

1. Autoridad regional con liderazgo multisectorial
2. Acceso universal a la prevención y promoción
3. Acceso universal a la atención integral y de calidad
4. Derechos humanos y derechos de los pueblos indígenas y afrodescendientes
5. Sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Regional
6. Mecanismo de gestión para la implementación del PER
7. Mitigación del impacto

Cada una de esas líneas incluye el desglose de resultados en dos niveles, los cuales fueron relacionados con las evidencias extraídas de los estudios y dieron pautas para la identificación de las acciones para el período 2013-2015.

### 2. Modelo de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son definidos como: «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Glosario, OMS (1998)<sup>12</sup>

Son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La formación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Una forma de representar el modelo de los determinantes sociales de la salud es el que se muestra a continuación:

Figura 1: Determinantes sociales de la salud (DSS)

### Determinantes sociales de la salud Modelo de Dalghren & Whitehead (1991)



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad 1. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursos/esp/contexto.html>

Este modelo fue asumido en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, el 21 de octubre de 2011, por los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, invitados por la OMS. Delegaciones de 125 países miembros asistieron a la Conferencia Mundial en Río de Janeiro, Brasil.

Algunos aspectos de la Declaración política de Río<sup>13</sup> indican:

“Entendemos que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: “todos por la equidad” y “salud para todos”.<sup>13</sup>

“Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años,

la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.<sup>13</sup>

Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.”<sup>13</sup>

### 3. Evidencias sobre el VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN

La consulta de 63 documentos sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y Centroamérica, permitió extraer en 21 de éstos, un conjunto de 109 evidencias relacionadas con la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la RAAN en particular, las cuales fueron analizadas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, por los participantes en el taller de formulación de este plan de acción, quienes al clasificarlas obtuvieron un total de 111, de éstas 76 son consideradas evidencias limitantes y 35 evidencias favorables. Ver tabla 4.

Tabla 4: Evidencias sobre el del VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Condiciones socioeconómicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En los gastos de atención y tratamiento con USD 5,612,948 que corresponde al 23%, se observa que los recursos destinados a la TAR, los suministros para la atención de infecciones oportunistas fueron financiados fundamentalmente con recursos provenientes de fuentes internacionales y los recursos públicos utilizados en la hospitalización y la atención de las infecciones de transmisión sexual.<sup>14</sup></li> <li>2. El gasto en salud per cápita de los hogares, relacionado al VIH, en 2009 se estima en C\$2,289.8 córdobas.<sup>15</sup></li> <li>3. En el 2010, la tasa de abandono fue del 23%. El 85,7% de los niños y niñas están en esquemas de primera línea, en el de segunda línea 14,2%, en adultos el 95.6% están en esquema de primera línea y 4,4% en esquema de segunda línea.<sup>16</sup></li> <li>4. Entre los casos de nuevas infecciones por VIH para el año 2012 el 50.6% serán personas que pertenecen a poblaciones clave, a expensa mayoritariamente de HSH (44.5%).<sup>17</sup></li> <li>5. El costo promedio per cápita de atención de personas VIH/sida se estima en C\$21,945.66 córdobas en 2009.<sup>15</sup></li> <li>6. El costo total de atención de personas con VIH/sida en consulta externa es de C\$2,609.46 córdobas por persona. El costo total de casos VIH/sida hospitalizados de C\$ 38,746.14 córdobas por persona.<sup>15</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la costa Caribe existe apertura para los espacios de concertación multisectorial como CORESIDA (Bluefields) y CORLUSIDA (Puerto Cabezas), ya que las organizaciones del estudio son miembros.<sup>20</sup></li> </ol>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>7. De acuerdo a la tasa de prevalencia puntual de VIH, la RAAN presenta una tasa de 219 por 100 mil personas que la ubica entre los 5 departamentos de alto riesgo.<sup>18</sup></p> <p>8. Antes del diagnóstico de VIH el 75.3% de los encuestados realizaba alguna actividad remunerada con salario promedio de C\$3,216 córdobas. Al momento de realizar la encuesta, el 51.9% trabaja (descenso de 23.4 puntos porcentuales), con ingreso promedio mensual de C\$ 1,809 córdobas (reducción de 43.7% de la capacidad adquisitiva monetaria).<sup>15</sup></p> <p>9. Referente a la violencia recibida, el 57.2% (182) del total de 318 personas encuestadas, refirieron haber recibido violencia alguna vez, de las cuales el 66.9% corresponde a PEMAR, 63% a PVS y 48.1% a población general.<sup>19</sup></p> <p>10. En la RAAN, la tasa de incidencia de ITS en el 2012 fue de 73 x 100 mil habitantes, 35 puntos superior a la tasa nacional.<sup>18</sup></p>	
Condiciones de vida y trabajo	<p>11. Las acciones educativas y de apoyo más dirigidas a los grupos y personas han llegado a menos de la mitad de los HSH (43% en talleres de capacitación y 35% en consejerías).<sup>21</sup></p> <p>12. En el 42.4% (106) de los casos, la primera experiencia fue con un amigo personal; en el 23.2% (58), con un conocido; en el 15.2% (38), con un amigo de la familia; en el 10% (25), con un desconocido y en el 7.2% (18) de los casos, un familiar fue la pareja masculina en su primera relación sexual.<sup>22</sup></p> <p>13. Cuando nos referimos solamente a las que tienen pareja estable, el porcentaje de uso consistente desciende al 40% pero alcanza un 74% en las TS que están solas. En el caso de las menores de 25 años, se alcanzó un 61% de uso consistente en los últimos 6 meses.<sup>23</sup></p> <p>14. En el 2012 la tasa de incidencia de VIH en la RAAN fue de 29 por cada 100 mil habitantes, que representa 3 puntos menores que la tasa de incidencia de país (32).<sup>18</sup></p> <p>15. Año con año la tasa de incidencia del VIH ha ido en aumento. En el 2000, la tasa de incidencia era el 2.5; para el 2009 se registra una tasa de 15.2 por 100,000 habitantes. Según estimación hecha por ONUSIDA en el 2007, la prevalencia de Sida en población adulta (15-49 años) fue de 0.2%. Los grupos de edad de 15-24 años (28%), 30-39 años (27%), 25-29 años (23,8%) y 40-49 años (11.7%) son los mayormente afectados.<sup>24</sup></p>	

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>16. En pruebas diagnósticas obtenidas para el VIH, 5 de ellas resultaron positivas para una prevalencia nacional de la infección del VIH en personas afectadas por tuberculosis del 3.7%; correspondiendo a una proporción mayor de esta prevalencia en el SILAIS de Managua, seguido por el SILAIS de la RAAS.<sup>25</sup></p> <p>17. En el 2011 se registran un total de 48 casos de coinfección TB/VIH, sin embargo se estima un 65% de subnotificación en los registros de casos de coinfección.<sup>16</sup></p>	
Condiciones de servicios de salud	<p>18. Desde 1988 a diciembre 2010 se ha diagnosticado a 299 personas con el VIH o sida en el SILAIS-RAAN, de las cuales 65 han fallecido. El 65.22 % de las captaciones fueron hechas en el municipio de Puerto Cabezas, el 28.77 % en Waspam, el 1.67% en Rosita, 0.33 % en los municipios de Siuna, Bonanza y Prinzapolka. Se desconoce la procedencia del 3.35%.<sup>26</sup></p> <p>19. Y, un tercio de estos trabajadores de salud, consideran que el tiempo para el cual dan una cita a personas con VIH es mayor que el de cualquier otro paciente, 32.6%.<sup>27</sup></p> <p>20. La venta de bienes para cubrir gastos de salud fue reportada por el 26.2% de los encuestados.<sup>15</sup></p> <p>21. Los CD4 al ingreso de la paciente al programa, se realizó al 61.8% (34) de los casos, no se le realizó al 32.7% (18) y no se encontraron datos de esta información en el 5.5% (3).<sup>28</sup></p> <p>22. La hospitalización duró 28.6 días (en personas con “muchos síntomas” 47 días).<sup>15</sup></p> <p>23. El 100% ha tenido acceso a control prenatal.<sup>29</sup></p> <p>24. Los lugares, frecuentemente, identificados por los entrevistados como sitios donde se pueden realizar la prueba del VIH son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Centro de salud/ hospital 30.3% (134)</li> <li>b. Laboratorios 25.1% (111)</li> <li>c. ONG 23.8% (105)<sup>22</sup></li> </ul> <p>25. En su último control prenatal el 84% recibieron información sobre el riesgo de la transmisión del VIH madre-hijo.<sup>29</sup></p> <p>26. Al 90.8% les ofrecieron prueba de VIH y el 86% se realizó la prueba y conocieron sus resultados.<sup>29</sup></p> <p>27. En el año 2012, se registran 40 PVIH ingresados a TARV.<sup>18</sup></p> <p>28. En 2012, fueron ingresados 5 niños a TARV.<sup>18</sup></p> <p>29. Del año 2009 al 2010, la terapia ambulatoria en general experimentó un incremento del 44%</p>	<p>2. Dos tercios de los trabajadores de la salud encuestados (67.4%) consideran que una persona con el VIH recibe una cita médica en una unidad de salud, al mismo tiempo que el resto de pacientes.<sup>27</sup></p> <p>3. En el 81.8% (45) de los casos se utilizó terapia profiláctica antirretroviral durante el embarazo y en el 18.2% (10) no se utilizó principalmente por diagnóstico tardío.<sup>28</sup></p> <p>4. Los aspectos positivos que más identificaron los entrevistados durante su visita a estas unidades asistenciales fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Privacidad 23% (119)</li> <li>b. Personal brinda confianza 21.4% (111)</li> <li>c. Personal amable 13.5% (70)</li> <li>d. Medicamento gratis 8.9% (46)</li> <li>e. Consejo y consejería 7.9% (41)<sup>22</sup></li> </ul> <p>5. Al 91% (50) no se les brindó lactancia materna, acción que se realizó en el 9% (5), por diagnóstico tardío de la infección.<sup>28</sup></p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>en la ejecución de recursos, al desglosarla por tipo de gastos se puede apreciar que la terapia antirretrovírica para adultos ocupa el primer lugar del gasto y tuvo un incremento del 82%, seguida por el tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas, con una variación del gasto menor. La terapia antirretrovírica de primera línea para adultos se incrementó en 130%, lo que indica un importante aporte en términos de cobertura.<sup>14</sup></p> <p>30. Se realizaron 616 pruebas del VIH, obteniendo un total de 26 pruebas positivas para el VIH y ratificadas según los mismos protocolos; estableciéndose para la muestra estudiada una seroprevalencia del 4.2%.<sup>21</sup></p> <p>31. Las campañas IEC, la meta alcanzada fue del 74.5% de lo esperado y los resultados apuntan a seguir profundizando en la prevención de las ITS, VIH-Sida y la Ley 238.<sup>30</sup></p>	
Redes sociales y comunitarias	<p>32. El 72.7% (125) dice haber recibido esta discriminación de parte de la comunidad, así como de su hogar (43.6%) y de la policía (27.2%). Opinión de los discriminados.<sup>19</sup></p> <p>33. 5 de cada 10 personas, (51.15%) conocen a personas que pueden estar contagiadas con el VIH.<sup>27</sup></p> <p>34. En estos niveles de discriminación los mayores porcentajes, según quiénes discriminan, se refieren a las PEMAR y PVS, sobre todo de parte de la comunidad 79.8% y 68.2% respectivamente.<sup>19</sup></p> <p>35. Un 21% de los HSH tuvo su primera relación sexual en contra de su voluntad.<sup>21</sup></p> <p>36. En general, el 54.1% (172) del total de informantes expresó que se sintió discriminado.<sup>19</sup></p>	<p>6. Los resultados evidencian que, durante 24 años, en el país ha habido trabajo continuo con la temática del VIH/Sida. En algunos casos las organizaciones han iniciado este trabajo antes de que obtuvieran su personalidad jurídica: CISAS, ANICP+VIDA, ANISHA, ADESENI, ICW, AMNLAE Rivas, PRESIDIA, Campaña Costeña y Centro Clínico Bilwi.<sup>20</sup></p> <p>7. A nivel nacional, de 1,171 casos registrados en el 2011, las regiones autónomas aportaron el 8% de los casos para un total de 73 en la RAAN y 18 en la RAAS.<sup>16</sup></p>
Estilos de vida: CAP	<p>37. Los hombres de las fuerzas armadas refieren en un 88% que la mujer debe de mantenerse virgen hasta el matrimonio, pero que es bueno que los hombres lleguen a él con experiencia adquirida a través de experiencias prematrimoniales en un 92%. Que es bueno combinar el sexo con el licor o drogas ya que estas prácticas lo hacen más placentero en un 52%.</p> <p>38. La mitad de las personas consultadas son de la opinión de que el VIH se puede adquirir en la calle (54.1%); mientras que el 34.8% considera que en centros de salud u hospitales también se puede adquirir y el 23.5% dicen que hasta en la casa se puede adquirir.<sup>27</sup></p>	<p>8. El 96% (483) de los/as consultadas afirmó que tiene información sobre la existencia de una prueba para detectar el VIH, mientras que sólo el 4%, 20 personas respondieron negativamente.<sup>27</sup></p> <p>9. El 80.6% de ellos manifiestan no tener ninguna posibilidad o</p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>39. Con relación a la prueba voluntaria del VIH para detección oportuna de la infección, el 41.60% (104) de los entrevistados se la han realizado.<sup>22</sup></p> <p>40. El 27% de los jóvenes hacen uso del condón como método anticonceptivo.<sup>32</sup></p> <p>41. El 48.6% de los entrevistados no se ha realizado la prueba del VIH y SIDA, sin embargo el 92.8% está dispuesto a realizársela.<sup>33</sup></p> <p>42. Las parejas de integrantes de grupos de poblaciones clave y de otros grupos de riesgo representarán el 9.9% de los nuevos casos esperados.<sup>17</sup></p> <p>43. El mecanismo de transmisión en la Región, al igual que el resto del país ha sido principalmente por la vía sexual la cual representa a un 86%.<sup>26</sup></p> <p>44. El 36.4% (20) había tenido dos compañeros sexuales, el 29.1% (16), solo un compañero y el 25.5% (14) habían tenido tres o más compañeros y el 9.1% (5), no mostró datos de esta variable.<sup>28</sup></p> <p>45. La CAP dejó evidencia que sólo el 35% de los estudiantes recibieron información relacionada con las ITS, un 23% en VIH-Sida y un 51% sobre la Ley 238.<sup>30</sup></p> <p>46. El 96.4% (53) inició vida sexual antes de los 20 años, y el 3.6% (2) la iniciaron después de los 20.<sup>28</sup></p> <p>47. Casi la mitad (46%) de los HSH estudiados se había realizado alguna vez la prueba del VIH, la más alta frecuencia se encuentra en los homosexuales (66%) y transexuales (60%), mientras en bisexuales (36%) y en heterosexuales (30%).<sup>21</sup></p> <p>48. El 87.9% HSH tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses.<sup>14</sup></p> <p>49. Entre las prácticas sexuales mencionadas por los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se destacan las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Relaciones sexuales orales sin el uso del condón 32.3% (207)</li> <li>b. Relaciones sexuales bajo el efecto del licor 31.5% (202)</li> <li>c. Relaciones sexuales anales sin el uso del condón 30.7%</li> <li>d. Relaciones sexuales con hombres que usan drogas intravenosas 2.5%</li> <li>e. Relaciones sexuales con hombres que sospechaban eran portadores de una ITS 1.7% (11)</li> <li>f. Relaciones sexuales acompañadas de golpes y heridas 1.0% (7).<sup>22</sup></li> </ul>	<p>riesgo de adquirir una ITS, VIH y sida.<sup>33</sup></p> <p>10. El 59% de los usuarios consistentes y el 43% de los usuarios no consistentes reportaron haberse realizado una prueba de VIH en los últimos 12 meses (OR=1.86; p&lt;0.05).<sup>34</sup></p> <p>11. El 78% (195) de los entrevistados, que ha recibido información sobre las ITS/VIH-Sida, identifica por lo menos alguna forma de transmisión, entre las que se destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sexo anal sin protección 19.5% (135)</li> <li>b. Transfusiones sanguíneas 17.3% (120)</li> <li>c. Relación sexual oral sin protección 16.6% (115)</li> <li>d. Relaciones sexuales con penetración sin protección 13% (90)</li> <li>e. Uso de drogas intravenosas 9.4% (65)<sup>22</sup></li> </ul> <p>12. Entre los factores que motivan a los entrevistados a tener relaciones sexuales de bajo riesgo, se destacan valores, determinaciones, alternativas y habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Valorarse, quererse, respetarse a sí mismo y a los demás 33.9% (190)</li> <li>b. Practicar el uso del condón hasta que llegue a ser parte natural en tu vida 23.2% (130)</li> <li>c. Tomar licor sin perder el control 19.6% (110)</li> <li>d. Ser creativo para encontrar alternativas a la penetración sin condón 15.5% (87)</li> <li>e. Tener habilidad para negociar el uso del condón 7.3% (41)<sup>22</sup></li> </ul> <p>13. A nivel nacional, el 99.4% de las personas hombres y</p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>50. El 55% sabe definir correctamente el VIH y el 38% hace lo mismo con el sida.<sup>23</sup></p> <p>51. El 68.8% HSH señalan haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 30 días.<sup>34</sup></p> <p>52. Un aspecto que llama la atención es que en el estudio basal, el 78% refirió haber estado alcoholizada al sostener relaciones.<sup>23</sup></p> <p>53. El 62% ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, lo cual incluye un 21% que la tuvo antes de los 12 años.<sup>21</sup></p> <p>54. Los estudiantes que han sido alcanzados con los tres tipos de mensajes: ITS, VIH-Sida y Ley 238 sólo llegó a un 1%.<sup>30</sup></p> <p>55. Sólo el 19% de todos los HSH hace uso integral y consistente del condón.<sup>21</sup></p> <p>56. El 88.9% tenía múltiples parejas sexuales y un 5.6%, riesgos de droga intravenosa y abuso sexual.<sup>25</sup></p> <p>57. En la última relación sexual, el condón se usó en el 56% de las ocasiones en que se realizó sexo anal, el 44% de las ocasiones de sexo vaginal y el 34% de las ocasiones de sexo oral, resultando en una tasa de 34% de uso consistente del condón en la última relación sexual. Las razones de no uso de condón, en la mayor parte de los casos (41%), se asocian a que el HSH no tiene control de las condiciones en que se realiza el encuentro sexual y son las circunstancias inmediatas del encuentro.<sup>21</sup></p> <p>58. Con relación al número de parejas sexuales que han tenido los entrevistados en el último año, se encontró que el 44% (110) expresó haber tenido de 1 a 3 parejas; el 18.8% (47), más de 9 parejas; 17.6% (44), de 4 a 6 parejas; el 14.0% (35), sólo 1 pareja y el 5.2% (13), de 5-8 parejas individual para adquirir y/o transmitir el VIH: relaciones sexuales desprotegidas y el número de parejas sexuales.<sup>22</sup></p> <p>59. El 71% de los jóvenes entrevistados entre los 15 y 30 años refieren haber tenido relaciones sexuales, de ellos el 43% antes de los 15 años, 52% entre 16 y 20 años.<sup>32</sup></p> <p>60. El 68% de los militares refiere que el uso del condón disminuye el placer sexual, que usar este medio de protección va en contra de lo que promueve la religión en un 44% y que utilizando este medio de prevención se evita la erección del pene, manifestó el 32% de los encuestados.<sup>31</sup></p>	<p>mujeres encuestadas dijeron que conocen la existencia del VIH.<sup>27</sup></p> <p>14. En general hubo un aumento significativamente en el uso de condón durante la última relación sexual con cualquier pareja de 76.3% a 85%.<sup>34</sup></p> <p>15. El uso de condón durante la última relación sexual, aumentó significativamente con parejas ocasionales masculinas de 81.1% a 89% (<math>p &lt; 0.001</math>), con parejas fijas (estables) masculinas de 66% a 77% (<math>p &lt; 0.001</math>).<sup>34</sup></p> <p>16. El porcentaje de HSH que creen que la reducción de parejas ocasionales es un método de prevención del VIH se redujo significativamente de 38.5% a 13.1% (<math>p &lt; 0.001</math>). En cambio hubo un aumento en el % de HSH que de manera espontánea refieren que el uso del condón es un método de prevención del VIH, de un 91.7% a 97.5% (<math>p &lt; 0.001</math>).<sup>34</sup></p> <p>17. El 63.6% (159) de los entrevistados utiliza el condón cuando tienen relaciones sexuales, el 33.6% (84) no lo utiliza y el 2.8% (7) lo utiliza de manera ocasional.<sup>22</sup></p> <p>18. Con relación a las habilidades y destrezas para convencer a la pareja de utilizar un condón en las relaciones sexuales, el 58% (145) de los entrevistados argumenta y negocia con su pareja el uso del condón y el 41.6% (104) no lo hace. Los argumentos más utilizados por los entrevistados para negociar el uso del condón con la pareja son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evitar la infección del VIH 55.4% (124)</li> <li>b. La importancia de cuidarse 35.3% (79)</li> <li>c. Evitar embarazos 6.7% (15)<sup>22</sup></li> </ul>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>61. Los entrevistados que no usan el condón manifestaron algunas razones entre las que se destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No les gusta el condón 24.2% (36)</li> <li>b. No pensaron que fuera necesario 22.1% (33)</li> <li>c. No le gusta a la pareja 18.1% (27)</li> <li>d. No siente lo mismo 14.8% (22)<sup>22</sup></li> </ul> <p>62. Quienes reportan haber tenido o sospechado tener una infección de transmisión sexual (ITS) fue del 18.7%, y de estos el 65.1% reporta haber asistido al médico durante el último episodio de ITS. Estas cifras no difieren significativamente en relación al 2007.<sup>34</sup></p>	<p>19. Del 89.5% de las personas hombres y mujeres encuestadas que dijeron que en una pareja de cónyuges, ambos deben tomar la decisión del uso del preservativo o condón.<sup>27</sup></p> <p>20. Aproximadamente, el 60% de las TS encuestadas usaron el condón de manera consistente, pues manifestaron que en los últimos 6 meses lo usaron siempre.<sup>23</sup></p> <p>21. Este porcentaje es similar en grupos de hombres (45.3%) y de mujeres (45.7%) que reconocen que el virus puede ser transmitido de madre a hijo antes del nacimiento, durante el parto y después del parto.<sup>27</sup></p> <p>22. Las personas encuestadas conocen que el VIH se transmite a través de las relaciones sexuales no protegidas (94.4%). Un 62.8% considera que se transmite por la vía sanguínea o parenteral.<sup>27</sup></p> <p>23. Con relación a que si creen que se debe informar a la pareja y a la familia ante un diagnóstico de ITS/VIH positivo, el 91.6% (229), de los entrevistados manifestó que sí se debe informar a la pareja y el 80.8% (202) que se debe informar a la familia.<sup>22</sup></p> <p>24. El porcentaje de mujeres (85.8%) que estaría dispuesta a recibir y cuidar en su casa a un pariente con el VIH es un poco mayor que el porcentaje de hombres (82.7%).<sup>27</sup></p> <p>25. Al indagar sobre la actitud frente a la prueba de diagnóstico del VIH, se encontró que el 66.4% se realizó la prueba, mientras que el 33.3%, no se la hizo.<sup>27</sup></p> <p>26. Las TS en un 84% a 87% se consideran expuestas al riesgo.<sup>23</sup></p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
		<p>27. El 91.1% de las personas hombres y mujeres de entre 15 y 49 años manifestaron que están de acuerdo con que el VIH puede ser adquirido por cualquier persona y no solamente por homosexuales, transexuales, trabajadores del sexo o que usan drogas inyectables.<sup>27</sup></p> <p>28. Entre los motivos que determinan el uso del condón, los entrevistados señalaron los siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prevenir una Infección de Transmisión Sexual y/o el VIH 56.8% (158)</li> <li>b. No querer enfermarse 24.8% (69)</li> <li>c. No enfermar a la pareja 13.3% (37)<sup>22</sup></li> </ul> <p>29. Los militares del Ejército de Nicaragua, se informan en un 50% a través de los periódicos de circulación nacional, el resto lo hace a través del personal médico y paramédico de los puestos de salud de las unidades militares y de los centros de salud del MINSA.<sup>31</sup></p> <p>30. ¿Qué haría con un resultado positivo de VIH?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Consultar al médico 37.5 % (222)</li> <li>b. Realizar examen de laboratorio 24.0% (142)</li> <li>c. Aplicar tratamiento 20.1% (119)</li> <li>d. Suspender relaciones sexuales 6.26% (37)</li> <li>e. No automedicarse 4.6% (24)</li> <li>f. Buscar ayuda con los amigos</li> <li>g. Buscar una ONG<sup>22</sup></li> </ul> <p>31. El 100% de los encuestados han escuchado hablar de las ITS, y el 94.4% conocen que pueden adquirir una ITS, VIH y sida, por la principal vía de transmisión, la sexual, siendo</p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
		<p>la infección de transmisión sexual más conocida por ellos la sífilis y la gonorrea con un 79%.<sup>33</sup></p> <p>32. Se observa que en cuanto a las formas de transmisión obtuvieron un porcentaje de 84% en comparación a las formas de prevención que alcanzaron un 90%, encontrándose que los entrevistados conocen al menos 4 formas de prevención e identifican 4 mecanismos de transmisión de las ITS, VIH y sida.<sup>33</sup></p> <p>33. EL 13.1% HSH respondieron de manera espontánea que saben que reducir el número de parejas sexuales es un método de prevención del VIH.<sup>34</sup></p> <p>34. En cuanto a las formas de prevención, las más mencionadas fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Uso del condón en toda relación sexual con penetración 41.7% (180)</li> <li>b. Evitar relaciones con personas desconocidas 17.6% (76)</li> <li>c. Abstinencia 14.6% (63)<sup>22</sup></li> </ul>
Factores biológicos y genéticos	<p>63. La prevalencia de la coinfección tuberculosis/ VIH-Sida en los 6 SILAIS priorizados del país, fue de 3.7%, siendo los SILAIS de Managua y la RAAS los que tienen mayor proporción de la coinfección.<sup>25</sup></p> <p>64. Con relación al comportamiento en adolescentes de 10-19 años el 54% (183) son mujeres y el 46% (156) masculinos. En este grupo etario las mujeres se ven mayormente afectadas y la tendencia de este grupo es hacia el incremento según tendencia de los últimos 10 años. La prevalencia en VIH-sida del grupo de 15-24 años al 2009 es menor de 1%.<sup>24</sup></p> <p>65. El 52% de las captaciones pertenecen al sexo masculino, el 48% corresponden al sexo femenino, sin embargo cuando se hace la relación con la edad se observa que el 25.18% de las mujeres fueron infectadas en edades más tempranas pudiendo relacionarse con el hecho que las niñas en la región (RAAN) inician su vida sexual más temprano que los varones.<sup>26</sup></p>	<p>35. La prevalencia de VIH en embarazadas según estudio de sitios centinelas realizado del 24 de octubre al 24 de noviembre 2011 es de 0.03% (1/2,677)<sup>16</sup></p>

Tabla 4: Evidencias... (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>66. El 94.8% (237) de los entrevistados manifestó que esta primera experiencia fue voluntaria y un 5.2% (13), que fue involuntaria, mediada por violación (8) y/o bajo amenazas (5), y esta experiencia violenta ocurrió cuando eran menores de 10 años de edad. El 68% (170) de los entrevistados refirió haber tenido su primera relación homosexual a partir de los 15 años de edad; el 29.2% (73), entre los 10-14 años y el 2.8% (7), antes de los 10 años de edad.<sup>22</sup></p> <p>67. Del año 2006 al 2010 la captación total de embarazadas ha sido de 40 mujeres, de esto el 47.5% fueron captadas en el municipio de Puerto Cabezas, el mismo porcentaje en el municipio de Waspmam, en los municipios de Rosita y Siuna se captaron 2.5% respectivamente.<sup>26</sup></p> <p>68. Los casos positivos del VIH se concentran en homosexuales (18/251), para una prevalencia de 7.2% en este grupo.<sup>21</sup></p> <p>69. Con relación a la terapia con ARV, hasta la fecha una corte de personas con tratamiento ARV de 1,022: 808 adultos, 29 embarazadas y 67 niños. El 91% de la persona en TAR son adultos. En 2009 ingresaron 278 personas a terapia con TARV con un aumento en el ingreso del 19% en relación al 2008.<sup>24</sup></p> <p>70. La positividad para sífilis en hombres que tienen sexo con hombres determinada en este estudio fue de 3.73%.<sup>21</sup></p> <p>71. La tasa de incidencia de VIH según el modelo para la población de 15 a 49 años es de 61 x 100,000 habitantes (transmisión sexual).<sup>17</sup></p> <p>72. Las tasas más altas son las de personas trans con 2,965 x 100,000 y las de HSH con 2,310 x 100,000, y la de parejas femeninas de UDI con 2,149 x 100,000.<sup>17</sup></p> <p>73. En Nicaragua, se registró el primer caso de sida en 1987, para el año 2009 se registran un acumulado de 4,742 personas con VIH-sida, de los cuales el 31.7% (N=1,505) corresponden al sexo femenino y el 67.7% (N=3,166) al sexo masculino. La relación hombre/mujer es de 2:1.<sup>24</sup></p> <p>74. Al sumar a las poblaciones clave los grupos más cercanos a ellos como las parejas féminas de HSH y clientes de trabajadoras sexuales, la proporción de las nuevas infecciones supera la mitad del total con 54.0%.<sup>17</sup></p>	

## 4. Síntesis de DDS en relación con el VIH/sida en la RAAN

Tabla 5: Síntesis de DDS en relación con el VIH/sida en la RAAN

Nivel de determinantes	Favorecen	Limitan
Condiciones socioeconómicas	Legislación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 820 sobre VIH</li> </ul> Otras: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto MINSA 249-2009 de no discriminación a las poblaciones de la diversidad en unidades de salud</li> <li>- Espacios de concertación multisectorial CORLUSIDA, COMULSIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiente presupuesto estatal para los gastos de atención y tratamiento de las personas con VIH y dependencia de fondos internacionales</li> <li>- Violencia basada en género en todas sus manifestaciones</li> <li>- Estigma y discriminación en ámbitos públicos</li> <li>- La RAAN está ubicada entre los 5 departamentos de alto riesgo frente al VIH</li> </ul>
Condiciones de vida y trabajo		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor acceso a educación y abandono escolar</li> <li>- Estigma, discriminación y violencia en las escuelas</li> <li>- Estigma y discriminación laboral</li> <li>- Pobreza</li> <li>- Subempleo, empleos de baja remuneración (inferiores al salario mínimo) y poco calificados</li> <li>- Dependencia de ingresos de pareja y familia</li> <li>- Alta frecuencia de trabajo sexual en las PEMAR</li> <li>- Aumento en la tasa de incidencia de VIH</li> <li>- Las acciones de IEC han llegado a menos de la mitad de las PEMAR</li> </ul>
Condiciones de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta proporción se ha hecho la prueba de VIH</li> <li>- Entrevistados identifican aspectos positivos durante su visita a las unidades de salud: privacidad, personal brinda confianza, personal amable, medicamento gratis, consejería</li> <li>- Alto porcentaje de uso de terapia profiláctica antirretroviral durante el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estigma y discriminación en proveedores de salud</li> <li>- Inadecuado CAP en personal de salud</li> <li>- Alto costo de gastos de bolsillo en salud</li> <li>- Insuficiente acceso a condones y lubricantes</li> </ul>

Tabla 5: Síntesis de DDS... (Cont.)

Nivel de determinantes	Favorecen	Limitan
Redes sociales y comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ONG que trabajan el tema del VIH con personalidad jurídica y fortalecidas institucionalmente</li> <li>- Apoyo de donantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estigma y discriminación en la familia, la comunidad y la policía</li> <li>- Falta de recursos financieros para acciones de incidencia y de gestión de fondos</li> </ul>
Estilos de vida: CAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha incrementado el uso del condón</li> <li>- Se ha incrementado la realización de la prueba de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos insuficientes sobre prevención, atención y transmisión del VIH</li> <li>- Baja percepción del riesgo frente al VIH e ITS</li> <li>- Consumo de drogas y alcohol impiden la prevención y transmisión</li> </ul>
Factores biológicos y genéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha incrementado el uso del condón</li> <li>- Se ha incrementado la realización de la prueba de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta prevalencia de VIH, sífilis e ITS</li> <li>- Los casos positivos del VIH se concentran en homosexuales</li> </ul>

## II. Resultados intermedios en el diseño del plan de acción

El segundo momento del proceso, constituido por cuatro pasos, los cuales se describen en la metodología de planificación, fueron produciendo resultados intermedios que permitieron al grupo llegar al punto de diseño del plan de acción. A continuación un resumen de estos resultados.

En el paso 1, los equipos de participantes realizaron el análisis de la situación del VIH/sida en la RAAN, encontrando que de 109 evidencias analizadas, 35 (32%) son favorables y 74 (68%) son limitantes. En la tabla 6 se presenta la clasificación de las evidencias limitantes, realizada por los participantes aplicando el modelo de los determinantes sociales de la salud.

**Tabla 6: Clasificación de evidencias limitantes según DDS**

Determinante social de la salud	Porcentaje de limitantes (N=74)
Estilos de vida (CAP)	26 (35%)
Condiciones de servicios de salud	14 (19%)
Factores biológicos y genéticos	12 (16%)
Condiciones socioeconómicas	10 (14%)
Condiciones de vida y trabajo	7 (9%)
Redes sociales y comunitarias;	5 (7%)

Fuente: Clasificación de evidencias realizada por los participantes en el taller de formulación del plan de acción.

En los pasos 2 y 3, los participantes priorizaron y agruparon evidencias, para llegar a una primera propuesta de acciones e identificación de actores clave y socios para realizarlas. En total se propusieron 25 acciones para líneas de trabajo de: capacitación mediante talleres, material impreso y videos, entre otros; sensibilización a través de campañas, movilizaciones, etc.; incidencia política en instituciones estatales, así como actividades técnicas para atender la educación en temas de salud sexual y reproductiva, así como de atención en salud de los pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida en la RAAN. (Ver anexo 5)

El resultado logrado mediante el paso 4 de la metodología de planificación fue la matriz del plan de acción. En total se formularon 26 acciones, debido a que en este paso se revisan nuevamente y ocurre que algunas de la primera propuesta se fusionan, otras se suprimen o se sustituyen, sin embargo en este paso también se ratificaron las líneas de trabajo que se plantearon en los pasos 2 y 3. A continuación, en la tabla 7, se presentan las acciones distribuidas por determinantes sociales de la salud.

**Tabla 7: Distribución de acciones del plan de acción según DDS**

Determinante social de la salud	No. de acciones en el plan de acción (N=26)
Condiciones socioeconómicas	9 (34%)
Condiciones de servicios de salud	6 (23%)
Estilos de vida (CAP)	5 (19%)
Condiciones de vida y trabajo	2 (8%)
Factores biológicos y genéticos	3 (12%)
Redes sociales y comunitarias;	1 (4%)
Total	26 (100%)

Fuente: Matriz del plan de acción formulado.

### III. Objetivos del plan de acción

#### Metas

**E**ste plan de acción apunta hacia el cumplimiento de las metas trazadas en el PER CORLUSIDA RAAN para el 2015, las cuales se presentan a continuación.

1. El 100% de personas con VIH recibiendo atención integral en salud, garantizándoles a través de los Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI) la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.
2. Mantener la prevalencia de VIH en HSH inferior al 9.0%.
3. Mantener la prevalencia de VIH en personas Trans inferior al 15%.
4. 98% de trabajadoras y trabajadores sexuales utilizando condón de manera correcta y consistente con sus clientes.
5. Una tasa de incidencia de VIH inferior a 20 personas infectadas por cada 100,000 habitantes.
6. El 90% de embarazadas teniendo acceso a servicios de calidad, de prevención y tratamiento del VIH y/o sífilis, tanto para ellas como para sus hijos/as.
7. El 99% de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años conocen las formas principales de evitar la transmisión del VIH.
8. El 80% de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años tienen percepción personal del riesgo de adquirir el VIH.
9. El 90% de niños y niñas de cuarto a sexto grado que concluyen el año escolar en escuelas públicas y privadas conocen las principales formas de prevención de las ITS y el VIH.<sup>3</sup>

#### Objetivo general

Contribuir, en el marco del PER CORLUSIDA RAAN (2011-2015), al acceso universal a la prevención, tratamiento, rehabilitación, atención integral y protección social a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas afectadas directamente por el VIH en la RAAN, mediante la intensificación, durante el período 2013-2015, de los esfuerzos regionales con activa participación multiétnica, multisectorial y de la aplicación de lineamientos internacionales.

## Objetivos Específicos

1. Brindar atención integral en salud a las personas con VIH, garantizándoles a través de los Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI) la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.
2. Sensibilizar a la población en general e instituciones, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas con VIH.
3. Contener la aceleración en el incremento de nuevas infecciones de VIH en HSH, gay, personas trans, hombres y mujeres en trabajo sexual, y población general de 15 a 24 años, incrementando las acciones de prevención y el diagnóstico temprano.
4. Promover el ejercicio responsable de la sexualidad y la prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque del Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN (MASIRAAN) y realizando acciones dirigidas a la población general y, de forma primordial, a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
5. Reducir el porcentaje de niños y niñas que nacen con VIH de mujeres con VIH.
6. Fortalecer los programas en Salud Sexual Reproductiva (SSR) como marco de abordaje para asegurar la atención integral de personas con ITS, VIH y sida, en cumplimiento de los Derechos Humanos y Derecho de los Pueblos Indígenas.
7. Fortalecer la educación sexual dentro y fuera del sistema nacional de educación.
8. Desarrollar el sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Regional frente al VIH/sida.

## IV. Acciones del plan (Tabla 8)

Objetivos	Principales acciones
<p>1. Brindar atención integral en salud a las personas con VIH, garantizándoles a través de los Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI) la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.</p>	<p>1.1 Aseguramiento de la atención integral a personas con VIH, ITS y otras enfermedades prevalentes según población priorizada.</p> <p>1.2 Promoción y formación de los grupos de autoayuda.</p>
<p>2. Sensibilizar a la población en general e instituciones, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas con VIH.</p>	<p>2.1 Implementación de acciones que aseguren el cumplimiento del marco jurídico en defensa de los derechos de pueblos indígenas, de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.</p> <p>2.2 Incidencia sobre el acceso laboral conforme las distintas leyes y normas, con las autoridades gubernamentales, políticas y empresariales.</p> <p>2.3 Sensibilización y educación dirigida a las instituciones estatales para disminuir el estigma y la discriminación a las personas con VIH.</p> <p>2.4 Realización de acciones de reforzamiento de las capacidades institucionales para la atención en salud, en educación y trabajo para el cumplimiento de los derechos humanos en relación con el VIH.</p> <p>2.5 Protección social a las personas con VIH y personas afectadas, incluyendo niñas, niños, adolescentes huérfanos y vulnerados y a sus familias.</p>
<p>3. Contener la aceleración en el incremento de nuevas infecciones de VIH en HSH, gay, personas trans, hombres y mujeres en trabajo sexual, y población general de 15 a 24 años, incrementando las acciones de prevención y el diagnóstico temprano.</p>	<p>3.1 Realización de acciones de educación dirigidas a la población en riesgo para prevención del VIH y las ITS.</p> <p>3.2 Promoción de la realización de las pruebas de VIH voluntarias desde la red de servicios enfatizando en las poblaciones clave, las embarazadas y población en general.</p> <p>3.3 Sensibilización sobre acceso y disponibilidad del uso de condones y lubricantes en centros de encuentros.</p>
<p>4. Promover el ejercicio responsable de la sexualidad y la prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque del Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN (MASIRAAN) y realizando acciones dirigidas a la población general y, de forma primordial, a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.</p>	<p>4.1 Implementación de campañas masivas de IEC (radiales, asambleas comunales, conferencias religiosas, etc.) sobre el VIH/sida, adecuadas a la cosmovisión de los pueblos ante esta enfermedad, con enfoque intercultural, de género y generacional, de promoción de la salud sexual y reproductiva y una vida sexual saludable.</p> <p>4.2 Promoción de espacios de articulación, para establecer diálogos y abordajes interculturales con universidades, comunidades, actores clave, poblaciones en mayor riesgo, personas con discapacidad, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con VIH y sida, donde se aborden las temáticas de discriminación, violencia hacia personas que conviven con VIH/sida.</p>

#### IV. Acciones del plan (Cont.)

Objetivos	Principales acciones
	<p>4.3 Promoción del autocuido, autocontrol y la corresponsabilidad, desarrollada por pares de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad ante la infección de VIH/sida e ITS.</p> <p>4.4 Implementación de capacitaciones a los uniformados sobre estilos de vida segura y saludable en coordinación con el jefe de la unidad militar.</p>
<p>5. Reducir el porcentaje de niños y niñas que nacen con VIH de mujeres con VIH.</p>	<p>5.1 Fortalecimiento del rol de parteras y comisiones comunales de salud en la promoción de los servicios materno-infantiles.</p> <p>5.2 Implementación de las estrategias del sector salud para el acceso de los servicios materno-infantiles a embarazadas con VIH y primordialmente en las poblaciones clave.</p>
<p>6. Fortalecer los programas en Salud Sexual Reproductiva (SSR) como marco de abordaje para asegurar la atención integral de personas con ITS, VIH y sida, en cumplimiento de los Derechos Humanos y Derechos de los Pueblos Indígenas.</p>	<p>6.1 Fortalecimiento de la prevención en las PEMAR y otras poblaciones clave haciendo énfasis en la reducción de las ITS y el VIH.</p> <p>6.2 Reducción de los factores asociados al subregistro de coinfección.</p>
<p>7. Fortalecer la educación sexual dentro y fuera del sistema nacional de educación.</p>	<p>7.1 Implementación de manera sistemática (incluida en el plan de estudio) de la Ley 820, la educación sexual y reproductiva en la educación primaria y secundaria en la RAAN en coordinación con el MINED.</p> <p>7.2 Sensibilización con trabajo de pares, priorizada para las adolescentes, con metodologías vivenciales y reflexivas.</p>
<p>8. Desarrollar el sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Regional frente al VIH/sida.</p>	<p>8.1 Implementación de la autoridad única a nivel regional que coordina a sectores y miembros de la CORLUSIDA para dar respuesta a la epidemia del VIH, basando sus acciones en las estrategias de ONUSIDA, CONISIDA y las particularidades de la RAAN.</p> <p>8.2 Diseño e implementación de un marco de monitoreo de la situación de la epidemia y de la Respuesta Regional frente al VIH/sida.</p> <p>8.3 Organización e implementación del sistema de información con funciones y responsabilidades entre los actores.</p> <p>8.4 Creación de espacios gerenciales para la implementación de convenios, acuerdos y alianzas que garanticen un sistema de registro único.</p> <p>8.5 Elaboración consensuada e implementación de la agenda de investigación única en temas de VIH y sida.</p>

## V. Matriz del Plan de acción

para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN (Tabla 9)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
<i>Determinante: Condiciones socioeconómicas</i>						
1	1. Implementación de la autoridad única a nivel regional que coordina a sectores y miembros de la CORLUSIDA para dar respuesta a la epidemia del VIH, basando sus acciones en las estrategias de ONUSIDA, CONSIDA y las particularidades de la RAAN. 1, 3, 5, 8,	<p>1.1 Negociación con el nivel central para el incremento del presupuesto para la respuesta a las demandas priorizadas en la región, presentando propuestas tomadas de este plan de acción.</p> <p>1.2 Realización de un foro regional para consolidar información e identificar brechas en función de la implementación del PER y del plan de acción.</p> <p>1.3 Realización de reuniones para presentación del PER y plan de acción a las agencias y organismos no gubernamentales que permita la inclusión de estas prioridades en sus estrategias de cooperación técnica y financiera.</p> <p>1.4 Seguimiento y monitoreo de los compromisos regionales, nacionales e internacionales derivados del plan de acción referidos a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida.</p> <p>1.5 Realización de auditorías sociales para efecto de rendición sobre el cumplimiento de las actividades y de reprogramación de las acciones según el plan de acción.</p> <p>1.6 Divulgación de manera sistemática de las actividades realizadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales participantes en la Respuesta Regional frente al VIH/sida, a través del cumplimiento del plan de acción, mediante boletín, programas radiales multilingües y multiculturales.</p>	<p>IV trimestre 2013-2014</p> <p>IV trimestre 2013-2015</p> <p>2013-2015</p> <p>2013-2015</p> <p>IV trimestre 2013-2015</p> <p>2013-2015</p>	<p>CORLUSIDA</p> <p>CORLUSIDA, MINSA local, Universidades, Iglesias, ONG</p> <p>CORLUSIDA</p> <p>CORLUSIDA y sus miembros</p> <p>Junta Directiva y miembros de CORLUSIDA</p> <p>CORLUSIDA</p>	<p>OPS HORIZONT3000</p> <p>Fondo Mundial HORIZONT3000 USAID Prevensida</p> <p>Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 Otras agencias y ONG</p> <p>Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 USAID PASCA</p> <p>Fondo Mundial HORIZONT3000</p> <p>Fondo Mundial HORIZONT3000 Iglesias ONG Sociedad Civil USAID PrevenSida</p>	<p>Acuerdos logrados con el nivel central sobre presupuesto</p> <p>Informes técnicos y financieros, publicaciones, memorias</p> <p>Informes técnicos</p> <p>Informes técnicos</p> <p>Informe de auditorías sociales</p> <p>Informes técnicos y financieros, publicaciones, memorias</p>

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		1.7 Realización de reuniones con las agencias para seguimiento y evaluación de los compromisos asumidos con la instancia nacional y cooperantes de las agencias externas.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA local Universidades Iglesias ONG	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 Otras agencias y ONG USAID PASCA	Informes técnicos
		1.8 Realización de talleres de capacitación a miembros de la CORLUSIDA, sobre la temática del VIH/sida.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros  MINSA SILAIS	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 Otras agencias y ONG USAID PASCA	Informes técnicos
1.4 5.1 5.3 7	2. Organización e implementación del sistema de información con funciones y responsabilidades entre los actores. 1, 3, 4, 5, 7, 8,	2.1 Definición de la estructura organizacional del sistema de información que involucra a las instituciones públicas, organizaciones sociales y privadas, involucradas en la Respuesta Regional frente al VIH/sida.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros	Unidades privadas que prestan servicio de esta naturaleza Fondo Mundial HORIZONT3000 Otras agencias de cooperación USAID PASCA USAID PrevenSida	Documento de estructura organizacional del sistema de información
		2.2 Revisión y adecuación del plan de M&E del PER.				
		2.3 Elaboración de instrumentos de recopilación de información sobre los indicadores, de manera desagregada, tomando en cuenta los pueblos mestizos, indígenas, étnicos, grupos etarios, género y generacional e incluyendo dentro del sistema de información de la vigilancia del cumplimiento de las acciones jurídicas en relación con los derechos humanos.				Instrumentos de recopilación de información
		2.4 Realización de mesas de trabajo con los miembros de la CORLUSIDA para identificación de los mecanismos e instrumentos de suministro de información de parte de los actores de la respuesta regional frente al VIH/sida: instituciones, agencias de cooperación y ONG.				Documento de mecanismos e instrumentos

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		2.5 Elaboración e implementación de normas referidas a las responsabilidades según roles y a los canales de comunicación.				Documento de normas
		2.6 Implementación de un plan de difusión y uso de la información generada por el sistema de M&E incluyendo la recopilación de evidencias sobre el uso de información.				Muestras de mensajes
		2.7 Elaboración e implementación del plan de sostenibilidad financiera del sistema de información.				Plan de sostenibilidad financiera Informes financieros
		2.8 Capacitación al equipo técnico de M&E de la Secretaría Técnica.				Informes Lista de participantes
		2.9 Creación del sitio web de CORLUSIDA incluyendo su administración.				Sitio web funcionando
1.4 5.2 5.3	3. Diseño e implementación de un marco de monitoreo de la situación de la epidemia y de la Respuesta Regional frente al VIH/sida. 1, 3, 4, 5, 7, 8,	3.1 Realización de taller para evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de segunda y tercera generación, de información, monitoreo y evaluación.	IV trimestre 2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros, MINSA SILAIS, Universidades, ONG, Centro Clínico Bilwi	Agencias de cooperación ONG Universidades Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 USAID PASCA	Informes técnicos y financieros, sistema de vigilancia ajustado a las necesidades actuales, documento de indicadores
		3.2 Elaboración de propuestas de solución según los resultados de la evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica.				
		3.3 Preparación y gestión de su inclusión en el SICOR, de una base de indicadores multisectoriales, poblaciones mestizas, indígenas y afrodescendientes, armonizados que respondan a compromisos regionales, nacionales e internacionales.				
		3.4 Realización de mesas de trabajo con los miembros de la CORLUSIDA para analizar los indicadores cualicuantitativos, tomando en cuenta los escenarios referentes a los aspectos sociopolíticos, económicos y culturales, para el análisis de la situación de la epidemia y de la situación de la respuesta. Incluir los criterios de magnitud, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad de información generada, a fin de transformarla a propuestas de solución.				

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		3.5 Realización de foros de intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas para mejorar la Respuesta Regional.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000	Informes técnicos y financieros
		3.6 Realización de una sesión regional anual a fin de revisar los indicadores de compromisos regionales, nacionales e internacionales.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros	Fondo Mundial HORIZONT3000 USAID PrevenSida	Informes técnicos y financieros
1.5	4. Elaboración consensuada e implementación de la agenda de investigación única en temas de VIH y sida. 1, 3, 4, 5, 7, 8,	4.1 Definición de la agenda regional de investigaciones aprobada por el pleno del CRAAN.	IV trimestre 2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros ONG Centro Clínico Bilwi CRAAN	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 Agencias de cooperación USAID ASSIST USAID DELIVER	Documento de agenda de investigaciones
	4.2 Gestión de financiamiento de la agenda regional de investigaciones.					
	4.3 Implementación de la agenda de investigaciones según corresponda a la programación.	2014-2015	Informes finales de las investigaciones			
	4.4 Divulgación de los resultados de la investigación a través de medios de comunicación escrita, radio y TV.	2014 - 2015	Muestras de la divulgación			
4.1	5. Implementación de acciones que aseguren el cumplimiento del marco jurídico en defensa de los derechos de pueblos indígenas, de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. 1-62	5.1 Realización de foros y grupos de discusión de la Ley 820 con un equipo de instituciones estatales y ONG, para difundir la Ley 820.	2013-2015	CORLUSIDA PDDH CEDEHCA Vida Futura Universidades MODISEX	Fondo Mundial HORIZONT3000 Agencias de cooperación USAID PrevenSida	Informe semestral de defensa de los DDHH de las PVIH
	5.2 Mapeo de las organizaciones que prestan servicios jurídicos en el tema de VIH a fin de brindarles asesoría para el éxito de sus gestiones.		Informes de las acciones			
	5.3 Asistencia jurídica a través de la PDDH a los ciudadanos en defensa de los derechos humanos de las personas con VIH.					
	5.4 Sensibilización al sector judicial y a la sociedad en su conjunto sobre los derechos humanos en relación con el VIH/sida.					
4.2	6. Sensibilización y educación dirigida a las instituciones estatales para disminuir el estigma y la discriminación a las personas con VIH. 32, 34, 36	6.1 Realización de foros y campañas publicitarias permanentes de sensibilización sobre estigma y discriminación dirigidos a las instituciones prestadoras de servicio.	2013-2015	CORLUSIDA PDDH CEDEHCA Vida Futura Universidades MODISEX Instituciones estatales	Fondo Mundial HORIZONT3000 Agencias de cooperación	Informes técnico-financieros Informe semestral de defensa de los DDHH de las PVIH
	6.2 Creación de espacio de recepción y solución de denuncias sobre estigma y discriminación coordinada por la PDDH.					

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
4.3 7.1.1 7.1.2 7.1.3 7.1.5 7.1.6 7.1.9	7. Protección social a las personas con VIH y personas afectadas, incluyendo niñas, niños, adolescentes huérfanos y vulnerados y a sus familias. 11, 15, 16, 17	7.1 Elaboración de diagnóstico sobre la situación de los niños huérfanos por causa del sida y niños con VIH que generen recomendaciones para la implementación de intervenciones. 7.2 Diagnóstico de necesidades económicas de las personas con VIH y familiares. 7.3 Desarrollo de programas para la gestión de empleo y/o proyectos de micro créditos y de acceso a empleo formal para beneficiar a personas con VIH y sus familias. 7.4 Implementación de opciones laborales y financieras para las personas con VIH y familiares, a fin de asegurar un porcentaje de los puestos laborales y proyectos de financiamiento para personas con VIH y familiares.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros MITRAB MIFAMILIA Universidades Vida Futura MINSA-SILAIS INSS	Fondo Mundial HORIZONT3000 Agencias de cooperación	Informes técnicos y financieros
7	8. Realización de acciones de reforzamiento de las capacidades institucionales para la atención en salud, en educación y trabajo para el cumplimiento de los derechos humanos en relación con el VIH.	8.1 Realización de acciones de abogacía con el MINSA y MINED en Managua para reforzar la capacidad de estos sectores en la RAAN. 8.2 Realización de acciones de abogacía para comprometer a las autoridades regionales en el apoyo político a las instituciones de justicia, salud, educación y trabajo. 8.3 Elaboración e implementación de una ley regional que obligue a las empresas e instituciones a desarrollar y cumplir con una política de atención frente al VIH en los centros laborales.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros	Fondo Mundial HORIZONT3000 USAID PrevenSida	Informes técnicos y financieros
1.3 6	9. Fortalecimiento de la gestión para la implementación del PER y este plan de acción. 1, 3, 5, 8,	9.1 Diseño e implementación de un plan de capacitación gerencial a los miembros de la CORLUSIDA con el propósito de mejorar el desempeño de la Respuesta Regional. 9.2 Evaluación anual del POA correspondiente al plan de acción. 9.3 Evaluación de medio término y final del PER.	2013-2015	CORLUSIDA y sus miembros	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000	Informes técnicos y financieros

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
<i>Determinante: Condiciones de vida y trabajo</i>						
2.6.1 2.6.15	10. Realización de acciones de educación dirigidas a la población en riesgo para prevención del VIH y las ITS. <sup>38-62</sup>	10.1 Readecuación cultural en versiones populares de los materiales educativos y distribución en comunidades, centros específicos y poblaciones clave. 10.2 Capacitaciones a la red de adolescentes y jóvenes de barrios y comunidades, CSC/ GSI (Grupo Indígena de Salud Intercultural).	2014 -2015	CORLUSIDA MINSA MINED Universidades	OPS HORIZONT3000 CCB TESIS Vida Futura Grupo 8 MODISEC USAID Prevención Combinada USAID PrevenSida	Informes técnicos, Informe financiero, hoja de asistencia, fotos, video, documentos utilizados, sistematización de experiencias del proceso
2.3.6 2.3.7	11. Incidencia sobre el acceso laboral conforme las distintas leyes y normas, con las autoridades gubernamentales, políticas y empresariales. <sup>1-10</sup>	11.1 Encuentro regional con representantes políticos, instituciones estatales y gubernamentales, ONG y sector empresarial para plantear la situación sobre el acceso laboral de poblaciones clave. 11.2 Encuentro municipal con representantes políticos, instituciones estatales y gubernamentales, ONG y sector empresarial, para plantear la situación sobre el acceso laboral a poblaciones clave. 11.3 Encuentro territorial con representantes políticos, instituciones estatales y gubernamentales, ONG y sector empresarial, para plantear la situación sobre el acceso laboral a poblaciones clave.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS PDDH MIGOB Vida Futura MITRAB CRAAN GRAAN	OPS PNUD	Informes técnicos, informes financieros, video, fotos, memoria, hoja de asistencia
<i>Determinante: Condiciones de servicios de salud</i>						
3.1.1 3.3.1 5.3	12. Reducción de los factores asociados al subregistro de coinfección. <sup>63-74</sup>	12.1 Monitoreo y seguimiento continuo de los registros del cumplimiento de normas, protocolos y registros de las acciones planificadas para el diagnóstico de VIH. 12.2 Capacitación al recurso humano en la actualización de normas, protocolos y notificación de coinfección. 12.3 Introducción de nuevas tecnologías diagnósticas para tuberculosis (prueba rápida de hexágono).	Enero 2014 a diciembre 2015  Enero 2014 a diciembre 2015  Marzo 2014	MINSA	ONG que trabajan el tema Fondo Mundial	Reporte de vigilancia epidemiológica

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
3.1	13. Aseguramiento de la atención integral a personas con VIH, ITS y otras enfermedades prevalentes según población priorizada. <sup>18-31</sup>	13.1 Monitoreo, por parte de una comisión, del cumplimiento de las normas y guías de atención integral a personas con VIH/ITS.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS	Fondo Mundial HORIZONT3000	Informes periódicos sobre el cumplimiento de las normas
		13.2 Aseguramiento de medios diagnósticos, equipos médicos y no médicos, fórmula láctea para hijos de madres VIH positivos e insumos terapéuticos necesarios para el manejo de los efectos adversos y de resistencia.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS	Fondo Mundial HORIZONT3000 USAID DELIVER USAID PrevenSida	Informes Equipos y materiales Insumos
		13.3 Realización de gestión para contar con médicos internistas, psicólogo, nutricionista, ginecólogo con disponibilidad para brindar una atención integral a la población priorizada.				
		13.4 Creación e implementación de mecanismos de acción de suministro de los ARV, para mantener la adherencia de los pacientes, incluyendo la coordinación con los puestos médicos comunales para el suministro de ARV.				
		13.5 Fortalecimiento de las capacidades de la fuerza laboral del área de salud, transfiriendo los contenidos técnicos en logística y desarrollando habilidades en su manejo a los docentes y estudiantes de las escuelas formadoras en las carreras de farmacia y medicina.				
		13.6 Entrenar en consejería y prueba rápida de VIH a las ONG que trabajan con poblaciones clave.				
2.4.1 2.4.2 2.4.4 2.4.7 2.4.9 2.6.3 3.2	14. Fortalecimiento de la prevención en las PEMAR y otras poblaciones clave haciendo énfasis en la reducción de los ITS y VIH. <sup>18-31, 63-74</sup>	14.1 Implementación de la estrategia de prevención combinada en PEMAR y otras poblaciones clave: reducir parejas sexuales, promover la prueba, uso correcto y consistente de condón.  14.2 Implementación de servicios preventivos con prioridad en las comunidades rurales del municipio de Waspam.	Octubre 2013 a septiembre 2015  Enero 2014 a diciembre 2015	Centro Clínico Bilwi AMODISEC MINSA, TESIS, CEDEHCA, MIGOB, Policía Nacional, INSS, Gaviota, Voces Caribeñas	USAID PrevenSida Fondo Mundial ICCO	Reporte de ONG

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		14.3 Elaboración e implementación de un plan de educación continua sobre las normas y guías de atención para los grupos integrados de salud intercultural, incluyendo la atención al VIH y otras infecciones prevalentes con el enfoque de atención primaria en salud (charlas, talleres, seminarios, encuentros de intercambio de experiencia entre médicos tradicionales y occidentales).	Octubre 2013 a septiembre 2015	CORLUSIDA MINSAL SILAIS COMULSIDA Comisión Municipal de Salud Centro Clínico Bilwi AMODISEC TESIS, CEDEHCA, MIGOB, Policía Nacional, INSS, Gaviota, Voces Caribeñas	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 USAID ASSIST USAID DELIVER USAID Prevención Combinada Fondo Mundial ICCO	Plan de educación continua Informes Listas de participantes
		14.4 Adecuación del sistema de referencia y contrarreferencia a nivel comunitaria, municipal, regional y nacional.				Sistema adecuado Reporte de ONG
		14.5 Entrenamiento en pre servicio a las ONG que trabajan con poblaciones clave en temas de gerencia y administración, logística y almacenamiento, VIH, control financiero, monitoreo y evaluación, gestión del conocimiento y trabajo en red.				Currículo Listas de participantes
		14.6 Capacitación en el servicio a las ONG que trabajan con poblaciones clave en temas de información estratégica, prevención combinada, cuidados de personas con VIH, grupos de ayuda mutua, violencia basada en género, estigma y discriminación hacia personas de la diversidad sexual y personas con VIH.				
		14.7 Implementación de la Encuesta de vigilancia de comportamiento Sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones clave.	2014	MINSAL	Fondo Mundial ONG	Informe de la encuesta
		14.8 Desagregación de la provisión de servicios preventivos en poblaciones clave y etnia que surgen del registro único de beneficiarios.	2013-2015	MINSAL ONG	USAID PrevenSida	Sistema de registro único
		14.9 Análisis de cobertura de servicios preventivos en poblaciones clave y por etnia	2013-2015	MINSAL ONG	USAID PrevenSida	Sistema de registro único
		14.10 Análisis de seropositividad por tipo de población y etnia.	2013-2015	MINSAL Fondo Mundial	USAID PrevenSida ONG	Encuesta de vigilancia de comportamiento sexual

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
2.5.2 2.5.4 2.6.1 2.6.11	15. Fortalecimiento del rol de parteras y comisiones comunales de salud en la promoción de los servicios materno-infantiles. 18-31	15.1 Creación y seguimiento a las comisiones comunales de salud incluyendo a las parteras de su comunidad.  15.2 Capacitación a las parteras y demás miembros de las comisiones comunales de salud sobre temas de VIH/sida, VIH en embarazo, en el recién nacido, principales estrategias comunitarias de salud (plan parto, casas maternas, vales de transporte, planificación familiar, atención del parto con adecuación cultural) para garantizar la complementariedad de las acciones en el acceso a los servicios de salud materno-infantiles tomando como lineamiento el MASIRAAN.  15.3 Organización y apoyo a las parteras y comisiones comunales de salud en la vigilancia de la embarazada diagnosticada VIH positivo.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS COMULSIDA Comisión Municipal de Salud	Fondo Mundial HORIZONT3000	Actas de conformación, actas de reuniones  Memorias de actividad, actas de reuniones  Actas de reuniones, transferencias, referencias y contrarreferencias
2.5	16. Implementación de las estrategias del sector salud para el acceso de los servicios materno-infantiles a embarazadas con VIH y primordialmente en las poblaciones clave. 18-31	16.1 Organización y seguimiento a las brigadas médicas móviles, casas maternas, vales de transporte para embarazadas para las embarazadas con VIH, para que permitan mejorar su condición de vida y se disminuya el riesgo de la infección vertical en comunidades de difícil acceso.  16.2 Adecuación del MASIRAAN para la atención de las poblaciones clave.	Permanente  Permanente	MINSA Centro Clínico Bilwi Comisiones comunales de salud  MINSA Centro Clínico Bilwi Comisiones comunales de salud	Fondo Mundial HORIZONT3000  Fondo Mundial HORIZONT3000	Informe de productividad  Informe de productividad
2.5 2.7	17. Promoción de la realización de las pruebas de VIH voluntarias desde la red de servicios enfatizando en las poblaciones clave, las embarazadas y población en general. 18-31	17.1 Realización de ferias de salud que permitan el acceso a la prueba rápida de VIH.  17.2 Aseguramiento de la disponibilidad de las pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH.	IV trimestre 2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS PDDH Universidades	Fondo Mundial HORIZONT3000 USAID PrevenSida	Equipos, reactivos Informes

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		17.3 Gestión con la institución y/o agencias, la adquisición de equipos y reactivos de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento en los principales establecimientos de salud (CD4, ELISA, Western blot).				
		17.4 Realización de pruebas rápidas de VIH en poblaciones clave por las ONG que han sido capacitadas y cuentan con los insumos.	2013-2015	MINSA Centro Clínico Bilwi	Fondo Mundial USAID PrevenSida	Informe de productividad
3.5	18. Creación de espacios gerenciales para la implementación de convenios, acuerdos y alianzas que garanticen un sistema de registro único. 1, 3, 4, 5, 7, 8,	18.1 Realización de mapeo de las acciones que organizaciones locales e instituciones realizan en la lucha contra el VIH/sida.	IV trimestre 2013	CORLUSIDA MINSA SILAIS PDDH Universidades	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000	Memorias de actividades
		18.2 Revisión e implementación de instrumentos que permitan llevar un registro único.				Instrumentos
		18.3 Uso y disseminación de la información generada por el registro único.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS	Fondo Mundial USAID PrevenSida	Reportes del sistema de registro único
2.6 4.1.5 4.2.1 3.2.1	19. Implementación de campañas masivas de IEC (radiales, asambleas comunales, conferencias religiosas, etc.) sobre el VIH/sida, adecuadas a la cosmovisión de los pueblos ante esta enfermedad, con enfoque intercultural, de género y generacional, de promoción de la salud sexual y reproductiva y una vida sexual saludable. 63-74	19.1 Conformación y funcionamiento de un grupo de comunicadores de la región que diseñen campañas de IEC desde la cosmovisión de los pueblos.	2013-2015	CORLUSIDA	Fondo Mundial HORIZONT3000 Otras agencias	Informes Muestras de los mensajes
		19.2 Diseño de materiales educativos adaptados a lengua materna regional (mantas, boletines, calendario, bolsos, camisetas, gorras, llaveros) con mensajes alusivos a la prevención de las ITS/VIH y la Ley 820.				
		19.3 Realización de spot televisivos, radiales y perifoneo con temas alusivos a la prevención de las ITS/VIH y conocimiento de la Ley 820.				
		19.4 Realización periódica de ferias informativas.				
		19.5 Capacitación al recurso humano en la actualización de normas, protocolos y notificación de coinfección.				
		19.6 Introducción de nuevas tecnologías diagnósticas para tuberculosis (prueba rápida de hexagón).	Marzo 2014			

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
<i>Determinante: Redes sociales y comunitarias</i>						
2.3 1.6	20. Promoción de espacios de articulación, para establecer diálogos y abordajes interculturales con universidades, comunidades, actores clave, poblaciones en mayor riesgo, personas con discapacidad, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con VIH y sida, donde se aborden las temáticas de discriminación, violencia hacia personas que conviven con VIH/sida. <sup>32-36</sup>	<p>20.1 Actualización del mapeo de actores clave, poblaciones en riesgo, organizaciones locales, organismos no gubernamentales, organizaciones de personas que viven con VIH/sida, personas con discapacidad jóvenes/adolescentes, mujeres que trabajan la temática.</p> <p>20.2 Realización de sesiones de diálogo/discusiones, que permitan definir el abordaje intercultural de la discriminación y violencia hacia personas que conviven con VIH/sida, con universidades, comunidades, actores clave, poblaciones en mayor riesgo, personas con discapacidad, jóvenes/adolescentes, mujeres, personas con VIH y sida.</p> <p>20.3 Realización de diálogos y discusiones con dirigentes políticos, autoridades autonómicas y religiosas para lograr la sensibilización y que contribuyan a la reducción del estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas que conviven con el VIH/sida, desde el rol que juegan en la sociedad.</p> <p>20.4 Realización de diálogos y discusiones en los territorios y comunidades, con estas autoridades para lograr la sensibilización y que contribuyan a la reducción del estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas que conviven con el VIH/sida, desde el rol que juegan como autoridades.</p> <p>20.5 Capacitación a comisiones comunales de salud, personas que viven con VIH/sida, personas con discapacidad, etc.) acerca del tema de VIH, la discriminación, estigma y violencia, hacia las personas que conviven con el VIH/sida.</p>	Septiembre 2013	CORLUSIDA COMULSIDA ONG Autoridades territoriales	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT300 Otras agencias USAID ASSIST	Documento MAPEO
			Noviembre - diciembre 2013			
			2014-2015			

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
		20.7 Promoción y apoyo a grupos de autoayuda a poblaciones en mayor riesgo, personas con discapacidad, personas con VIH y sida, con padres de familia, la familia, comunidad, centros de trabajo.				
2.2.2 2.7 2.7.1	21. Sensibilización con trabajo de pares, priorizada para las adolescentes, con metodologías vivenciales y reflexivas. <sup>32-62</sup>	21.1 Formación de líderes adolescentes y jóvenes para el abordaje de pares en riesgo, utilizando metodologías vivenciales y otras para el cambio de comportamiento.	Abril 2014 a diciembre 2015	MINED ONG	Cooperantes	Reporte anual MINED y ONG
<i>Determinante: Estilos de vida (CAP)</i>						
1.2.1 1.2.2 1.3.1 2.6.2	22. Implementación de capacitaciones a los uniformados sobre estilos de vida segura y saludable en coordinación con el jefe de la unidad militar. <sup>32-62</sup>	22.1 Realización de reunión de coordinación interinstitucional para planificar actividades de prevención en uniformados. 22.2 Ejecución de plan de acción interinstitucional de prevención en uniformados. 22.3 Planificación y organización de las capacitaciones con la unidad militar. 22.4 Realización de las capacitaciones al personal médico militar sobre estilos de vida saludable, sexualidad sana y Ley 820.	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS Centro Clínico Bilwi PDHH Ejército Nacional Policía Nacional	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000	Informes técnicos de las capacitaciones y listas de participantes
		22.5 Capacitación a los miembros de la Policía Nacional a cargo de presos de las cabeceras municipales de la RAAN, sobre estilos de vida saludable, sexualidad sana y Ley 820.	Septiembre - octubre 2013	CORLUSIDA TESIS Destacamento Miliar Norte-EN Policía Nacional Benemérito Cuerpo de Bomberos Fuerza Naval	MINSA CORLUSIDA	Acta de CORLUSIDA
		22.6 Creación y funcionamiento de la mesa sectorial de población uniformada para la ejecución, monitoreo y evaluación del plan de capacitación.	Noviembre 2013 a octubre 2015	CORLUSIDA CEDEHCA PDDHH MIGOB Policía Nacional Ejército Nacional	HORIZONT3000 Fondo Mundial	Acta de reunión evaluativa de la mesa sectorial

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
2.1 2.2 3.1 3.2 3.4	23. Promoción y formación de los grupos de autoayuda. <sup>32-36</sup>	23.1 Conformación del grupo de autoayuda en Waspam, en coordinación con CCB, MINSA Waspam, Clínica Santa Inés, AMC y PVVS de Waspam. 23.2 Capacitación a los miembros del grupo de autoayuda de Waspam. 23.3 Seguimiento al grupo de autoayuda nuevo en Waspam. 23.4 Capacitaciones y seguimiento al grupo de autoayuda Vida Futura de Bilwi en los temas relacionados a la promoción de salud y sexualidad sana para continuar su fortalecimiento.	IV trimestre 2013-2015 Reuniones mensuales, capacitaciones bimensuales a los miembros de los grupos.	CORLUSIDA MINSA SILAIS Centro Clínico Bilwi Iglesia Morava Vida Futura MINSA municipal Waspam Clínica Santa Inés MIFAMILIA MINSA MODISEX AMC	OPS HORIZONT3000 USAID PrevenSida Fondo Mundial Otras agencias	Memorias de reuniones, listas de participantes de las capacitaciones y acta de conformación del grupo de Waspam
2.7 2.8.1	24. Implementación de manera sistemática (incluida en el plan de estudio) de la Ley 820, la educación sexual y reproductiva en la educación primaria y secundaria en la RAAN en coordinación con el MINED. <sup>11-17</sup>	24.1 Reunión interinstitucional con los actores y autoridades competentes tales como: Comisión de Educación, Secretaría de Educación, MINED, universidades locales y Consejo Ecueménico. 24.2 Capacitación y sensibilización a los técnicos, directores y docentes. 24.3 Actualización e implementación de la educación sexual en programas de estudio, de forma gradual y científica, inclusiva, desde las perspectivas multicultural de género y derechos humanos. 24.4 Elaboración, en coordinación con el MINED, de plan de visita a los diferentes centros escolares de primaria y secundaria, para la realización de la réplica de los temas sobre la educación de salud sexual y reproductiva a los estudiantes. 24.5 Realización de las visitas a los diferentes centros escolares para la réplica a los estudiantes sobre la educación de salud sexual y reproductiva. 24.6 Realización de capacitaciones a los docentes acerca de la Ley 820 durante el TEPCE. 24.7 Inclusión en el plan educativo mensual y realización de la multiplicación de las capacitaciones acerca de la Ley 820 a los alumnos.	2013-2015	CORLUSIDA MINED Regional Secretaría de Educación del GRAAN Comisión de Educación MINSA SILAIS	Fondo Mundial HORIZONT3000 Otras agencias	Informes de visita, informes de capacitaciones y lista de participantes

## V. Matriz del Plan de acción... (Cont.)

Result. PER	Acciones	Actividades	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
2.1 2.2 3.1 3.2 3.4	25. Sensibilización sobre acceso y disponibilidad del uso de condones y lubricantes en centros de encuentros. <sup>11-17</sup>	<p>25.1 Visitas de sensibilización a dueños de centros de encuentro (hoteles, hospedajes, bares) así como autoridades de universidades y otros centros educativos.</p> <p>25.2 Abordaje a la población en los centros de encuentro sobre la prevención y el acceso del condón y lubricantes.</p> <p>25.3 Capacitaciones dirigidas a dueños de centros de encuentro (hoteles, hospedajes, bares) así como autoridades de universidades y otros centros educativos y de las unidades de atención primaria del sistema de salud.</p> <p>25.4 Utilización de estrategias y medios de comunicación, tales como obras teatrales, dramatizaciones, cuñas radiales y televisivas, panfletos, afiches, rotafolios, etc., a fin de promover el acceso de condón y demás formas de prevención del VIH y sida.</p>	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS Centro Clínico Bilwi Universidades ONG	Fondo Mundial USAID PrevenSida HORIZONT3000 OPS Fondo Indígena USAID Prevención Combinada	Informe técnico, informe financiero, listas de asistencias, fotos, video, documentos utilizados, sistematización de experiencias del proceso
2.2.2	26. Promoción del autocuidado, autocontrol y la corresponsabilidad, desarrollada por pares de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad ante la infección de VIH/sida e ITS. <sup>63-74</sup>	<p>26.1 Elaboración de materiales educativos en versión popular acerca del autocuidado, de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad frente a la infección del VIH/sida e ITS, y distribución en centros específicos y unidades del primero y segundo nivel de atención del sistema de salud.</p> <p>26.2 Desarrollo de charlas educativas implementando metodologías reflexivas y demostrativas, en los centros educativos (universidad, centros de secundaria y primaria públicos y privados) así como unidades del primero y segundo nivel de atención del sistema de salud.</p> <p>26.3 Diseño y transmisión de cuñas radiales cuyo contenido sea: autocuidado, autocontrol, situaciones de riesgo y vulnerabilidad frente a la infección del VIH/sida e ITS.</p>	2013-2015	CORLUSIDA MINSA SILAIS MINED Secretaría de Educación Universidades MIGOB PDDH Centro Clínico Bilwi	Fondo Mundial OPS HORIZONT3000 Fondo Indígena USAID PrevenSida	Informe técnico, informe financiero, listas de asistencias, fotos, video, documentos utilizados, sistematización de experiencias del proceso

## VI. Recursos

Tabla 10: Disponibilidad financiera para la implementación del PER CORLUSIDA RAAN

Objetivos	USAID PrevenSida	UNFPA	UNICEF	OPS/OMS	PNUD	HORIZONT3000	Plan Internacional	Médicos del Mundo	Fondo Mundial	BID
1. Brindar atención integral en salud a las personas con VIH, garantizándoles a través de los Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI) la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.	X			X		X			X	X
2. Sensibilizar a la población en general e instituciones, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas con VIH.		X			X	X			X	
3. Contener la aceleración en el incremento de nuevas infecciones de VIH en HSH, gay, personas trans, hombres y mujeres en trabajo sexual, y población general de 15 a 24 años, incrementando las acciones de prevención y el diagnóstico temprano.	X	X								
4. Promover el ejercicio responsable de la sexualidad y la prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque del Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN (MASIRAAN) y realizando acciones dirigidas a la población general y, de forma primordial, a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.			X	X	X	X				
5. Reducir el porcentaje de niños y niñas que nacen con VIH de mujeres con VIH.			X	X			X			X
6. Fortalecer los programas en Salud Sexual Reproductiva (SSR) como marco de abordaje para asegurar la atención integral de personas con ITS, VIH y sida, en cumplimiento de los Derechos Humanos y Derecho de los Pueblos Indígenas.		X				X	X	X		
7. Fortalecer la educación sexual dentro y fuera del sistema nacional de educación.			X		X					
8. Desarrollar el sistema de información, monitoreo y evaluación orientado a la gestión de la Respuesta Regional frente al VIH/sida.	X					X				

## VII. Anexos

- 
1. Metodología para formulación del plan de acción
  2. Participantes en el taller de formulación del plan de acción
  3. Evidencias sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN
  4. Datos generales sobre los documentos consultados
  5. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave
-

## **Anexo 1: Metodología para formulación del plan de acción**

El proceso de formulación del plan de acción se estructuró en los siguientes momentos:

Primer momento: Preparación metodológica del proceso de formulación del plan de acción

Segundo momento: Diseño del plan de acción

Tercer momento: Ajuste de datos en relación con información que tienen los miembros de la CORLUSIDA

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada uno de los momentos metodológicos.

### **1. Preparación metodológica del proceso de formulación del plan de acción**

- a) Elaboración del esquema metodológico para la utilización del enfoque de determinantes sociales de la salud para la formulación del plan de acción, así como de la selección de los determinantes a utilizar.
- b) Consulta documental de 63 documentos, a fin de seleccionar evidencias referidas a la situación del VIH/sida en la RAAN.
- c) Ordenamiento preliminar por determinante social de la salud de 109 evidencias seleccionadas de 21 documentos, como un ejercicio de preparación de los facilitadores, para luego brindar apoyo a los equipos con mayor seguridad. Este documento también se utilizó para uno de los trabajos de grupo.
- d) Edición de las 109 evidencias, a fin de presentarlas en forma de esquila en papel bond blanco, de tal manera que se distribuyeran entre los equipos para que se leyeran, analizaran y clasificaran según los determinantes sociales de la salud y, en favorables o limitantes.
- e) Preparación de tarjetas de 6 colores, uno por cada determinante social de la salud.
- f) Diseño metodológico del taller de formulación, preparación de las guías de trabajo en equipo y elaboración de un documento conceptual básico sobre determinantes sociales de la salud.
- g) Aseguramiento de la logística requerida para un taller con 28 participantes y una metodología estrictamente de trabajo en equipo.

### **2. Diseño del plan de acción**

Durante los días 14, 15 y 27 de agosto de 2013, mediante la modalidad de taller, se desarrolló el proceso de diseño del Plan de acción para atención integral del VIH a pueblos mestizos, indígenas y afrodescendientes, poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y personas con VIH y sida (PVIH) en la RAAN, tomando como base el Plan Estratégico Regional (PER CORLUSIDA RAAN) y el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), con la participación de 28 representantes de las instituciones y organizaciones miembros de la CORLUSIDA. (Ver anexo 2)

Para ello se cumplieron las siguientes fases:

- 1º. Análisis de la situación del VIH/sida en la RAAN
- 2º. Priorización de las evidencias de la situación analizada
- 3º. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave y relación con el PER
- 4º. Formulación del plan de acción

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada una de las fases metodológicas del proceso de diseño del plan de acción.

### **1º. Análisis de la situación del VIH/sida en la RAAN**

- a) Exposición dialogada sobre determinantes sociales de la salud, incluyendo ejemplos referidos a la situación del VIH/sida en la RAAN.
- b) Trabajo en 4 equipos para leer, analizar y clasificar las 109 evidencias de 21 documentos, según los determinantes sociales de la salud y, según sean favorables o limitantes, las cuales se entregaron en esquelas. Al clasificarlas debían pegarlas en la tarjeta del color que correspondía al determinante y luego escribir si era favorable o limitante.
- c) En plenario, cada equipo iba colocando sus tarjetas en el sector que correspondía al determinante y los demás participantes sugerían revisar la clasificación cuando consideraban que pertenecía a otro determinante.

### **2º. Priorización de las evidencias de la situación analizada**

- a) Mediante trabajo en equipo, los participantes seleccionaron las evidencias limitantes que reflejaban las brechas más relevantes. Para ello se les entregó el documento de clasificación preliminar según los determinantes, enriquecido con las observaciones del plenario anterior. De esa manera no se necesitó mover las tarjetas de colores del salón. Solamente se formaron 4 equipos de trabajo, porque dos de ellos revisaron dos determinantes.

Equipo 1: Condiciones socioeconómicas y condiciones de vida y trabajo

Equipo 2: Condiciones de servicios de salud y redes sociales y comunitarias

Equipo 3: Estilos de vida: CAP

Equipo 4: Factores biológicos y genéticos

Cada equipo recibía apoyo continuo de los(as) facilitadores, a fin de asegurar el enfoque, aclarar dudas y contribuir a la realización del trabajo.

### **3º. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave**

- a) De acuerdo con la selección de las evidencias que representan las brechas más relevantes, los participantes en los mismos grupos, escribieron la primera propuesta de acciones, actores clave y socios. Al mismo momento iban estableciendo la relación entre evidencias y líneas estratégicas del PER.

- b) En plenario se revisaron y valoraron las propuestas de cada equipo, de tal manera que se afinara la información preliminar básica para la formulación del plan de acción. (Ver anexo 5)

#### **4º. Formulación del plan de acción**

- a) Siempre manteniendo los 4 equipos de trabajo con los mismos integrantes, se procedió a la formulación del plan de acción, utilizando la matriz de acciones de la actividad anterior.
- b) En este momento se profundizó el análisis de las evidencias priorizadas, lo cual sirvió para que los participantes con mayor seguridad decidieran mantener, modificar o cambiar algunas acciones, así como para precisar las actividades de cada acción en la matriz del plan de acción.
- c) Para finalizar el proceso de formulación, cada equipo presentó en plenario su propuesta de acciones según el determinante que trabajó. Los demás participantes plantearon algunas sugerencias que permitieron enriquecer cada propuesta.

## Anexo 2:

### Participantes en el taller de formulación del plan de acción

Tabla 11: Lista de participantes al taller de formulación del plan de acción

No.	Nombres	Procedencia	Cargo
1.	Freddy Suárez Williams	BICU	Resp. Cultura y Deportes
2.	Mabel Gammie	MINSA	Coord. Componente ITS/VIH
3.	Ingrid Diesen B.	Clínica Bilwi	Subdirectora
4.	Jessica Natty N.	AMODISEC	Enfermera
5.	Elmer Johnson S.	AMODISEC	Programático
6.	Felipe Mitchel Nicho	CRAAN	Miembro Comisión de Salud
7.	Zaida Alvarado H.	CRAAN	Comisión de la Mujer
8.	Indiana McDonald	CRAAN	Secretaria de Vocales
9.	Marvin Sequeira M.	Asociación Vida Futura	Presidente
10.	Teresa Moreno Blanco	IMTRADEC/URACCAN	Resp. Etnobotánica
11.	Rosa Aguilar Wilson	MIFAMILIA	Resp. Administrativa
12.	Levy Clayton Coleman	MITRAB	Insp. Higiene y Seguridad
13.	Flavio Herrera Molina	GRAAN	Consultor Secretaría de Salud
14.	Ivania López C.	SILAIS-Bilwi	Directora General
15.	Elisa Martin Waldon	UNFPA-CRAAN	Coordinadora Regional AVJ
16.	Hilario Supper García	Grupo 8	Coordinador
17.	Juan Ruiz A.	TESIS	Técnico
18.	Alejandro Ruiz Corea	TESIS	Coordinador
19.	Erna M. Patterson	NBPA/AN	Coordinadora
20.	Catalina Pedro Baker	MINED	Técnica
21.	Verónica Watson	CORLUSIDA	Presidenta
22.	David Delvie	UP-INSS	Oficial de Campo
23.	Erick Guzmán	CORLUSIDA	Oficial de Monitoreo y Evaluación
24.	Karen Thompson	Salud Sin Límites	Gerente de Programa
25.	Marvin Sánchez N.	MIGOB	Delegado
26.	Silvia Malespín	Bilwi/GRAAN	Directora Secretaría de Salud
27.	René Smith J.	Alcaldía Municipal	Técnico de Juventud
28.	Adelaida Paiza	Puerto Cabezas	Resp. Prog. VIH

### Anexo 3: Evidencias sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la RAAN

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009–2010. Nicaragua: CONISIDA/ MINSA; mayo 2012.** [http://www.pasca.org/sites/default/files/NI\\_MEGAS\\_2009\\_2010\\_FEB13.pdf](http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf)<sup>14</sup>

1. Del año 2009 al 2010, la terapia ambulatoria en general experimentó un incremento del 44% en la ejecución de recursos, al desglosarla por tipo de gastos se puede apreciar que la terapia antirretrovírica para adultos, ocupa el primer lugar del gasto y tuvo un incremento del 82%, seguida por el tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas, con una variación del gasto menor. La terapia antirretrovírica de primera línea para adultos, se incrementó en 130%, lo que indica un importante aporte en términos de cobertura.
2. En los gastos de atención y tratamiento con USD 5,612,948 que corresponde al 23%, se observa, que los recursos destinados a la TAR, los suministros para la atención de infecciones oportunistas fueron financiados fundamentalmente con recursos provenientes de fuentes internacionales y los recursos públicos utilizados en la hospitalización y la atención de las infecciones de transmisión sexuales.

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Línea de Base Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Nicaragua: CONISIDA; 2010.**<sup>15</sup>

3. Antes del diagnóstico de VIH el 75.3% de los encuestados realizaba alguna actividad remunerada, con salario un promedio de C\$ 3,216 córdobas. Al momento de realizar la encuesta, el 51.9% trabaja (descenso de 23.4 puntos porcentuales), con ingreso promedio mensual de C\$ 1,809 córdobas (reducción de 43.7% de la capacidad adquisitiva monetaria).
4. La hospitalización duró 28.6 días (en personas con “Muchos síntomas” 47 días).
5. El gasto en salud per cápita de los hogares relacionado al VIH en 2009, se estima en C\$ 2,289.8 córdobas.
6. La venta de bienes para cubrir gastos de salud fue reportada por el 26.2% de los encuestados.

7. El costo promedio per. cápita de atención de personas VIH/sida se estima en C\$ 21,945.66 córdobas en 2009.
8. El costo total de atención de personas con VIH/sida en consulta externa es de C\$ 2,609.46 córdobas por persona. El costo total de casos VIH/sida hospitalizados de C\$ 38,746.14 córdobas por persona.

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. Periodo de cobertura: enero de 2010-diciembre de 2011. (Acceso 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en:** [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_NI\\_Narrative\\_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf)<sup>16</sup>

9. A nivel nacional, de 1,171 casos registrados en el 2011, las regiones autónomas aportaron el 8% de los casos para un total de 73 en la RAAN y 18 en la RAAS.
10. En el 2,011 se registran un total de 48 casos de coinfección TB/VIH, sin embargo se estima un 65% sub notificación en los registros de casos de coinfección.
11. La prevalencia de VIH en embarazadas según estudio de sitios centinelas realizado del 24 de octubre al 24 de noviembre 2011 es de 0.03% (1/2,677).
12. En el 2010, la tasa de abandono fue del 23%. 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.

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Modelo de Modos de Transmisión del VIH. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en:** [http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4](http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4)<sup>17</sup>

13. Entre los casos de nuevas infecciones por VIH para el año 2012 el 50.6% serán personas que pertenecen a poblaciones clave, a expensas mayoritariamente de HSH (44.5%).
14. Al sumar a las poblaciones clave los grupos más cercanos a ellos como las parejas féminas de HSH y clientes de trabajadoras

sexuales la proporción de las nuevas infecciones supera la mitad del total con 54.0%.

15. Las parejas de integrantes de grupos de poblaciones clave y de otros grupos de riesgo representarán el 9.9% de los nuevos casos esperados.
16. La tasa de incidencia de VIH según el modelo para la población de 15 a 49 años es de 61 x 100,000 habitantes (transmisión sexual).
17. Las tasas más altas son las de personas Trans con 2,965 x 100,000 y las de HSH con 2,310 x 100,000, y la de parejas femeninas de UDI con 2,149 x 100,000.

**Ministerio de Salud. Reporte de vigilancia epidemiológica de las ITS y el VIH en Nicaragua. MINSa; 2012.**<sup>18</sup>

18. En la RAAN, la tasa de incidencia de ITS en el 2012 fue de 73 x 100 mil habitantes, 35 puntos superior a la tasa nacional.
19. De acuerdo a la tasa de prevalencia puntual de VIH, la RAAN presenta una tasa de 219 por 100 mil personas que la ubica entre los 5 departamentos de alto riesgo.
20. En el 2012 la tasa de incidencia de VIH en la RAAN fue de 29 por cada 100 mil habitantes, que representa 3 puntos menores que la tasa de incidencia de país (32).
21. En el año 2012, se registran 40 PVIH ingresados a TARV.
22. En 2012, 5 niños ingresados a TARV.

**USAID|PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: USAID|PrevenSida; 2011.** [http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100](http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100)<sup>19</sup>

23. En general, el 54.1% (172) del total de informantes expresó que se sintió discriminado.
24. El 72.7% (125) dice haber recibido esta discriminación de parte de la comunidad, así como de su hogar (43.6%) y de la policía (27.2%). Opinión de los discriminados.
25. En estos niveles de discriminación los mayores porcentajes, según quiénes discriminan, se refieren a las PEAR y PVS, sobre todo de parte de la comunidad 79.8% y 68.2% respectivamente.

26. Referente a la violencia recibida, el 57.2% (182) del total de 318 personas encuestadas refirieron haber recibido violencia alguna vez, de las cuales el 66.9% corresponde a PEAR, 63% a PVS y 48.1% a población general.

**USAID|PrevenSida Nicaragua. Perfil básico de 51 ONG que trabajan el tema de VIH/Sida con PEAR y población en general, en 9 departamentos de Nicaragua. Nicaragua: USAID PrevenSida Nicaragua; 2011.**<sup>20</sup>

27. Los resultados evidencian que, durante 24 años, en el país ha habido trabajo continuo con la temática del VIH/Sida. En algunos casos las organizaciones han iniciado este trabajo antes de que obtuvieran su personalidad jurídica: CISAS, ANICP+VIDA, ANISHA, ADESENI, ICW, AMNLAE - Rivas, PRESIDIA, Campaña Costeña y Centro Clínico Bilwi.
28. En la Costa Caribe existe apertura para los espacios de concertación multisectorial como CORESIDA (Bluefields) y CORLUSIDA (Puerto Cabezas), ya que las organizaciones del estudio son miembros de estos espacios.

**Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009.**<sup>21</sup>

29. El 62% ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, lo cual incluye un 21% que la tuvo antes de los 12 años.
30. Se realizaron 616 pruebas del VIH, obteniendo un total de 26 pruebas positivas para el VIH y ratificadas según los mismos protocolos; estableciéndose para la muestra estudiada una seroprevalencia del 4.2%.
31. Un 21% de los HSH tuvo su primera relación sexual en contra de su voluntad. La positividad para sífilis en hombres que tienen sexo con hombres determinada en este estudio fue de 3.73%.
32. Los casos positivos del VIH se concentran homosexuales (18/251), para una prevalencia de 7.2% en este grupo.
33. Sólo el 19% de todos los HSH hace uso integral y consistente del condón.
34. En la última relación sexual, el condón se usó en el 56% de las ocasiones en que se realizó sexo anal, el 44% de las ocasiones de sexo vaginal y el 34% de las ocasiones de sexo oral, resultando en una tasa de 34% de uso consistente del condón en la última relación sexual. Las razones de no uso de condón,

- en la mayor parte de los casos (41%), se asocian a que el HSH no tiene control de las condiciones en que se realiza el encuentro.
35. Casi la mitad (46%) de los HSH estudiados se había realizado alguna vez la prueba del VIH, la más alta frecuencia se encuentra en los homosexuales (66%) y transexuales (60%), mientras en bisexuales (36%) y en heterosexuales (30%).
  36. Las acciones educativas y de apoyo más dirigidas a los grupos y personas han llegado a menos de la mitad de los HSH (43% en talleres de capacitación y 35% en consejerías).
- Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004.**<sup>22</sup>
37. El 94.8% (237) de los entrevistados manifestó que esta primera experiencia fue voluntaria y un 5.2% (13), que fue involuntaria, mediada por violación (8) y/o bajo amenazas (5), y esta experiencia violenta ocurrió cuando eran menores de 10 años de edad. El 68% (170) de los entrevistados refirió haber tenido su primera relación homosexual partir de los 15 años de edad; el 29.2% (73), entre los 10-14 años y el 2.8% (7), antes de los 10 años de edad.
  38. En el 42.4% (106) de los casos, la primera experiencia fue con un amigo personal; en el 23.2% (58), con un conocido; en el 15.2% (38), con un amigo de la familia; en el 10% (25), con un desconocido y en el 7.2% (18) de los casos, un familiar fue la pareja masculina en su primera relación sexual.
  39. Entre las prácticas sexuales mencionadas por los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se destacan las siguientes:
    - a. Relaciones sexuales orales sin el uso del condón 32.3% (207)
    - b. Relaciones sexuales bajo el efecto del licor 31.5% (202), relaciones sexuales anales sin el uso del condón 30.7%
    - c. Relaciones sexuales con hombres que usan drogas intravenosas 2.5%
    - d. Relaciones sexuales con hombres que sospechaban eran portadores de una ITS 1.7% (11)
    - e. Relaciones sexuales acompañadas de golpes y heridas 1.0% (7)
  40. Con relación al número de parejas sexuales que han tenido los entrevistados en el último año, se encontró que el 44% (110) expresó haber tenido de 1 a 3 parejas; el 18.8% (47), más de 9 parejas; 17.6% (44), de 4 a 6 parejas; el 14.0% (35), sólo 1 pareja y el 5.2% (13), de 5-8 parejas individual para adquirir y/o transmitir el VIH: relaciones sexuales desprotegidas y el número de parejas sexuales.
  41. El 78% (195) de los entrevistados, que ha recibido información sobre las ITS/VIH-Sida, identifica por lo menos alguna forma de transmisión, entre las que se destacan:
    - a. Sexo anal sin protección 19.5% (135)
    - b. Transfusiones sanguíneas 17.3% (120)
    - c. Relación sexual oral sin protección 16.6% (115)
    - d. Relaciones sexuales con penetración sin protección 13% (90)
    - e. Uso de drogas intravenosas 9.4%. (65)
  42. En cuanto a las formas de prevención, las más mencionadas fueron:
    - a. Uso del condón en toda relación sexual con penetración 41.7% (180)
    - b. Evitar relaciones con personas desconocidas 17.6% (76)
    - c. Abstinencia 14.6% (63)
  43. Entre los factores que motivan a los entrevistados a tener relaciones sexuales de bajo riesgo, se destacan valores, determinaciones, alternativas y habilidades, los siguientes:
    - a. Valorarse, quererse, respetarse a sí mismo y a los demás 33.9% (190)
    - b. Practicar el uso del condón hasta que llegue a ser parte natural en tu vida 23.2% (130)
    - c. Tomar licor sin perder el control 19.6% (110)
    - d. Ser creativo para encontrar alternativas a la penetración sin condón 15.5% (87)
    - e. Tener habilidad para negociar el uso del condón 7.3%
  44. El 63.6% (159) de los entrevistados utiliza el condón cuando tienen relaciones sexuales, el 33.6% (84) no lo utiliza y el 2.8% (7) lo utiliza de manera ocasional.
  45. Entre los motivos que determinan el uso del condón, los entrevistados señalaron los siguientes:

- a. Prevenir una infección de transmisión sexual y/o el VIH 56.8% (158)
  - b. No querer enfermarse 24.8% (69)
46. Los entrevistados que no usan el condón manifestaron algunas razones entre las que se destacan:
- a. No les gusta el condón 24.2% (36)
  - b. No pensaron que fuera necesario 22.1% (33)
  - c. No le gusta a la pareja 18.1% (27)
  - d. No siente lo mismo 14.8% (22)
47. Con relación a las habilidades y destrezas para convencer a la pareja de utilizar un condón en las relaciones sexuales, el 58% (145) de los entrevistados argumenta y negocia con su pareja el uso del condón y el 41.6% (104) no lo hace. Los argumentos más utilizados por los entrevistados para negociar el uso del condón con la pareja son:
- a. Evitar la infección del VIH 55.4% (124)
  - b. La importancia de cuidarse 35.3% (79)
  - c. Evitar embarazos 6.7% (15)
48. Los aspectos positivos que más identificaron los entrevistados durante su visita a estas unidades asistenciales fueron:
- a. Privacidad 23% (119)
  - b. Personal brinda confianza 21.4% (111)
  - c. Personal amable 13.5% (70)
  - d. Medicamento gratis 8.9% (46)
  - e. Consejo y consejería 7.9% (41)
49. Con relación a la prueba voluntaria del VIH para detección oportuna de la infección, el 41.60% (104) de los entrevistados se la han realizado.
50. Los lugares, frecuentemente, identificados por los entrevistados como sitios donde se pueden realizar la prueba del VIH son los siguientes:
- a. Centro de salud/hospital 30.3% (134)
  - b. Laboratorios 25.1% (111)
  - c. ONG 23.8% (105)
51. ¿Qué haría con un resultado positivo de VIH?
- a. Consultar al médico 37.5 % (222)
  - b. Realizar examen de laboratorio 24.0% (142)
  - c. Aplicar tratamiento 20.1% (119)
  - d. Suspender relaciones sexuales 6.26% (37)
  - e. No automedicarse 4.6% (24)
  - f. Buscar ayuda con los amigos
  - g. Buscar una ONG
52. Con relación a que si creen que se debe informar a la pareja y a la familia ante un diagnóstico de ITS/VIH positivo, el 91.6% (229), de los entrevistados manifestó que Sí se debe informar a la pareja y el 80.8% (202) que se debe informar a la familia.
- Mora, Marilyn [et al.]. Uso consistente del condón en trabajadoras sexuales. Primera edición. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua; 2009.<sup>23</sup>**
53. Aproximadamente, el 60% de las TS encuestadas usaron el condón de manera consistente, pues manifestaron que en los últimos 6 meses lo usaron siempre.
54. Cuando nos referimos solamente a las que tienen pareja estable, el porcentaje de uso consistente desciende al 40%, pero alcanza un 74% en las TS que están solas. En el caso de las menores de 25 años, se alcanzó un 61% de uso consistente en los últimos 6 meses.
55. El 55% sabe definir correctamente el VIH y el 38% hace lo mismo con el sida.
56. Las TS en un 84% a 87% se consideran expuestas al riesgo.
57. Un aspecto que llama la atención es que en el estudio basal, el 78% refirió haber estado alcoholizada al sostener relaciones.
- Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000-2011. Nicaragua: MINSa; 2011.<sup>24</sup>**
58. En Nicaragua, se registró el primer caso de Sida en 1987, para el año 2009 se registran un acumulado de 4,742 personas con VIH-Sida, de las cuales el 31.7% (N=1,505) corresponden al sexo femenino y el 67.7% (N=3,166) al sexo masculino. La relación hombre/mujer es de 2:1.
59. Año con año la tasa de incidencia del VIH ha ido en aumento. En el 2000, la tasa de incidencia, era el 2.5; para el 2009 se registra una tasa de 15.2 por 100,000 habitantes. Según estimación hecha por ONUSIDA en el 2007, la prevalencia de Sida en población adulta (15-49 años) fue de 0.2%. Los grupos de edad de 15-24 años (28%), 30-39 años (27%), 25-29 años (23,8%) y 40-49 años (11.7%) son los mayormente afectados.

60. Con relación al comportamiento en adolescentes del 10-19 años el 54% (183) son mujeres y el 46% (156) masculinos. En este grupo etario las mujeres se ven mayormente afectadas y la tendencia de este grupo es hacia el incremento según tendencia de los últimos 10 años. La prevalencia en VIH-sida del grupo de 15-24 años al 2009 es menor de 1%.

61. Con relación a la terapia con ARV, hasta la fecha un corte de personas con tratamiento ARV de 1,022: 808 adultos, 29 embarazadas y 67 niños. El 91% de la persona en TAR son Adultos. En 2009 ingresaron 278 personas a terapia con TARV con un aumento en el ingreso del 19% en relación al 2008.

**Telica González, Xiomara [et al.]. Prevalencia del VIH en pacientes ingresados al componente de la tuberculosis en 5 SILAIS priorizados. Nicaragua: 2009.<sup>25</sup>**

62. El 88.9% tenía múltiples parejas sexuales y un 5.6%, riesgos de droga intravenosa y abuso sexual.

63. 5 pruebas diagnósticas obtenidas para el VIH resultaron positivas para una prevalencia nacional de la infección del VIH en personas afectadas por tuberculosis del 3.7%; correspondiendo a una proporción mayor de esta prevalencia en el SILAIS de Managua, seguido por el SILAIS de la RAAS.

64. La prevalencia de la coinfección tuberculosis/VIH-Sida en los 6 SILAIS priorizados del país, fue de 3.7%, siendo los SILAIS de Managua y la RAAS los que tienen mayor proporción de la coinfección.

**Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA). Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN. RAAN, Nicaragua: CORLUSIDA; mayo 2013.<sup>26</sup>**

65. Desde 1988 a diciembre 2010 se ha diagnosticado a 299 personas con el VIH o sida en el SILAIS-RAAN, de las cuales 65 han fallecido. El 65.22 % de las captaciones fueron hechas en el municipio de Puerto Cabezas, el 28.77% en Waspam, el 1.67% en Rosita, 0.33% en los municipios de Siuna, Bonanza y Prinzapolka. Se desconoce la procedencia del 3.35%.

66. El 52% de las captaciones pertenecen al sexo masculino, el 48% corresponden al sexo femenino, sin embargo cuando se hace la relación con la edad se observa que el 25.18% de las mujeres fueron infectadas en edades más tempranas pudiendo relacionarse con

el hecho que las niñas en la región inician su vida sexual más temprano que los varones.

67. Del año 2006 al 2010 la captación total de embarazadas ha sido de 40 mujeres, de esto el 47.5% fueron captadas en el municipio de Puerto Cabezas, el mismo porcentaje en el municipio de Waspam, en los municipios de Rosita y Siuna se captaron 2.5% respectivamente.

68. El mecanismo de transmisión en la Región, al igual que el resto del país ha sido principalmente por la vía sexual la cual representa a un 86%.

**Delgado Sáenz, Patricia. Aceptación de pobladores y pobladoras entre 15 y 49 años y del personal de las instituciones de salud pública y privadas y de los centros alternativos de la sociedad civil, a las personas que viven con VIH. Nicaragua: 2011.<sup>27</sup>**

69. A nivel nacional, el 99.4% de las personas hombres y mujeres encuestadas dijeron que conocen la existencia del VIH.

70. 5 de cada 10 personas, (51.15%) conocen a personas que pueden estar contagiadas con el VIH.

71. La mitad de las personas consultadas son de la opinión de que el VIH se puede adquirir en la calle (54.1%); mientras que el 34.8% considera que en centros de salud u hospitales también se puede adquirir y el 23.5% dicen que hasta en la casa se puede adquirir.

72. Las personas encuestadas conocen que el VIH se transmite a través de las relaciones sexuales no protegidas (94.4%). Un 62.8% considera que se transmite por la vía sanguínea o parenteral.

73. Este porcentaje es similar en grupos de hombres (45.3%) y de mujeres (45.7%) que reconocen que el virus puede ser transmitido de madre a hijo antes del nacimiento, durante el parto y después del parto.

74. El 96% (483) de los/as consultados afirmó que tiene información sobre la existencia de una prueba para detectar el VIH, mientras que sólo el 4%, 20 personas, respondieron negativamente.

75. El 91.1% de las personas hombres y mujeres de entre 15 y 49 años manifestaron que están de acuerdo con que el VIH puede ser adquirido por cualquier persona y no solamente por homosexuales, transexuales, trabajadores del sexo o que usan drogas inyectables.

76. Del 89.5% de las personas hombres y mujeres encuestadas que dijeron que en una pareja de cónyuges, ambos deben tomar la decisión del uso del preservativo o condón.
77. El porcentaje de mujeres (85.8%) que estaría dispuesta a recibir y cuidar en su casa a un pariente con el VIH es un poco mayor que el porcentaje de hombres (82.7%).
78. Al indagar sobre la actitud frente a la prueba de diagnóstico del VIH, se encontró que el 66.4% se realizó la prueba, mientras que el 33.3%, no se la hizo.
79. Dos tercios de los trabajadores de la salud encuestados (67.4%) consideran que una persona con el VIH recibe una cita médica en una unidad de salud, al mismo tiempo que el resto de pacientes. Y, un tercio de estos trabajadores de salud, consideran que el tiempo para el cual dan una cita a personas con VIH es mayor que el de cualquier otro paciente, 32.6%.

**Corpeño, T. et al. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua. 2006-2007.<sup>28</sup>**

80. El 96.4% (53) inició vida sexual antes de los 20 años, y el 3.6%(2) la iniciaron después de los 20.
81. El 36.4% (20) había tenido dos compañeros sexuales, el 29.1% (16), solo un compañero y el 25.5% (14) habían tenido tres o más compañeros y el 9.1% (5), no mostró datos de esta variable.
82. En el 81.8% (45) de los casos se utilizó terapia profiláctica antirretroviral durante el embarazo y en el 18.2% (10) no se utilizó principalmente por diagnóstico tardío.
83. Los CD4 al ingreso de la paciente al programa, se realizó al 61.8% de los casos (34), no se le realizó al 32.7% (18) y no se encontraron datos de esta información en el 5.5% (3).
84. Al 91% (50) no se les brindó lactancia materna, acción que se realizó en el 9% (5), por diagnóstico tardío de la infección.

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH y sífilis en adolescentes de los SILAIS de Managua, Masaya, Chinandega, RAAN y RAAS. Nicaragua: CONISIDA; 2012.<sup>29</sup>**

85. El 100% ha tenido acceso a control prenatal.
86. En su último control prenatal el 84% recibieron información sobre el riesgo de la transmisión del VIH madre-hijo.

87. Al 90.8% les ofrecieron prueba de VIH y el 86% se realizó la prueba y conocieron su resultado.

**Gadea, Adilia [et al.]. Estudio cualitativo sobre el fortalecimiento institucional y su relación con el acceso a servicios de calidad en VIH-Sida. Nicaragua: 2009.<sup>30</sup>**

88. Las campañas IEC, la meta alcanzada fue del 74.5% de lo esperado y los resultados apuntan a seguir profundizando en la prevención de las ITS, VIH-Sida y la Ley 238.
89. La CAP dejó evidencia que sólo el 35% de los estudiantes recibieron información relacionada con las ITS, un 23% en VIH-Sida y un 51% sobre la Ley 238.
90. Los estudiantes que han sido alcanzados con los tres tipos de mensajes: ITS, VIH-Sida y Ley 238 sólo llegó a un 1%.

**Serpas Borge, Daniela. Fortalecimiento del Programa de Prevención de las ITS/ VIH/ SIDA en el marco de las misiones de paz del Ejército de Nicaragua y la Seguridad Nacional. Nicaragua: 2007.<sup>31</sup>**

91. Los militares del Ejército de Nicaragua, se informan en un 50% a través de los periódicos de circulación nacional, el resto lo hace a través del personal médico y paramédico de los puestos de salud de las unidades militares y de los centros de salud del MINSA.
92. Los hombres de las fuerzas armadas refieren en un 88% que la mujer debe de mantenerse virgen hasta el matrimonio, pero que es bueno que los hombres lleguen a él con experiencia adquirida a través de experiencias prematrimoniales en un 92%. Que es bueno combinar el sexo con el licor o drogas ya que estas prácticas lo hacen más placentero en un 52%.
93. El 68% de los militares refiere que el uso del condón disminuye el placer sexual, que usar este medio de protección va en contra de lo que promueve la religión en un 44% y que utilizando este medio de prevención se evita la erección del pene, manifestó el 32% de los encuestados.

**Secretaría de la Juventud (SEJUVE). Primera encuesta nacional de juventud. Nicaragua: 2010.<sup>32</sup>**

94. El 71% de los jóvenes entrevistados entre los 15 y 30 años refieren haber tenido relaciones sexuales, de ellos el 43% antes de los 15 años, 52% entre 16 y 20 años.

95. El 27% de los jóvenes hacen uso del condón como método anticonceptivo.

**Estudio de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo con relación a las ITS, VIH y sida, en jóvenes uniformados de 17 a 30 años de nuevo ingreso en las escuelas formadoras (Academia “Walter Mendoza”, Escuela de Bomberos, Sistema Penitenciario) del Ministerio de Gobernación de Nicaragua. Octubre/diciembre 2006.<sup>33</sup>**

96. El 100% de los encuestados han escuchado hablar de las ITS, y el 94.4% conocen que pueden adquirir una ITS, VIH y sida, por la principal vía de transmisión, la sexual, siendo la infección de transmisión sexual más conocida por ellos la sífilis y la gonorrea con un 79%.
97. Se observa que en cuanto a las formas de transmisión obtuvieron un porcentaje de 84% en comparación a las formas de prevención que alcanzaron un 90%, encontrándose que los entrevistados conocen al menos 4 formas de prevención e identifican 4 mecanismos de transmisión de las ITS, VIH y sida.
98. El 80.6% de ellos manifiestan no tener ninguna posibilidad o riesgo de adquirir una ITS, VIH y sida.
99. El 48.6% de los entrevistados no se ha realizado la prueba del VIH y sida, sin embargo el 92.8% está dispuesto a realizársela.

**División de Investigación Population Services International. NICARAGUA (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAN. PSI Social Marketing Research. Series, 2010**  
*<http://www.psi.org/resources/publications> [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2009-nicaragua\\_trac\\_msm\\_cdm.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2009-nicaragua_trac_msm_cdm.pdf)<sup>34</sup>*

100. El uso de condón durante la última relación sexual, aumentó significativamente con parejas ocasionales masculinas de 81.1% a 89% ( $p < 0.001$ ), con parejas fijas (estables) masculinas de 66% a 77% ( $p < 0.001$ ).
101. En general hubo un aumento significativamente en el uso de condón durante la última relación sexual con cualquier pareja de 76.3% a 85%.
102. Quienes reportan haber tenido o sospechado tener una infección de transmisión sexual (ITS) fue del 18.7%, y de estos el 65.1% reporta haber asistido al médico durante el último episodio de ITS. Estas cifras no difieren significativamente en relación al 2007.
103. El porcentaje de HSH que creen que la reducción de parejas ocasionales es un método de prevención del VIH se redujo significativamente de 38.5% a 13.1% ( $p < 0.001$ ). En cambio hubo un aumento en el % de HSH que de manera espontánea refieren que el uso del condón es un método de prevención del VIH, de un 91.7% a 97.5% ( $p < 0.001$ ).
104. El 59% de los usuarios consistentes y el 43% de los usuarios no consistentes reportaron haberse realizado una prueba de VIH en los últimos 12 meses ( $OR = 1.86$ ;  $p < 0.05$ ).
105. El 68.8% HSH señalan haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 30 días.
106. El 87.9% HSH tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses.
107. EL 13.1% HSH respondieron de manera espontánea que saben que reducir el número de parejas sexuales es un método de prevención del VIH.

## Anexo 4: Datos generales sobre los documentos consultados

Tabla 12: Matriz de datos generales de los documentos consultados

Estudio \ Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>1. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009 – 2010. Nicaragua: CONISIDA/MINSA; mayo 2012. <a href="http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf">http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf</a><sup>14</sup></p>	<p>Conocer cómo el país (entidades gubernamentales, organizaciones sociales, sector privado y la cooperación internacional) invirtió sus recursos en la Respuesta Nacional al VIH y sida en los años 2009 y 2010.</p>	<p>Estudio descriptivo dirigido a la Medición del Gasto en el cual se aplicó la metodología para la Medición del Gasto en Sida (MEGAS) diseñada por ONUSIDA para el seguimiento de los recursos de la Respuesta Nacional a la epidemia del VIH.</p>	<p>– Reporte de gasto de intervenciones realizadas para enfrentar la epidemia del VIH en el país, la fuente de información fueron las instituciones del Estado, sector privado, donantes y ONG.</p>
<p>2. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Línea de Base Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Nicaragua: CONISIDA; 2010.<sup>15</sup></p>	<p>Conocer el impacto socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua que constituya una Línea de Base para el desarrollo de la respuesta nacional.</p>	<p>Se desarrolló un estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo, para dar respuesta a las siguientes interrogantes:</p> <p>¿Qué entidades proporcionan los recursos para cubrir las necesidades en VIH/sida?</p> <p>¿Cuáles son las entidades que concentran los recursos financieros de las fuentes de financiación en VIH/sida?</p> <p>¿Dónde se ofrecen los beneficios en VIH/sida?</p> <p>¿Quiénes se benefician de las acciones en VIH/sida?</p> <p>¿En qué tipo de actividades se gastan los recursos para VIH y sida?</p> <p>¿Cuál es el efecto de la inversión en VIH/sida en relación al PIB?</p> <p>¿Cómo el VIH/sida afecta la economía y el mercado laboral?</p> <p>¿Cuál es el costo de atención hospitalaria de personas con VIH o sida?</p> <p>¿Cuál es el costo de atención ambulatoria de personas con VIH o sida?</p> <p>¿Cuál es el efecto del VIH/sida en la familia?</p>	<p>– PVIH</p> <p>– Familiares de PVIH</p>

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
3. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. Periodo de cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011. (Acceso 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en: <a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf</a> <sup>16</sup>	Elaborar informe de país sobre la epidemia del VIH.	Informe de país, basado en evidencias documentales de la epidemia del VIH en el periodo 2010-2011 liderado por la 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 por parte de ONUSIDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población general</li> <li>- Población en más riesgo</li> <li>- Población vulnerable</li> <li>- Personas con VIH</li> </ul>
4. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Modelo de Modos de Transmisión del VIH. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en: <a href="http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;layout=category&amp;Itemid=4">http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;layout=category&amp;Itemid=4</a> <sup>17</sup>	Realizar esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud (MINSa), agencias de cooperación y demás actores relacionados al VIH en Nicaragua, para realizar el estudio de "Modelo de Modos de Transmisión de VIH" (MoT), a efecto de que contribuya al conocimiento de la epidemia en el país y contar con insumos para la planificación de acciones a corto plazo.	MoT es un modelo matemático para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo en grupos vulnerables, creado por una iniciativa del grupo de referencia en estimaciones, modelación y proyecciones de ONUSIDA en colaboración con expertos mundiales en modelación de la epidemia de VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujer trabajadora sexual</li> <li>- Cliente de mujeres trabajadoras sexuales</li> <li>- Pareja de clientes de mujeres trabajadoras sexuales</li> <li>- Hombres que tienen sexo con hombres</li> <li>- Pareja femenina de hombres que tienen sexo con hombres</li> <li>- Persona Trans</li> <li>- Personas que tienen sexo casual heterosexual</li> <li>- Pareja de personas que tienen sexo casual heterosexual</li> </ul>
5. Ministerio de Salud. Reporte de vigilancia epidemiológica de las ITS y el VIH en Nicaragua. MINSa; 2012. <sup>18</sup>	Diseminar información relacionada a la vigilancia epidemiológica del VIH y las ITS en Nicaragua.	Reporte estadístico de personas afectadas por las ITS y el VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población general</li> <li>- PEMAR</li> <li>- Población vulnerable</li> <li>- Niñez y adolescencia</li> </ul>
6. USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: USAID PrevenSida; 2011. <a href="http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;layout=category&amp;Itemid=4&amp;limitstart=100">http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;layout=category&amp;Itemid=4&amp;limitstart=100</a> <sup>19</sup>	El objeto del estudio estuvo enfocado a obtener un diagnóstico respecto al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/sida, de manera que permita determinar los factores subyacentes que motivan las actitudes y comportamientos discriminatorios, y cómo éstos afectan la integridad personal y/o psicológica, así como la vida de estas personas, por parte de agentes estatales o por personas particulares, cuya motivación se fundamenta en el estado de salud y en la orientación sexual y/o identidad de género en las PEMAR y PVS.	Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal.	El universo de la población del estudio está formado por HSH, hombres gay, población transgénera, PVS y población general siendo un total de 318 personas.

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>7. USAID PrevenSida Nicaragua. Perfil básico de 51 ONG que trabajan el tema de VIH/Sida con PEMAR y población en general, en 9 departamentos de Nicaragua. Nicaragua: USAID PrevenSida Nicaragua; 2011.<sup>20</sup></p>	<p>Conocer el perfil básico de 51 ONG que trabajan el tema de VIH/Sida con PEMAR y poblaciones en general, a fin de reunir información sobre el nivel de desarrollo alcanzado por éstas, que pueda ser aprovechado por diversas instituciones estatales, empresas privadas y otros sectores de la sociedad civil nacional, así como organismos de cooperación internacional, incluyendo entre éstos, el Proyecto USAID PrevenSida Nicaragua, de tal forma que se contribuya con su promoción para posibles intervenciones de apoyo técnico y financiero.</p>	<p>Este estudio se desarrolló utilizando la herramienta metodológica de Mapeo de Actores, partiendo del supuesto que la realidad social puede verse conformada por relaciones sociales, donde participan actores e instituciones sociales.</p> <p>Realizada en siete departamentos y dos regiones autónomas del país (Chinandega, León, Managua, Masaya, Granada, Rivas, Chontales, RAAN y RAAS). El estudio, esencialmente, es de tipo cualitativo, a fin de evidenciar las características fundamentales de estas ONG que trabajan la temática del VIH/Sida, sobre todo en aquellas que se enfocan en poblaciones en más alto riesgo (PEMAR).</p>	<p>51 ONG que trabajan con PEMAR y población general</p>
<p>8. Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009.<sup>21</sup></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la prevalencia del VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres, en áreas geográficas seleccionadas.</li> <li>2. Identificar las prácticas de protección adoptadas por los HSH frente al VIH-Sida.</li> <li>3. Identificar los factores asociados a las diferencias encontradas en la seropositividad y la adopción de prácticas de protección entre los HSH establecidas según su exposición a intervenciones institucionales orientadas a mejorar la prevención del VIH-Sida.</li> </ol>	<p>Se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH y uso de condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a fin de analizar sus capacidades efectivas de protección ante los riesgos a que se exponen en su vida sexual y como una aproximación a la evaluación de los efectos que han tenido las acciones tendientes a la promoción y prevención del VIH-Sida en Nicaragua.</p>	<p>616 HSH de 9 localidades de Nicaragua que conformaron 5 conglomerados territoriales de análisis (Managua, Chinandega, León, Masaya y la Costa Atlántica), en una muestra que cumpliera como requisitos: ser mayor de 18 años, poder decidir por sí mismos (emancipación), residir en el sitio de la medición, ser sexualmente activos y haber tenido alguna relación sexual con otro hombre en los últimos 12 meses.</p>
<p>9. Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004.<sup>22</sup></p>	<p>Realizar un estudio que permita identificar patrones de conducta de la población HSH y sus prácticas sexuales, con el propósito de determinar una tipología psicosocial y proponer una metodología que diseñe estrategias de intervención para la prevención del VIH-Sida en esta población.</p>	<p>Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal.</p>	<p>El universo del estudio estuvo formado por la población de hombres que tienen relaciones con hombres (HSH).</p>

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<b>Estudio</b> 10. Mora, Marilyn [et al.]. Uso consistente del condón en trabajadoras sexuales. Primera edición. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua; 2009. <sup>23</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en Trabajadoras Sexuales (TS), según los datos de línea base del proyecto (o alternativos sustitutos si los hubiera), tomando en cuenta diferencias socio-demo-gráficas.</li> <li>Identificar factores asociados con cambios o no en la percepción de riesgo y las acciones individuales y colectivas ejecutadas con base en ese riesgo.</li> <li>Identificar factores asociados con cambios en la capacidad de negociación, cambios conductuales y prácticas de prevención.</li> <li>Determinar asociaciones de los cambios con fuentes de información e influencia, incluyendo la utilización de servicios de salud y otros de apoyo (familiares, consejeros, pastores, guías espirituales, etc.)</li> </ol>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal y de carácter cuanti-cualitativo, con el fin de retomar los aportes de ambos métodos.</p> <p>Por el método cuantitativo se implementó una encuesta CAP a 362 TS.</p> <p>La muestra para la parte cualitativa fueron 8 entrevistas a trabajadoras sexuales, 1 por departamento, para profundizar en la información con relación a cambios en su capacidad de negociación, cambios conductuales y prácticas de prevención.</p> <p>También se realizaron 2 entrevistas colectivas: 1 en Managua con 12 personas miembros del personal técnico de las organizaciones subreceptoras a nivel nacional y 1 con 2 personas miembros del personal técnico en Somotillo, así como 2 entrevistas focalizadas: con Acahualt y PROFAMILIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta CAP a 362 TS</li> <li>La muestra para la parte cualitativa fueron 8 entrevistas a trabajadoras sexuales, 1 por departamento</li> <li>2 entrevistas colectivas: 1 en Managua con 12 personas miembros del personal técnico de las organizaciones subreceptoras a nivel nacional y 1 con 2 personas miembros del personal técnico en Somotillo, así como 2 entrevistas focalizadas: con Acahualt y PROFAMILIA</li> </ul>
11. Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000–2011. Nicaragua: MINSa; 2011. <sup>24</sup>	<p>Desarrollar un proceso de análisis del subsector público del sector salud de Nicaragua, como herramienta que contribuya a la formulación de políticas y estrategias de desarrollo del sector, pero que se constituya en aporte fundamental al marco de análisis del CCA.</p>	<p>Se corresponde a un diseño exploratorio descriptivo de corte transversal, caracterizado por la búsqueda de información que tiene como fuente primaria los registros institucionales estadísticos del Ministerio de Salud de Nicaragua.</p>	<p>Habitantes del primer nivel de atención, enfermedades de notificación obligatoria, segundo nivel de atención, nacimientos y defunciones.</p>
12. Telica González, Xiomara [et al.]. Prevalencia del VIH en pacientes ingresados al componente de la tuberculosis en 5 SILAIS priorizados. Nicaragua: 2009. <sup>25</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Conocer la prevalencia e incidencia del VIH en pacientes con tuberculosis en los municipios priorizados de 7 SILAIS en las cohortes de los años 2006 y 2007.</li> <li>Conocer el proceso de atención de los pacientes en los programas de control de la tuberculosis y el VIH-Sida en municipios priorizados de 5 SILAIS para las cohortes de los años 2006 y 2007.</li> <li>Identificar los mecanismos de gestión y control entre los programas de control de tuberculosis y el VIH en los municipios priorizados de 5 SILAIS para las cohortes de los años 2006 y 2007.</li> </ol>	<p>Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un enfoque cuali-cuantitativo en 36 municipios de 7 SILAIS del país que se encuentran dentro del proyecto “Nicaragua, compromiso y acción ante el Sida, Tuberculosis y Malaria”.</p>	<p>Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar (TBP) diagnosticados y captados en los años 2006 y 2007 por el Programa de Control de la Tuberculosis de las unidades de salud de los 36 municipios de 7 SILAIS priorizados, que son: Managua, Chinandega, Matagalpa, Chontales, Jinotega, RAAN y RAAS.</p>

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>13. Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA). Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN. RAAN, Nicaragua: CORLUSIDA; mayo 2013.<sup>26</sup></p>	<p>Intensificar durante el período 2011-2015 los esfuerzos regionales y multisectoriales hacia la promoción del ejercicio responsable de la sexualidad, la prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque del Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN (MASIRAAN), realizando acciones dirigidas a la población general y de forma primordial a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad; fortaleciendo la educación sexual dentro y fuera del sistema nacional de educación; incrementando las acciones de prevención y el diagnóstico temprano, fortaleciendo los programas en Salud Sexual Reproductiva (SSR) como marco de abordaje para asegurar la atención integral de personas con ITS, VIH y sida, en cumplimiento de los Derechos Humanos y Derechos de los Pueblos Indígenas.</p> <p>El PER 2011-2015 establece como marco de acción de la Respuesta Regional a las ITS, VIH y sida, alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, rehabilitación, atención integral y protección social a huérfanos y familias afectadas directamente por el VIH. Para ello, se buscará la consecución de las siguientes metas y el impacto necesario para la contención y el control de la epidemia del VIH, a través del fortalecimiento del MASIRAAN, de una activa participación multiétnica, multisectorial y de la aplicación de lineamientos internacionales.</p>	<p>Documento elaborado por CORLUSIDA que recopila información de la situación de VIH en la RAAN y determina las brechas, estrategias de intervención y acciones encaminadas a enfrentar la epidemia en la región.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población general</li> <li>- PEMAR</li> <li>- Poblaciones vulnerables</li> </ul>
<p>14. Delgado Sáenz, Patricia. Aceptación de pobladores y pobladoras entre 15 y 49 años y del personal de las instituciones de salud pública y privadas y de los centros alternativos de la sociedad civil, a las personas que viven con VIH. Nicaragua: 2011.<sup>27</sup></p>	<p>Conocer el grado de aceptación de pobladores/as entre 15 y 49 años y el personal de las instituciones de salud pública y privadas y de los centros alternativos de la sociedad civil, a las personas que viven con VIH en ocho departamentos del país.</p>	<p>Enfoque metodológico mixto, (enfoque sociocultural con muestra de conglomerado).</p>	<p>Para la realización del estudio se seleccionó una muestra de ocho grandes conglomerados integrados por seis departamentos: Chinandega, Rivas, Managua, Granada, Chontales y Matagalpa; y dos regiones autónomas del Caribe: RAAS y RAAN, que corresponden a las 5 regiones geográficas del país: Pacífico, Sur, Centro, Oriente, Norte y Caribe.</p>

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
15. Corpeño, T. et al. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua. 2006-2007. <sup>28</sup>	Analizar la situación de la transmisión vertical de VIH en 11 Unidades hospitalarias de Nicaragua en los años 2006 y 2007.	Estudio analítico de corte transversal basado en la situación de la transmisión vertical del VIH en 11 Hospitales seleccionados de Nicaragua en el periodo: enero 2006 -diciembre 2007.  El universo estuvo conformado por 55 embarazadas seropositivas para VIH que acudieron a solicitar servicios de salud a los Hospitales: “Bertha Calderón” de Managua y Maternos de Chinandega, León, Masaya, RAAN, RAAS, Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Rivas y Río San Juan en el periodo de enero 2006 a diciembre 2007.	- PVIH embarazadas
16. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH y sífilis en adolescentes de los SILAIS de Managua, Masaya, Chinandega, RAAN y RAAS. Nicaragua: CONISIDA; 2012. <sup>29</sup>	Determinar el comportamiento sexual y la prevalencia de VIH y sífilis en adolescentes de 15 a 19 años en los SILAIS de Managua, Masaya, Chinandega, RAAN y RAAS. 2012.	Encuesta	Adolescentes de 15 a 19 años en los SILAIS de Managua, Masaya, Chinandega, RAAN y RAAS.
17. Gadea, Adilia [et al.]. Estudio cualitativo sobre el fortalecimiento institucional y su relación con el acceso a servicios de calidad en VIH-Sida. Nicaragua: 2009. <sup>30</sup>	Establecer el vínculo entre las principales acciones de articulación y fortalecimiento institucional y los resultados/indicadores del proyecto relacionados con acceso a servicios de calidad (diagnósticos, tratamientos, consejerías, etc.).	La medición cualitativa (valoraciones y percepciones) se desea de parte de dos “actores” a saber: “prestarios” 7 y “beneficiarios” 8.	Se propuso realizar un muestreo de actores e informantes clave que han sido beneficiados con las diferentes actividades realizadas en el componente del VIH-Sida, seleccionándose una muestra representativa de los 7 SILAIS y las 2 regiones autónomas (Jinotega, Matagalpa, Chontales, Masaya, Managua, Chinandega, RAAN y RAAS).
18. Serpas Borge, Daniela. Fortalecimiento del Programa de Prevención de las ITS/ VIH/ SIDA en el marco de las misiones de paz del Ejército de Nicaragua y la Seguridad Nacional. Nicaragua: 2007. <sup>31</sup>	Realizar estudio de Línea de Base (conclusivo) en las tropas del Ejército de Nicaragua dislocadas en las profundidades del Territorio Nacional.	Línea de Base, para conocer a profundidad el grado de conocimiento que los Oficiales, Clases y Soldados tienen sobre las ITS y el VIH/sida del EN. El grupo etario de población predominante es el de jóvenes comprendidos entre los 15 y 24 años de edad, que es el que corresponde a soldados y oficiales jóvenes, y la mayoría de ellos solteros (60%).	350 oficiales, clases y soldados del Ejército de Nicaragua.

Tabla 12: Matriz de datos generales de los... (Cont.)

Datos generales Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
19. Secretaría de la Juventud (SEJUVE). Primera encuesta nacional de juventud. Nicaragua: 2010. <sup>32</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer las percepciones de los jóvenes acerca de su visión del presente y futuro, la del país, así como la apreciación de los servicios que reciben, la valoración y confianza hacia la familia, el sistema político y las instituciones.</li> <li>2. Determinar el estado de nivel educativo, empleo, violencia y de consumo de drogas.</li> </ol>	Estudio descriptivo probabilístico, dirigido a la población nicaragüense entre las edades de 15 a 30 años, la muestra fue de 1,946 personas provenientes del Pacífico, Managua, Norte-Centro, Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua.	1946 adolescentes y jóvenes
20. Estudio de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo con relación a las ITS, VIH y sida, en jóvenes uniformados de 17 a 30 años de nuevo ingreso en las escuelas formadoras (Academia "Walter Mendoza", Escuela de Bomberos, Sistema Penitenciario) del Ministerio de Gobernación de Nicaragua. Octubre/diciembre 2006. <sup>33</sup>	Obtener información relacionada con el conocimiento, las actitudes y prácticas de riesgo en relación con las ITS, VIH y sida, que tienen los jóvenes uniformados de las escuelas formadoras de la Policía Nacional, Bomberos y Sistema Penitenciario Nacional que nos permita recolectar datos necesarios para una evaluación preliminar y que funcione como una línea de base del proyecto.	El diseño empleado para alcanzar los objetivos fue un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando un diseño muestral probabilístico estratificado.	La muestra entrevistada fue de 319 Jóvenes uniformados de las tres escuelas formadoras del Ministerio de Gobernación.
21. División de Investigación Population Services International. NICARAGUA (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAN. PSI Social Marketing Research. Series, 2010 <a href="http://www.psi.org/resources/publications">http://www.psi.org/resources/publications</a> <a href="http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2009-nicaragua_trac_msm_cdm.pdf">http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2009-nicaragua_trac_msm_cdm.pdf</a> <sup>34</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorear las tendencias en el comportamiento y otros determinantes clave de Oportunidad, Habilidad y Motivación (OHM) entre HSH en Nicaragua.</li> <li>2. Identificar los factores que caracterizan a los HSH que usan condones con sus parejas masculinas</li> <li>3. Evaluar el impacto del programa de PASMO en cuanto a comportamiento y los determinantes OHM.</li> </ol>	A través de una estrategia de muestreo RDS (Respondent Driven Sampling) se seleccionó un total de 597 HSH como sujetos del estudio en el año 2007 y 619 en el año 2009. La encuesta incluyó preguntas acerca de sus características demográficas, comportamiento sexual, uso de condones y lubricantes, determinantes OHM y exposición a las intervenciones de PASMO. Se utilizó el análisis de varianza (UNIANOVA) para monitorear las tendencias entre el 2007 y el 2009 e identificar el impacto de las intervenciones de PASMO en indicadores clave de comportamiento y determinantes OHM. Para identificar determinantes significativos del uso consistente del condón se usó regresión logística; adicionalmente se hizo un análisis de varianza para estimar las medias o proporciones ajustadas de cada variable en el modelo final de la regresión.	597 y 619 HSH

## Anexo 5: Identificación preliminar de acciones y actores/socios clave

**Tabla 13: Acciones preliminares para determinante condiciones socioeconómicas**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
2.2.4	Realización de campañas de sensibilización dirigidas a dueños de hoteles, bares, discotecas, así como a universidades y otros sobre acceso y disponibilidad del uso de condones y lubricantes.	TESIS	MINSA, CCB, MINED, universidades, OPS, HORIZONT3000, Fondo Indígena
2.2.2	Capacitación con charlas educativas a la población sexualmente activa implementando metodologías particulares sobre el autocuidado, autocontrol para evitar el mayor riesgo y vulnerabilidad ante la infección de VIH/Sida e ITS.	Centro Clínico Bilwi	OPS, HORIZONT3000, MINSA, MINED, universidades, Fondo Indígena
	Coordinación y negociaciones con el nivel central para el incremento del presupuesto para la respuesta a las demandas priorizadas en la Región.	CORLUSIDA	OPS, HORIZONT3000, MINSA, MINED, universidades, Fondo Indígena

**Tabla 14: Acciones preliminares para determinante condiciones de vida y trabajo**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
2.6.1 2.6.15	Realización de acciones de educación dirigidas a la población en riesgo.	MINSA	OPS, HORIZONT3000, CCB, TESIS

**Tabla 15: Acciones preliminares para determinante condiciones de servicios de salud**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
2.5 2.5.2 2.5.4 2.6 2.6.1 2.6.11	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento del rol y el involucramiento de parteras/comisiones comunales de salud en la promoción de los servicios materno-infantiles.</li> <li>Aseguramiento de la participación activa de las parteras y comisiones comunales de salud en la vigilancia de la embarazada diagnosticada VIH positivo.</li> <li>Continuación de la implementación de las estrategias del sector salud para el acceso de los servicios materno-infantiles: brigadas médicas móviles, casas maternas, vales de transporte para embarazadas.</li> <li>Promoción de la realización de las pruebas de VIH desde todas las unidades de salud para las embarazadas y población en general.</li> <li>Aseguramiento de equipos y pruebas para el diagnóstico y seguimiento en los principales establecimientos de salud (CD4, ELISA).</li> <li>Creación de espacios gerenciales para la implementación de convenios, acuerdos y alianzas que garanticen un sistema de registro único.</li> <li>Implementación de campañas masivas de IEC (radiales, asambleas comunales, conferencias religiosas, etc.) sobre el VIH/sida, adecuadas a la cosmovisión de los pueblos ante esta enfermedad.</li> </ol>	CORLUSIDA, MINSA, Centro Clínico Bilwi	TESIS, ODISRAAN, URACCAN, Salud Sin Límites
2.6 2.6.1 2.6.11 2.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la realización de las pruebas de VIH desde todas las unidades de salud para las embarazadas y población en general.</li> <li>Aseguramiento de la disponibilidad de las pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH.</li> <li>Continuación de la capacitación sistemática al personal de salud para el abordaje de la embarazadas con VIH, transmisión vertical, privacidad, confianza, etc.</li> </ol>	CORLUSIDA, MINSA, Centro Clínico Bilwi	TESIS, ODISRAAN, URACCAN, Salud Sin Límites

**Tabla 16: Acciones preliminares para determinante redes sociales y comunitarias**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
2.3	1. Articulación para establecer diálogos y abordajes interculturales con universidades, comunidades, actores clave, poblaciones en mayor riesgo, personas con discapacidad, jóvenes/adolescentes, mujeres, personas con VIH y sida, donde se aborden las temáticas de discriminación, violencia, hacia personas que conviven con VIH/sida.	CORLUSIDA, COMULSIDA, MINSA, universidades	MODISEC, Grupo 8, Centro Clínico Bilwi, INSS, TESIS, MIFAMILIA, MITRAB, MINED, ODISRAAN, otros
1.6	2. Promoción de la cooperación externa que contribuya con las acciones para el control de la epidemia.	CORLUSIDA	OPS, UNFPA, PrevenSida

**Tabla 17: Acciones preliminares para determinante estilos de vida: CAP**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
1.3.1 2.1.5 2.7.4	Entrenamiento a maestros para la divulgación de la Ley 820.	MINED	UNFPA, MINSA, PDDH
1.3.1 2.3.4 2.1.5 2.7.4	Capacitaciones a los docentes en los TEPCE.	MINED SEAR	MINSA, CCLS, Salud Sin Límites, Plan Nicaragua
1.2.1 1.2.2 1.3.1 2.6.2	Implementación de capacitaciones a los uniformados sobre estilos de vida segura y saludable.	Ejército Policía	MINSA, CCLS, Salud Sin Límites, Plan Nicaragua
2.2.2 2.6.2 2.6.3 4.1.1 4.1.3 4.1.5 4.2.1 3.2.1	Implementación de campañas de educación y comunicación a la población en general.	MINSA, PDDH, CORLUSIDA, MIFAMILIA	Salud Sin Límites, Plan Nicaragua, TESIS, CCLS, AMODISEC

**Tabla 18: Acciones preliminares para determinante factores biológicos y genéticos**

Resultado del PER	Acciones propuestas	Actores clave	Socios
2.4.8	Coordinaciones con autoridades militares y policiales y con otras entidades especializadas en el marco de la temática.	CORLUSIDA, TESIS, Destacamento Militar Norte-EN, Policía Nacional, Benemérito Cuerpo de Bomberos, Fuerza Naval	MINSA, CORLUSIDA
2.7.4	Creación de espacios educativos sobre SSR a los adolescentes jóvenes para prevenir embarazos a temprana edad y contener la epidemia en adolescentes y jóvenes.	MINED, MINSA	ONG
2.4.1 2.4.2 2.4.4 2.4.7 2.4.9 2.6.3	Coordinaciones para fortalecer la prevención en las PEMAR y otras poblaciones clave haciendo énfasis en la reducción de las ITS y el VIH.	Centro Clínico Bilwi, AMODISEC, MINSA, TESIS, CEDEHCA, MIGOB, Policía Nacional, INSS, Gaviota, Voces Caribeñas	PrevenSida, FONDO MUNDIAL, ICCO
3.1.1 3.3.1 5.3	Reducción de los factores asociados al subregistro de coinfección.	MINSA	ONG que trabajan el tema, Fondo Mundial
2.2.2 2.7 2.7.1	Sensibilización con trabajo de pares dirigida a las adolescentes con metodologías vivenciales y reflexivas.	MINED, ONG	Cooperantes

## Referencias bibliográficas

- 1 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad 1. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html>
- 2 Enlace web: <http://www.pepfar.gov>
- 3 Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA). Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN. RAAN, Nicaragua: CORLUSIDA; mayo 2013.
- 4 Enlace web: [www.pasca.org](http://www.pasca.org)
- 5 Enlace web: <http://www.prevensida.org.ni>
- 6 Enlace web: [www.asociacionpasmo.com.org](http://www.asociacionpasmo.com.org) y [www.yahoraque.info](http://www.yahoraque.info)
- 7 Enlace web: [www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com)
- 8 Enlace web: <http://www.hci.project.org>
- 9 Instituto Nacional de Información de Desarrollo y Ministerio de Salud. ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFÍA y SALUD 2011/12. ENDESA 2011/12. Informe Preliminar. Nicaragua: INIDE/ MINSa; junio 2013. Págs. 24, 25, 41.
- 10 Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA). Informe Anual 2012. RAAN, Nicaragua: CORLUSIDA; 2013.
- 11 Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Población Total, estimada al 30 de Junio del año 2012. Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), Registros Administrativos, MINSa y CSE. Nicaragua: INIDE.
- 12 Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario. (Acceso 28 de mayo de 2013). Ginebra, Suiza: OMS; 1998. Disponible en: [www.who.int/hpr2/archive/docs/glossary\\_sp.pdf](http://www.who.int/hpr2/archive/docs/glossary_sp.pdf)
- 13 Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- 14 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009–2010. Nicaragua: CONISIDA/ MINSa; mayo 2012. [http://www.pasca.org/sites/default/files/NI\\_MEGAS\\_2009\\_2010\\_FEB13.pdf](http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf)
- 15 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Línea de Base Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Nicaragua: CONISIDA; 2010.
- 16 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. Periodo de cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011. (Acceso 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_NI\\_Narrative\\_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf)
- 17 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Modelo de Modos de Transmisión del VIH. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en: [http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4](http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4)
- 18 Ministerio de Salud. Reporte de vigilancia epidemiológica de las ITS y el VIH en Nicaragua. MINSa; 2012.
- 19 USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: [http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100](http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100)
- 20 USAID PrevenSida Nicaragua. Perfil básico de 51 ONG que trabajan el tema de VIH/Sida con PEMAR y población en general, en 9 departamentos de Nicaragua. Nicaragua: USAID PrevenSida Nicaragua; 2011.
- 21 Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009.
- 22 Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004.

- 23 Mora, Marilyn [et al.]. Uso consistente del condón en trabajadoras sexuales. Primera edición. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua; 2009.
- 24 Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000-2011. Nicaragua: MINSA; 2011.
- 25 Telica González, Xiomara [et al.]. Prevalencia del VIH en pacientes ingresados al componente de la tuberculosis en 5 SILAIS priorizados. Nicaragua: 2009.
- 26 Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida (CORLUSIDA). Plan Estratégico Regional (PER) CORLUSIDA RAAN. RAAN, Nicaragua: CORLUSIDA; mayo 2013.
- 27 Delgado Sáenz, Patricia. Aceptación de pobladores y pobladoras entre 15 y 49 años y del personal de las instituciones de salud pública y privadas y de los centros alternativos de la sociedad civil, a las personas que viven con VIH. Nicaragua: 2011.
- 28 Corpeño, T. et al. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua. 2006-2007.
- 29 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH y sífilis en adolescentes de los SILAIS de Managua, Masaya, Chinandega, RAAN y RAAS. Nicaragua: CONISIDA; 2012.
- 30 Gadea, Adilia [et al.]. Estudio cualitativo sobre el fortalecimiento institucional y su relación con el acceso a servicios de calidad en VIH-Sida. Nicaragua: 2009.
- 31 Serpas Borge, Daniela. Fortalecimiento del Programa de Prevención de las ITS/VIH/SIDA en el marco de las misiones de paz del Ejército de Nicaragua y la Seguridad Nacional. Nicaragua: 2007.
- 32 Secretaría de la Juventud (SEJUVE). Primera encuesta nacional de juventud. Nicaragua: 2010.
- 33 Estudio de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo con relación a las ITS, VIH y sida, en jóvenes uniformados de 17 a 30 años de nuevo ingreso en las escuelas formadoras (Academia "Walter Mendoza", Escuela de Bomberos, Sistema Penitenciario) del Ministerio de Gobernación de Nicaragua. Octubre/diciembre 2006.
- 34 División de Investigación Population Services International. NICARAGUA (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAN. PSI Social Marketing Research. Series, 2010. Disponible en: [http://www.psi.org/resources/publicationshttp://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2009-nicaragua\\_trac\\_msm\\_cdm.pdf](http://www.psi.org/resources/publicationshttp://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2009-nicaragua_trac_msm_cdm.pdf)
- 35 Metas de Desempeño Proyecto "Nicaragua Unida en una Respuesta Concertada ante la epidemia del VIH".
- 36 La prevalencia de VIH entre personas Trans en el ECVC-2009 fue de 18% en Managua y 14% en Chinandega.
- 37 Según la presentación del Componente, la tasa de Incidencia en el 2010 fue de 16.3 nuevas personas infectadas por el VIH por cada 100,000h, aunque esa tasa es más del doble de lo que fue en el 2005, tampoco hubo en el tramo 2000-2005 una gran magnitud de personas que se hicieran la prueba como el que se lo hizo en el tramo del 2007 al 2010, por ello no es conveniente una proyección lineal. También considerando que en Nicaragua la epidemia no alcanza la cima epidemiológica, es decir que es razonable esperar que en los años próximos el número de casos se incremente, siempre y cuando se conserve la oportunidad de realizarse la prueba como en los últimos años.
- 38 Plan Global para la eliminación de nuevas infecciones en niños. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/june/20110609prglobalplanchildren/#d.es.60564>







**USAID** | PrevenSida  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA

Comisión de Lucha Contra el VIH y sobre la EMM  
Guatemala



**HORIZONT**<sub>3000</sub>

Cooperación Austriaca  
para el Desarrollo