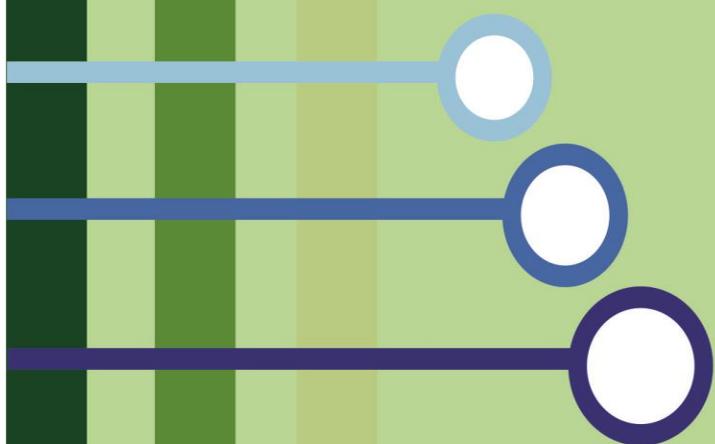


# Plan Integral de Abordaje e Intervención del VIH en Paraguay



**Ministro de Salud Pública y Bienestar Social**  
**Dr. Antonio Barrios**

**Directora General de Vigilancia de la Salud**  
**Dra. Águeda Cabello**

**Directora de Enfermedades Transmisibles-**  
**Vigilancia Salud**  
**Dra. Estela Quiñonez**

**Directora Programa Nacional de Control VIH/SIDA/ITS**  
**Dra. Tania Samudio**

**Asunción - Paraguay**  
**2014**

## **FICHA TECNICA**

---

### **Elaboración**

Dra. Tania Samudio  
Dra. Patricia Ovelar  
Dra. Gladys López  
Lic. Liliana Giménez

### **Colaboración**

#### **Desde DGVS**

Dra. Estela Quiñonez

#### **Desde MCP**

Lic. Patricia Lima

#### **Desde PRONASIDA**

Dra. Gloria Aguilar  
Dra. Zully Suarez.  
Dra. Alma Barboza.  
Dr. Anibal Kawabata  
Téc. Rolando Rolon

#### **Desde el CIRD**

Ec. María del Carmen Royg

#### **ONUSIDA**

Dra. Beatriz Cohenca

#### **Desde la sociedad civil**

#### **Red de ONGs en VIH-Paraguay**

Adriana Irún

#### **Ñepyrú**

Juan Domingo Centurión

#### **Paraguay**

Gustavo Benítez

#### **Vencer**

Alfredo Gaona  
Fabiola Ivaszúk

#### **Somosgay**

Adolfo Ruiz

**Agradecimiento especial** a los Dres. Marcelo Vila (Sub Director Regional VIH, OPS/OMS) y al Dr. Alberto Stella (Director ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), por el apoyo técnico en la redacción del presente documento.

#### **Programa Nacional de VIH/SIDA-ITS**

**1° Edición. Octubre 2014.**

**Asunción. Paraguay.**

## ABREVIATURAS

---

<b>ABC</b>	Abacavir
<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CCC</b>	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
<b>CCTV</b>	Centro Comunitario de Testeo Voluntario
<b>CDE</b>	Ciudad del Este
<b>CDF</b>	Combinaciones de Dosis Fijas
<b>CE</b>	Comunicación Estratégica
<b>CEPEP</b>	Centro Paraguayo de Estudios de Población
<b>CIRD</b>	Centro de Información y Recursos para el Desarrollo
<b>CTV</b>	Consejería y Testeo Voluntario
<b>CV</b>	carga viral
<b>ddI</b>	Didanosina
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DGGIES</b>	Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud
<b>DNVS</b>	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
<b>DRV</b>	Darunavir
<b>EFZ</b>	Efavirenz; también se abrevia EFV
<b>ETV</b>	Etravirina
<b>FTC/TDF</b>	Tenofovir/Emtricitavina
<b>HD</b>	Hospital Distrital
<b>HR</b>	Hospital Regional
<b>HSH</b>	Hombre que tiene sexo con hombre
<b>IMT</b>	Instituto de Medicina Tropical
<b>IP</b>	Inhibidor de la Proteasa
<b>ITIAN</b>	Inhibidor de la Transcriptasa Inversa Análogo de los Nucleósidos
<b>ITINN</b>	Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No análogo de los Nucleósidos
<b>ITS</b>	Infecciones de Trasmisión Sexual
<b>LPV/r</b>	Lopinavir/ritonavir
<b>MTS</b>	Mujer Trabajadora Sexual
<b>NVP</b>	Nevirapina
<b>OBC</b>	Organización de Base Comunitaria
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad civil
<b>PEMAR</b>	Poblaciones en mayor riesgo
<b>PVIH</b>	Personas que viven con VIH
<b>RTV, r</b>	Ritonavir
<b>SAI</b>	Servicio de Atención Integral
<b>SICIAT</b>	Sistema de Información y Control de Inventario Automatizado de Paraguay
<b>Sida</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**SR** Sintomático Respiratório  
**TAR** Tratamiento Antirretroviral  
**TB** Tuberculosis  
**TDF** Tenofovir  
**TR** Test Rápidos  
**TTS** Trans Trabajadora Sexual  
**UD** Usuario de droga  
**USF** Unidad de Salud Familiar  
**VIH** Virus de la Inmunodeficiencia Humana  
**ZDV** Zidovudina, conocida también como AZT  
**3TC** Lamivudina  
**d4T** Estavudina

## CONTENIDO

---

### PRIMERA PARTE

1- Justificación.....	8
2- Información contextual.....	8
Testeo y diagnóstico del VIH y Sífilis.....	11
Vinculación a servicios de atención integral.....	12
Laboratorio de CD4 y CV del VIH.....	13
Tratamiento Antirretroviral.....	13
Suministros y financiamiento de los ARV.....	14
Coinfección TB/VIH.....	15
Participación comunitaria.....	15

### SEGUNDA PARTE: Plan de expansión y sostenibilidad del tratamiento

Modelo del Continuo de Prevención, Atención y Tratamiento.....	16
1. Promoción, Prevención y Testeo del VIH y sífilis.....	18
1.1. Expandir el acceso a la prueba del VIH.....	18
En los servicios de Salud.....	18
Centros Comunitarios de Consejería y Testeo.....	19
Programas de acercamiento: Consultorio Móvil y Clínica Móvil de ITS.....	19
Consejeros comunitarios o del Interior ( fuera de Asunción y Central).....	20
1.2. Promoción por pares.....	20
1.3. Comunicación Estratégica (CE).....	26
1.4. Optimización de acciones vinculadas a la cascada de la atención.....	29
1.5. Eliminación de barreras legales.....	30
1.6. Sostenibilidad de la respuesta de la sociedad civil.....	32
2. Descentralización del Diagnóstico y vinculación al servicio.....	32
Otros servicios que realizan CTV.....	37
Vinculación a los servicios de salud.....	38
3. Expansión del Tratamiento, Atención y retención de las PVIH.....	40
a..Estrategias de expansión del TAR.....	40
b..Estrategias de Expansión de la atención.....	41
c..Retención.....	44
Monitoreo al tratamiento.....	45
4. Expansión del seguimiento de laboratorio incluyendo monitoreo en el punto de atención.....	46

5. Fortalecimiento de gestión y distribución de insumos, reactivos y medicamentos.....	47
6. Monitoreo de la implementación del Plan.....	47
7. Bibliografía.....	54
8. Adjunto.....	56

## Justificación

En el Plan Estratégico de la Respuesta Nacional al VIH/sida e ITS 2014-2018 (aprobado por Resolución SG N° 204, del 7 de mayo de 2014) se plantea como objetivo disminuir el avance de la epidemia del VIH e infecciones de transmisión sexual en el Paraguay con enfoque de derecho, género, diversidad, interculturalidad y no discriminación.

Como estrategia para lograr este objetivo, el Programa Nacional de VIH/SIDA-ITS, plantea la ampliación del acceso a la TAR que sumados a acciones de prevención primaria y promoción de la salud para lograr la reducción de la transmisión del VIH a través de la efectividad y calidad de servicios que abarcan: mayor acceso a servicios de CTV, vinculación efectiva a los servicios de salud, optimización del TAR, apoyo a la adherencia y retención, y supresión viral.

La evidencia científica internacional indica que el tratamiento antirretroviral precoz mejora la calidad de vida, disminuye la mortalidad y al mismo tiempo reduce la probabilidad de transmisión de la infección. Con el Plan de expansión del TAR en Paraguay revisado en base a los principios de la estrategia Tratamiento 2.0, en referencia a los esquemas simplificados y estandarizados de tratamiento, se espera aumentar la efectividad, sostenibilidad a largo plazo de los programas de tratamiento antirretroviral y el logro del objetivo definitivo de controlar la epidemia del VIH como amenaza a la salud pública.

En los años 2015 a 2018 se continuará con el plan de descentralización de la prestación de servicios de VIH contemplado en la Nota Conceptual, con el fortalecimiento y apertura de nuevos centros que brindaran una atención efectiva, que incluyan la expansión del CTV con la activa participación de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria.

## Información contextual

Los primeros casos de VIH/sida se registraron en 1985. Desde ese año el número de nuevos diagnósticos al año creció sostenidamente, alcanzando 935 en el año 2009 y llegando a 1.209 personas en el año 2013, expresado en tasa global de nuevos diagnósticos de VIH corresponde a un incremento de 15,82 a 17,82 x 100.000 habitantes en el mismo periodo.

En el 2009, la tasa de mortalidad por VIH fue del 1,05 x 100.000 habitantes y en el 2013 fue de 1,40 habitantes con un incremento del 33% para ese período de cinco años<sup>1</sup>. En este sentido, se reconoce la existencia de subregistro de mortalidad por VIH por estigma y discriminación lo que dificulta un análisis de tendencia. (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Tasa de nuevos diagnósticos de VIH y Tasas de mortalidad por VIH. Py 1985-2013



<sup>1</sup> Informe de la situación epidemiológica del VIH en el Paraguay, año 2013. PRONASIDA

En el Paraguay a finales de 2013 existían 15.764 PVIH, y se estiman 2.002 nuevas infecciones (Software Spectrum ONUSIDA, Dpto. Información Estratégica PRONASIDA, última estimación con criterio de elegibilidad para tratamiento de CD4 500 y ajuste de mortalidad, 23 de junio de 2014).

Las PVIH registradas hasta diciembre del 2013 fueron 11.083, considerando las estimaciones de PVIH la brecha de diagnóstico es de 4.681 PVIH que desconocen su estatus serológico.

La distribución de los nuevos casos notificados indica que un 64,5% provienen de Asunción y Central concentrando el 42% de los nuevos casos. Las regiones fronterizas de Alto Paraná, Itapúa y Amambay, le siguen en relevancia aun cuando todas las regiones del país presentan diagnósticos por VIH.

Existe una diferencia en el acceso a pruebas de VIH priorizándose a mujeres por el control prenatal que se ve reflejada en el mayor número de mujeres testadas, siendo 171.458 (85,5%) la mujeres testadas en el 2013, como resultado, entre otros, de la búsqueda activa de VIH en mujeres embarazadas en todo el país a través del programa de Prevención de la Trasmisión Materno Infantil del VIH y sífilis (PTMI), y 24.667 (12,3%) hombres testados en el mismo periodo, con un 2,2% de la población sin registro de sexo<sup>2</sup>. Por lo tanto, persiste una gran brecha entre géneros al momento de acceder al testeo del VIH y sífilis.

El diagnóstico tardío (con CD4 menor a 200 cel/mL) se encuentra en mayor proporción en los hombres (40%) que en las mujeres (35%). Analizando los resultados en cuanto al diagnóstico tardío y el acceso al testeo voluntario, se observa que en ambas variables se presentan desigualdades en relación al género. Los hombres acceden en menor proporción a las pruebas de VIH y sífilis en comparación con las mujeres, y cuando lo hacen, los valores obtenidos de recuentos de CD4 son menores que los de las mujeres.

Paraguay presenta una epidemia concentrada en población clave: mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas, donde se han encontrado elevadas prevalencias de VIH e ITS en los diferentes estudios realizados en comparación con la población general. La prevalencia en puérperas<sup>3</sup>, del año 2013, fue del 0,5% (IC 95%, 0,36-0,69), que representa el proxi de la prevalencia en mujeres de población general.

La prevalencia del VIH en población indígena hallada en tres ejes geográficos del Paraguay fue del 0,4% (IC 95% 0,1 a 1)<sup>4</sup> y en la Población Privada de Libertad (PPL) se ha realizado un estudio en el año 2007 donde se halló una prevalencia de VIH del 0,7%.

## Sistema de Salud

La organización de los Servicios de salud para la atención a los usuarios en Paraguay se divide desde el año 2008 en niveles. Siendo el **Nivel I** o primario: las Unidades de salud familiar (USF), el **Nivel II** o Básico corresponde a Hospitales básicos y policlínicas, el **Nivel III** o Básico complementario corresponden a los Hospitales Regionales y Materno infantiles y el **Nivel IV** o especializado son los Hospitales Nacionales Especializados y Hospitales generales.

Las USF constituyen la unidad básica funcional, operativa y puerta de entrada al Sistema nacional de salud, motivo por el cual a través de la atención primaria en salud se busca vincular a las personas a los servicios, ofreciendo desde estas unidades educación y prevención para la transmisión del VIH y otras ITS, CTV, diagnóstico y referencia a consultorios especializados del Nivel II, III y IV de atención.

<sup>2</sup> Datos de los departamentos de Consejería y PTMI del PRONASIDA, año 2013

<sup>3</sup> Estudio de Prevalencia del VIH en Parturientas y Puérperas del Paraguay, año 2013. PRONASIDA

<sup>4</sup> Estudio de prevalencia de Sífilis/VIH y conocimientos, prácticas y actitudes de la población indígena en 3 ejes geográficos del Paraguay, Año 2011. PRONASIDA

El país cuenta con un Programa Nacional de Control de VIH/sida e ITS (**PRONASIDA**) conformado desde el año 1988, y con la ley 3940/09 que garantiza la atención integral a las personas con VIH. El objetivo de esta ley es garantizar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos en la atención, el tratamiento y el cuidado de las personas con VIH y establecer las medidas preventivas para evitar la transmisión.

Todos los servicios de salud dedicados a la atención del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual, cuentan con recursos humanos, tecnológicos y físicos apropiados para el nivel de atención. En el Paraguay el TAR está disponible para todas las PVIH que concurren a los servicios de atención integral (SAI) que forman parte de la red del Ministerio de Salud Pública. Esto implica mantener en forma continua y sostenida el fácil acceso de la población a la promoción de la salud, información, educación, consejería, diagnóstico precoz, ofreciendo profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas, antirretrovirales (ARV) a las PVIH tanto adultos como niños/as para inicio y seguimiento del TAR, además diagnóstico y tratamiento de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual.

Se cuenta con **7 Servicios de Atención Integral**, distribuidos en 7 regiones sanitarias. Estos SAI prestan atención integral a las PVIH, y fueron seleccionados de acuerdo al número de personas diagnosticadas con VIH/Sida en la región, situación de frontera, así como la presencia de profesionales capacitados en el área. (Tabla 1)

**Tabla 1: Servicios de Atención Integral (SAI) del PRONASIDA a 2013**

Región Sanitaria	Servicios	Año de creación	Numero de PVIH en TAR a 2013
IV- Guairá	Hospital Regional de Villarrica	2013	1 (0,02%)
V- Caaguazú	Hospital Regional de Coronel Oviedo	2009	33(0,8%)
VII- Itapúa	Hospital Regional de Encarnación	2006	103(2,4%)
XI- Central	Hospital Nacional de Itaugua	2008	137(3,2%)
X- Alto Paraná	Hospital Regional de Ciudad del Este	2006	222(5,3%)
XIII- Amambay	Hospital Regional de Pedro Juan Caballero	2009	40(0,9%)
XVIII- Capital	Instituto de Medicina Tropical. Asunción	1988	3691(87,4%)

**Además de estos Hospitales regionales, existen otros 56 centros como** los Hospitales distritales, materno infantiles donde se aplica el flujograma de atención a las mujeres embarazadas, ARV para la prevención de la transmisión materno infantil, tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, seguimiento del recién nacido y suministro de leche de fórmula hasta los 6 meses. El Paraguay ha implementado este **Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis (PTMI)**, basándose en el Plan Regional de eliminación de VIH y Sífilis congénita de OPS, con la meta de

disminuir la incidencia a 5 x 1.000 nacidos/as vivos/as de la sífilis congénita y al 50% de VIH en los/as niños/as que nacen de mujeres con VIH, que acceden a los servicios de salud del Paraguay.

### Testeo y Diagnóstico del VIH y Sífilis

Para el acceso al diagnóstico se cuenta con 910 servicios incluidos Hospitales Regionales, Hospitales especializados, Hospitales materno-infantiles, Hospitales Distritales, Centros y Dispensarios de Salud, USF, Clínicas de la Seguridad Estatal, que realizan eficientemente consejería y testeo voluntario (CTV), de los cuales 10 centros realizan pruebas confirmatorias de Western Blot : Asunción ( Laboratorio del PRONASIDA, H.R Luque, Hospital Barrio Obrero) , Itaguá, Itapúa, Alto Paraná, Amambay, Guairá, Caaguazú, Concepción y 3 realizan recuento de CD4. Los 10 centros remiten muestras para el dosaje de la carga viral plasmática al Laboratorio de referencia. (Gráfico 2)

Para el seguimiento de las PVIH se realizan estudios tanto carga viral como dosaje de linfocitos CD4 cada 6 meses de acuerdo a los protocolos nacionales y serología para infecciones oportunistas.

Gráfico 2 Red de Servicios que realizan TR para VIH/SIFILIS



La CTV incluye la oferta y realización de la prueba a toda la población ya sea a los que se acercan a los servicios de salud, o el ofrecimiento durante las visitas domiciliarias desde las USF o durante los trabajos comunitarios.

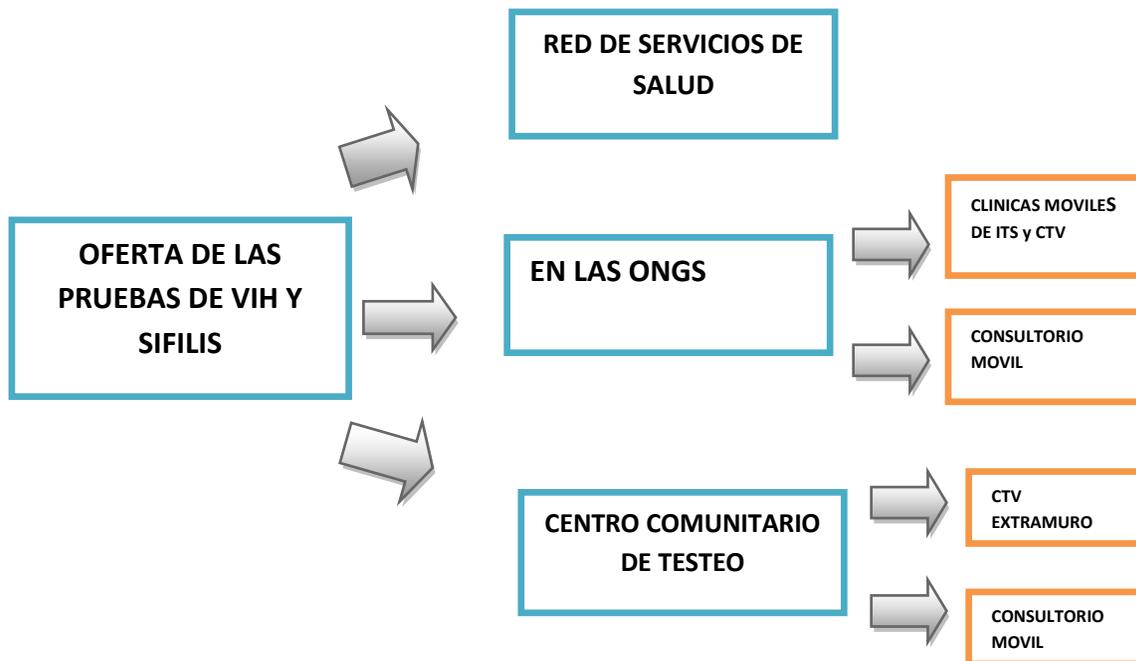
Además se realiza CTV como estrategias en poblaciones específicas de acuerdo a las recomendaciones que se encuentran en normas y guías nacionales:

- Personas con signos y síntomas de infección por el VIH
- Parejas sexuales de personas con VIH
- Población clave
- Embarazadas
- Personas con TB
- Personas con ITS
- Personas Privadas de la Libertad

Se realiza la estrategia de la Consejería iniciada por el Proveedor para la población general, ya que esta estrategia ya estaba implementada en el ofrecimiento a las embarazadas.

Hay un trabajo coordinado con las organizaciones civiles que ofertan las pruebas y trabajan con las poblaciones a través del Centro comunitario de testeo (CCTV) con la estrategia de clínicas y consultorio móvil. (Grafico 3)

GRAFICO 3: Organigrama de CTV



### Vinculación a Servicios de Atención Integral

En referencia a la vinculación, seguimiento, y retención de las PVIH en los servicios, se inicia a partir del acercamiento del usuario al servicio, atención en el punto de referencia de su localidad y si no lo hubiere, la atención se centraliza en el SAI más cercano a su lugar de residencia o en el SAI de Asunción, desde donde posteriormente es derivado o remitido al SAI de su zona de residencia o el más cercano siempre con el consentimiento del usuario/a.

Se cuenta con un documento que define el Modelo de atención integral en VIH-ITS para la población clave (2011) organizado en redes asistenciales flexibles y multidisciplinarias que define la atención a las personas con VIH para cada uno de los 4 niveles de atención. También se cuenta con un manual de funciones y procedimientos por cada nivel de atención y tipo de proveedor de salud.

Para realizar la cascada de atención en el 2013 el PRONASIDA utiliza:

- **Con vínculo para atención médica para el VIH:** el número de PVIH que retiraron por lo menos una vez ARV o tienen por lo menos un CD4 o CV en el 2013 (Tabla 2)
- **PVIH Retenidas:** Para el PRONASIDA se utilizaron las que retiraron por lo menos tres veces ARV o tiene por lo menos dos CD4 o CV en el 2013. (Tabla 2)

Tabla 2: PVIH Vinculadas y Retenidas en el 2013

SAI	Vinculadas	Retenidas
ASUNCIÓN	6007	4255
CDE	222	222
ENCARNACION	103	103
OVIEDO	33	33
PJC	40	40
H NACIONAL	137	137
<b>Total</b>	<b>6542</b>	<b>4790</b>

### Laboratorio de CD4 y CV del VIH

Se cuenta con 3 laboratorios de CD4 en tres Ciudades distintas del país (Asunción, Ciudad del Este, Encarnación) y 1 laboratorio de CV (Asunción). El laboratorio de Referencia del PRONASIDA participan en el programa de control externo de la calidad del College of American Pathologists (CAP) con resultado satisfactorio (100%).

### Tratamiento Antirretroviral

El Pronasida en forma conjunta con las sociedades científicas del país han elaborado desde el 2007, Normas Nacionales de Tratamiento antirretroviral para niños/as, adolescentes, adultos.

En las guías revisadas y actualizadas en el año 2013 se recomiendan: <sup>5</sup>

- 1- TAR en adultos con CD4 igual o menor a 350 cel/mm<sup>3</sup>, y condiciones definitorias de SIDA
- 2- Considerar TAR en PVIH con linfocitos > 350cel/mm<sup>3</sup> en: en personas mayores de 55 años de edad, cuando existan comorbilidades y Carga viral plasmática > 100.000 copias/ml,
- 3- El TAR debe ser iniciado independientemente a la cuantificación de linfocitos CD4 en; Gestantes, nefropatías asociadas al VIH, en co-infecciones como Tuberculosis y Hepatitis B/C, riesgo cardiovascular elevado.
- 4- En los niños/as se recomienda en menores de 12 meses independiente del CD4, la carga viral y la clínica. En los mayores de 1 año y menores de 5 años, de acuerdo a la clínica, al CD4 < 25% y cuando la carga viral es > 100.000 copias/ml. En mayores de 5 años se considera la clínica, y los linfocitos CD4 < a 350 cel/mm<sup>3</sup> y la carga viral >100.000 copias/ml.<sup>6</sup>

En las Normas vigentes se consideran <sup>7</sup> (Tabla 3)

<sup>5</sup> Normas de tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos 2013- MSP, PRONASIDA

<sup>6</sup> Normas Nacionales de tratamiento antirretroviral en niños/as y guías de tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas 2011. MSP, PRONASIDA.

<sup>7</sup> Normas Nacionales de tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos. MSP, PRONASIDA. 2013

Tabla 3 **Esquemas de tratamiento antirretroviral. PRONASIDA 2013-**

Esquemas de ARV 1era Línea	Esquemas de ARV 2da Línea	Esquemas de ARV 3era línea
AZT/3TC+EFV	Si se utilizó d4T o AZT TDF+3TC(o FTC)	2ITIAN (nuevos activos)+DRV+ RTV
AZT/3TC+NVP	Si se utilizó TDF : AZT+3TC	ITIAN (nuevos activos)+RAL
TDF+3TC+EFV	Si se utilizó un ITINN: ATV/r y LPV/r son de lección	2ITIAN (nuevos activos)+ETV+1 IP
TDF+3TC+NVP		
FTC/TDF+EFV		
FTC/TDF+NVP		

**Observaciones:**

1- Se utiliza Lopinavir/ritonavir como esquema de inicio en PVIH con Sarcoma de Kaposi, embarazadas, niños menores de 3 años.

2- El Abacavir puede ser utilizado como fármaco de elección en regímenes de primera línea en niños/as y de segunda línea en adultos.

A diciembre 2013 estaban 4.227 PVIH registradas recibiendo tratamiento ARV en los servicios del Ministerio de Salud Pública, siendo un 26,8% respecto al total de PVIH estimado (Spectrum 2013 ) y el 71% respecto a la PVIH estimadas por el Spectrum que deberían estar en TAR de acuerdo a las normas nacionales de inicio de tratamiento con CD4 < 350.

Actualmente están incluidas en esquema de primera línea el 75% de las PVIH, en esquemas de segunda línea el 24% de las PVIH. En esquemas de tercera línea se encuentran el 1% de las PVIH.

Desde el inicio del programa nacional de TAR y hasta diciembre de 2013, la retención en tratamiento fue de 76,6% (77,2% en Asunción y 66,6% en los SAI regionales). En 2013, la sobrevida a 12 meses del inicio del TAR es de 87,5% (75,6% a 24 meses y 68,7% a 60 meses).

**Suministros y financiamiento de los ARV**

El país cuenta con financiamiento estatal para la adquisición de medicamentos ARV reactivos y otros insumos, complementado con recursos del proyecto Fondo Global. La reglamentación farmacéutica nacional facilita la adquisición de medicamentos ARV vía compra internacional e ingreso de donaciones. La compra de ARV se realiza a través del Fondo Estratégico de OPS y de los medicamentos para infecciones oportunistas, reactivos e insumos por licitación nacional (DGGIES y CIRD).

## Coinfección TB/VIH

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

Las estrategias de intervención tienen como pilares:

- Ofrecimiento de CTV a todo paciente con TB y SR
- Búsqueda activa de TB en toda PVIH
- Terapia preventiva con Isoniacida (TPI)

Con respecto a los 2 primeros puntos existen normativas que direccionan al personal de salud a solicitar la prueba de VIH a todo paciente sintomático respiratorio y con tuberculosis y a realizar el screening para TB en toda persona diagnosticada con VIH que accede al servicio.

En el 2013 se registraron en Paraguay 2.284 casos nuevos de tuberculosis de los cuales 1.788 (78,3%) fueron testeados para VIH y 134 (7,5% de los testeados) resultaron positivos para VIH y el screening de TB en PVIH alcanza el 5,8%, lo que evidencia claramente una necesidad de mejora.

Iniciaron TAR 121 pacientes (90% de los casos diagnosticados).

La mortalidad en las personas con TB-VIH en el 2013 sigue siendo elevada (18% PVIH vs. 5% en población general.) (Datos del Programa Nacional de Control de TB, 2014).

El diagnóstico con **GeneXpert** está disponible en 2 hospitales (Laboratorio Nacional Salud Pública en Asunción y en Ciudad del Este).

Se realizan capacitaciones conjuntas entre los programas de TB y VIH para el personal de salud, incluyendo a los funcionarios de las penitenciarías, servicios de salud indígenas y organizaciones de la sociedad civil involucradas con estos temas.

## Participación comunitaria.

En el país, existe una sociedad civil empoderada, participativa y coordinada en sus acciones de abogacía e incidencia política y en la promoción de derechos. También existen espacios de participación para la sociedad civil en los procesos de planificación y gestión de la respuesta y el PRONASIDA, aunque no se encuentran institucionalizados.

Existe involucramiento de la sociedad civil en la prestación de servicios como el trabajo de pares, centros comunitarios de diagnóstico y atención, consultorios móviles.

La estrategia del consultorio móvil se viene utilizando hace años, con la oferta de la prueba para VIH y Sífilis con énfasis en la población clave y atención médica móvil.

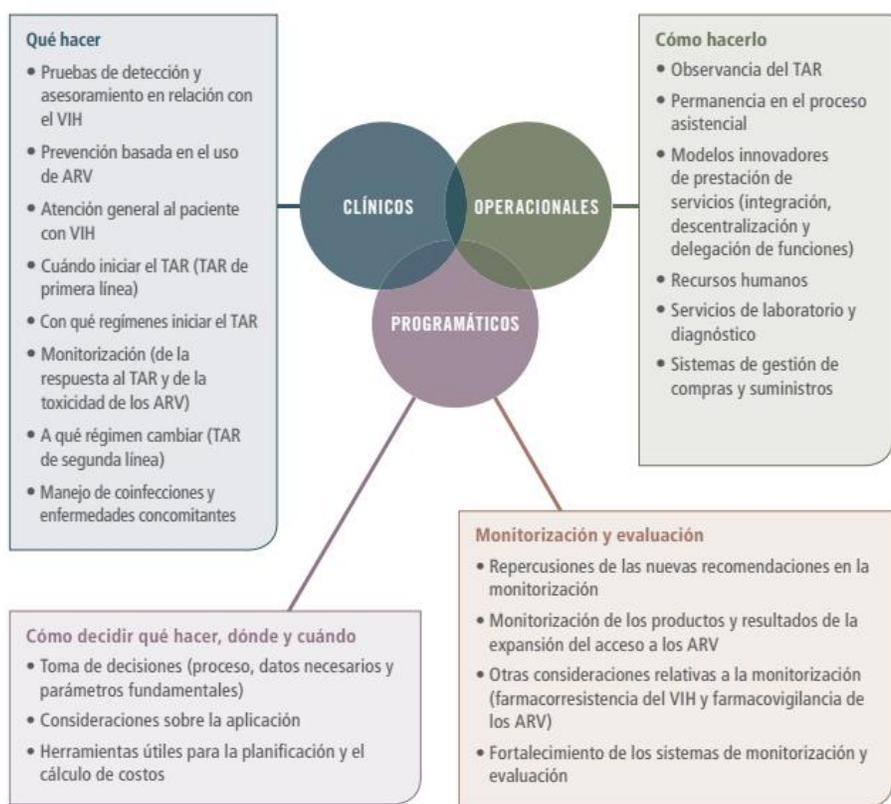
## SEGUNDA PARTE

### Plan de expansión y sostenibilidad del tratamiento

El Plan de expansión del tratamiento antirretroviral es una iniciativa que da continuidad a los esfuerzos y acciones emprendidas para avanzar en la expansión y sostenibilidad de la atención a las PVIH con VIH y otras ITS, proporcionando un marco para la acción conjunta de los diferentes sectores implicados en la respuesta.

Las estrategias de prevención y vinculación a los servicios de salud de poblaciones clave, para ser efectivas, deben estar acompañadas de implementación de medidas de las áreas clínica, operacional y programática, así como un correcto monitoreo y evaluación, relacionados con el uso de ARV en el tratamiento y la prevención del VIH (Gráfico 4).

**Gráfico 4 Componentes de las Directrices Unificadas en la Prevención Unificadas y Atención del VIH. OMS 2013**



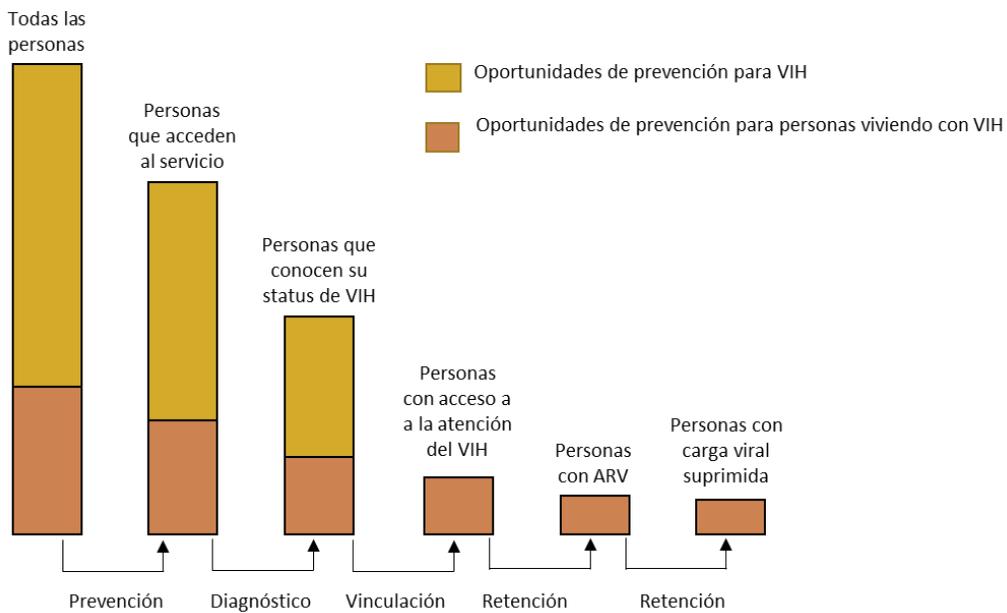
### Modelo del Continuo de Prevención, Atención y Tratamiento.

El modelo de la cascada del continuo de la atención, adaptado a las oportunidades de prevención del VIH (OMS 2014), permite evidenciar gráficamente los desafíos programáticos a ser abordados por los servicios de salud. Existen oportunidades de prevención primaria, secundaria y terciaria, para reducir la carga del VIH y revertir la tendencia de la epidemia (Gráfico 5) Cascada de prevención, diagnóstico y atención de VIH).

Los servicios de salud públicos, privados y comunitarios deben orientar sus intervenciones para cumplir tres consignas: 1. expandir el diagnóstico con enfoque en las poblaciones clave; 2. mejorar su vinculación a los servicios de atención; y 3. mejorar la retención, adherencia y supresión viral.

## Gráfico 5 Cascada de prevención, diagnóstico y atención de VIH

Cascada de prevención, diagnóstico y atención de VIH



Para garantizar el acceso al diagnóstico, su vinculación y retención en los servicios de salud, se impulsa un modelo de una atención integral con énfasis a las poblaciones claves, a través del **trabajo coordinado** con las organizaciones de sociedad civil y los equipos de profesionales de salud capacitado y sensibilizado para el logro de los objetivos.

A continuación se presenta la cascada del continuo de la atención en Paraguay, en relación a los 5 pilares de la atención integral. (Gráfico 6)

Gráfico 6 Cascada del continuo de Atención del VIH. Paraguay 2013.



En este contexto se plantea la implementación de estrategias específicas con énfasis a las poblaciones claves:

1. Promoción, Prevención y Testeo del VIH y Sífilis.

2. Diagnóstico de VIH y sífilis y vinculación a los servicios, con énfasis en poblaciones claves.
3. Tratamiento, Atención y retención.
4. Expansión del seguimiento de laboratorio incluyendo monitoreo en el punto de atención.
5. Fortalecimiento de sistemas de adquisición y distribución de insumos.

## 1. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y TESTEO DE VIH Y OTRA ITS

El Componente de Prevención del PRONASIDA tiene como una de sus actividades la capacitación y el trabajo con promotores/as pares para realizar actividades de prevención que tiendan a la práctica de comportamientos que previenen la transmisión del VIH y otras ITS, reducción de daño de drogas entre las poblaciones vulnerables y vinculación a servicios de salud.

Entre los elementos centrales que se incluyen en el plan de capacitación figuran la definición y construcción del rol, objetivos y límites del trabajo; información general sobre VIH/Sida, elementos de prevención, vulnerabilidad, gestión de riesgo, sexualidad, sexo más seguro, consejería y habilidades de ayuda y comunicación. Las modalidades de capacitación contemplan: taller básico de formación, talleres vivenciales, supervisión capacitante y reuniones de seguimiento.

En el plan de capacitación se incluye capacitación a parejas de poblaciones claves, a ser realizados en las organizaciones o en lugares estratégicos identificados.

### Estrategias:

#### 1.1. Expandir el acceso a la prueba del VIH

La expansión del acceso a la prueba de VIH es una herramienta para mejorar el acceso universal a la prevención, atención y apoyo en VIH.

**Las acciones concretas a ser realizadas son:**

#### En la red de servicios de salud

- Ampliar el uso de estrategias de oferta de prueba, **a la población general y la población clave** iniciada por el proveedor integrado en diversos Centros de Atención (por ej. Hospitales, Centros de Salud, y USF). En este sentido, para facilitar el acceso de la población clave, fueron priorizados, conjuntamente con las organizaciones de la sociedad civil, 27 centros de atención, que brindaran prestaciones de servicios de CTV, con los cuales se trabajará de manera sistemática para adecuarlos a los necesidades específicas de la población clave;
- Incorporar el acceso a la prueba y al diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención, optimizando el uso de test rápidos;
- Garantizar la capacitación del personal involucrado, el monitoreo y control de calidad en el uso de las pruebas rápidas;
- Disminuir el estigma y discriminación a través de intervenciones con los funcionarios **de los centros de atención priorizados para población clave;**
- Establecer políticas de salud para mejorar el acceso de los hombres a los servicios de salud;
- Promocionar el acceso a los test (VIH y Sífilis) en pareja;

- Independientemente del resultado de la prueba, potenciar la vinculación a la atención integral de salud de las personas testeadas;
- Habilitar y/o fortalecer los Centros de testeos en: ONGs, Centros de Salud, Hospitales, con horarios flexibles para las poblaciones clave.
- Establecer mecanismos formales de coordinación entre las Direcciones Generales de Servicios de Salud, de Vigilancia de la Salud y de Programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para que las 18 Regiones Sanitarias, incorporen al servicio de las clínicas móviles a su cargo, la atención de las poblaciones clave de sus regiones, realicen manejo sindrómico de las ITS y ofrecimiento del testeo de VIH y Sífilis;
- Fortalecer el involucramiento de la sociedad civil en la optimización de las estrategias nacionales de diagnóstico y su vinculación a la atención integral.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de condones y lubricantes a través de los programas de distribución dirigidos poblaciones clave, en base al mapeo programático. En cuanto a la distribución de condones para la prevención, en una primera etapa, se entregarán condones en todas las regiones sanitarias, priorizando aquellas regiones con mayor cantidad de personas de la población clave.

### **Centros Comunitarios de Consejería y Testeo**

La coordinación de Centros Comunitarios de Consejería y Testeo (CCTV) que funcionan en organizaciones de sociedad civil con los servicios de salud locales para garantizar la referencia de los pacientes captados.

Las actividades a ser realizadas para esta estrategia:

- Aumentar el número de Centros de Consejería y de Testeo Voluntario (CCTV), en alianza con otras instituciones, con horarios flexibles para las poblaciones claves<sup>8</sup>;
- Capacitar y certificar los CCTV a fin de garantizar la calidad de la atención;
- Garantizar que los CCTV realicen en forma efectiva la referencia de las personas de la población clave con resultados positivos, a los servicios de atención para su vinculación;
- Propiciar que los CCTV, cuando es requerido, cuenten con referentes pares (MTS, TTS, UD y HSH), seleccionados en base a un perfil requerido, y capacitados para promocionar el testeo a sus pares, acompañarles al CCTV y vincularlos al servicio priorizado.

### **Programas de acercamiento: Consultorio Móvil y Clínica Móvil de ITS**

Los programas de acercamiento (outreach) y ofrecimiento de testeo son intervenciones que se ofrecen en el lugar donde se ejerce el trabajo sexual. Para llevar a cabo este trabajo de una forma estructurada, se elabora un cronograma de salidas con las organizaciones civiles que trabajan con esta población, se cuenta con un mapeo de lugares de trabajo sexual para, los casos reactivos son seguidos por los vinculadores de la organización responsable.

<sup>8</sup> Actualmente están habilitados 2 CCTV: La Clínica Kuimba'e (de acceso prioritario a HSH y TTS) y la Asociación Tatarendy (de acceso prioritario a MTS, HSH, TTS y UD). Además, en el marco de la alianza con el CEPEP, se habilitarán, durante el 2015, las 4 clínicas de la Familia de Asunción, San Lorenzo, Ciudad del Este y Encarnación.

En las salidas se ofrece consejería, testeo y vinculación de los casos reactivos a los centros de atención, el consultorio móvil es utilizado con organizaciones que trabajan con MTS, personas Trans, TTS y HSH.

Las actividades a ser realizadas por esta estrategia:

- Aumentar el alcance de testeo del VIH y la sífilis y el tratamiento de las ITS a través del manejo sindrómico, realizado por un equipo capacitado de organizaciones de MTS y mujeres Trans, en los lugares donde ejercen el trabajo sexual;
- Implementar el CCTV y manejo sindrómico de las ITS en las clínicas móviles de 10 Regiones Sanitarias en el 2015, 15 Regiones Sanitarias en el 2016 y 18 Regiones Sanitarias en el 2017, para la atención de poblaciones clave; esta estrategia será realizada con clínicas móviles de las regiones sanitarias pertenecientes al MSP y BS

### **Consejeros comunitarios.**

Estrategia utilizada para la población HSH en Caaguazú, los casos reactivos de VIH y Sífilis son acompañados por los consejeros a los centros de atención.

**Las actividades a ser realizadas en esta estrategia:**

- Expandir la CTV a población HSH que vive en comunidades urbanas y rurales del interior país. Está basada en la búsqueda activa de VIH y otras ITS en la población HSH que no acceden al servicio por las diversas barreras que existen. Se implementará, gradualmente, en las ciudades de Yaguarón, Tobatí, Caacupé, Cnel. Oviedo, Caaguazú, Villarrica, Encarnación, San Estanislao, Ciudad del Este y San Pedro. Las actividades serán realizadas por consejeros pares y no pares seleccionados y capacitados en base a un perfil establecido. Las organizaciones de la sociedad civil acompañarán estas actividades para facilitar el acceso a la población HSH, cuando sea requerido.

### **1.2.Promoción entre Pares**

La educación de pares es trascendental para la prevención del VIH, otras ITS, reducción de daños de drogas y para la promoción de una sexualidad saludable y responsable entre la población clave. Las intervenciones preventivas estarán centradas en el cambio de los comportamientos de riesgo asociados a la transmisión del VIH, considerando los niveles de riesgo de los diferentes sub-grupos de HSH, MTS, Trans, UD

A los efectos de tener un mayor alcance de la promoción por pares, se han definido cambios importantes en la estrategia, intensificando el abordaje en derechos humanos, VIH sida e ITS, consejería en casos reactivos, género, masculinidades, violencia basada en género, drogas, incidencia política, entre otros. El proceso de formación y actualización de los promotores será continuo, trascendiendo su función de proveedor de información y de insumos, sumándole acciones y competencias en la reducción de daños, dado el alto porcentaje de UD en las poblaciones, y en la vinculación con los centros de atención para el abordaje integral de su salud, y trabajando en las zonas del país priorizadas según nivel de riesgo y según el mapeo de los hot spots. Con estos ajustes en la estrategia, se espera ampliar el alcance de personas de las poblaciones clave.

El perfil de los promotores tomará en cuenta los distintos sub-grupos de población, adaptando los mensajes al lenguaje adecuado a cada sub-grupo de modo que se perciban en riesgo y que adopten conocimientos, actitudes y conductas protectoras.

Las intervenciones se realizarán de manera individual y/o en pequeños grupos, y, en el marco de la vinculación con los servicios, buscarán disminuir algunas de las barreras de acceso a los servicios, tales como, la falta de confianza en las prestaciones del servicio y el temor al estigma y discriminación, entre otros. La vinculación incluye a la atención integral de los contactos, no solamente a la realización de las pruebas de VIH y Sífilis.

### **El paquete de abordaje incluye:**

El desarrollo de las intervenciones de la prevención de infección por VIH dirigidos a poblaciones clave por subgrupos y áreas geográficas de riesgo, favorece a conseguir cambios a nivel individual y en el entorno de la persona alcanzada, favorables para la comunidad. Cada acción tiene fundamento en teorías científicas, basada en acciones que contribuyen a aumentar la eficacia y eficiencia de las acciones propuestas.

### **Los hot spots.**

Ampliar el sondeo realizado en la población clave y actualizar los hot spots identificados. Este primer sondeo fue realizado en 6 regiones del país, los cuales representan los lugares de encuentro o sexo casual.

### **Metodología de intervención**

#### **Individual:**

- **Acceso a información:** La información que los promotores pares deben proveer a la persona alcanzada debe estar constituido por: VIH, ITS, TB, reducción de daños en usuario de drogas, referencia del test de VIH y Sífilis, vinculación al servicio público y comunitario, con enfoque de derechos humanos y equidad de género, de manera a contribuir al empoderamiento individual.
- **Acceso a condones, lubricantes y referencia a centros de atención:** Esta actividad será realizada por los promotores pares de los subgrupos en los hot spots identificados para cada población y vincularlos a los centros de atención. Estas acciones realizadas por el promotor par es articulada con la atención de vinculadores que están capacitados para el seguimiento de casos reactivos de VIH-sida e ITS.
- **Vinculación al servicio:** La vinculación al servicio es realizada por un profesional de psicología comunitaria o trabajo social, quien tiene las herramientas teóricas del funcionamiento burocrático del sistema formal de salud y las capacidades profesionales de seguimiento y atención a las personas de la población con resultados reactivos.

#### **Comunitario:**

- **Acceso a información:** La información que los promotores pares deben proveer a las personas alcanzadas de manera masiva (en los hot spots, en la organización) debe estar constituido por:

VIH, ITS, TB, reducción de daños en usuario de drogas, referencia del test de VIH y Sífilis, vinculación al servicio público y comunitario, con enfoque de derechos humanos y equidad de género, de manera a contribuir al empoderamiento grupal o comunitario.

- **Acceso a condones, lubricantes y referencia a centros de atención:** Esta actividad será realizada grupalmente por los promotores pares de los subgrupos en los hot spots identificados para cada población y vincularlos a los centros de atención. Estas acciones realizadas por el promotor par es articulada con la atención de vinculadores que están capacitados para el seguimiento de casos reactivos de VIH-sida e ITS.

### **Estructural:**

Los elementos que instalan condiciones estructurales para la prevención y atención del VIH son: la voluntad política, las leyes (normativas), las políticas públicas y prácticas, en contrapartida existe una realidad estructural y coyuntural que disocia a los HSH del sistema de salud. Las intervenciones estructurales de los promotores inicia al momento de la vinculación al servicio, reforzada por el acompañamiento de las organizaciones de la sociedad civil y el plan de comunicación estratégica, que tendrá un alcance a alta escala y servirá como componente de abogacía para cambios estructurales de salud en favor de los HSH, MTS y trans.

### **Capacitación y entrenamiento**

Los promotores pares pasarán por una serie de talleres de formación referidas a: derechos humanos, VIH sida e ITS, consejería en casos reactivos, género, masculinidades, violencia basada en género, drogas y reducción de daños, incidencia política, etc., paso fundamental para la formación de los mismos y para las posteriores intervenciones en los distintos subgrupos y hot spots mapeados.

### **Monitoreo y Evaluación:**

#### **Objeto de la evaluación**

- Conocimientos correctos sobre VIH/SIDA/ITS
- Actitudes favorables hacia su sexualidad y sexo seguro
- Disponibilidad de insumos y materiales de prevención.
- Realización de alguna consulta o en los servicios de salud público.

#### **Indicador de proceso:**

El indicador seleccionado en el marco de desempeño para monitorear la estrategia

#### **Medios de verificación**

- Planilla de distribución de insumos
- Ficha de vinculación a los servicios de salud
- Guía de entrevista semiestructurada a contactos.
- Pre y Post Test.
- Registro diario de consulta.

## Metodología de monitoreo

El monitoreo será realizado en forma mensual y de forma aleatoria por el componente de Prevención del PRONASIDA con el acompañamiento de los coordinadores/as de las organizaciones de la sociedad civil que implementan la estrategia mediante:

- Visitas de campo: A los servicios de salud para control de los registros diarios de consulta y los pre y post test en caso de CTV.
- Entrevistas semiestructuras: A los contactos de los promotores/as seguimiento el instrumento seleccionado.

Todos los medios de verificación serán recolectados, controlados y cargados en el sistema experto en las organizaciones implementadoras así como por los centros de atención a los cuales fueron vinculados salud según sea el caso.

Las organizaciones realizarán un monitoreo para asegurar la llegada a las metas programadas de las cuales son responsables como ser “numero de contactos” y “número de promotores con trabajo de campo”. Se elaborarán reportes mensuales anexando todos los MDV los cuales serán entregados al componente de prevención del

## Estrategias por grupos de población regiones sanitarias

### HSH

Para la estrategia de promoción en la población HSH, se priorizaron 7 regiones sanitarias y dentro de las mismas se volvieron a priorizar ciertos distritos, en base al nivel de riesgo de VIH, presencia de hot spots y numero de HSH por región. Se aplicó el porcentaje de HSH calculado durante la consultoría de extrapolación compleja a la población masculina de 15 a 70 años de los distritos priorizados. 90% de HSH se encuentran en estas regiones sanitarias.

Grafico 7. Regiones y distritos priorizados

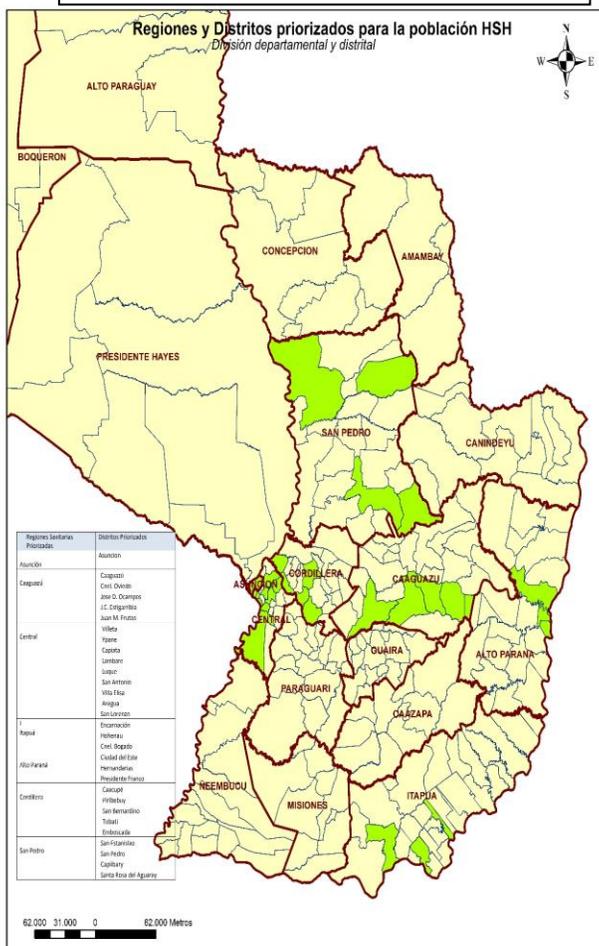


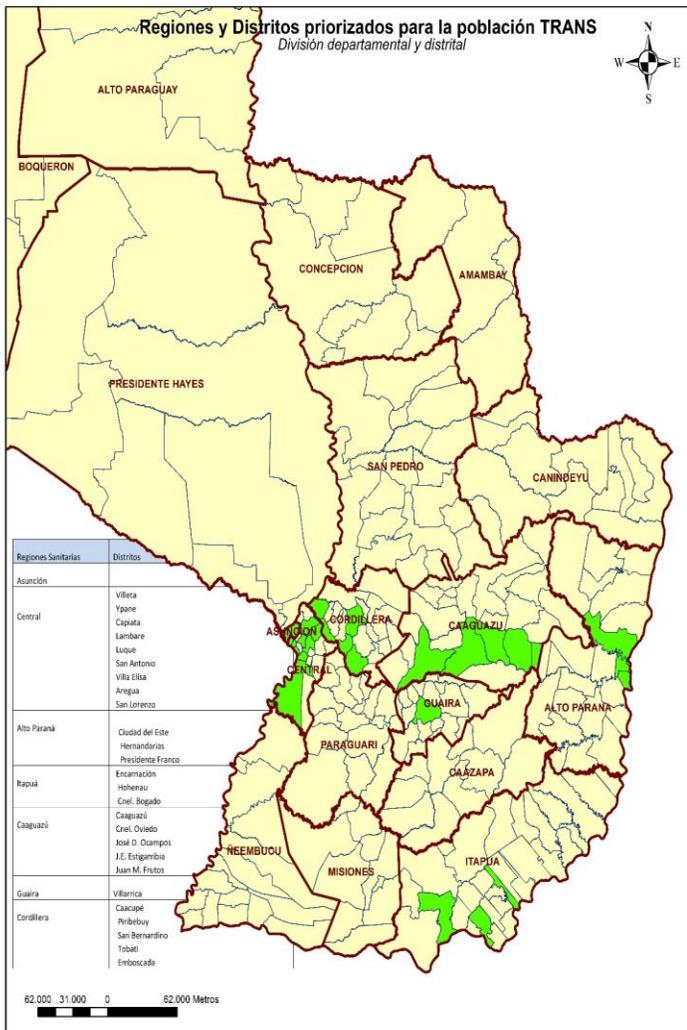
Tabla 4: Cobertura de la estrategia Promoción para la población HSH. por pares para HSH

Regiones Sanitarias Priorizadas	Distritos Priorizados
Asunción	
Caaguazú	Caaguazú - Cnel. Oviedo José D. Ocampos J.E. Estigarribia–J.M.Frutos
Central	Villeta San Antonio Ypane Villa Elisa Capiata - Aregua - Luque Lambaré San Lorenzo
Itapúa	Encarnación Hohenau Cnel. Bogado
Alto Paraná	Ciudad del Este Hernandarias – Pte.Franco
Cordillera	Caacupé Piribebe San Bernardino Tobati Emboscada
San Pedro	San Estanislao San Pedro Capiibary Santa Rosa del Aguaray

**Población TRANS:**

Para la estrategia de promoción en la población TRANS, se priorizaron 7 regiones sanitarias y dentro de las mismas se volvieron a priorizar ciertos distritos, en base al nivel de riesgo de VIH, presencia de hot spots y numero de TRANS por región. Se aplicó el porcentaje de TRANS calculado durante la consultoría de extrapolación compleja a la población masculina de 15 a 70 años de los distritos priorizados.

**Gráfico 8. Regiones y distritos priorizados Promoción para la población TRANS**



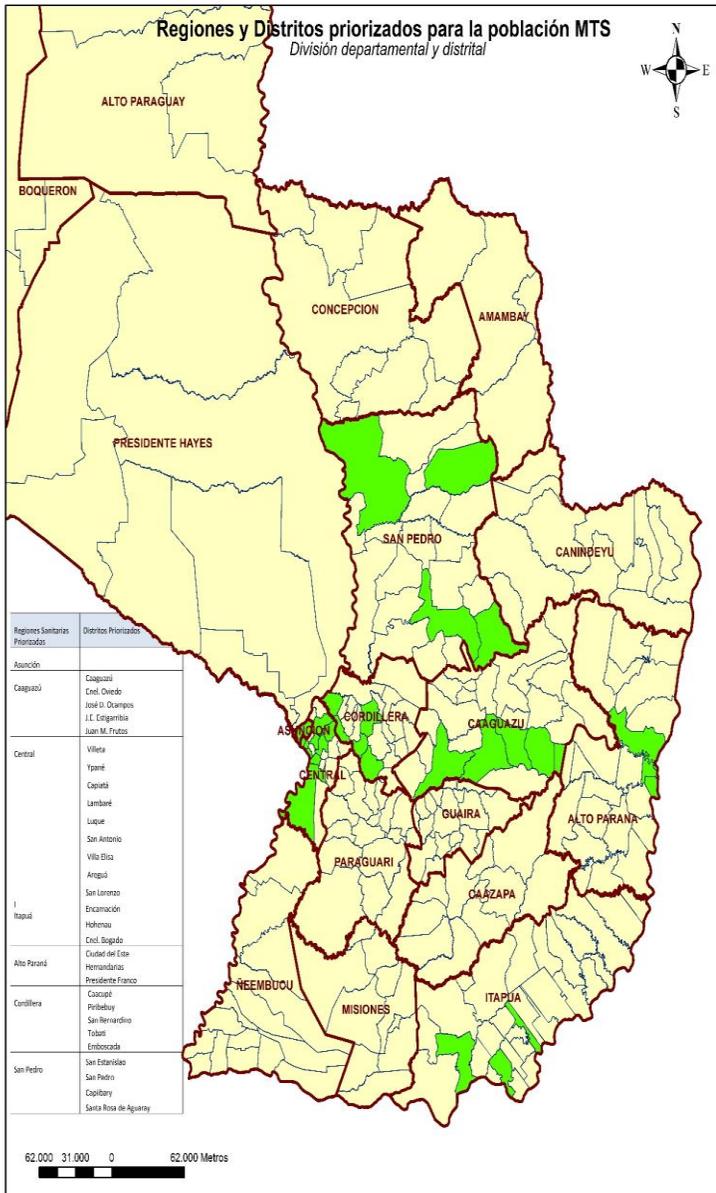
**Tabla 5: Cobertura de la estrategia por pares para TRANS**

Regiones Sanitarias	Distritos
Asunción	Asunción
Central	Villeta San Antonio Ypane Villa Elisa Capiata Aregua Lambaré San Lorenzo Luque
Alto Paraná	Ciudad del Este Hernandarias Presidente Franco
Itapúa	Encarnación Hohenau Cnel. Bogado
Caaguazú	Caaguazú Cnel. Oviedo José D. Ocampos J.E. Estigarribia Juan M. Frutos
Guaira	Villarrica
Cordillera	Caacupé Piribebuy San Bernardino Tobati Emboscada

**Estrategia para población MTS:**

Para la estrategia de promoción en la población MTS, se priorizaron 7 regiones sanitarias y dentro de las mismas se volvieron a priorizar ciertos distritos, en base al nivel de riesgo de VIH, presencia de hot spots y numero de MTS por región. Se aplicó el porcentaje de MTS calculado durante la consultoría de extrapolación compleja a la población femenina de 18 a 62 años de los distritos priorizados

**Grafico 9 Regiones y distritos priorizados Promoción para la población MTS**



**Tabla 6: Cobertura de la estrategia por pares para MTS**

Regiones Sanitarias Priorizadas	Distritos Priorizados
Asunción	Asunción
Caaguazú	Caaguazú Cnel. Oviedo José D. Ocampos J.E. Estigarribia Juan M. Frutos
Central	Villeta San Antonio Ypané Villa Elisa Capiatá Areguá Lambaré San Lorenzo Luque
Itapúa	Encarnación Hohenau Cnel. Bogado
Alto Paraná	Ciudad del Este Hernandarias Presidente Franco
Cordillera	Caacupé Piribebuy San Bernardino Tobati Emboscada
San Pedro	San Estanislao San Pedro Capiibary Santa Rosa de Aguaray

### 1.3. Comunicación Estratégica (CE)

La Comunicación estratégica contempla un plan amplio del VIH/sida relativo a la prevención, atención y apoyo, que debe ser liderado por el Programa Nacional de Control de sida-ITS (PRONASIDA) en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil. Cada intervención tiene varias funciones diferentes pero se encuentran interrelacionadas para el cambio de comportamiento.

#### Principios rectores

Todas las estrategias y mensajes contemplados en el plan están armonizadas de acuerdo a los principios de Derechos Humanos, respeto a la privacidad, a la dignidad humana.

#### Objetivos.

##### **GENERAL:**

Contribuir a la adopción de conductas saludables ante el VIH/sida e ITS, de las personas de la población clave y PVIH, considerando el enfoque SOGI.

##### **ESPECÍFICOS:**

**Aumentar los conocimientos:** La Comunicación estratégica debe asegurar que se les informe a las personas los datos básicos sobre el VIH y SIDA usando un lenguaje o medio visual amigable (o cualquier otro medio que puedan entender y con el que puedan relacionarse).

**Fomentar el diálogo comunitario:** La Comunicación estratégica para el cambio de comportamiento debe fomentar las discusiones comunitarias y nacionales sobre los datos básicos del VIH/sida y los factores ocultos que pueden contribuir a la epidemia, como los comportamientos de riesgo y entornos de riesgo. También puede fomentar las discusiones acerca de la búsqueda de atención de salud para la prevención, la atención y el apoyo.

**Promover un cambio esencial de actitud:** La CE debe llevar a cambios de actitud apropiados, por ejemplo, el riesgo personal percibido de la infección por el VIH, las creencias en el derecho y la responsabilidad de prácticas sanas y servicios de apoyo de la salud, la provisión de servicios humanitarios y sin críticas, el incremento de actitudes sin prejuicios con respecto a los roles de género, y el incremento de los derechos básicos de aquellas personas vulnerables y afectadas por el VIH y el SIDA.

**Reducir el estigma y la discriminación:** La comunicación acerca de la prevención de la infección por el VIH y la mitigación del sida deben enfocar el estigma y la discriminación, e intentar influir en las respuestas sociales.

**Crear una demanda de información y servicios:** La Comunicación estratégica puede incentivar a individuos y comunidades a exigir información sobre el VIH/sida y los servicios apropiados.

**Promover servicios para la prevención, la atención y el apoyo:** La Comunicación estratégica puede promover servicios para las ITS; usuarios de drogas, huérfanos y otros niños vulnerables, pruebas y asesoramiento voluntarios grupos de apoyo para las personas que viven con el VIH/sida.

**Mejorar las aptitudes y el sentido de autoeficacia:** Los programas de Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) pueden centrarse en las enseñanzas o el refuerzo de nuevas aptitudes y comportamientos, como el uso de condones, la negociación de la actividad sexual más sana. Esto puede contribuir al desarrollo de un sentido de confianza para hacer y tomar decisiones.

## **Destinatarios principales y sus necesidades de información.**

### **Definición de audiencias.**

Este plan contempla alcanzar mediante mensajes adaptados, a los siguientes públicos:

#### **Audiencia Primaria:**

- Poblaciones y comunidades en mayor riesgo, de acuerdo al perfil de la epidemia y su entorno inmediato (familiares, colegas, red social inmediata)

#### **Audiencia Secundaria:**

- Autoridades y formadores de opinión, principalmente en los objetivos referentes a la promoción de una cultura de derechos y en lo referido a la disminución del estigma y la discriminación.
- Funcionarios, empleados y usuarios de servicios públicos.

### **Necesidades de información:**

Los temas centrales de los mensajes, de acuerdo a las directrices del PRONASIDA y a los objetivos del proyecto, serán construidos de manera participativa entre el PRONASIDA y las organizaciones de la sociedad civil (Ej: promoción del testeo en varones, disminución del estigma en servicios, promoción de nuevos establecimientos con capacidad de atención en VIH, etc).

### **Planteamiento básico de la comunicación.**

Las campañas de mercadeo social también pueden ayudar para la promoción de pruebas de VIH, Sífilis y otros servicios.

Intervenciones de cambio de comportamiento pueden ser entregados como parte de otras intervenciones en el paquete completo. Pueden llevarse a cabo cara a cara o a través de la emisión medios de comunicación y los medios digitales como Internet. Las opciones de contenido y enfoque, como así como del medio, deben basarse en un buen análisis formativo de la situación local.

Mejorar las políticas sobre el acceso a los servicios de salud e información. Garantizar que personas de las poblaciones clave son conscientes de sus derechos legales y humanos como individuos, específicamente su derecho a la salud, puede aumentar su acceso a los servicios de salud.

### **Mix de comunicación (selección de medios).**

Las campañas elaboradas en el marco de este plan de comunicación estratégica deberán, necesariamente, ajustarse a múltiples plataformas y canales de comunicación, identificando claramente las diferentes fuentes de información que influyen en el comportamiento, individual y colectivo, de los públicos meta. Se prevé el uso intensivo y estratégico de medios virtuales.

Los mensajes claves que se deben hacer llegar a las poblaciones y sus respectivos subgrupos, deben ser multiplataforma, a modo que la información sea ajustada a cada plataforma a ser utilizada (twitter, facebook, whatsapp, revistas, afiches, folletos, etc) entendiendo que los usuarios de cada plataforma tienen un lenguaje propio, códigos.

## **Piezas comunicacionales**

Las piezas comunicacionales incluyen: folletería, afiches, revistas, banners, materiales multi-media, entre otros.

## **Uso de tecnología y redes sociales para la comunicación estratégica**

Algunas de las plataformas que se pueden considerar para la comunicación estratégica son:

### **TWITTER**

Debido a que en los últimos cinco años Twitter se ha convertido en un canal rápido para recibir información específica, es importante reconocer que la audiencia de Twitter es bastante grande y abarca desde adolescentes y jóvenes hasta adultos mayores, pasando por distintos contextos sociales, intereses particulares, etc. Twitter es de ritmo rápido y se convierte en un gran espacio para el envío de información específica. Es un gran espacio no sólo para sensibilización y el intercambio de información sobre actividades, sino que también es un espacio que puede mantener en constante diálogo con periodistas y formadores de opinión en Paraguay. También es un espacio muy público, lo que nos da la oportunidad de instalar nuestros mensajes y posición oficial sobre los temas de interés.

### **FACEBOOK**

En general, Facebook tiene una audiencia mayor a la de Twitter y se reserva para información más detallada. A diferencia de Twitter, en Facebook se puede desplazar la información agregando más detalles en los mensajes.

Qué publicar en Facebook? Noticias, Fotos, Enlaces a videos, Campañas

¿Cómo publicar? En redes sociales no se trata sólo de compartir o postear - hay que comentar por qué se postea, lo que implica:

- Crear mensajes oportunos y relevantes;
- Construir credibilidad y confianza el público.

### **WHATSAPP**

WhatsApp es una aplicación de mensajería móvil con una multiplataforma disponible en iPhone, BlackBerry, Android, Windows Phone y Nokia, que utiliza los datos de Internet o Wi-Fi para intercambiar mensajes, imágenes, videos y notas de audio sin tener que pagar por SMS ni por el contenido multimedia.

### **Buenas prácticas en el uso de esta plataforma**

- Tener números fijos para el envío de mensajes

- Promocionar (en distintos tiempos -una hora, o un día de diferencia) los números de contacto a través de todas las redes sociales (facebook, twitter, instagram, foursquare, etc) la existencia de números para contacto y que se deben adherir a sus contactos para poder enviar mensajes a través de WhatsApp.

- Clasificar los mensajes de acuerdo de la edad, ciudad, orientación sexual, actividades, temática más importante para las personas, etc.

- Mantener a las personas en una plataforma, no enviarlas en otras plataformas.

Se plantea además promover un curso rápido de prevención del VIH que consistirá en 30 minutos de capacitación virtual que incluya la entrega de certificados en dos modalidades previa aprobación de conocimientos básicos a través de un cuestionario (una virtual y otra a través de la entrega personal de un certificado impreso) La entrega de los certificados impresos será una oportunidad para ofertar la prueba rápida de VIH y la entrega de condones y lubricantes de manera gratuita y establecer un acercamiento de la población de la comunidad con sus servicios preventivos o de atención en salud.

La participación de la sociedad civil en estas intervenciones será incentivada a través de una convocatoria a presentación de propuestas a organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria, en base a criterios de evaluación que valoren la experiencia de trabajo con miembros de poblaciones clave, ampliación de la cobertura geográfica, cobertura de diferentes categorías de poblaciones clave y la contrapartida relacionada al nivel de las organizaciones.

#### 1.4. Optimización de acciones vinculadas a la cascada de la atención

Las propuestas presentadas a partir de convocatorias dirigidas a las organizaciones civiles (Tabla 4), deben demostrar mecanismos que garanticen la articulación con los servicios públicos o privados para lograr las metas de los indicadores mencionados. Con esta estrategia las organizaciones de la sociedad civil, se proponen acciones que contribuyan a, al menos uno, de los siguientes indicadores:

- Número de personas testeadas y diagnosticadas con VIH
- Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH
- Número de PVV que se mantienen en servicios de atención para la infección por el VIH
- Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral
- Número total de PVV con carga viral suprimida

Las propuestas presentadas a partir de convocatorias dirigidas a las organizaciones civiles (Tabla 7), deben demostrar mecanismos que garanticen la articulación con los servicios públicos o privados para lograr las metas de los indicadores mencionados.

**Tabla 7: Organizaciones de la sociedad civil que son sub beneficiarios para presentar propuestas de la estrategia “Optimización de acciones vinculadas a la cascada de la atención”**

	Nombre de la organización	Población prioritaria con la que trabaja	Tipo	Sede
1	Fundación Vencer	Personas que viven con VIH	OBC	Asunción
2	OPUMI	Personas que viven con VIH	OBC	Asunción
3	Asociación Vivir	Personas que viven con VIH	OBC	Ciudad del Este
4	Fundación Marco Aguayo	Personas que viven con VIH	OSC	Asunción
5	Unidas en la Esperanza	Mujeres Trabajadoras Sexuales	OBC	Asunción
6	Paraguay	Hombres que tienen sexo con hombres	OBC	Asunción

7	Somosgay	Hombres que tienen sexo con hombres	OBC	Asunción
8	Ñepyru	Hombres que tienen sexo con hombres Personas Trans	OBC	Coronel Oviedo
9	Panambi	Personas Trans	OBC	Asunción
10	Escalando	Personas Trans	OBC	Asunción
11	ALPI	Hombres que tienen sexo con hombres y Personas Trans	OBC	Encarnación
12	Asociación Tatarendy	Mujeres Trabajadoras Sexuales	OSC	Asunción
13	Prealpa	Usuarios de Drogas	OSC	Ciudad del Este
14	Prever	Usuarios de Drogas	OSC	Asunción
15	Red de ONG que trabajan en VIH	PEMAR y PVV	OSC	Asunción

### 1.5. Eliminación de Barreras Legales

Una de las acciones de esta estrategia es el fortalecimiento del Centro de Denuncias, que se implementa en Paraguay desde el 2012. Se plantea fortalecer sus acciones y garantizar su sostenibilidad.

El Centro tiene a su cargo:

1. La recepción de denuncias de violación de los derechos humanos de la población clave y las PVIH;
2. El seguimiento de las denuncias recibidas y la Mediación entre las partes afectadas;
3. Monitoreo de los acuerdos alcanzados en el proceso de mediación entre las partes, para este fin se firmará convenio con las autoridades del Ministerio de Salud;
4. Cuando corresponda, la derivación al Ministerio Público, la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de la Defensa Pública y otras instancias de resolución judicial;
5. La judicialización de casos emblemáticos de violación de DD.HH. y discriminación, previa autorización y consentimiento del o los afectados;
6. La orientación en materia jurídica y empoderamiento a la población clave y PVIH;
7. La capacitación en estigma y discriminación, derechos humanos, orientación sexual e identidad de género a proveedores en los servicios de salud y otras instituciones que conforman la respuesta nacional;
8. La promoción de políticas no discriminatorias en los servicios de salud, los centros educativos, en el trabajo, entre otros;
9. La gestión y formación de alianzas, firma de convenios y otros instrumentos de labor conjunta, con entes estatales (Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo), descentralizados (gubernaciones y municipios) y fuerzas armadas y del orden público, para abordar la temática de estigma y discriminación por el VIH, orientación sexual, identidad de género, entre otras;
10. Vinculación con el SOS (Servicio de orientación telefónica) para la derivación y toma de casos que llegan por este medio.

Adicionalmente, el Centro de Denuncias, se constituirá en una instancia de referencia para la población clave y las PVIH para cualquier dificultad legal que tengan en el día a día, y que se presenten en su entorno.

Con el mismo afán de eliminar las barreras legales, las actividades de abogacía para alcanzar a las poblaciones clave serán priorizadas, porque una de las limitantes para que las poblaciones clave accedan a los servicios de prevención y testeo a través de pruebas de VIH con consejería es el estigma y discriminación.

Por otro lado, liderado por las organizaciones de sociedad civil y teniendo como facilitadores a los líderes de las ONG de la sociedad civil junto a las autoridades del Ministerio de Salud, se organizaran talleres de capacitación para reducir el estigma y discriminación hacia el personal de salud, donde participarán como instructores los líderes de las organizaciones de sociedad civil.

Asimismo se fortalecerá la implementación en todos los Servicios de Atención Integral (SAI) y lugares de realización de pruebas de VIH, buzones de quejas o denuncias de discriminación o violación a los Derechos Humanos de las personas de las poblaciones clave. Para este fin se promocionará la existencia de los buzones de denuncias en cada uno de estos establecimientos en la comunidad y por otro lado se fortalecerá el empoderamiento en el conocimiento de los Derechos Humanos de las personas de las poblaciones clave.

Finalmente se implementará el monitoreo y seguimiento de las quejas o denuncias en los buzones de cada SAI o centro de testeo del VIH será realizado, con el apoyo de las organizaciones de sociedad civil y el Ministerio de Salud de Paraguay. (Gráfico 10)

**Gráfico 10. Esquema de Estrategias para reducir el Estigma y Discriminación a poblaciones clave desde el Sector Publico y la Sociedad Civil, Paraguay 2014.**



La sociedad civil jugará un papel central junto al estado en el trabajo de reducción del estigma y discriminación. Se capacitaran a los proveedores de salud, para este fin se realizará una convocatoria abierta para que participen las organizaciones de sociedad civil y se seleccionará a través de un proceso competitivo las ONG que tengan las mejores propuestas.

Desde la sociedad civil se está trabajando en un proyecto de ley contra toda forma de discriminación y la difusión de la Ley 3940 (Ley del SIDA). Este trabajo conjunto permitirá también promover estas leyes en proveedores de salud, funcionarios de los centros penitenciarios y demás actores de la respuesta nacional al VIH.

## 1.6. Sostenibilidad de la respuesta de la sociedad civil.

Para el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de sociedad civil se realizarán una serie de talleres para el empoderamiento en temas de Derechos Humanos, Estigma y Discriminación y Liderazgo, y el manejo de herramientas gerenciales, Planificación Estratégica, Desarrollo de Proyectos, implementación, gestión de subvenciones y gestión financiera, capacidad de reportar y responsabilidad por el buen uso de los recursos (Reporting and accountability), Monitoreo y Evaluación, entre otros, que les permita tener un mejor desempeño como organización y poder alcanzar con estas herramientas a la población clave.

Las organizaciones de sociedad civil y base comunitaria que actualmente forman parte de la Respuesta Nacional han venido siendo fortalecidas a través de proyecto anterior del Fondo Mundial y una reciente evaluación ha identificado sus fortalezas y fragilidades<sup>9</sup>. En esta propuesta se incluyen fondos de sostenibilidad para las organizaciones que llevarán a cabo intervenciones relacionadas a la promoción por pares (costos para el staff, costos de gestión/gobernabilidad, visitas de supervisiones) con la propuesta de que los costos de recursos humanos vayan siendo reducidos gradualmente de manera a fomentar la búsqueda de recursos de sostenibilidad alternativos. Se considerarán apoyo para el fortalecimiento de aquellas organizaciones incipientes o donde se han identificado oportunidades de mejora (por ejemplo, las organizaciones lideradas por población trans), y para organizaciones del interior. Se promoverá que las organizaciones desarrollen propuestas y proyectos en prevención de VIH para los gobiernos municipales y para otras agencias de cooperación.

Las áreas donde podrán participar de procesos competitivos para gestionar el financiamiento de otras agencias o inclusive el mismo gobierno nacional podrán ser: Prevención del VIH en la comunidad, prevención en VIH y sida a través de la estrategia de promoción entre pares, promoción de pruebas rápidas en las poblaciones clave, reducción de estigma, discriminación, Derechos Humanos y entre otras.

Dentro de la sostenibilidad, será importante que las organizaciones de sociedad civil accedan a recursos financieros de otras fuentes, la misma que les permita fortalecerse como organización y por otro lado no depender exclusivamente de la financiación del Fondo Global.

## 2. LA DESCENTRALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y VINCULACIÓN AL SERVICIO

Se registraron nuevos diagnósticos de VIH en las 18 regiones sanitarias, siendo las tasas más altas de nuevos diagnósticos en Asunción y Central donde se encuentra concentrada la población clave, además Cordillera, Alto Paraguay, Boquerón en estas 2 últimas tiene población relativamente escasa, lo que influye en las tasas.

En números absolutos, el acumulado de PVIH diagnosticadas para el periodo 2008/2013, se registra mayormente en las regiones de Asunción, Central, Alto Paraná, Itapúa, Caaguazú, San Pedro, Cordillera, Concepción y Paraguarí. **(Tabla 8) y (Gráfico 11)** se debe a que incluyen las zonas más pobladas, que incluyen el área metropolitana y área fronteriza.

---

<sup>9</sup> Informe de Sistema de Diagnóstico y Evaluación para organizaciones no gubernamentales y organizaciones sin fines de lucro. 2014.

Tabla 8 Tasa de nuevos diagnósticos por región periodo 2013 y número acumulado de PVIH diagnosticadas 2008-2013

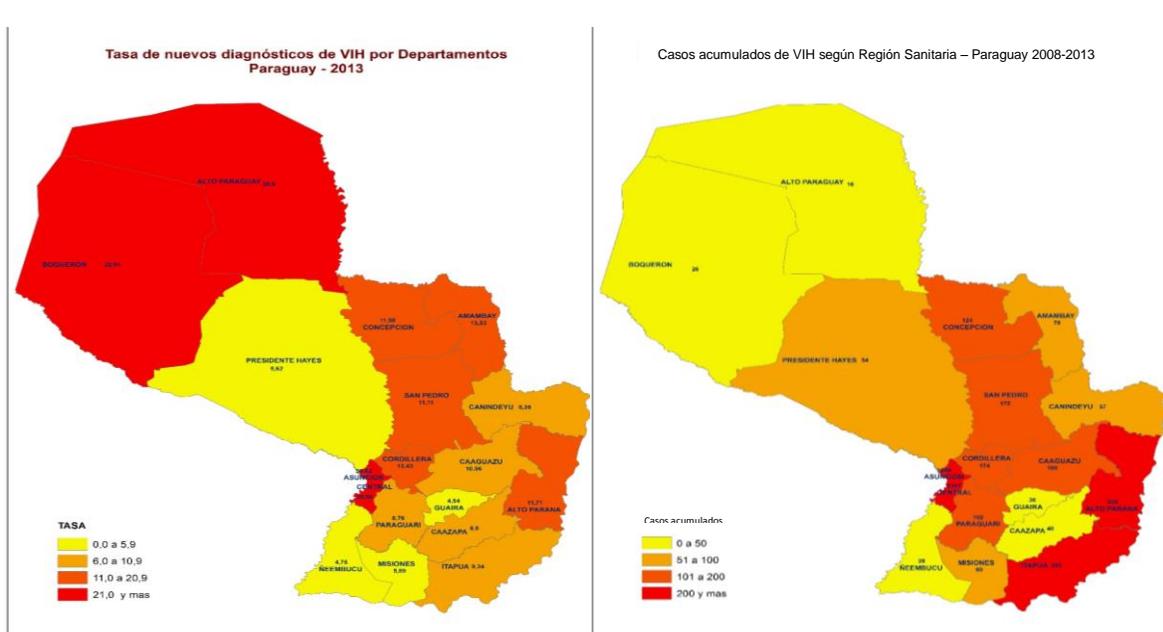
	Tasa de nuevos diagnósticos por región 2013	Número acumulado de PVIH diagnosticadas 2008/2013	Población por departamento 2013
Asunción	50,82	1.288	514.269
Alto Paraguay	26,90	16	11.057
Boquerón	22,91	26	62.784
Central	20,98	2.357	2.297.739
Amambay	13,53	78	125.746
Cordillera	13,43	174	285.998
Alto Paraná	11,71	538	801.790
Concepción	11,58	124	189.660
San Pedro	11,11	175	361.513
Caaguazú	10,56	180	479.746
Itapúa	9,34	203	551.128
Paraguarí	8,76	102	239.661
Canindeyú	8,36	57	199.767
Caazapá	6,60	40	151.477
Misiones	5,89	60	119.719
Pdte. Hayes	5,62	54	108.520
Ñeembucú	4,75	28	84.268
Guaira	4,54	36	198.532

Fuente: Departamento de Información Estratégica del PRONASIDA

Gráfico 11:

Tasa de Nuevos de Diagnósticos de VIH 2013

Casos acumulados de VIH. Periodo 2008-2013.



Los grupos de población claves - Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), las personas Trans y las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)- son los que corren mayor riesgo de contraer la infección por VIH, pero también son quienes menos probabilidades tienen de acceder a los servicios de prevención, detección y tratamiento. Así podemos visualizar en la tabla las brechas por poblaciones claves. (Tabla 9)

El tamaño de la población clave se calculó para HSH a través del método de captura, para MTS y TRANS a través del método del multiplicador y mapeo/enumeración. Para extrapolar o predecir el número de personas de las poblaciones clave que residen en las áreas del país donde se realizó un estudio de estimación del tamaño de población se buscaron diferentes variables predictoras para el tamaño, tales como: número de población general, zona urbano/rural, hombre/mujer, porcentaje de población general

que tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años , porcentaje que tuvo más de una pareja en el último año, el nivel educativo, número de casos de VIH, porcentaje de casos que proviene de poblaciones claves, número de unidades económicas, zona fronteriza, existencia de rutas principales, bases militares, puertos y plantaciones. Con estos datos se modeló el tamaño de población clave con el programa Super Learner R 31.0

**Tabla 9: Brecha de diagnóstico del VIH en población clave. 2008-2013**

	MTS	HSH	Personas Trans	UD	Totales
Estimación por población*	69	3.108	226	271	3.674
Total registros por población*	43	993	46	68	1.150
Brecha por población	26	2.115	180	203	2.524

Para la estimación se aplicó el dato prevalencia de cada población y al tamaño poblacional. Datos proporcionados Por información estratégica. Pronasida 2013.

La expansión del acceso a la prueba de VIH es una herramienta para mejorar el acceso universal a la prevención, atención y apoyo en VIH.

El diagnóstico oportuno además ayuda a la prevención, ya que existe evidencia de que las personas que conocen su estatus positivo, reducen sus prácticas de riesgo y así también las PVIH en TAR al lograr una carga viral suprimida disminuyen la probabilidad de transmisión.

Para favorecer el diagnóstico oportuno los establecimientos de salud del sector público aplican la estrategia de CTV para VIH y sífilis. A finales del 2013, los servicios que ofrecen CTV fueron del 62,67%, que corresponden a 910 servicios de los 1452 servicios activos del MSP y algunos centros privados del país.

A fin de optimizar el diagnóstico oportuno de las PVIH que desconocen su estado serológico se ha realizado una priorización de las regiones sanitarias con el objetivo de identificar aquellas de mayor riesgo de VIH, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: por región sanitaria: unidades económicas, población, incidencia, adyacencia de rutas principales, presencia de grupos de trabajo móviles (destacamentos militares, plantaciones y/o puertos) y necesidades de servicios. **Se agruparon las regiones sanitarias por riesgo:** Alto riesgo, mediano riesgo, bajo riesgo, y muy bajo riesgo.

Como resultado de esta priorización se obtuvieron: 1- Regiones de Alto riesgo: Capital, Itapúa, Alto Paraná y Central. 2- Regiones de Mediano riesgo: San Pedro, Cordillera, Caaguazú, Presidente Hayes. 3- Regiones de Bajo Riesgo: Concepción, Paraguarí, Guairá, Ñeembucú, Canindeyú. Y de muy bajo riesgo: Boquerón, Alto Paraguay, Amambay, Misiones, Caazapá.

Gráfico 12 Regiones Sanitarias clasificados por Riesgo del VIH. Paraguay.



Basados en las regiones sanitarias priorizadas para riesgo de VIH y sumados a criterios de accesibilidad geográfica, se plantea fortalecer los servicios de las siguientes regiones sanitarias: Capital, Itapúa, Alto Paraná, Central, San Pedro, Caaguazú, Cordillera, Canindeyú, Guairá, Boquerón, Concepción.

En 688 servicios de estas regiones seleccionadas actualmente se está realizando CTV (Gráfico 13). Se prevé aumentar los servicios que realizan CTV en el 1er Año a 778 (73%), 868 (81,4%) en el 2do Año, y llegar a 958 (90%) en el 3er Año del total de servicios de salud de estas regiones (1066) (Gráfico 14). Paralelamente se seguirán fortaleciendo y ampliando servicios que realizan CTV que no se encuentran en estas regiones seleccionadas.

Gráfico 13: Servicios de Regiones priorizadas que realizan CTV a finales de 2013

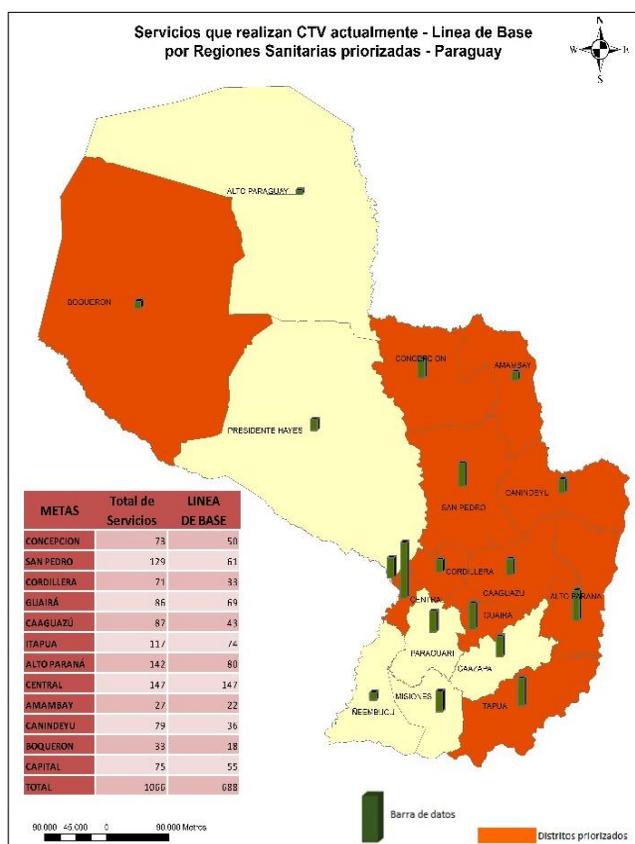
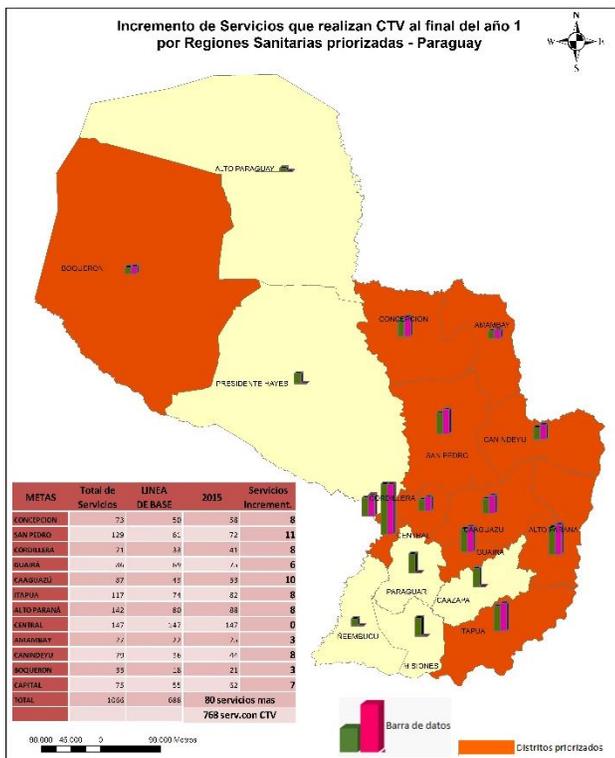
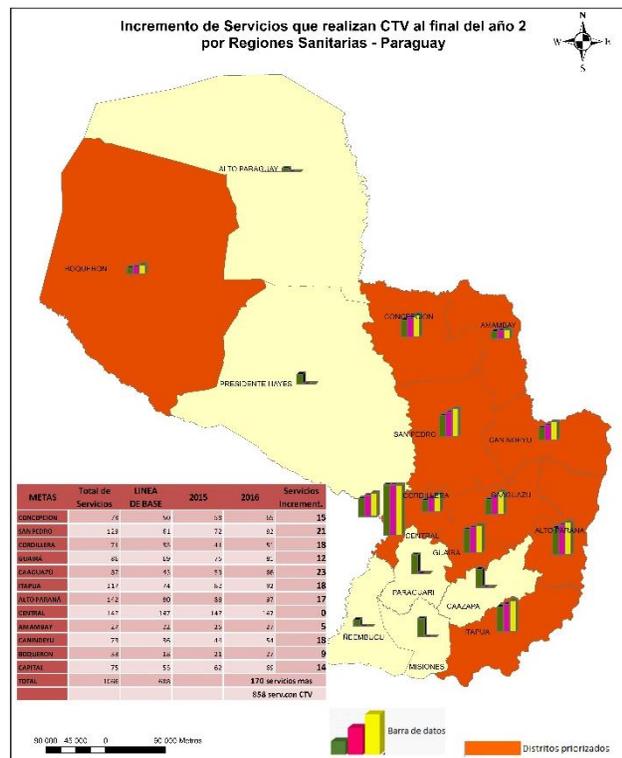


Gráfico 14: Servicios que realizarán CTV por año de implementación en regiones priorizadas

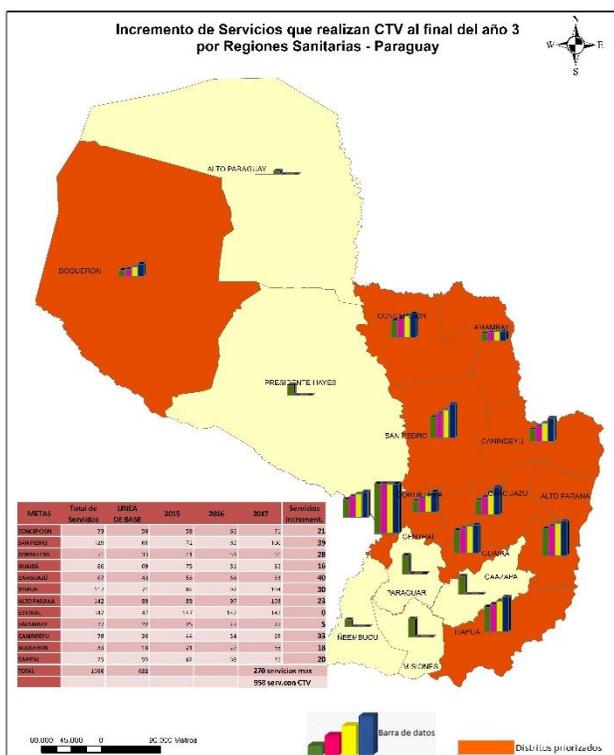
**AÑO 1**



**AÑO 2**



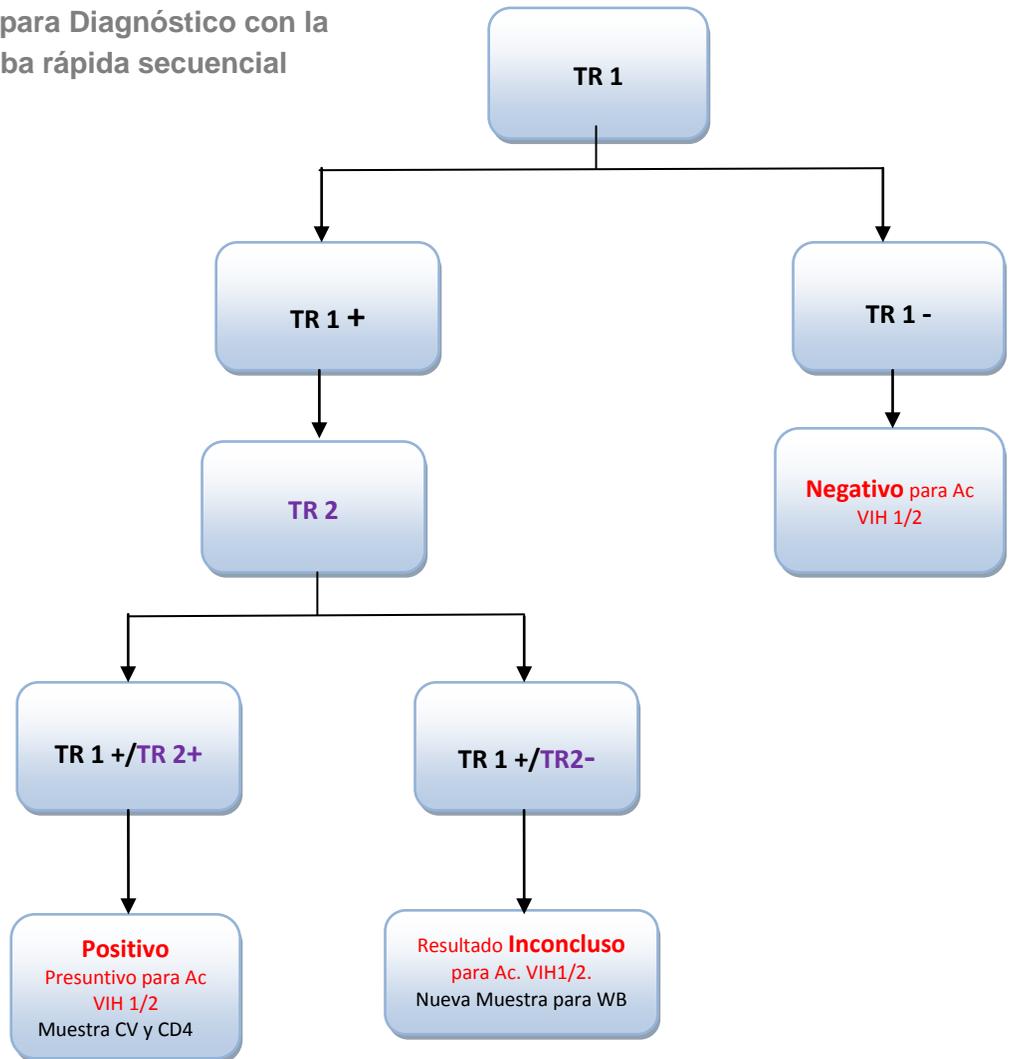
**AÑO 3**



Como podemos ver en el gráfico de abajo el porcentaje de aumento de servicios que realizarán CTV en las regiones priorizadas



### Algoritmo propuesto para Diagnóstico con la utilización de prueba rápida secuencial



Referencias	
TR1	Prueba Rápida de alta sensibilidad
TR2	Prueba Rápida de alta especificidad
WB	Western Blot
CV	Carga Viral
CD4	Recuento de Linfocitos TCD4

### Vinculación a los servicios de salud

La vinculación a los servicios de salud, oportuna y sostenida es garantía de un tratamiento oportuno, una mejor adherencia al TAR y la supresión de la carga viral, lo que permite reducir al mínimo el riesgo de nuevas infecciones. Para el caso de personas sin VIH, la vinculación a los servicios de salud permite ofrecerles la posibilidad de un cuidado continuo de su salud, promocionar actitudes de autocuidado y de orientación para llevar una vida más saludable.

Existen barreras económicas, sociales y organizacionales, que deben ser superadas para garantizar el continuo de la atención de las poblaciones clave.

Asimismo, existen intervenciones consideradas como fundamentales de aplicar a nivel de los servicios de salud y en las organizaciones de sociedad civil, ya que las evidencias demuestran que garantizan mejores resultados.

Con el objetivo de propiciar el acceso de la población clave a la red pública de servicios de salud, se ha trabajado con referentes de la sociedad civil en identificar aquellos servicios en los que las poblaciones refieren sentirse más cómodas (Tabla 9). Con estos servicios se implementará un plan de trabajo que incluirá la capacitación de todo el personal (administrativo y de salud) en reducción del estigma y la discriminación, promoción de derechos humanos, respeto de la identidad de género y diversidad sexual, VIH, TB, ITS, y otras co-infecciones, consejería, registro de la información, entre otros. Además, y conjuntamente con las organizaciones de la sociedad civil, se acompañará la vinculación de las personas de la población clave a estos servicios seleccionados.

Tabla 9 Servicios seleccionados para la vinculación de la población clave con participación de la sociedad civil

Región Sanitaria	Nº	CENTROS DE ATENCIÓN	ORGANIZACIÓN
IV Guairá	1	Hospital Regional de Villarrica	HSH (Guaira)
V Caaguazú	2	Hospital Regional de Coronel Oviedo	NEPYRU – UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones (Caaguazú) - HSH
	3	Hospital de Caaguazú	NEPYRU - HSH
	4	USF Caraya'o	HSH (Caaguazú)
VII Itapúa	5	Hospital Regional de Encarnación	UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones Encarnación - HSH
	6	USF Bº San Pedro	HSH (Itapúa)
	7	USF Arroyo Porá	HSH (Itapúa)
X Alto Paraná	8	Hospital Regional de Ciudad Del Este.	PREALPA – UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones (Alto Paraná)
	9	Hospital Distrital de Presidente Franco	PREALPA – UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones (Alto Paraná)
	10	Hospital Distrital de Hernandarias	UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones, Alto Paraná - HSH
XI Central	11	Hospital San Lorenzo (calle 'i)	PANAMBI – UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones
	12	Hospital Nacional de Itauguá	PANAMBI
	13	Hospital Regional de Luque	PANAMBI – UNES Centro Nacional de Control de Adicciones
	14	Hospital Materno Infantil de Fernando de la Mora	UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones Asunción y Central
	15	USF Alfonso Godoy de Fernando de la Mora	UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones Asunción y Central
XIII Amambay	16	Hospital Regional Pedro Juan Caballero	UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones, Amambay – HSH
XVIII Capital	17	Instituto de Medicina Tropical (IMT)	PANAMBI – Tatarendy – HSH
	18	Hospital de Barrio Obrero	PANAMBI – Tatarendy – UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones – HSH
	19	Hospital Materno Infantil de Trinidad	PANAMBI – HSH
	20	CCTV TATARENDY (de acceso prioritario a MTS, TTS, UD y HSH)	PANAMBI – Tatarendy - UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones
	21	Clínica Kuimba'e (de acceso prioritario a HSH y TTS)	PANAMBI – Tatarendy - UNES y Centro Nacional de Control de Adicciones
	22	Centro de Salud Nº 3	Tatarendy – UNES y Centro de Adicciones
	23	USF Bañado Sur San Blas	UNES y Centro de Adicciones Asunción y Central
	24	Hospital San Pablo	UNES y Centro de Adicciones Asunción y Central
	25	USF 3 de Febrero	UNES y Centro de Adicciones Asunción y Central
	26	USF San Felipe	UNES y Centro de Adicciones Asunción y Central
	27	Consejería PRONASIDA	PEMAR

Otra estrategia que favorecerá la vinculación al servicio, principalmente en los servicios de atención a PVIH de mayor afluencia e identificados, serán incorporados **Consejeros y promotores PVIH** capacitados, según un perfil establecido para favorecer la vinculación y retención al Servicio de Salud. Ver protocolo adjunto.

### 3. EXPANSIÓN DEL TRATAMIENTO, LA ATENCIÓN Y RETENCIÓN DE LAS PVIH

El plan de expansión de la atención integral se desarrolla para garantizar un mayor acceso al tratamiento, seguimiento y retención de las PVIH, siguiendo las directrices unificadas de la OMS 2013 y la estrategia Tratamiento2.0 “Simplificación radical y optimización de la calidad del tratamiento para aumentar el acceso a ARV y el beneficio del tratamiento en prevención de nuevas infecciones”.

Para ello, se planifica la revisión y adaptación de las Normas Nacionales por un equipo técnico conformado por el PRONASIDA, las Sociedades Científicas, Organizaciones Civiles y Organismos Internacionales. Las normas a ser revisadas son:

- Normas Nacionales de Tratamiento antirretroviral adultos y adolescentes 2013,
- Guías Nacionales de Tratamiento antirretroviral a Niños/as 2011
- Modelo de atención en VIH-sida ITS en población clave afectada, 2011

Siguiendo las recomendaciones de la expansión y sostenibilidad del TAR, el país desde inicios del 2014 implementó el inicio de TAR independientemente a la cifra de CD4 en personas Trans, parejas serodiscordantes, así como en usuarios perteneciente a pueblos originarios y personas privadas de libertad.

#### a- Estrategias de expansión del TAR

Siguiendo el concepto de optimización del uso estratégico de ARV, que incluye la expansión y el uso racional de regímenes adecuados, combinaciones en dosis fijas (CDF) de una toma diaria, con mínima toxicidad e interacciones y que puedan ser utilizados de forma segura y efectiva en la mayoría de las PVIH con necesidad de TAR, se tiene como objetivo adaptar las normativas unificadas de la OMS 2013, con relación a los criterios de inicio de tratamiento:

- CD4 menor o igual a 500 cel/mmc
- Mujeres embarazadas.
- Niños con menos de 5 años.

Para optimizar el tratamiento antirretroviral:

**El esquema preferente de primera línea para adolescentes y adultos** se realizará con TDF + 3TC (o FTC) + EFV. Si la combinación de TDF + 3TC (o FTC) + EFV está contraindicada, se recomienda una de las siguientes opciones:

- AZT + 3TC + EFV
- AZT + 3TC + NVP
- TDF + 3TC (o FTC) + NVP

**En niños menores de 3 años** una pauta a base de LPV/r debe ser el tratamiento con antirretrovíricos de primera línea asociado con ABC + 3TC o AZT + 3TC.

**Para los niños infectados por el VIH que tienen más de 3 pero menos de 10 años** de edad la pauta de primera línea:

- ABC + 3TC
- AZT o TDF + 3TC (o FTC)

Asociado a EFV como inhibidor no nucleósido de la retrotranscriptasa para el tratamiento y NVP como opción.

**El Uso de FTC /TDF/EFV en Combinaciones en dosis fijas (CDF)** para los nuevos inicios y la migración de a esquemas simplificados , se realizará con una visión de salud pública, según disponibilidad y sostenibilidad de ARV.

### Esquemas de Segunda Línea

Se recomienda que los antirretrovíricos de segunda línea deben incluir dos inhibidores nucleótidos de la retrotranscriptasa análogos de los nucleótidos (ITIAN) más un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado con ritonavir. Las combinaciones de dosis fijas con ATV/r y LPV/r son las opciones de inhibidores de la proteasa potenciados para el tratamiento con antirretrovíricos de segunda línea de preferencia.

Si el esquema con TDF + 3TC (o FTC) se utilizó se debe usar AZT + 3TC como pauta terapéutica de segunda línea.

Y si se utilizó AZT + 3TC, se deben usar pautas que incluyan TDF + 3TC (o FTC) como de segunda línea

**El país solo** cuenta como Lopinavir/ritonavir como IP de segunda línea en adultos y adolescentes y se prevé contar con Atazanavir + ritonavir como alternativa.

### Esquemas de Tercera Línea o Rescate

Las pautas de tercera línea deben incluir medicamentos como los inhibidores de la integrasa y los ITINN de segunda generación e inhibidores de la proteasa. Se dispone de Darunavir, Raltegravir y Etravirina como opciones de cambio de tratamiento.

#### b- Estrategias de Expansión de la atención

Paraguay ya está implementando los principios de Sostenibilidad y Expansión de la atención al VIH en diversos aspectos, como la apertura servicios, para lo que se prevé 5 nuevos centros de atención, seleccionados en base a los servicios priorizados de riesgo del VIH ya descrito anteriormente, además se considera la ubicación geográfica y la presencia de comunidades originarias para la apertura en la región sanitaria de Boquerón.

Además, se considera el compromiso de las autoridades regionales y recursos humanos capacitados y la receptividad de PVIH de otras regiones como en las regiones de Guairá.

Sumados a los 7 servicios actuales (Tabla 10: Línea de base) y (Gráfico 16) totalizaran 12 servicios de referencia para vincular a las nuevas PVIH diagnosticadas. (Tabla 10) (Gráfico 17)

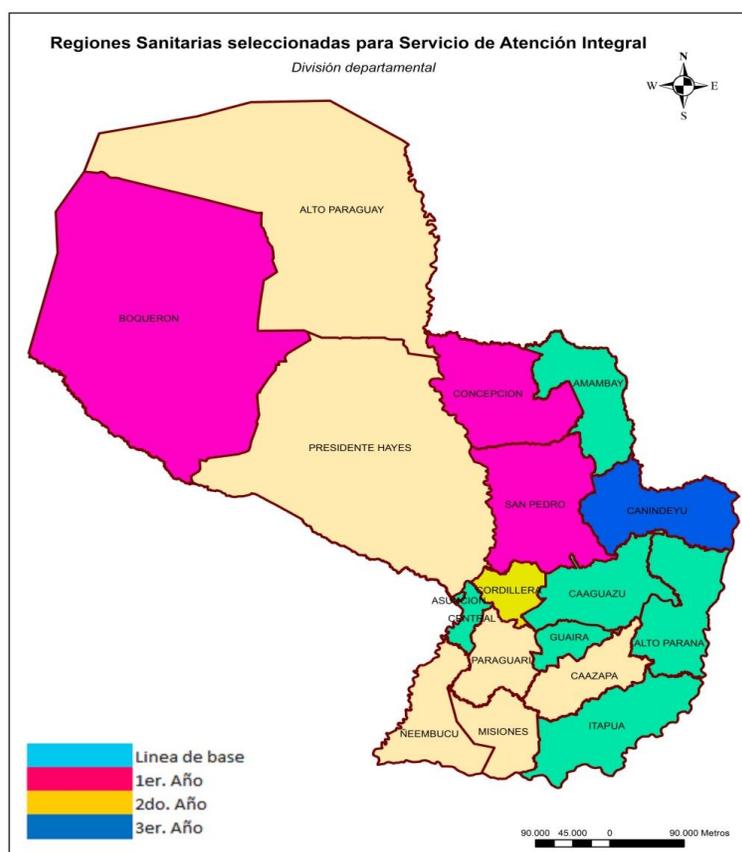
**Tabla 10: Servicios adecuados y accesibles que prestan atención a las PVIH.**

Línea de Base 7 servicios	Año 1 3 nuevos servicios	Año 2 1 nuevo servicio	Año 3 1 nuevo servicio
1.IMT (SAI Asunción) 2.Hospital Nacional (SAI Central) 3.CDE (SAI Alto Paraná) 4.Encarnación (SAI de Itapúa) 5.PJC (SAI de Amambay) 6.Cnel Oviedo (SAI de Caaguazú) 7.Villarrica (SAI del Guairá)	<b>Hospitales Regionales de</b>  I región Sanitaria SAI Concepción  II región sanitaria SAI San Pedro  XVI región sanitaria SAI Boquerón	<b>Hospital Regional de</b>  III región sanitaria SAI Cordillera	<b>Hospital Regional de</b>  XIV región sanitaria SAI Canindeyú

Gráfico 16: Servicios de Atención Integral del VIH. Paraguay 2014



Gráfico 17 Servicios de atención integral por año de implementación. Py



Paralelamente a la apertura de nuevos servicios de atención a las PVIH en las regiones sanitarias consideradas de riesgo para VIH, se iniciara un proceso gradual de delegación de funciones a los servicios sanitarios de menor complejidad que correspondan a estas regiones sanitarias, con el objeto de mejorar el acceso a la TAR de las PVIH, acercando los medicamentos a la población con necesidades.

En ese sentido está planificado habilitar en forma gradual, servicios con capacidad para dispensar ARV e identificar a médicos previa capacitación para el seguimiento de las PVIH clínica e inmunovirologicamente estables.

En el primer semestre del año 1 de la Nota conceptual se redactará un Manual de seguimiento de PVIH clínicamente estable, por medico no especialista capacitado, que contemple la referencia, contra-referencia de PVIH y dispensación de ARV.

Con el objeto de garantizar el adecuado manejo y control de los ARV, de manera gradual, el MSP, a través del PRONASIDA, implementará un sistema de distribución y logística a los Parques Regionales que implica que el Parque Sanitario Central distribuirá los ARV a los Parques Sanitarios Regionales. Estos serán los responsables de la posterior distribución a cada Hospital Regional y Distrital seleccionado, los cuales se encargarán de proveer los ARV a los servicios de salud más cercanos a las PVIH para su dispensación individual. Así, se estima que para finales del 2017, se llegará a una cobertura del de Hospitales Regionales y Distritales de las seleccionadas en base **priorización de las regiones al riesgo de VIH** que efectivamente dispensan ARV a PVIH y a otros servicios de menor complejidad. (Tabla 11), (Grafico 18).

**Tabla 11: Servicios que dispensarán ARV por año**

<b>Línea de Base 7 servicios</b>	<b>Año 1 13 nuevos servicios</b>	<b>Año 2 12 nuevos servicios</b>	<b>Año 3 11 nuevos servicios</b>
<b>1.IMT (SAI Asunción)</b>	<b>H.R Concepción (SAI Concepción)</b>	<b>H.R Caacupé (SAI Cordillera)</b>	<b>Salto del Guairá (SAI Canindeyú)</b>
<b>2.Hospital Nacional (SAI Central)</b>	H.D Areguá	H.D Lambaré	H.D Tobati
<b>3.CDE (SAI Alto Paraná)</b>	H. D Horqueta	H.D San Estanislao	H.D Juan Manuel Frutos
<b>4.Encarnación (SAI de Itapuá)</b>	<b>H.R Mariscal Estigarribia (SAI Boquerón)</b>	H.R San Pedro del Ycuamandiyu	H.D Independencia
<b>5.PJC (SAI de Amambay)</b>	H.R San Lorenzo	H.D Repatriación	H.D Eusebio Ayala
<b>6.Cnel Oviedo (SAI de Caaguazú)</b>	H.D Natalio	H.D Santa Rita	H.D Itapuá
<b>7.Villarrica (SAI del Guairá)</b>	H.D Natalio	H.D Villa Elisa	H.D Curuguaty
	H.D Presidente Franco	H.D Villa Elisa	H.D Altos
	H.D Caaguazú	H.D Minga guazú	H.D Yhu
	<b>H.E Santa Rosa del Aguaray</b>	H.D Fdo de la Mora	H.D Capitán Bado
	H.D Hernandarias	H.D Ita	H.D Bella vista
	H.R Luque	H.D Coronel Bogado	
	H.D Ñemby	Gral Aquino	
	H.D Villeta		

En el gráfico de abajo se observa la implementación de servicios con capacidad para dispensar TARV. (Gráfico 11) y (Gráfico 18)

Gráfico 18 Mapeo de servicios que dispensarán TAR.

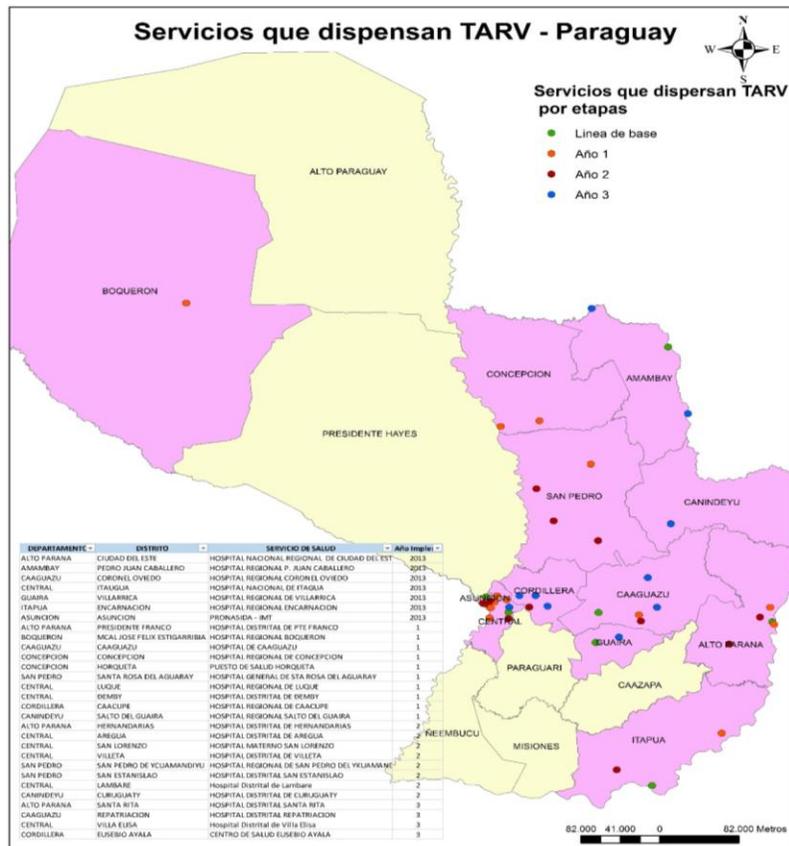
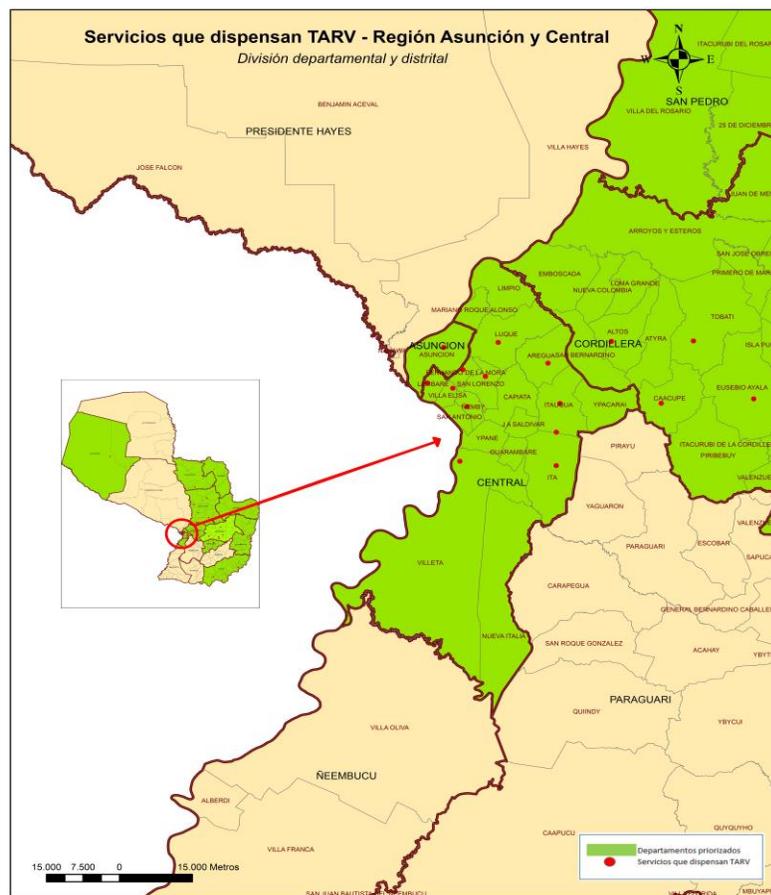


Gráfico 19 Centros que dispensan TAR en región Central



**c- Retención**

Descentralizar e integrar la atención y el tratamiento ayudará a mejorar los vínculos entre la PVIH y los centros, garantizando el acceso para todas las personas que necesitan la prestación de los servicios, lo que favorecerá a la retención.

Es fundamental ampliar la función de los servicios de la red, abarcando las pruebas diagnósticas, el monitoreo del tratamiento, la adherencia y la retención, a fin de que los sistemas de salud tengan la capacidad para atender las necesidades terapéuticas y asistenciales de las personas infectadas por el VIH, en particular de los grupos de población clave.

### **Monitoreo de tratamiento**

Una vez iniciada la TAR todas las PVIH deben ser monitorizadas de acuerdo a los siguientes puntos:

1. Establecer la primera consulta después del inicio en 15 días.
2. Consultas consecutivas con frecuencia mensual a fin de evaluar la evolución clínica y la adherencia.
3. Si se observa falta de adherencia al TAR, derivar a la psicóloga o trabajadora social
4. Reforzar la adherencia con la intervención de consejeros pares y no pares con involucramiento de la sociedad civil. En los servicios de atención a PVIH de mayor afluencia e identificados serán incorporados **Consejeros y promotores pares PVIH** seleccionados y capacitados según un perfil establecido, con el objetivo de mejorar la retención de las PVIH en los programas de tratamiento y la calidad de atención, proporcionada a través de consejerías de seguimiento, prevención secundaria con énfasis en adherencia al TAR, a fin de obtener que el mayor número de las PVIH lleguen a la carga viral suprimida para reducir el riesgo de transmisión.
5. Realizaran acompañamiento y seguimiento de las PVIH para asegurar su retención, visitas domiciliarias y llamadas telefónicas para seguimiento. **Ver protocolo adjunto**
6. Evaluación del estado inmunoviológico de las PVIH en TAR cada 6 meses y según protocolos nacionales de tratamiento.
7. En las PVIH con adherencia y clínicamente estables, fijar las consultas y entrega de ARV cada 2 o 3 meses.
8. Realizar supervisión en los SAI con frecuencia trimestral con la revisión de Historias Clínicas de las PVIH que han iniciado TAR y en seguimiento.
9. Dar continuidad al monitoreo de “Plan de mejora continua de calidad en la atención en los servicios que prestan atención a PIVH”
10. Entre las intervenciones para optimizar la adherencia al TAR, se utilizara en los SAI la estrategia de envío de mensajes de texto por telefonía móvil como recordatorio de falta de retiro de medicación, cuando no acuda en la fecha establecida.
11. **Vigilancia de Farmacorresistencia al VIH:** Se implementará en PVIH adultos y pediátricos con monitoreo en los centros de tratamiento ARV más representativos (IMT, CDE, Encarnación) para la obtención de los resultados de indicadores de la alerta temprana de la OMS, para orientar acciones de salud publica necesarias para la prevención y evaluación de la farmacoresistencia.

En base a la factibilidad de obtención de datos, se planifica monitorear los siguientes indicadores de alertas temprano:

- A) Prácticas de prescripción de TAR
- B) Pacientes perdidos durante el seguimiento 12 meses después de iniciado el TAR
- C) Pacientes en TAR de primera línea apropiados a los 12 meses
- D) Retiro puntual de medicamentos ARV
- E) Determinar continuidad de suministro de medicamentos ARV
- F) Supresión de carga viral 12 meses después del inicio del TAR

**12. Farmacovigilancia:** Las posibles consecuencias que pueden ocasionar la utilización de los ARV, generan especial preocupación entre la Autoridad Sanitaria, los profesionales de la salud y las PVIH, pues las reacciones adversas a los medicamentos son una causa importante de consulta médica, ingreso hospitalario, cambio de esquema y en ocasiones hasta de la muerte del usuario/as.

Un buen servicio de gestión de la seguridad del medicamento y de la farmacovigilancia es un requisito imprescindible para la detección precoz de los riesgos asociados con los ARV y la prevención de reacciones adversas a estos. Además, es una ayuda a los profesionales de la salud y los usuarios/as para conseguir la mejor relación beneficio/riesgo con una terapia segura y efectiva

**Metodología:** Se implementará en el 2015 en el servicio con mayor carga de PVIH, para lo cual se designará como hospital centinela que servirá de efector, el Instituto de Medicina Tropical (IMT) que cuenta con el 87% de PVIH en TAR, con la metodología de Sistema de la Farmacovigilancia intensiva, basado en la identificación y detección de las reacciones adversas sospechosas por parte de los profesionales de salud en su práctica diaria, y el envío de esta información al PRONASIDA que registra y remite la notificación a la DNVS.

En el año 2017 se prevé extender a los servicios del Hospital Regional de Ciudad Este y Encarnación.

La notificación sistemática de reacciones adversas y su análisis estadístico permanente permitirá generar una alerta o señal sobre el comportamiento de los ARV en las PVIH.

Para la implementación de la farmacovigilancia del ARV, el programa se integrará al sistema nacional de farmacovigilancia para la capacitación de RRHH, la elaboración de guías de procedimiento operativo estándares, flujo y comunicación de la información.

#### **4. EXPANSIÓN DEL SEGUIMIENTO DE LABORATORIO INCLUYENDO MONITOREO EN EL PUNTO DE ATENCIÓN**

En el marco de fortalecimiento de los servicios de una atención eficiente a las PVIH se planifica la adquisición de equipos y reactivos para recuento de linfocitos TCD4 y dosaje de la carga viral plasmática para asegurar el seguimiento inmunoviológico adecuado de las PVIH.

Con el objetivo de brindar atención en el punto de entrada, se adquirirán equipos portátiles de recuento de CD4 para complementar la implementación del diagnóstico con la utilización de pruebas rápidas en forma secuencial. En los servicios que cuentan con equipamiento para CD4 toda persona con resultado reactivo con pruebas secuenciales accederá inmediatamente al recuento de linfocitos CD4 y la toma de muestra para el dosaje de la carga viral plasmática, a fin de orientar la conducta a seguir. Esto también contribuirá la vinculación de las nuevas PVIH a los servicios.

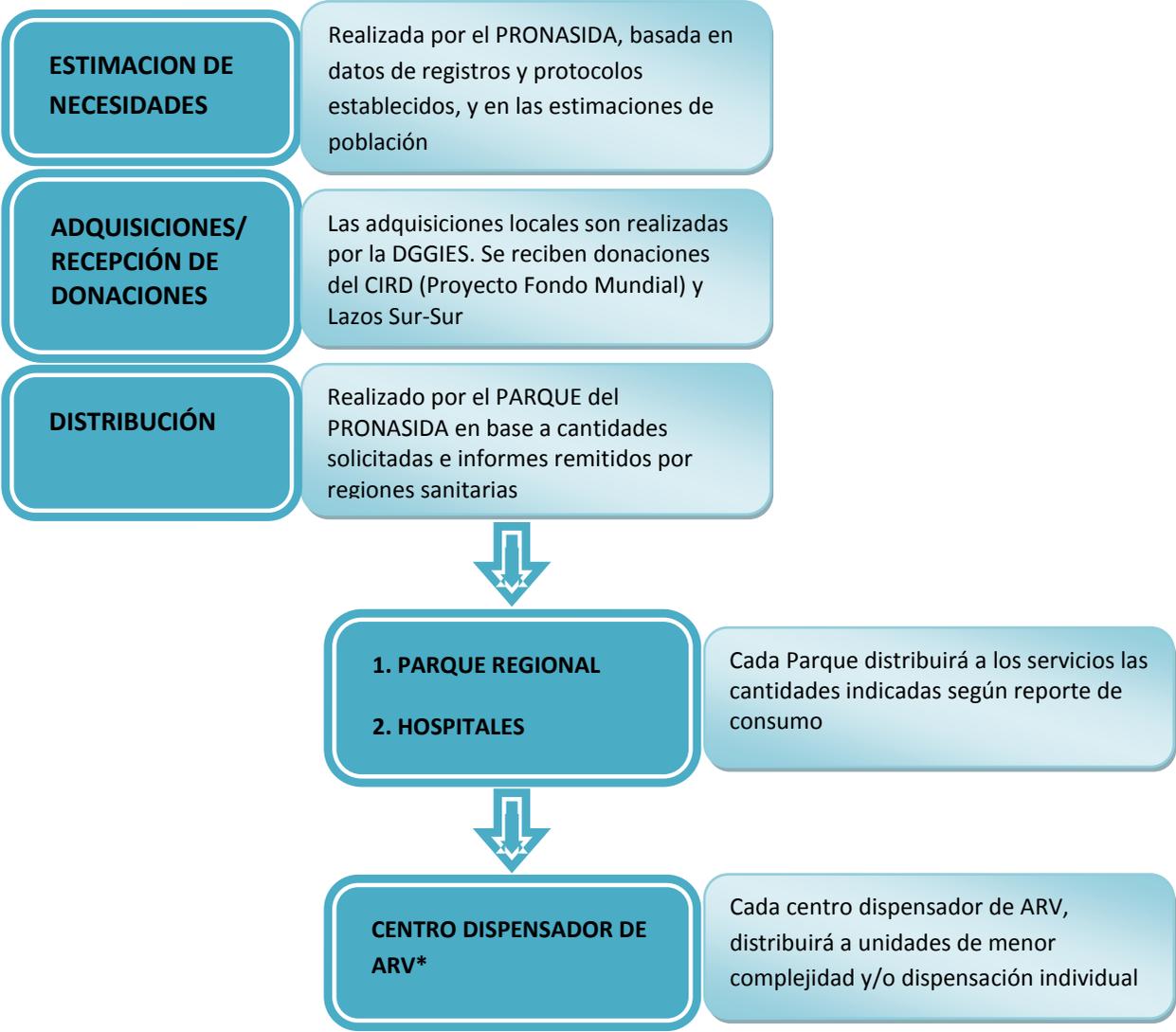
La compra de equipos portátiles de recuento de linfocitos CD4, está prevista para los servicios de Caaguazú, Guairá, San Pedro, Concepción, Boquerón, Salto del Guairá, que se sumaran a los 5 servicios que actualmente cuentan con equipamientos que realizan estos estudios.

También se planifica la adquisición de equipos para carga viral plasmática que serán instalados en los siguientes servicios: Alto Paraná, Itapúa, Central. Los servicios que no cuentan con equipamiento para carga viral remitirán las muestras al Laboratorio de referencia del PRONASIDA para su procesamiento. Según normas nacionales actualmente se recomienda el seguimiento inmunoviroológico de las PVIH con frecuencia semestral.

**5. FORTALECIMIENTO DE GESTION DE DISTRIBUCION DE INSUMOS, REACTIVOS Y MEDICAMENTOS**

Con el objetivo de garantizar la disponibilidad oportuna de insumos, reactivos y medicamentos para prevención, diagnóstico del VIH y el tratamiento de las PVIH se planifica incorporarse al SICIAT (Sistema de Información y control de inventarios automatizados del Paraguay).

Gráfico 20: Flujo logístico de adquisición y distribución de insumos reactivos y medicamentos.



\*No incluye insumos y reactivo

**6. MONITOREO DE LA IMPLEMETACION DEL PLAN**

Con este Plan de M&E se pretende contar con una herramienta que permita dar un seguimiento sistemático y sistémico al desempeño de los indicadores operacionales y de resultados que posibilite plantear acciones correctivas durante el proceso de implementación, contribuyendo a la toma de decisiones gerenciales más precisas.

Propone la implementación de un trabajo participativo, sinérgico y coordinado entre todos los responsables de su implementación, lo que permitirá además garantizar la sostenibilidad de acciones, en la medida que posibilitará el fortalecimiento de la estructura organizacional en términos horizontales (articulación intersectorial entre los integrantes de las redes) como ser: nivel central, regiones sanitarias, distritos, centros de salud y APS).

El monitoreo se realizará con el seguimiento rutinario de elementos claves del desempeño del plan, a través de un sistema de registro, reportes periódicos y supervisión. Se tendrá información sobre los indicadores de desempeño, de producto, de cobertura y de resultados.

Con esto se ayudará a los responsables, a determinar cuáles áreas requieren de los mayores esfuerzos, a identificar las que podrían contribuir a una respuesta mejorada.

### **Objetivos**

1. Monitorear el cumplimiento de las metas trimestrales, el desarrollo de las actividades, de los procesos, resultados e impacto a ser alcanzados mediante la ejecución del plan de abordaje integral.
2. Identificar fortalezas durante la ejecución del proyecto, para establecer buenas prácticas.
3. Identificar debilidades durante la ejecución del mismo, planteando soluciones a corto plazo y re direccionando las acciones y los recursos sobre la base de una información fiable y verificable.
4. Implementar un sistema de M&E para los componentes del Plan que contribuirá al fortalecimiento de los beneficiarios y a través de éstos al MSP y BS.
5. Generar información integral que responda a las necesidades de diferentes actores (Donantes, MCP, MSP Y BS; Beneficiario Principal, Sociedad Civil Organizada, Organismos Internacionales, involucrados directos y público en general)

### **Definiciones Operacionales para el Monitoreo de Indicadores de Resultados y Proceso. Fichas de Indicadores:**

Las definiciones operacionales de todos los indicadores se encuentran en las fichas respectivas:

- a) Las de los Indicadores del GARPR y Acceso Universal ( OPS) se encuentran en el manual del GARPR y
- b) las de los indicadores de la Nota Conceptual, serán elaboradas en el marco del plan de monitoreo del proyecto aprobado.

### **Listado de Indicadores relacionados al Plan Integral de Abordaje y Intervención en VIH:**

En cuanto a los Indicadores para el seguimiento y monitoreo y evaluación del presente Plan, serán utilizados los Indicadores GARPR y de Acceso Universal (OPS) (ver Manual con ficha de indicadores del año correspondiente) así como los seleccionados para la Nota conceptual de VIH para los años 2015-2017, los cuales se citan a continuación:

### **Módulo 1: Prevención - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.**

*Poblacion objetivo:* HSH y Poblacion Trans de todo el territorio nacional

**Estrategia:** Promoción entre pares.

**KP-1a:** Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que han llegado intervenciones de prevención del VIH a nivel individual o de grupo reducido basadas en pruebas o que cumplen los niveles mínimos exigidos.

**KP-1b:** Porcentaje de personas transgénero cubiertas por programas de prevención del VIH; paquete definido de servicios.

**KP-PY1:** Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

**KP-PY2:** Porcentaje de personas transgénero que se han sometido a pruebas de VIH durante el periodo del informe y conocen sus resultados.

## **Modulo 2: Prevención Profesionales del sexo y sus clientes**

*Población objetivo:* MTS de todo el territorio nacional

### **Estrategias:**

- 1) Promoción entre pares,
- 2) Clínica móvil y
- 3) Vinculación con el servicio de salud.

**KP-1c:** Porcentaje de trabajadores del sexo cubiertos por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido.

**KP - PY3:** Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

## **Modulo 3-Tratamiento, atención y apoyo**

*Población objetivo:* PVV en TAR de todo el territorio nacional.

### **Estrategias:**

- 1) La provisión de ARV,ITS e IO y la realización de pruebas de seguimiento, CD4 y carga viral, se da a través de la red de servicios de atención integral y otros servicios de salud de la red.
- 2) La adhesión al tratamiento se realiza a través de la red de servicios de salud (incluidas USF) y organizaciones de base comunitaria / sociedad civil.

**TCS - PY1:** Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV (quinto pilar de la cascada)

**TCS - PY2:** Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV (tercer pilar de la cascada)

**TCS - PY3:** Número y porcentaje de PVV que se mantienen en servicios de atención para la infección por el VIH. (cuarto pilar de la cascada)

**TCS - PY4:** Número y porcentaje del total de PVV con carga viral suprimida. (sexto pilar de la cascada)

## **Modulo 4 :Tuberculosis/VIH**

*Población objetivo:* HSH, Trans y MTS , PPL, Indígenas

### **Estrategias:**

- 1) Se trabajará con todos los casos de TB en todo el país
- 2) Diagnóstico de VIH en pacientes con TB.
- 3) Incorporación de capacitación específica en VIH/TB.

**TB-VIH PY1:** Porcentaje estimado de los casos incidentes de TB seropositivos al VIH, que reciben tratamiento tanto para la TB como para el VIH

**TB-VIH PY2:** Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se les realizó tamizaje de la tuberculosis durante la última visita

**TB-VIH PY3:** Porcentaje de adultos y niños incorporados en atención para VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida.

### **Modulo 6- Seguimiento y evaluación**

*Población objetivo:* sistema de gestión de la información, calidad de datos e información estratégica mediante sistemas de información descentralizados e integrados con cobertura nacional.

**M&E- PY1:** Porcentaje de unidades notificadoras que cumplen criterios de notificación oportuna a la red de vigilancia.

### **Modulo 7. Prestación de servicios**

*Población objetivo:* PVV estimadas en el año, de todo el territorio nacional.

#### **Estrategias:**

- 1) Se plantean como mínimo 4 consultas al año en PVV con ARV y 2 al año en PVV sin ARV, según norma nacional.
- 2) Se plantea la descentralización de la red de laboratorio, bajo la normativa del programa nacional.

**SD - PY1:** Porcentaje de establecimientos de salud del sector público que realizan el testeo

**SD - PY2:** Número de establecimientos del nivel hospitalar con capacidad de proveer ARV.

**SD - PY3:** Porcentaje de hospitales regionales con capacidad y condiciones de implementar un modelo de atención integral a PVV

### **Módulo 8.- Políticas y gobernanza/////Estrategia: Fortalecimiento del Centro de Denuncias**

**P&G PY2:** Fortalecimiento del Centro de Denuncias y desarrollo de un servicio de información amigable sobre procedimientos y servicios de la respuesta nacional para la población.

**Supervisiones:**

Se realizarán supervisiones capacitante en forma periódica y según necesidad, a los siguientes puntos:

1. Servicios de salud dependientes del MSP y BS 8 Hospitales, regionales, distritales , Centros de salud)
2. Servicios de Atención Integral (vigentes y nuevos)
3. Centros Comunitarios de testeo voluntario
4. ONGs que trabajan en el área de VIH
5. Laboratorios de análisis con capacidad de diagnóstico y seguimiento (vigentes y nuevos)
6. A las Unidades de salud de la familia (USF)

Al final de las mismas, se han de elaborar informes que serán remitidos al Pronasida con periodicidad mensual o trimestral según el lugar que corresponda. (Ej: mensuales de los Servicios de salud al Pronasida, Informes mensuales de ONGs al Pronasida)

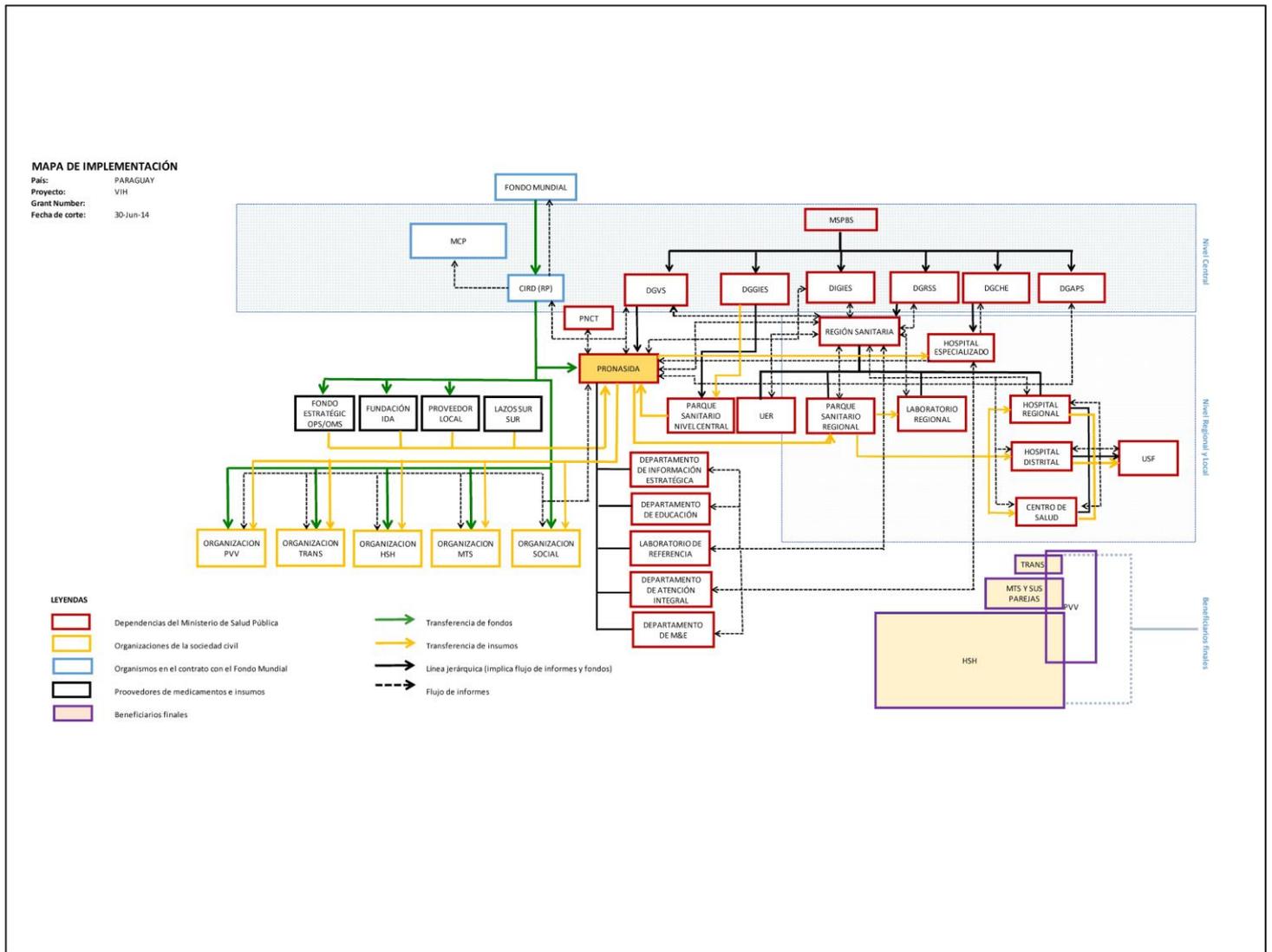
Consolidados Trimestrales de los diferentes departamentos del Pronasida

**Proceso de Gestión de datos y Fuentes**

Se garantizará la recolección de datos sobre los indicadores fluyendo desde los niveles operativos locales (USF, Unidades Distritales, Región Sanitaria, Sub Beneficiarios y Nivel Central), y se apunta a fortalecer el sistema de información en salud a través de sus diferentes componentes.

La recolección de la información se realizará a través de los instrumentos del sistema de salud validados según sus necesidades y directrices de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), ente rector del SINAIS. La información será recolectada a nivel local, consolidada a nivel regional y remitido a los subsistemas integrantes (Sub beneficiarios) y posteriormente al PRONASIDA para la consolidación del Informe Narrativo.

**Flujo de información:**



**Instrumentos de recolección de datos y medios de verificación.**

El sistema de monitoreo incluirá un conjunto estandarizado de instrumentos para la recolección de la información y análisis de datos, en base a los ya existentes en el sistema de salud. Los mismos serán considerados como medios de verificación que deberán respaldar los informes de cumplimiento de metas que sean remitidos a la región sanitaria con copia al PRONASIDA.

**Garantía de la calidad de los Datos y de la implementación**

El Plan de M&E prevé un sistema que verifica y garantiza la calidad a través de los siguientes aspectos:

- a. El equipo de monitoreo el PRONASIDA ( compuesto por personal de los diferentes departamentos) realizara un acompañamiento de las actividades para garantizar la implementación de las mismas e incluyen reuniones con los niveles estratégicos y operativos del proyecto, visitas de observación programadas a los servicios, entrevistas a los profesionales involucrados en el trabajo, verificación del sistema de información (incluye registros, planillas, informes, fichas) y retroalimentación de la información.
- b. La estrategia de supervisiones capacitantes es la seleccionada por el proyecto para garantizar la calidad de la implementación y de la información y consisten en supervisiones para mejorar la eficiencia del personal, el refuerzo de los conocimientos técnicos y gerenciales adquiridos en capacitaciones y el mejoramiento de las actitudes y la motivación para el trabajo. Se implementaran de las siguientes formas: visitas de observación programadas a los servicios de salud, entrevistas a los profesionales involucrados en el trabajo, revisión del sistema de información (incluye registros, planillas, informes, fichas), abogacía con las autoridades locales y regionales de salud y alianzas con otros actores.

### **Control de Calidad de los datos para el M&E**

El Control de Calidad del proceso se implementa en todas las etapas de este proyecto: desde las determinaciones de cuestiones preliminares en relación a necesidades de recursos humanos y financieros, cronogramas, formulación de términos de referencias, especificaciones, selección de consultores, control de medios de verificación y de los productos entregables y durante para verificar la calidad, la disseminación de los resultados y que los mismos estén a disposición del público.

El Sistema de Control de Calidad implementará el seguimiento de la cadena de resultados en sus dimensiones de eficacia, eficiencia, economía y calidad.

Los informes recibidos de las Supervisiones integrarán los informes de Monitoreo.

### **Evaluaciones**

Al final del Plan se implementará una **Evaluación de Resultados** para lo cual se elaborará la metodología con sus instrumentos y procedimientos respectivos y se recopilarán los resultados para todos los indicadores previstos. Se incluirán además el análisis de las barreras, las fortalezas y debilidades y logros.

La evaluación anual será muy importante puesto que incluirá la posibilidad de sugerir cambios a partir de las lecciones aprendidas. La evaluación deberá así mismo explicar los desvíos de los resultados respecto a las metas iniciales, si los hubiera.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

- 1- Modelo de Atención en VIH-SIDA/ITS para la población Clave Afectada. MSP y BS, PRONASIDA, CIRD, 2da Edición, año 2011.
- 2- The Global Fund Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities.
- 3- Tratamiento 2.0. Expansión y Sostenibilidad de la Atención del VIH en Sudamérica. Informe final. 2012.
- 4- Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: Sinopsis de las características y recomendaciones principales. Organización Mundial de la Salud WHO/HIV/2013.7
- 5- Un vistazo al tratamiento 2.0. Organización Mundial de la Salud 2012.
- 6- Misión técnica conjunta para la expansión y la sostenibilidad en la atención integral del VIH bajo la iniciativa del Tratamiento 2.0 en Paraguay. Asunción, Paraguay, 24 al 28 de marzo del 2014.
- 7- Establecimientos de salud según distritos y regiones sanitarias, Paraguay. Dirección General de Información Estratégica en Salud - DIGIES. 2014
- 8- Indicadores de alerta temprana de la farmacorresistencia del VIH. Indicadores de la Organización Mundial de la Salud para monitorear la prevención de la farmacorresistencia del VIH en centros de tratamiento antirretroviral. 2010
- 9- Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013
- 10- Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Red PARF Documento Técnico N° 5. Diciembre del 2010. ISBN 978-92-75-33160-6
- 11- Guía de Advocacy e Prevencao em HIV/AIDS: Gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens. APPAD/InteraGir. Año 2009

- 12- Guidelines for Peer Education Programs at ACON. ACON Australia. Año 2010
- 13- Evidence-Based Guidelines for Youth Peer Education. USAID/Interagency Youth Working Group/ FHI/Y-PEER. 2010
- 14- Modelo Comunitario de SIDACCION. SIDACCION Chile. 2002
- 15- Access to HIV Prevention and Treatment for Men Who Have Sex with Men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR) The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF)
- 16- Guía para Comunicadoras y Comunicadores. Derecho a la Identidad. Ley de Identidad de Género y ley de la salud integral para personas trans. Buenos Aires, Argentina. Año 2013

## 8. ADJUNTOS

---

### **PROGRAMA ENTRE PARES PVIH EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO Y COMUNITARIO**

#### **FUNDACIÓN VENCER**

##### **Fundamentación**

Es necesario establecer sistemas y mecanismos eficientes de detección, incorporación y retención a Personas Viviendo con VIH (PVIH) a los servicios de salud, garantizando la atención integral con la finalidad de mejorar la calidad de vida

El programa entre pares PVIH en el contexto hospitalario y comunitario pretende brindar un acompañamiento cálido desde la experiencia personal de una Persona Viviendo con VIH (PVIH) que ya ha pasado por el proceso de asimilación de su condición serológica y se encuentra en adherencia.

El objetivo de este Programa es contribuir a la disminución de los temores que se presentan en una persona por vivir con VIH a través de un acompañamiento empático por parte de un par, que además brinde orientación, contención y apoyo para la toma de decisiones informadas y racionales, y de esta manera insertar a la PVIH dentro del Sistema de Salud y estimular la permanencia dentro del mismo para recibir un tratamiento oportuno.

Este programa pretende utilizar una intervención combinada, ya que permitirá conjugar elementos de distintas intervenciones, la biomédica, la comportamental y la estructural al buscar disminuir la brecha para la integración y la retención de la PVIH en el Sistema de Salud.

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

## Objetivos

- **Objetivo General**

Fomentar la adherencia al tratamiento integral de las PVIH sirviendo de nexo y apoyo al Sistema de Salud

- **Objetivos Específicos:**

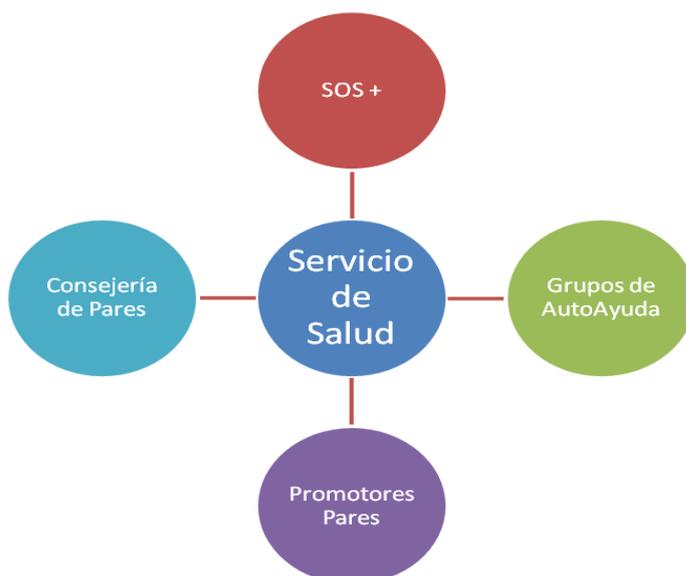
1. Incrementar el acceso oportuno a tratamiento ARV de las personas con VIH.
2. Seguimiento de las PVIH que abandonan su tratamiento para adherirlos nuevamente al Servicio de Salud
3. Contribuir a la mejora de calidad de vida de PVIH

## **Elementos interconectados en el programa entre pares PVIH en el contexto hospitalario y comunitario**

Contar con una red social es primordial para construir y mantener estas estrategias de enfrentamiento ante la crisis que se genera en el proceso de aceptación de un diagnóstico positivo en VIH, además de contribuir para una mejor evolución general de la persona.

Por lo tanto, en esta Estrategia de Pares se pretende trabajar en componentes interrelacionados que permitirán monitorear y fortalecer la red social de una PVIH.

Estos componentes tienen niveles distintos de profundización, y aunque no sea necesario que una misma persona participe de todos los espacios, es pertinente que estén disponibles y sean accesibles para las PVIH, para que de esta manera pueda identificar en cuál se siente más a gusto.



**La Línea de Orientación Telefónica SOS +:** Es un servicio gratuito para brindar información a personas que viven con VIH, así como a sus familiares y al público en general. A través de esta línea el usuario puede obtener información sobre diversos temas relacionados al VIH e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) formas de infección, prevención, pautas a seguir para una correcta adherencia al tratamiento (rutinas de cuidado que el paciente debe seguir para mantenerse sano teniendo en cuenta la alimentación, medicamentos, atención médica, etc).

El servicio SOS+ también ofrecerá la contención emocional y consejería, realizada por personas que viven con VIH y que de acuerdo a la edad y sexo del usuario. Promocionará el servicio de Consejería y Grupos de Autoayuda

Quienes reciben las llamadas, recepcionan, canalizan, y dan seguimiento a denuncias sobre discriminación, en coordinación con el Centro de Denuncias.

**Grupos de Autoayuda:** Se realizan con una frecuencia de una vez por semana y se constituyen en espacios en donde las PVIH se permiten superar el aislamiento y confinamiento al conocer otras personas que también viven lo mismo, es un espacio en el cual se pueden compartir sentimientos, temores y dudas en un ambiente de confidencialidad.

En los GA se comparten diagnósticos y se pueden dar y recibir fortaleza y solidaridad entre pares. Además se puede acceder a información para entender mejor la infección y aprender más sobre el autocuidado personal, psicológico y de salud, lo que los constituye en un espacio de exigibilidad de sus derechos.

**Promotores PVIH:** Su función es la de proporcionar información, orientación y medios preventivos como condones y lubricantes a las PVIH, así como el de vincularlos y retenerlos al Servicio de Salud, la Consejería de Pares y los Grupos de Autoayuda.

**Consejería de PVIH:** tiene como principal función acompañar, dar información objetiva sobre los efectos de la presencia del virus en el organismo, asesorar en el proceso de integración a servicios de salud y sostener afectivamente en algunos momentos de crisis emocional a personas diagnosticadas por VIH y ayudar a la retención en el servicio de salud, favoreciendo la adherencia, así mismo realizar charlas de pasillo en los servicios.

El proceso de asimilar el diagnóstico necesariamente exige replantearse aspectos fundamentales de la vida. Es por ello que la experiencia de enfrentamiento a la crisis personal por la que atravesó el Par

permite brindar un seguimiento más asertivo y empático para cualquier persona que esté atravesando por el momento inicial de adaptación a las nuevas situaciones.

**Capacitaciones y Actualizaciones:** En este Programa entre Pares no basta solamente con ser una PVIH, es indispensable desarrollar capacidades y habilidades que permitan brindar un servicio de calidad y calidez, que permita a la PVIH mejorar su calidad de vida.

Para brindar una atención de calidad es fundamental aprender a preguntar sin hacer juicios de valor y no dar orientaciones por simple intuición, entablar una comunicación asertiva sin ser agresivo/a en las intervenciones ni pasivos/as, evitar asumir actitudes paternalistas ni maternalistas.

Tanto los Promotores, Consejeros, las personas que dirigen los Grupos de Autoayuda, operadores de la Línea SOS+ también necesitan de un espacio de contención y acompañamiento constante para que puedan procesar las situaciones que les toca enfrentar y no terminen repercutiendo en su salud.

### **Consejero/a PVIH**

El papel del Consejero PVIH es orientar, guiar, monitorear el ingreso de una PVIH al Sistema de Salud, realizar un seguimiento médico para el inicio oportuno de un tratamiento apropiado que garantice la salud y con ello una calidad de vida.

También es el de brindar información clara, actualizada y basada en evidencia para la toma de decisiones y de realizar un acompañamiento que sirva de soporte emocional para la PVIH.

El proceso de integración a servicios de salud tiene procesos distintos en personas con reciente diagnóstico que en personas que recibieron sus resultados tiempo atrás. Hay determinantes que influyen para que una PVIH presente una buena adherencia, no siempre es cuestión de voluntad, por lo tanto el Consejero debe ser capaz de identificar estos factores sin emitir juicios de valor.

### **Funciones**

- Acompañamiento y seguimiento de las personas viviendo con VIH para asegurar su vinculación al sistema de salud
- Acompañar a las nuevas PVIH en su proceso de aceptación y el de su entorno
- Distribución de insumos de prevención (condones y materiales educativos)
- Monitorear la adherencia al tratamiento de la PVIH
- Brindar apoyo emocional.
- Brindar información objetiva sobre los efectos de la presencia del virus en el organismo
- Asesorar en el proceso de integración a servicios de salud
- Informar clara y objetivamente sobre los distintos aspectos relacionados con el VIH/sida, la atención integral y los grupos de ayuda mutua.

- Favorecer el cambio del comportamiento para reducir la exposición de una persona a la re-infección por VIH.
- Promover una actitud positiva y digna para convivir con el virus, con una buena calidad de vida.
- Motivar y facilitar la toma de decisiones adecuadas y oportunas como parte de una atención integral a la PVIH.
- Ayudar al usuario-a a adaptarse a su nueva condición de PVIH.
- Trabajar coordinadamente y amigablemente con el personal médico y psicológico del Servicio de Salud
- Promocionar el Grupo de Autoayuda
- Completar informes semanales
- Someterse a evaluaciones de rendimiento
- Participar periódicamente de las reuniones de capacitación y actualización
- Registrar los acompañamientos realizados en una ficha personalizada (Ejem. CD4. CV. Vacunas. Otros análisis. Derivaciones. Cambios de esquemas y otros acompañamientos)

### **Supervisión**

- El/la consejero/a PVIH responderá directamente a su Coordinador/a de la Fundación Vencer y al del Programa Nacional (PRONASIDA) o Regional.

### **Promotor/a Par**

El papel del Promotor Par es el de acercar a la PVIH informaciones y materiales educativos y preventivos, así como vincularlos al sistema de Salud. Su trabajo se realizará fuera del contexto hospitalario y tendrá mayor énfasis en lo comunitario.

### **Funciones**

- Acompañar a las PVIH que son derivadas a otros servicios de salud para realización de estudios clínicos.
- Llamadas telefónicas a PVIH que abandonan su tratamiento cuando así se requiera. (Utilizando el SOS)
- Visitas domiciliarias a pacientes del centro de atención que abandonan tratamiento cuando así se requiera.
- Apoyar el seguimiento con un directorio de Fundaciones y ONGs que apoyan a las PVIH
- Trabajar en forma conjunta con la trabajadora social del Servicio
- Fomentar la vinculación y retención de la PVIH al Servicio de Salud
- Proporcionar materiales educativos y preservativos

- Realizar derivaciones al Consejero/a PVIH
- Brindar apoyo emocional
- Trabajar coordinadamente y amigablemente con el Consejero Par
- Promocionar los Grupos de Autoayuda
- Promocionar el Servicio SOS+
- Completar informes semanales
- Someterse a evaluaciones de rendimiento
- Participar periódicamente de las reuniones de capacitación, contención y actualización

### **Supervisión**

- El/la Promotor/a Par responderá directamente a su Consejero/a Par quien a su vez responde a su Coordinador/a de la Fundación Vencer y al del Programa Nacional (PRONASIDA) o Regional.
- Una PVIH que ha pasado un proceso inicial de aceptación de su condición de ser VIH+ y que ha aprendido a convivir con el virus.
- Experiencia de trabajo con Personas Viviendo con VIH (PVIH)
- Conocimientos sobre el funcionamiento del Servicio de Salud (conocer los procesos de incorporación a servicios de salud y de las fortalezas y debilidades de servicios de salud a los que se puede derivar a la persona de reciente diagnóstico prefiriéndose aquellos que cuenten con servicios libres de estigma y discriminación de cualquier tipo y para cualquier población)
- Compromiso de apoyo con sus pares.
- Ser estable emocionalmente, tolerante e incluyente.
- Con habilidades de comunicación e interrelación personal (escucha activa).
- Desarrollo de capacidades y habilidades que permitan identificar las situaciones por las que la persona está atravesando, y acompañarlo en el proceso de toma de decisiones asertivas e informadas.
- Conocimientos sobre VIH y sida
- Conocimientos sobre la Ley 3940/09
- Respeto hacia las creencias religiosas e ideológicas de la otra persona
- Respeto hacia la confidencialidad
- Respeto hacia la diversidad sexual
- Actitud conciliadora ante los conflictos

**La responsabilidad ética en el trabajo con la población Par**

Si bien este Programa busca facilitar la integración a los servicios de salud e ingreso a tratamiento de manera oportuna, siempre se deberá poner como principio la integridad de la persona, los tiempos de la misma, y los procesos personales para el ingreso a servicios de salud.

Se debe fomentar el respeto a los derechos y a la dignidad de la persona, así como a su libertad y autonomía las decisiones que ella tome sobre sí misma y su salud.

Las personas que trabajan con las PVIH deberán desarrollar la habilidad de separar cuestiones o conflictos personales que podrían dañar o interferir en la calidad de su trabajo. Es por esto que se buscará espacios donde elaborar las situaciones por las que atraviesan durante este trabajo.

Se debe cuidar de no emitir juicios de valor, ni dar valoraciones morales ni religiosas mientras se realiza el trabajo. La información que se brinda debe estar actualizada y basadas en evidencia

No está permitido violar la confidencialidad, chantajear o seducir a la persona que está siendo acompañada. Cualquiera de estas situaciones serán considerado causas graves que significaran la desvinculación de la persona del trabajo.