

## DOCUMENTO MARCO DE LA REGION CENTROAMERICANA

### BASES PARA LA INICIATIVA DE ACCESO ACELERADO

---

#### **TABLA DE CONTENIDOS**

##### RESUMEN EJECUTIVO

##### 1. INTRODUCCIÓN

PRINCIPIOS RECTORES  
OBJETIVOS

##### 2. EL CONTEXTO CENTROAMERICANO

2.1 INFORMACIÓN GENERAL  
2.2 INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN CENTROAMÉRICA  
2.3 REPORTE DE CASOS  
2.4 ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA  
2.5 PROYECCIONES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA  
2.6 POBLACIONES MAS AFECTADAS  
2.7 ESTUDIOS ESPECIALES

##### 3. LA RESPUESTA A LA EPIDEMIA

##### 3.1 INICIATIVAS SUBREGIONALES EN SALUD

3.1.1 COMISCA  
3.1.2 COCISS  
3.1.3 RESSCAD

3.2 RESPUESTAS NACIONALES  
3.3 SOCIEDAD CIVIL  
3.4 LEGISLACIÓN Y SIDA  
3.5 COOPERACIÓN INTERNACIONAL

##### 4. PROGRESO ACTUAL DE LA SUBREGIÓN CENTROAMERICANA DE LA INICIATIVA DE ACCESO ACELERADO

4.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL ACCESO A LOS CUIDADOS EN LA SUBREGIÓN  
4.2 INICIATIVAS NACIONALES

4.2.1 NORMATIZACIÓN DEL MANEJO  
4.2.2 MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
4.2.3 CALCULOS DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PARA PVVS  
4.2.4 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES  
4.2.5 COMPRAS DE ANTIRETROVIRALES  
4.2.5 PRECIOS ACTUALES DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

5. INICIATIVA DE ACCESO ACCELERADO SUBREGIONAL
  - 5.1 JUSTIFICACIÓN
  - 5.2 CONSIDERACIONES ESTRATÉGICOS DE LA PROPUESTA
  - 5.3 COMPONENTES DE LA PROPUESTA
6. MANEJO DE LA INICIATIVA
7. MONITORIA Y EVALUACIÓN
8. MARCO LÓGICO DEL PLAN REGIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PVVS DE LA SUBREGIÓN
9. BIBLIOGRAFÍA
10. ANEXOS

## RESUMEN EJECUTIVO

### 1. INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH/SIDA continúa su tendencia ascendente en los países de la subregión<sup>1</sup> Centroamericana, teniendo un efecto directo en las personas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, la capacidad de producción de los países y la sociedad en general.

En la subregión se han realizado enormes esfuerzos para desarrollar estrategias preventivas, de cuidados paliativos y terminales y proveer tratamientos profilácticos para prevenir las enfermedades oportunistas. En los últimos años en los países de la subregion se ha incorporado progresivamente el concepto de la atención Integral dentro de las estrategias de manejo de las personas viviendo con VIH/SIDA del cual se describen sus elementos a continuación.

#### ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

- Manejo clínico (diagnóstico temprano, incluyendo pruebas diagnósticas, tratamiento con antiretrovirales , uso racional de los medicamentos y seguimiento y adherencia).
- Atención de enfermería (promoción de prácticas de higiénicas y practicas de nutrición adecuadas, cuidados paliativos, atención domiciliaria, educación para prestadores de asistencia domiciliar y miembros de la familia, promoción y observancia de precauciones universales).
- Orientación y el apoyo emocional: apoyo psicosocial y espiritual, reducción de ansiedad y stress, la planificación en reducción del riesgo, la aceptación de un estatus de VIH positivo, la vida positiva, la planificación en el futuro de la familia.
- Apoyo social: información, apoyo de pares, servicios de bienestar social, servicios de apoyo comunitario, apoyo espiritual y asesoramiento legal.

Basados en la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud. *Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas.* Informe resumido. OPS/OMS Abril 2001.

Hasta la fecha no se ha podido incluir la provisión de terapia antiretroviral (ARV) de forma universal, dentro de las estrategias de atención integral en la subregión debido principalmente al alto costo de los medicamentos y a la dificultad de acceso a ellos en forma permanente y sostenible.

---

<sup>1</sup> Para fines de este documento nos referiremos a Subregión como los países Centroamericanos: Guatemala , El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

La situación de la epidemia de VIH/SIDA en los países de la subregión es variada, existiendo países con una epidemia generalizada como en el caso de Honduras y epidemia de bajo nivel con tendencia acelerada de expansión como es el caso de Nicaragua. Sin embargo aun no se ha documentado en la subregión la reducción en la transmisión de nuevos casos de infección por VIH ni ha disminuido la evolución de los casos hacia la etapa de SIDA como resultado de la inclusión de una estrategia de provisión permanente de ARV, como se ha alcanzado y registrado en países con amplio acceso al tratamiento.

Existen en la actualidad diferentes alternativas promovidas y recomendadas por la OPS/OMS y ONUSIDA para aumentar el acceso a una atención de calidad incorporando Antiretrovirales a bajo precio asequibles a las economías de los países de la subregión.

Una de estas alternativas es la Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado (IAA) la cual ha facilitado el acceso a tratamientos en algunos países del mundo. Esta iniciativa, representa una alianza pública-privada entre los países en desarrollo, cinco empresas farmacéuticas (Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharpe y Dohme, F. Hoffman-La Roche) y cinco Organismos Internacionales (OMS, ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, El Banco Mundial). El objetivo de IAA es incrementar el acceso al cuidado integral de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), a través de facilitar el acceso a medicamentos ARV a precios accesibles y al desarrollo de planes de atención de calidad sostenibles.

Los Gobiernos del Centroamérica, mediante las resoluciones de COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá), los acuerdos de los países miembros de la RESSCAD (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana), y las resoluciones del COCISS (Consejo Centroamericano y de República Dominicana de Instituciones de Seguridad Social) han identificado el tratamiento integral con la inclusión de ARV y el apoyo a PVVS como una necesidad urgente y una prioridad en la Subregión. De los países de la Subregión la República Dominicana y Belice ya participaron en la iniciativa de negociación conducida por el CARICOM (Caribbean Community).

La Iniciativa (IAA) ha sido uno de los estímulos principales para el establecimiento de políticas y el compromiso financiero de los países para la atención integral a PVVS.

El presente documento proveerá las bases para la discusión y negociación entre todos los socios del IAA en la elaboración de políticas, planes de cuidados y el establecimiento de las estructuras necesarias para la prestación de la atención integral, incluyendo el tratamiento con ARV para las PVVS en la Subregión.

#### **PRINCIPIOS RECTORES**

Los principios rectores del enfoque regional para el acceso acelerado son los mismos de la Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado (IAA). Las resoluciones de COMISCA, la RESSCAD y COCISS incorporan estos mismos conceptos y principios para facilitar el acceso a la atención integral en la subregión.

Específicamente, los seis principios orientadores que forman la base del IAA son los siguientes:

- Compromiso político inequívoco y continuo de los gobiernos nacionales para tratar la epidemia de VIH/SIDA
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales
- Participación de todos los sectores de la sociedad.
- Sistemas de distribución de medicamentos eficaces, fiables y seguros
- Búsqueda de financiamiento adicional de nuevas fuentes nacionales e internacionales
- Inversión continua en la investigación y desarrollo por la industria farmacéutica

En el desarrollo y operativización de la Iniciativa en Centroamérica, los principios rectores presentados anteriormente constituyen la base sobre la cual se elaborarán las estrategias apropiadas para el desarrollo de capacidades nacionales y la provisión de cuidados, tratamiento y apoyo a PVVS de la subregión. La subregión ha enfrentado como un bloque múltiples problemas de salud que, por sus características, no respetan fronteras. La propuesta de abordaje subregional ante el VIH/SIDA surge de la identificación de la necesidad de abordar integralmente la epidemia. Sumado a los principios de la iniciativa están aquellos que han sido el eje de la cooperación subregional en Centroamérica:

- La cooperación técnica entre países compartiendo experiencias y recursos
- La visión de abordaje a problemas subregionales con respuestas subregionales
- La promoción de alianzas estratégicas subregionales
- El Panamericanismo
- Equidad
- La Sostenibilidad

## OBJETIVOS

Los objetivos principales de la Iniciativa de Acceso Acelerado se presentan a continuación:

- Proporcionar un marco subregional para la elaboración e implementación de los planes nacionales de atención integral.
- Desarrollar asociaciones público-privadas, y diseñar los mecanismos para la discusión y negociación, dirigidos a ampliar el acceso a los medicamentos Antiretrovirales.
- Favorecer las actividades de abogacía ante la epidemia de VIH/SIDA
- Apoyar un marco de referencia para la búsqueda activa y movilización de recursos.
- Proporcionar un marco para promover el respeto de los derechos humanos y deberes de las PVVS.
- Incrementar el número de personas que tienen acceso a la atención integral en la subregión.

## 2. CONTEXTO CENTROAMERICANO:

### 2.1 INFORMACIÓN GENERAL

Centroamérica está constituida por varios países con una definición geopolítica bien diferenciada. La población total dentro de esta subregión es aproximadamente 37 millones de habitantes distribuidos en 6 países. (Cuadro 1)

La población en la subregión es predominantemente joven. Con el aumento de la esperanza de vida al nacer, se está produciendo una transición demográfica hacia una distribución de poblaciones de mayor edad. Aunque no existe ninguna diferencia significativa en la distribución de poblaciones por sexo, en términos absolutos, la razón mujer - hombre es ligeramente superior a 1. La proporción de población urbana/rural varía, aunque en promedio la mitad de la población de la subregión vive en áreas rurales (Cuadro 1)

Cuadro 1  
Caracterización demográfica de los países de la  
Región de Centroamérica

País	Extensión Territorial	Población (2001)	Porcentaje Urbano
Guatemala	108,889 kms2	11,687,000	40%
El Salvador	20,742 kms2	6,398,000	47%
Honduras	112,492 kms2	6,656,000	54%
Nicaragua	130,682 kms2	5,215,000	56%
Costa Rica	51,100 kms2	4,112,000	48%
Panamá	75,512 kms2	2,899,000	57%

Fuente : Perfiles de Países de las Américas 2001 OPS/OMS

Los países de la subregión, por su situación económica, se sitúan entre los pobres del mundo y de acuerdo a la clasificación del índice de desarrollo humano (IDH) se encuentran entre los niveles medio y bajo (Ver Cuadro 2)

Cuadro 2  
Producto Interno bruto (PIB) y la jerarquización de  
Índices de Desarrollo Humano (IDH) (Año 2000) por País

País	PIB (2002)	IDH (2002)
Guatemala	3,821	120
El Salvador	4,497	104
Honduras	2,453	116
Nicaragua	2,366	118
Costa Rica	8,650	43
Panamá	6,000	57

Fuente Reporte El Desarrollo Humano PNUD 2002

El porcentaje del PIB utilizado en la salud por los países de la subregión se presenta en el cuadro No. 3.

Cuadro3  
Porcentaje del PIB asignado a Salud y Porcentaje  
del PIB proporcionado por el Gobierno por País de la subregión

País	Porcentaje del PIB utilizado en Salud Publica	Porcentaje del PIB Utilizado en Salud , Sector Privado
Guatemala	2.1 %	2.3 %
El Salvador	2.6 %	4.6 %
Honduras	3.9 %	4.7 %
Nicaragua	8.5 %	4.0 %
Costa Rica	5.2 %	1.5 %
Panamá	4.9 %	2.3 %

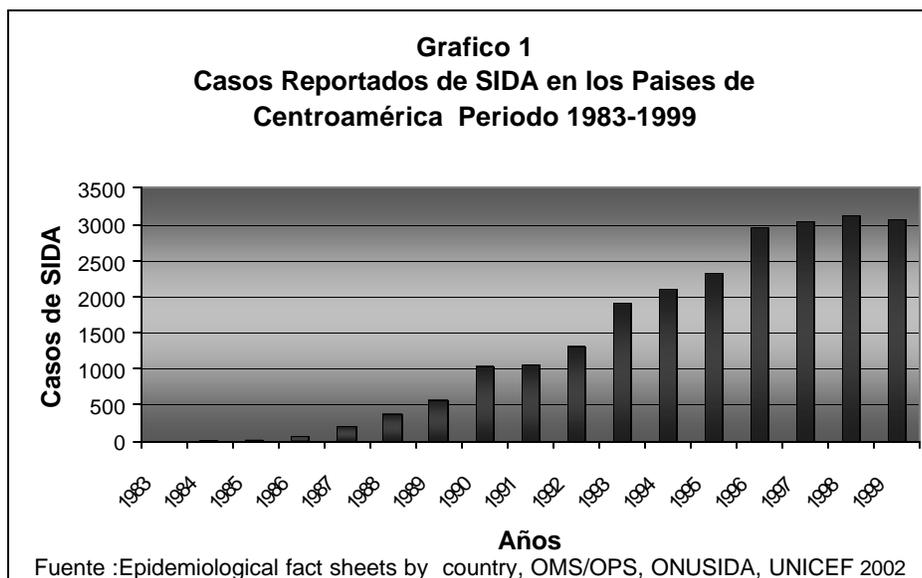
Fuente: Reporte de El Desarrollo Humano PNUD 2002

## 2.2 INFECCIÓN POR EL VIH EN CENTROAMÉRICA

La epidemia de VIH/SIDA en la subregión ha sido reconocida como un problema de gran magnitud para el desarrollo de Centroamérica. Diferentes factores geográficos, migratorios, y socioculturales, así como los diferentes niveles de desarrollo de los servicios de salud de la subregión hacen que la epidemia presente diferentes características en los países.

### 2.3 REPORTE DE CASOS

Durante los primeros años la caracterización de la epidemia de VIH/SIDA en la subregión se basó en el reporte de casos. El gráfico 1 ilustra una tendencia, en aumento continuo, durante las casi dos décadas desde el inicio de la epidemia en la subregión (Epidemiological fact sheets by country, OMS/OPS, ONUSIDA, UNICEF 2002) mostrando al año de 2002, 25,360 casos reportados. Este número de casos no refleja la realidad, si se toma en consideración el nivel de subregistro existente que, según información de los distintos países varía del 30% al 50 %.

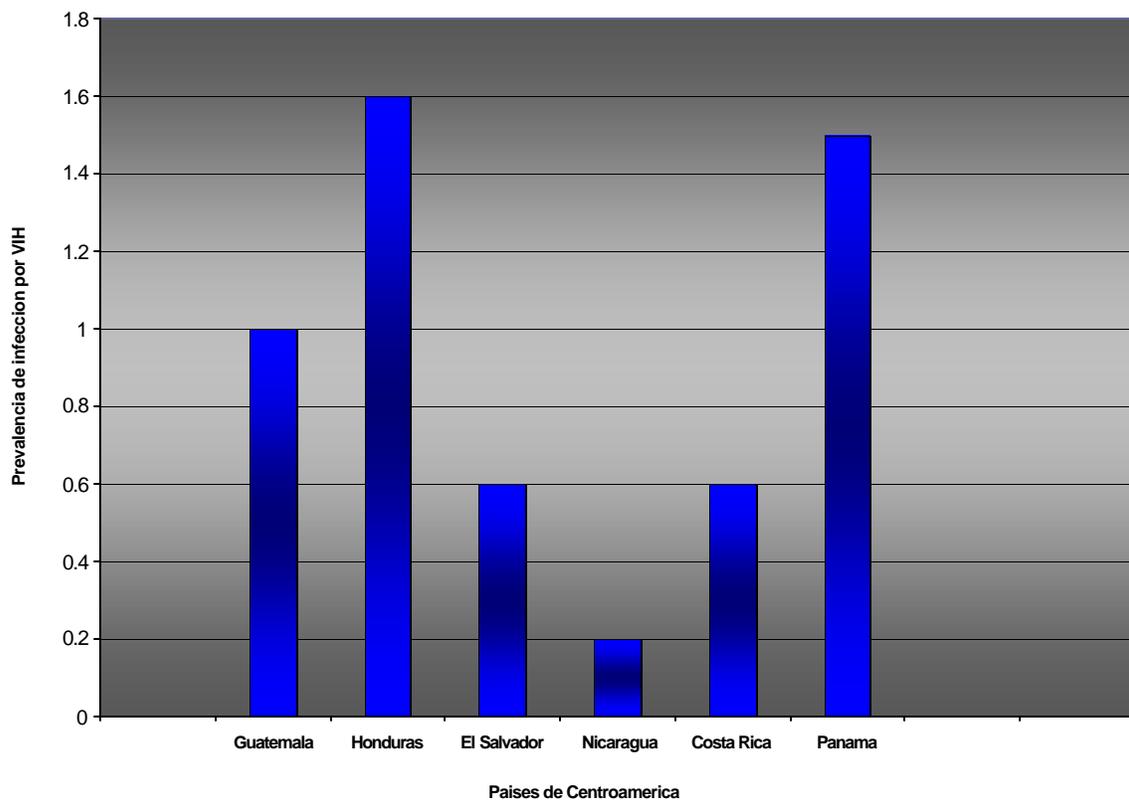


## 2.4 ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

Las estimaciones de la epidemia de VIH/SIDA presentadas durante el 2002, por el Programa de la Naciones Unidas sobre el SIDA, ONUSIDA, sitúan a la subregión al borde de una epidemia generalizada. Se estima una prevalencia de alrededor de 1% en población general.

En la grafica 2 se ilustran las diversas estimaciones de la prevalencia en población general por país. Existen países como Guatemala, Honduras y Panamá que registran las prevalencias mas altas de 1% y según la definición internacional de tipos de epidemias tienen una epidemia generalizada y Nicaragua , con una prevalencia estimada de 0.2% correspondiente a una epidemia de bajo nivel , es el país con la mas baja prevalencia estimada de la subregión.

**Grafica 2**  
**Estimacion de Prevalencias de infeccion por VIH en la Region de Centroamerica,**  
**Estimaciones ONUSIDA 2001**

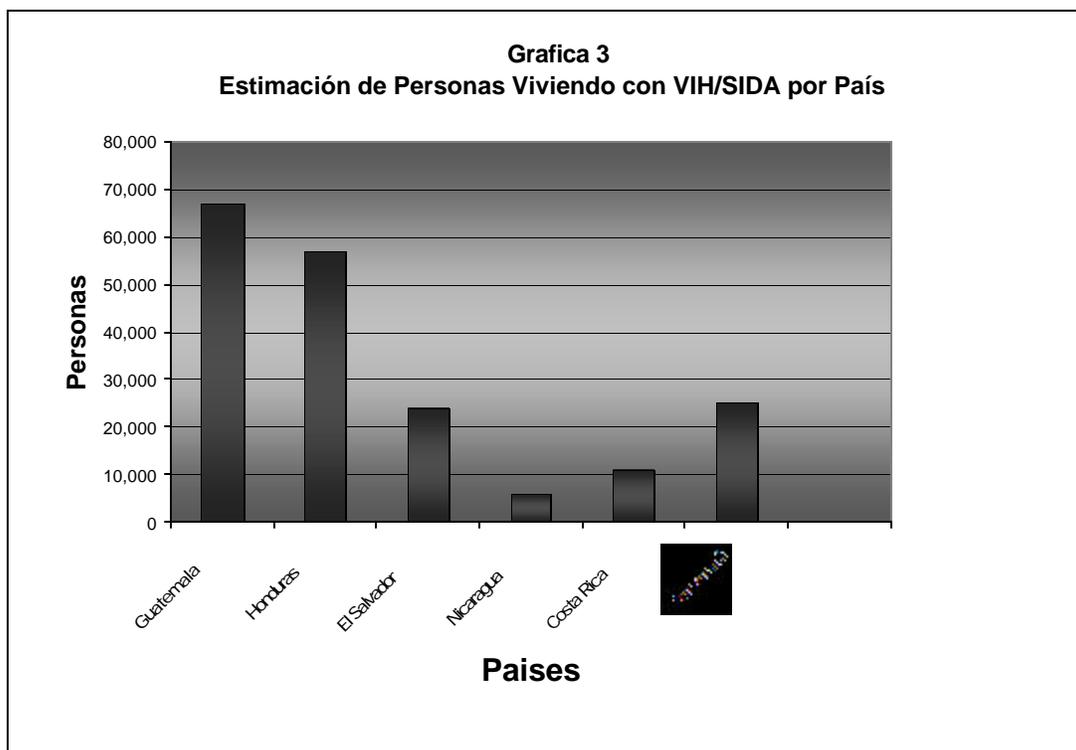


Fuente: El informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA Programa de la Naciones Unidas sobre el SIDA, ONUSIDA2002

## 2.5 PROYECCIONES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

De acuerdo a estimaciones realizadas por OMS en el año 2002 basadas en datos obtenidos de diferentes estudios en los países de la subregión (Epidemiological fact sheets by country, OMS/OPS, ONUSIDA, UNICEF 2002), existen más de 180,000 personas viviendo con VIH/SIDA. En la gráfica 3 se muestra el estimado de PVVS por cada País.

Es importante mencionar el efecto que tiene el tamaño de la población en los estimados de las proyecciones tal es el caso de los dos países con mayor numero de estimados Guatemala y Honduras , en el cual Guatemala tiene aproximadamente el doble de la población que Honduras .



Fuente : Epidemiological fact sheets by country, OMS/OPS, ONUSIDA, UNICEF 2002

## 2.6 POBLACIONES MAS AFECTADAS

La epidemia del VIH/SIDA presenta características diferentes al interior de cada país. Según la publicación de la OPS/ONUSIDA “El VIH/SIDA en las Américas, una epidemia multifacética”, hace referencia a esto y enuncia: *“De los países de América continental, los del norte de América central parecen ser los mas afectados por el VIH. Sin embargo la situación es muy diversa en el Istmo”*. De acuerdo a los sistemas de vigilancia epidemiológica de los países de la subregión, Honduras es el país más afectado, concentrando casi el 50% de todos los casos reportados de la subregión. En Guatemala, Honduras y El Salvador alrededor del 75% de las infecciones por VIH se atribuye a transmisión por relaciones heterosexuales. En Nicaragua, Costa Rica y Panamá la forma de transmisión muestra un patrón diferente en el que un porcentaje importante, alrededor del 35-40% de la transmisión, se da entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Más del 50% de los casos de SIDA reportados en los países en el momento del diagnóstico se encuentra entre las edades de 20-34 años, lo que nos indica que las infecciones por VIH se adquieren en edades tempranas y que existe un impacto directo sobre la población en edad productiva y en la economía y el desarrollo de los países.

Los jóvenes en la subregión continúan siendo una de las poblaciones más vulnerables. Existen estadísticas que muestran que la edad de inicio de las relaciones sexuales en la subregión es paulatinamente más temprana: en Panamá la mediana de inicio de relaciones sexuales en 1999 se calculó en 15 años para hombres y 13 años para mujeres. En Honduras existen datos que indican que el 32% de la población sexualmente activa de 15-24 años tiene relaciones con múltiples parejas. En Nicaragua y Guatemala el uso de condón en la última relación sexual entre jóvenes de 15-19 años fue de 4% y 5% respectivamente ((Epidemiological fact sheets by country, OMS/OPS, UNUSIDA, UNICEF 2002). Estos datos son similares en diferentes estudios en jóvenes en la subregión, lo que nos indica la necesidad de continuar realizando esfuerzos en el área de prevención primaria de la infección y continuar enfocando recursos importantes en los jóvenes.

## 2.7 ESTUDIOS ESPECIALES

Los estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación para la infección por VIH, han permitido que los países identifiquen grupos en mayor riesgo. Entre estos grupos se han identificado las trabajadoras comerciales del sexo (TCS), con tasas de prevalencia para VIH que varían desde 3.9 % en El Salvador, 5 % en Guatemala, hasta 10-12 % en Honduras. Estas prevalencias y los porcentajes muy bajos de utilización del condón durante las relaciones sexuales (65% con clientes en El Salvador, PASCA 2001) nos indican que aún se necesitan hacer más esfuerzos en el área de educación y prevención tanto en las TCS como en sus clientes.

Otro grupo de alta vulnerabilidad son los hombres que tiene sexo con hombres (HSH). En los diferentes estudios realizados en la subregión se han demostrado seroprevalencias elevadas. En Honduras se encontraron entre el 8 al 10% , Guatemala entre el 11 y 12 % y en El Salvador en el 17.8% (Fuente: análisis epidemiológicos, propuestas presentadas al Fondo Global de Lucha contra el SIDA / Tuberculosis y Malaria 2002) . A pesar que los países en que las relaciones entre HSH son un modo importante de transmisión , Nicaragua, Costa Rica y Panamá no encontramos estudios recientes disponibles pero consideramos que la prevalencia en esta población es elevada

### 3. LA RESPUESTA CENTROAMERICANA ANTE LA EPIDEMIA

#### 3.1 INICIATIVAS SUBREGIONALES EN MATERIA DE VIH/SIDA

Desde 1956, cuando se iniciaron las primeras reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, la subregión ha realizado grandes esfuerzos en generar procesos de integración en el área de la Salud.

Desde entonces han existido diferentes iniciativas entrelazadas entre sí, con el fin de mejorar los niveles de Salud desde una perspectiva subregional .

A través de estas iniciativas se ha manifestado la continua preocupación y compromiso en el tema de VIH/SIDA, contando con varios acuerdos que han direccionado muchas de las estrategias de abordaje al VIH/SIDA desde una perspectiva subregional. A continuación se describen algunas de ellas.

##### 3.1.1 COMISCA

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, órgano rector subregional del sector. Desde 1956 se iniciaron las reuniones subregionales de los Ministros de Salud denominadas REMCAP (Reuniones de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá). Estas reuniones se realizaron ininterrumpidamente hasta 1995 y en la actualidad este foro se denomina COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica).

A continuación se describen las resoluciones más importantes en el tema de VIH/SIDA:

##### XIV REUNION MARZO 2001 COMALAPA EL SALVADOR

Se acuerda la formación de un grupo de trabajo que analizará y evaluará, en base a criterios técnicos y de costo / beneficio, la mejor combinación de antiretrovirales para pacientes con VIH. Este grupo de trabajo realizará un documento base para la negociación conjunta de la compra de antiretrovirales.

##### XV REUNION AGOSTO 2001 COPAN RUINAS, HONDURAS

Se acepta la propuesta de los expertos para que se realice la negociación conjunta de ARV y se recomienda identificar los mecanismos para negociar con las transnacionales

farmacéuticas para lograr un descuento estándar y significativo en la compra que hagan los países. Se solicita el apoyo permanente en este proceso de la Secretaría de la Integración Social de Centroamérica SISCA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

#### XVII REUNION JULIO 2002 SAN JOSE, COSTA RICA

Establece operativizar el mandato de la Cumbre de Presidentes realizada en Madrid durante el mes de mayo 2002 para facilitar y acelerar el acceso a ARV a las PPVS de la subregión. Se acuerda la elaboración de un documento marco para acelerar la atención integral en Centroamérica así como el establecimiento de una estrategia que permita negociar con las compañías farmacéuticas la compra conjunta de ARV para la subregión antes del fin de presente año, con el acompañamiento permanente de la SISCA y la OPS. Como resultado, el Director de OPS/OMS asigna recursos específicos y se inicia el actual proceso bajo la coordinación de la SISCA.

#### 3.1.2 COCISS

Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social. Este mecanismo de coordinación nace en el año 1992. Desde 1998 ha sido pionero en la búsqueda de alternativas de negociación conjunta para la compra de medicamentos y éste ha sido un tema permanente en sus reuniones a partir de entonces.

Relacionados al tema de VIH/SIDA han acordado las siguientes resoluciones:

Agosto 2001 XIX Reunión, Nicaragua. Se incluyen los ARV como parte de los medicamentos objeto de negociación conjunta.

Abril 2001 XX Reunión, Republica Dominicana. Se retoma la importancia de la negociación conjunta de ARV y se designa a Panamá y República Dominicana como responsables de recopilar la información existente en cuanto al cálculo de pacientes a tratar con ARV y precios de los tratamientos en los Seguros Sociales de la subregión.

Agosto 2002 Ratifican el interés en que las instituciones de la Seguridad Social de la subregión se incorporen integralmente a las iniciativas de negociación conjunta que se están desarrollando a nivel centroamericano, sumándose a los esfuerzos de los Ministerios de Salud de los países para conformar un bloque de abordaje al problema de acceso a los antiretrovirales en la subregión.

#### 3.1.3 RESSCAD

Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. Este foro de coordinación nace en 1985 ante la necesidad de integrar los Ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y las Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de los países de la subregión. Se reúne una vez al año.

A continuación se describen los Acuerdos más importantes en el tema de VIH/SIDA.

Año 1987 Se identifica la necesidad de mejorar los sistemas de información, organizar las respuestas nacionales enfocadas a acciones en grupos de riesgo y la necesidad de elaborar planes y normas de manejo de los casos.

Año 1988 Fomentar la creación de los Programas Nacionales de SIDA y fortalecer las instituciones formadoras de recursos humanos sobre el abordaje a la epidemia.

Año 1989 Elaboración de planes nacionales a corto, mediano y largo plazo, búsqueda de recursos adicionales de la cooperación externa para el tema de VIH/SIDA.

Año 1994 Se declara nuevamente el problema como una prioridad subregional y se recomienda el intercambio permanente de experiencias y el análisis de la situación del VIH/SIDA en los países.

Año 1997 Se apoya una moción presentada por Costa Rica a la OPS, ONUSIDA y OMS sobre “Medicamentos contra el SIDA Patrimonio de la Humanidad”.

Año 1999 Se acuerda la colaboración en el diseño de estrategias conjuntas en el tema de poblaciones móviles, marinos, trabajadoras del sexo y poblaciones de paso en las fronteras.

Año 2000 Se realiza la primera recomendación para que se identifiquen mecanismos que permitan la compra conjunta de medicamentos ARV para los países de la subregión.

Año 2001 Se ratifica la necesidad de seguir intentando definir mecanismos para compra conjunta de medicamentos ARV.

Año 2002 Se acuerda que cada uno de los países miembros desarrolle políticas, planes, programas y proyectos sectoriales para que se implemente y se amplíe el acceso a los servicios de atención integral a las PVVS, incluyendo el acceso a Antiretrovirales. Igualmente, se reitera el interés en formar parte de una comisión negociadora de alto nivel para iniciar a la brevedad posible el proceso de negociación subregional con las compañías transnacionales farmacéuticas, en el marco de la iniciativa de COMISCA para el acceso acelerado.

Noviembre 2002 La RESCAAD acuerda la conformación de una comisión técnica centroamericana con apoyo de la SISCA y OPS/OMS a solicitud de los países para la definición de mecanismos de implementación de la propuesta de acceso acelerado por los Países de la Subregión y promover la negociación conjunta con las compañías farmacéuticas productoras para la compra de ARV por los países de la Subregión

### 3.2 RESPUESTAS NACIONALES

Desde el inicio, los países han demostrado su continuo interés en afrontar el reto de combatir la epidemia. Durante los primeros años se crearon, a nivel nacional, comisiones especiales contra el VIH/SIDA.

Estas respuestas han ido evolucionando hasta convertirse en respuestas sistematizadas y permanentes acordes a las posibilidades y recursos existentes, creándose en cada país, en los Ministerios o Secretarías de Salud, los Programas Nacionales de Prevención y Control del VIH/SIDA y en las Instituciones de la Seguridad Social, programas institucionales sobre VIH/SIDA ambas instituciones han dirigido sus intervenciones a poblaciones meta diferentes siendo estas acciones estrechamente coordinadas entre si y complementarias .

Fruto de las alianzas entre los sectores gubernamentales, privados y sociedad civil y organizaciones internacionales y subregionales como ONUSIDA, OPS/OMS y Proyecto Acción SIDA en Centroamérica (PASCA) proyecto subregional financiado por USAID, entre otros, desde fines de la década de los noventa se desarrollaron, a nivel de los países, los Planes estratégicos nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. La vigencia de estos planes se describe en el cuadro 4. En cada uno de los Planes la implementación de una estrategia nacional de atención integral es uno de los ejes centrales.

Cuadro 4  
Periodos de vigencia de Planes Estratégicos Nacionales de Lucha  
contra el SIDA, por País de la Subregión

País	Planes Estratégicos
Guatemala	1999-2003
Honduras	1998-2002 *
El Salvador	2001-2004
Nicaragua	2000-2004
Panamá	1999

Fuente: Planes Estratégicos Regionales

\* Honduras se encuentra en el proceso de concertación nacional de su segundo plan estratégico 2003-2007

### 3.3 SOCIEDAD CIVIL

La lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en la subregión se ha caracterizado por la participación de la sociedad civil organizada, a través de ONGs que han contribuido a colocar el tema de VIH/SIDA en la agenda de las prioridades nacionales.

En los últimos años, las propias PVVS han liderado organizaciones para la defensa de los derechos humanos y sociales de las personas afectadas y sus familias y la lucha contra el estigma y la discriminación, así como la promoción de los deberes y responsabilidades de las PVVS y han sido una fuerza importante de abogacía y dialogo en relación al tema de VIH/SIDA en la subregión.

### 3.4 LEGISLACIÓN Y SIDA

A finales de la década de los noventa y a principios del nuevo milenio uno de las más claras manifestaciones del compromiso político de lucha contra el VIH/SIDA, por parte de los países, ha sido la aprobación de las diferentes leyes especiales sobre el SIDA por parte de las Asambleas Legislativas, enumeradas en el cuadro 5. El pilar fundamental de estas leyes es la protección y defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA así como el acceso a la atención integral y tratamiento ARV.

Todas y cada una de las leyes hacen una referencia explícita al derecho que las PVVS tiene para acceder a servicios de atención integral. Hasta hace unos pocos años ningún país incluía la provisión de ARV dentro de su paquete básico de atención. Sin embargo, aunque en los últimos dos o tres años se ha iniciado la provisión de tratamientos, sólo un pequeño porcentaje de aquellos pacientes que lo necesitan lo reciben debido, entre otras razones, a su alto costo. En la región existe un compromiso claro de aumento de la cobertura si se consiguen precios asequibles.

Cuadro 5  
Leyes especiales de VIH/SIDA vigentes en la Subregión  
Centroamericana

País	Nombre de la Ley	Numero	Artículos referentes a la Atención Integral
Guatemala	Ley general para el combate del virus de la Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA y de la promoción y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA	Decreto No 27-2000	Numero 35
El Salvador	Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana	Decreto No 588 24-10-2001	Numero 11
Honduras	Ley especial sobre VIH/SIDA	Decreto No 147-99	Numero 1,2 47,48,49,53,57
Nicaragua	Ley de promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA	Ley No 238 (14.10.96)	Numero 19
Costa Rica	Ley general sobre el VIH/SIDA	Ley No 7771 (20.04.98)	Numero 7
Panamá	Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual , el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA	Ley No 3 (05.01.00)	Numero 21 ,22,23,24,25 y 33 . Capitulo III

Fuente :Leyes especiales de VIH/SIDA

### 3. 5 - COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El funcionamiento de los programas nacionales y programas institucionales de la seguridad social son cubiertos por fondos nacionales asignados para este fin. Además los países siempre han contado con el apoyo de la cooperación externa, lo que ha permitido un acompañamiento técnico regular así como la movilización de recursos adicionales para la lucha contra las enfermedades y en el desarrollo e implementación de proyectos concretos.

Se ha contado con el apoyo permanente de la Organización Panamericana de la Salud / organización Mundial de la Salud, del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el

SIDA, ONUSIDA y de las otras Agencias del Sistema de Naciones Unidas. Existen acuerdos de cooperación bilateral con los gobiernos de otros países: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo USAID, la Cooperación Nórdica a través de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional ASDI, la Agencia Noruega para el Desarrollo NORAD, la cooperación Británica DFID, la cooperación Alemana GTZ, la Unión Europea, la Cooperación Española AECI y de instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo BID , el Banco Mundial y de ONGs internacionales como Médicos Sin Fronteras (MSF).

El Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, viene también a constituirse en un apoyo a la respuesta de los países, los cuales ya han presentado o están en el proceso de presentar propuestas.

Cuadro 6  
Estado y monto de la propuesta de apoyo solicitada al Fondo Global de Lucha Contra el SIDA ,  
Tuberculosis y Malaria, por País de la Subregión de Centroamérica (en Dólares americanos US\$)

País	Monto de la Propuesta en el Área de VIH/SIDA	Estado de la propuesta
Guatemala	US\$ 40,143,185	En revisión
Honduras	US\$ 27,000,000	Aprobada , en proceso de negociación de firma de Convenio
El Salvador	US\$ 23,538,900	En revisión
Nicaragua	US\$ 21,598,872	En revisión
Panamá	US\$ 3,678,468	En revisión

Fuente : Propuestas presentadas por los países 2002

En las propuestas se incluye la Atención Integral como una de las áreas principales a desarrollar por los proyectos. Esta nueva fuente de financiamiento viene a apoyar los esfuerzos que los países realizan con fondos propios y fondos de la cooperación internacional ante la epidemia.

#### 4. PROGRESO HACIA ESTRATEGIA DE ACCESO ACELERADO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PPVS

Como se ha señalado, la subregión ha mostrado su compromiso continuo para lograr el acceso a la atención integral para PVVS en Centroamérica. A continuación (Cuadro 7) se presenta un resumen de las resoluciones realizadas por los órganos de integración subregional en el tema.

CUADRO 7 HITOS EN EL COMPROMISO DE CENTROAMÉRICA PARA IMPLEMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA PVVS	
1986/1997:	Creación y fortalecimiento de las respuestas nacionales a través de los programas nacionales de control del VIH/SIDA incluyendo normatización en el manejo integral de los PVVS.
1997	Se apoya en la RESSCAD una moción presentada por Costa Rica a la OPS, ONUSIDA y OMS "Medicamentos contra el SIDA Patrimonio de la Humanidad".
1996/2000:	Concertación, elaboración, aprobación e implementación de leyes especiales de VIH/SIDA que garantizan el acceso a las PVVS a la Atención Integral.
1998/2000:	Desarrollo e implementación de Planes Estratégicos Nacionales de Lucha contra el SIDA en el que la Atención Integral es uno de los ejes principales de intervención.
2000:	Se realiza en la RESSCAD la primera recomendación para que se identifiquen mecanismos que permitan la compra conjunta de medicamentos ARV para los países de la Subregión.
2001:	Se ratifica a nivel de COMISCA y RESSCAD la necesidad de seguir intentando definir mecanismos para la negociación conjunta de medicamentos ARV.
Junio de 2001:	Declaración de la sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre la infección por el VIH/SIDA, suscrita por los Gobiernos de Centroamérica.
Agosto 2001:	Primera reunión técnica para definir esquemas iniciales de tratamientos y cálculo de necesidades de ARV, coordinada por el Ministerio de Salud de Panamá y la OPS/OMS.
Mayo 2002	Declaración en Cumbre de Presidentes de Centroamérica en Madrid, España para implementar una Iniciativa Subregional para acelerar el acceso a la Atención Integral y medicamentos Antiretrovirales.
Julio 2002:	El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) acuerda operativizar el mandato de la Cumbre de Presidentes, y decide la elaboración de un documento marco para el Acceso a la Atención Integral en Centroamérica y el establecimiento de una estrategia para la negociación conjunta con las compañías farmacéuticas productoras de ARV para la Subregión antes del fin de presente año, con el acompañamiento técnico permanente de la OPS y bajo la coordinación de la SISCA.
Sep-Nov 2002:	Elaboración del documento marco para el Acceso Acelerado a la Atención Integral en Centroamérica.
Octubre 2002:	RESSCAD reitera que cada uno de los países miembros desarrolle políticas, planes, programas y proyectos sectoriales para que se implemente y se amplíe el acceso a los servicios de atención integral a las PVVS, incluyendo el acceso a Antiretrovirales y ratifica el interés en formar parte de una comisión negociadora de alto nivel para iniciar a la brevedad posible el proceso de negociación subregional con las compañías farmacéuticas productoras, en el marco de la iniciativa de acceso acelerado aprobado por COMISCA.
Noviembre 2002:	La RESCAAD acuerda la conformación de una comisión técnica centroamericana con apoyo de la SISCA y OPS/OMS a solicitud de los países para la definición de mecanismos de implementación de la propuesta de acceso acelerado por los Países de la Subregión y promover la negociación conjunta con las compañías farmacéuticas productoras para la compra de ARV por los países de la Subregión.

#### 4.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL ACCESO A LOS CUIDADOS EN LA SUBREGIÓN

Los modelos de prestación de servicios en atención integral para PVVS se encuentran en proceso de construcción. El acceso de las PVVS a los antiretrovirales dentro de esta atención es una realidad para algunos países en la subregión. Sin embargo, estos esfuerzos se encuentran con limitantes tales como el poco desarrollo y capacitación del recurso humano para la entrega de servicios de atención integral y una débil infraestructura en los servicios de salud, incluyendo a los laboratorios y el nivel comunitario.

Sin embargo, el mayor factor que limita el acceso es el alto costo de los antiretrovirales aunado esto a la escasez de medicamentos en el mercado local. La mayoría de los pacientes tratados por el sector público pertenecen a los estratos más vulnerables de la población y no pueden adquirirlo de forma privada. En el cuadro número 8 se describe el porcentaje de personas que está siendo tratado actualmente, por país, en relación a los estimados realizados por los países de las personas que requerirían tratamiento.

Como se observa, las instituciones públicas de salud están tratando entre 0 y 17 % de las PVVS adultos que necesitan tratamiento. En las Instituciones de Seguridad Social no se ha logrado el acceso de la terapia al 100% de las personas que lo necesitan a excepción de Costa Rica .

Cuadro 8

Porcentaje de pacientes que están siendo tratados con antiretrovirales, de acuerdo a los estimados necesarios de personas que requerirían tratamiento, por País de la Subregión

	Guatemala		Honduras		El Salvador		Nicaragua	Costa Rica	Panamá	
	Sec. Salud	Seguro Social	Sec. Salud	Seguro Social	Sec. Salud	Seguro Social			Sec. Salud	Seguro Social
Adultos	3%	64%	5.2%	30%	10.5%	86%	0%	100%	17%	84.8%
Niños	20%	22%	17%	---	17.6%	0%	0%	100%	79.1%	100%
Embarazadas	20%	14%	5%	23%	56%	75%	30%	100%	36%	---

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

#### 4.2 INICIATIVAS NACIONALES

Actualmente Honduras ha sido el primer país beneficiado directamente como parte de la iniciativa de Acceso Acelerado de una forma bilateral. El Salvador ha sido beneficiado parcialmente después de un gran esfuerzo en que los representantes de las Instituciones de Salud visitaron las sedes de los socios farmacéuticos de la iniciativa en Ginebra y se logró un porcentaje de reducción . Ambos países fueron beneficiados a partir del año 2002.

##### 4.2.1 NORMATIZACIÓN DEL MANEJO

En todos los países de la subregión se han adaptado y/o desarrollado pautas y normas de manejo clínico de la infección por VIH. Estas normas se basan en la adaptación de normas propuestas por la OPS/OMS y los centros de control de enfermedades de los estados Unidos (CDC) y definen los pasos y componentes que se deben utilizar para el

diagnóstico de infección, prescripción de la terapia ARV y seguimiento de los pacientes. Se ha establecido la revisión permanente de estas normas a medida que se vaya adquiriendo mayor experiencia en el manejo y la necesidad de incluir nuevos esquemas y medicamentos ARV en las normas nacionales.

#### 4.2.2 MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los modelos de prestación de servicios de atención integral adoptados por los países se ha basado en la creación de clínicas o centros especializados de atención para PVVS dentro de los servicios hospitalarios de salud, coordinados por médicos infectólogos o inmunólogos y la participación activa de equipos multidisciplinarios. Entre los servicios ofrecidos están: la atención médica, los cuidados de enfermería y el apoyo psicosocial, sin embargo una de las grandes limitantes es la falta de incorporación comunitaria y apoyo en el domicilio para el manejo de los pacientes.

#### 4.2.3 CALCULOS DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PARA PVVS

En el cuadro 9 se describen las necesidades de tratamiento calculadas por la subregión. Las necesidades totales de tratamiento es de 12,780 personas adultas , 1,496 niños y 1,821 mujeres en los programas de prevención de la transmisión madre a hijo .

Cuadro 9  
Necesidades anuales de tratamiento Antiretroviral para 2003  
por país de la subregión

	País										Total
	Guatemala		Honduras		El Salvador		Nicaragua	Costa Rica	Panamá		
	Sec. * Salud	Seguro Social	Sec. * Salud	Seguro Social	Sec. * Salud	Seguro Social			Sec. * Salud	Seguro Social	
Adultos	3,467	1,036	3,000	100	1,200	800	90	1,562	500	1,025	<b>12,780</b>
Niños	533	320	200	---	200	15	5	30	153	40	<b>1,496</b>
Embarazadas	533	240	800	30	150	12	10	5	25	16	<b>1,821</b>

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

#### 4.2.4 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

En la subregión el seguimiento de las personas en tratamiento ARV se realiza por medio de la cuenta de linfocitos CD4, como marcador de progreso de la enfermedad y seguimiento de la efectividad de la terapia. En los países con recursos suficientes, se utiliza la carga viral como marcador de seguimiento de la efectividad de la terapia. En el cuadro No. 10, se puede observar las diferencia de precios obtenidos con ambos métodos, incluso dentro de los mismos países.

Cuadro 10  
Cuadro comparativo de costos de pruebas laboratoriales de apoyo al seguimiento de  
las PVVS en terapia ARV , (en Dólares americanos US\$)

	País									
	Guatemala		Honduras		El Salvador		Nicaragua	Costa Rica	Panamá	
	Sec. Salud	Seguro Social	Sec. Salud	Seguro Social	Sec. Salud	Seguro Social			Sec. Salud	Seguro Social
CD4	60	45	23.66	---	45.71	---	---	70	100	60
Carga Viral	80	92.25	75	---	118.62	---	---	100	120	119

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

#### 4.2.5 COMPRAS DE ANTIRETROVIRALES

En el cuadro 11a se presenta un consolidado de las diferentes cantidades de compras de Antiretrovirales que los países han realizado en el año 2002. Esto muestra el compromiso actual y permanente que se tiene en el tema de acceso a ARV.

Cuadro 11a  
Cuadro comparativo de las compras de antiretrovirales realizadas  
por los países de la subregión, año 2002

Características del Antiretroviral				País de la Subregión							
Nombre genérico*	Dosis Miligramo (Mg.)	Presentación (Unidad)	Nombre del Producto Fabricante	Guatemala		Honduras	El Salvador		Costa Rica	Panamá	
				Seguro Social	Sec. Salud	Sec. Salud	Sec. Salud	Seguro Social	Seguro Social	Sec. Salud	Seguro Social
Zidovudina AZT	100 mgs	Cápsula	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)			21,900	136,100	475,000			288,000
Zidovudina AZT	10 mgs/ ml	Jarabe	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)			85,680		27			
Zidovudina AZT	50 mgs/5 ml	Jarabe 200 m	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)	2,672			2,400				
Zidovudina AZT	200 mgs/ 20ml	Jarabe 200 m	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)				300				
Zidovudina AZT	300 mg	Cápsula	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)							15,420	
Lamivudina (3TC)	150 mgs	Tableta	EPIVIR (Glaxo Smith Kline)	508,810	21,060		108,000	175,740		21,900	89,600
Lamivudina (3TC)	10 mgs/ml	Jarabe 240 m	EPIVIR (Glaxo Smith Kline)	2,957		48,960	1,000			3,910	
AZT + 3TC	300 mgs+ 150 mgs	Tableta	COMBIVIR (Glaxo Smith Kline)			123,840	48,000			73,020	332,400
Dida Didanosina (ddI)	100 mgs	Cápsula	VIDEX (Bristol Meyers Squibb)	580,350			40,320	111,420	320,000	106,140	68,900
Didanosina (ddI)	50 mg/5ml	Polvo pediátrico	VIDEX (Bristol Meyers Squibb)				150				
Stavudina (d4T)	40 mgs	Cápsula	ZERIT (Bristol Meyers Squibb)	12,897	3,780		90,000	183,602		21,900	171,000
Stavudina (d4t)	1 mg/ml	Jarabe 200mg	ZERIT (Bristol Meyers Squibb)	5,230			201				
Nevirapina (NVP)	50 mg/5 ml	Jarabe Frasco 240 ml	VIRAMUNE (Boehringer Ingelheim)				920				
Nevirapina (NVP)	200 mg	Tabletas	VIRAMUNE (Boehringer Ingelheim)				25,440				
Efavirenz (EFZ)	200 mgs	Cápsula	STOCRIN o SUSTIVA (Merck & Co/ Dupont)	47,115		185,760	161,190	520,570	760,000	90,000	486,000
Efavirenz (EFZ)	50 mgs	Cápsula	STOCRIN o SUSTIVA (Merck & Co/ Dupont)			97,920					
Indinavir (IND)	400 mgs	Cápsula	CRIXIVAN (Merck & Co. / Dupont)	120,450			243,540	143,280		432,000	445,500
Lopinavir/Ritonavir	80 mgs + 20 mgs	Jarabe 160 ml	KALETRA (Abbot)				30			646	
Lopinavir/Ritonavir	133.3 mgs + 33.3 mgs	Gelcap	KALETRA (Abbot)				50				
Nelfinavir (NFV)	250 mgs	Tableta	VIRACEPT (Roche)	785,115			81,000	65,880			837,200 (gelcap)
Nelfinavir (NFV)	50 grs/copa	Polvo frasco 140 grs	VIRACEPT (Roche)				700				
Ritonavir (RTV)	100 mgs	Cápsula	NORVIR(Abbot)	1,430,800						11,088	126,000
Ritonavir (RTV)	400 mgs/ 5ml	Jarabe Frasco 240 ml	NORVIR(Abbot)	928			100				



En la Subregión Costa Rica cuenta con un modelo de adquisición de medicamentos Antiretrovirales mixto en el cual compran medicamentos innovadores y de marca en el cuadro 11a observamos las cantidades de dos medicamentos de innovadores que Costa Rica compra la Didanosina 100 mg (VIDEX) y Efavirenz 200 mg (STOCRIN). En el cuadro 11b se muestran los montos de las compras realizadas de medicamentos genéricos comprados por Costa Rica para completar sus esquemas de terapia ARV .

**Cuadro 11b**  
**Cuadro de compras de antiretrovirales realizadas**  
**por Costa Rica , año 2002**

<b>Características del Antiretroviral</b>				<b>País</b>
<b>Nombre genérico*</b>	Dosis Miligramo (Mg.)	Presentación (Unidad)	Nombre del Producto Fabricante	Costa Rica Seguro Social
Zidovudina AZT	200 mg	Cápsulas	Stein Genérico (Costa Rica)	1,280,000
Lamivudina (3TC)	150 mg	Tableta	Chemo Genérico (Costa Rica)	490,000
Stavudina (d4t)	40 mg	Cápsulas	Stein Genérico (Costa Rica)	250,000
Indinavir (IND)	400 mgs	Cápsula	Lab. Richmond (Argentina)	700,000
*Nelfinavir (NFV)	250 mgs	Tableta	Stein Genérico (Costa Rica)	1,360,000

**\*Nelfinavir compra realizada en el 2001 para cubrir necesidades del 2002**

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

## 4.2.6

Cuadro 12

Cuadro comparativo de precios de los antiretrovirales por país de la subregión (en Dólares americanos US\$)

Características del Antiretroviral				Costo del antiretrovirales por país de la Subregión							
Nombre genérico*	Dosis Miligramo (Mg.)	Presentación (Unidad)	Nombre del Producto Fabricante	Guatemala		Honduras	El Salvador		Costa Rica	Panamá	
				Sec. Salud	Seguro Social		Sec. * Salud	Seguro Social		Sec. Salud	Seguro Social
Zidovudina AZT	100 mgs	Cápsula	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)	0.28		0.39	0.93	0.65	0.10		0.99
Zidovudina AZT	10 mgs/ ml	Jarabe	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)			25.92		25.68			
Zidovudina AZT	200 mgs/20 ml	Jarabe 200 ml	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)	27.00			24.34 (14.60)				
Zidovudina AZT	50 mgs/5 ml	Jarabe 200 ml	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)	59.48	65.90		40.16 (24)				
Zidovudina AZT	300 mg	Cápsulas	RETROVIR(Glaxo Smith Kline)							2.58	
Lamivudina (3TC)	150 mgs	Tableta	EPIVIR (Glaxo Smith Kline)	2.00	2.05		2.79 (1.07)	1.26	0.13	1.70	1.70
Lamivudina (3TC)	10 mgs/5ml	Jarabe 240 ml	EPIVIR (Glaxo Smith Kline)				49.45 (29)			29.60	
Lamivudina (3TC)	10 mgs/ml	Jarabe 240 ml	EPIVIR (Glaxo Smith Kline)		81.17	25.96					
AZT + 3TC	300 mgs+ 150 mgs	Tableta	COMBIVIR (Glaxo Smith Kline)			1.15	5.89 (2.06)			3.09	3.11
Didanosina (ddI)	100 mgs	Cápsula	VIDEX (Bristol Meyers Squibb)		3.34		2.49	2.49	1.33	1.33	1.88
Didanosina (ddI)	50 mg/5ml	Polvo pediatrico	VIDEX (Bristol Meyers Squibb)				44.30				
Stavudina (d4T)	40 mgs	Cápsula	ZERIT (Bristol Meyers Squibb)	7.22	9.28		4.74 (2.37)	2.37	0.10	2.33	3.33
Stavudina (d4T)	1 mg/ml	Jarabe 200 ml	ZERIT (Bristol Meyers Squibb)		60		53.70				
Nevirapina (NVP)	50 mg/5 ml	Jarabe Frasco 240 ml	VIRAMUNE (Boehringer Ingelheim)				42.99				
Nevirapina (NVP)	200 mg	Tabletas	VIRAMUNE (Boehringer Ingelheim)				?????				
Efavirenz (EFZ)	200 mgs	Cápsula	STOCRIN o SUSTIVA (Merck & Co/ Dupont)		1.06	0.46	1.16	1.16	0.87	0.53	0.52
Efavirenz (EFZ)	50 mgs	Cápsula	STOCRIN o SUSTIVA (Merck & Co/ Dupont)			0.12					
Indinavir (IND)	400 mgs	Cápsula	CRIXIVAN (Merck & Co. / Dupont)		0.48		0.65	0.65	0.39	0.72	0.30
Lopinavir/ Ritonavir	80 mgs + 20 mgs	Jarabe 160 ml	KALETRA (Abbot)				375			390	
Lopinavir/ Ritonavir	133.3 mgs + 33.3 mgs	Gelcap	KALETRA (Abbot)				7.5				
Nelfinavir (NFV)	250 mgs	Tableta	VIRACEPT (Roche)		2.35		1.63 (1.38)	1.54	0.82		1.33
Nelfinavir (NFV)	50 grs/copa	Polvo frasco 140 grs	VIRACEPT (Roche)				50.65 (45.47)				
Ritonavir (RTV)	100 mgs	Cápsula	NORVIR(Abbot)		1.47					1.46	1.46
Ritonavir (RTV)	400 mgs/ 5ml	Jarabe Frasco 240 ml	NORVIR(Abbot)		364.52		255.38				

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta a realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

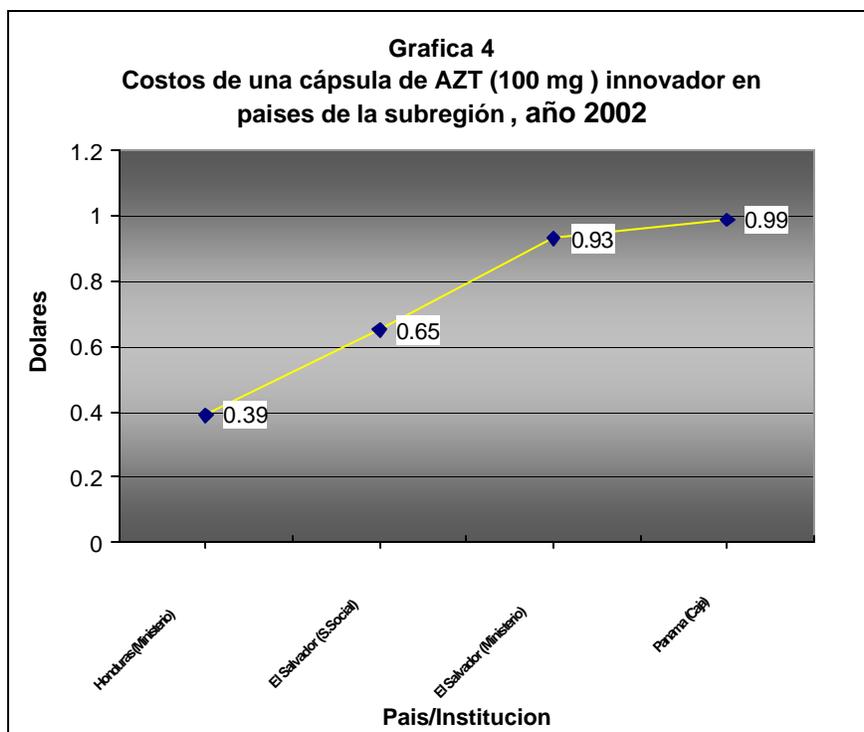
- Los precios entre paréntesis se lograron como parte de la negociación bilateral de El Salvador como parte de la iniciativa de acceso acelerado, los precios son los ofrecidos al Ministerio de Salud e Instituto Salvadoreño del Seguridad Social.

**Los precios en gris son precios de medicamentos genéricos**

#### 4.2.6 PRECIOS ACTUALES DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

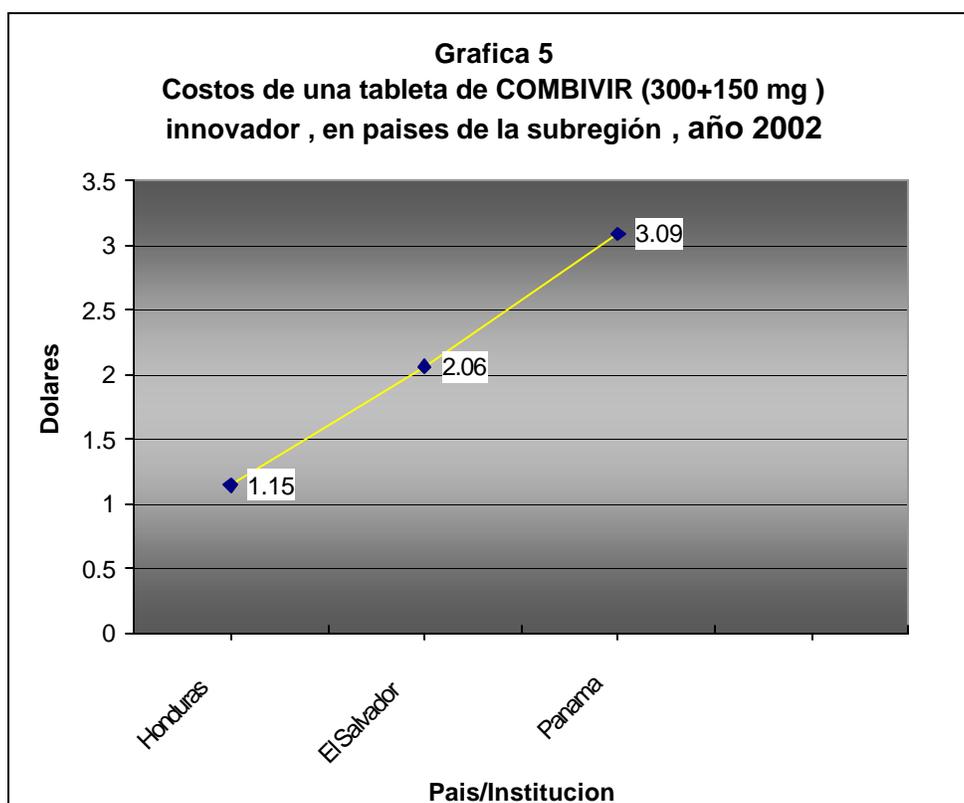
En el cuadro 12 se presentan los precios a los cuales las diferentes instituciones de los países adquieren los antirretrovirales. Se puede observar claramente que existen importantes inequidades en el costo de los ARV en cada país incluso, dentro del mismo país existen precios diferenciados de adquisición.

En la Grafica 4 observamos la variabilidad en el precios de las tabletas de AZT (100 mg) innovador , en el año 2002 , en tres países diferentes de la región. Asimismo, la variabilidad de precio al interior de un mismo país (El Salvador), en que se observa que el Instituto de Seguro Social paga un precio menor por el mismo fármaco.



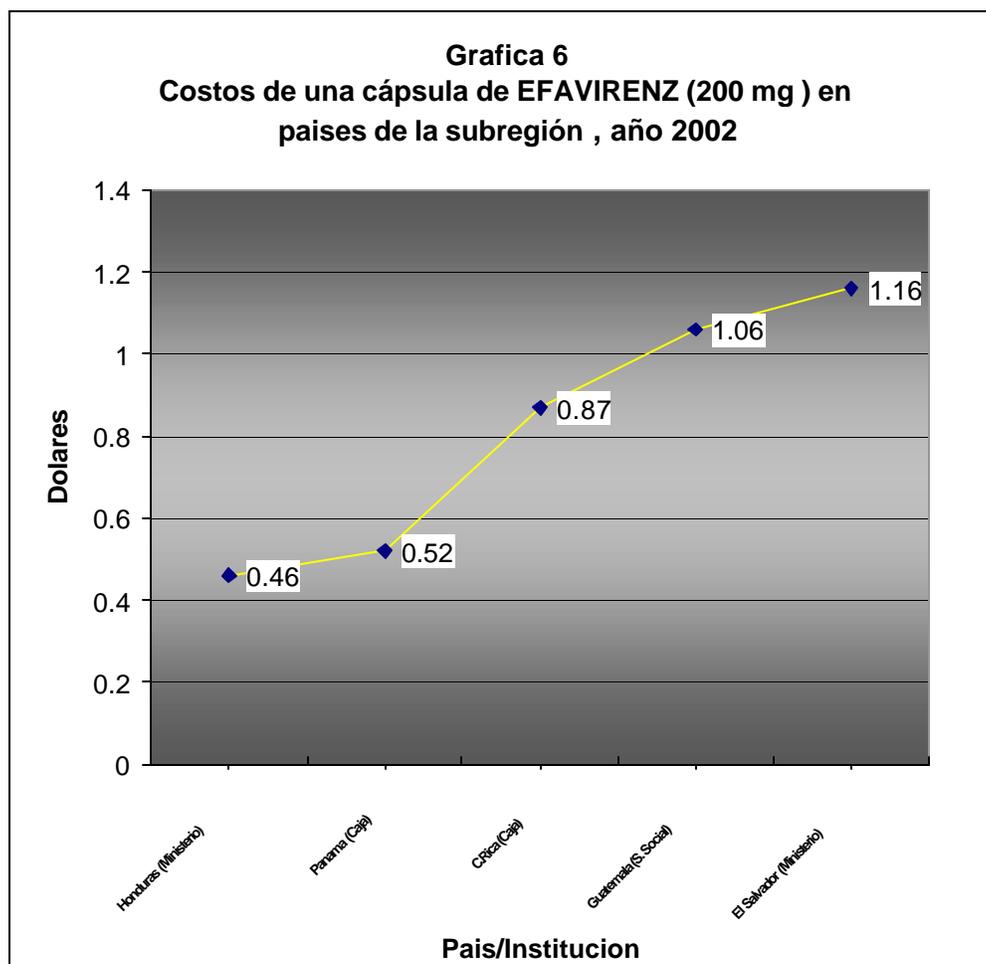
Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

En la Grafica 5, observamos la variabilidad en el precios de las tabletas de COMBIVIR innovador , en el año 2002, en tres países diferentes de la región. En la gráfica se muestra el precio obtenido por Honduras, primer socio en Centroamérica de la iniciativa, El Salvador con grandes avances en el proceso de negociación bilateral y el costo que paga Panamá, casi 3 veces el costo de Honduras por el mismo fármaco.



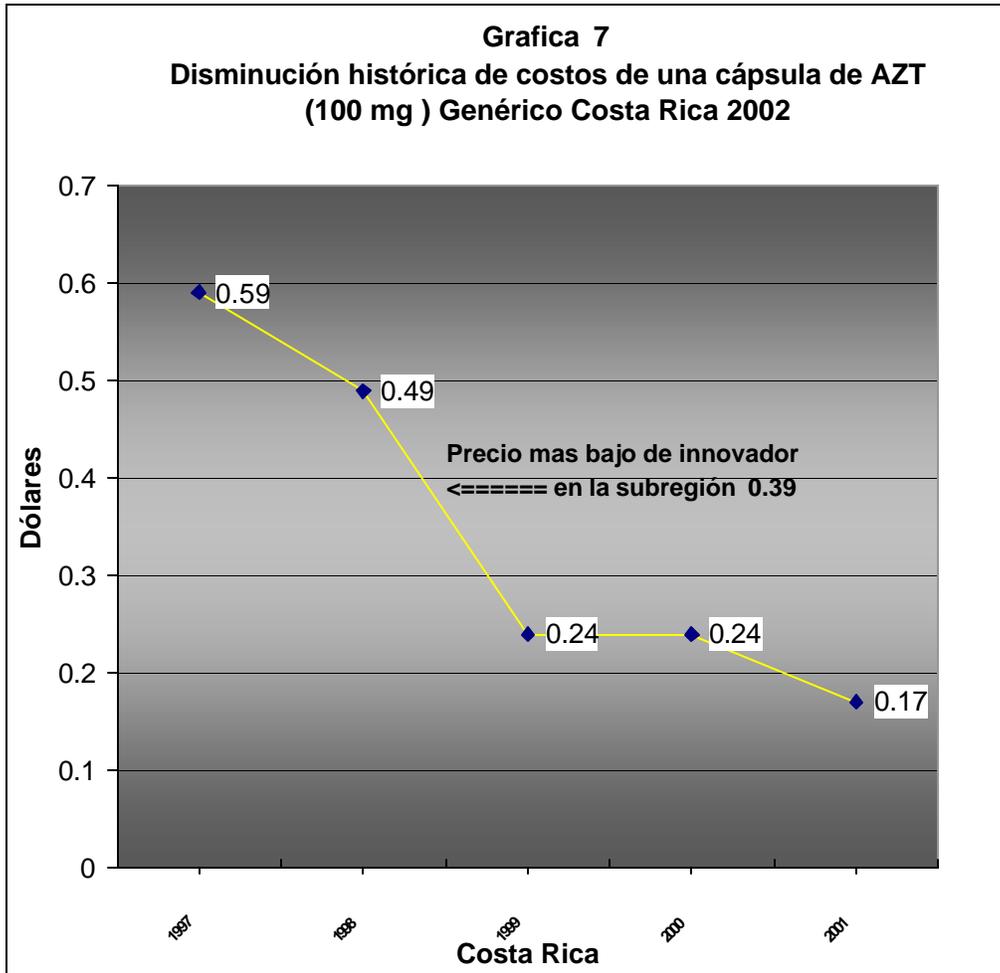
Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

En la Gráfica 6 observamos la variabilidad en el precio de las cápsulas de EFAVIRENZ (200 mg) innovador , en el año 2002 , en cinco países diferentes de la región. El Salvador, a pesar de ser beneficiario de negociaciones bilaterales, obtiene el costo más elevado de los cinco países.



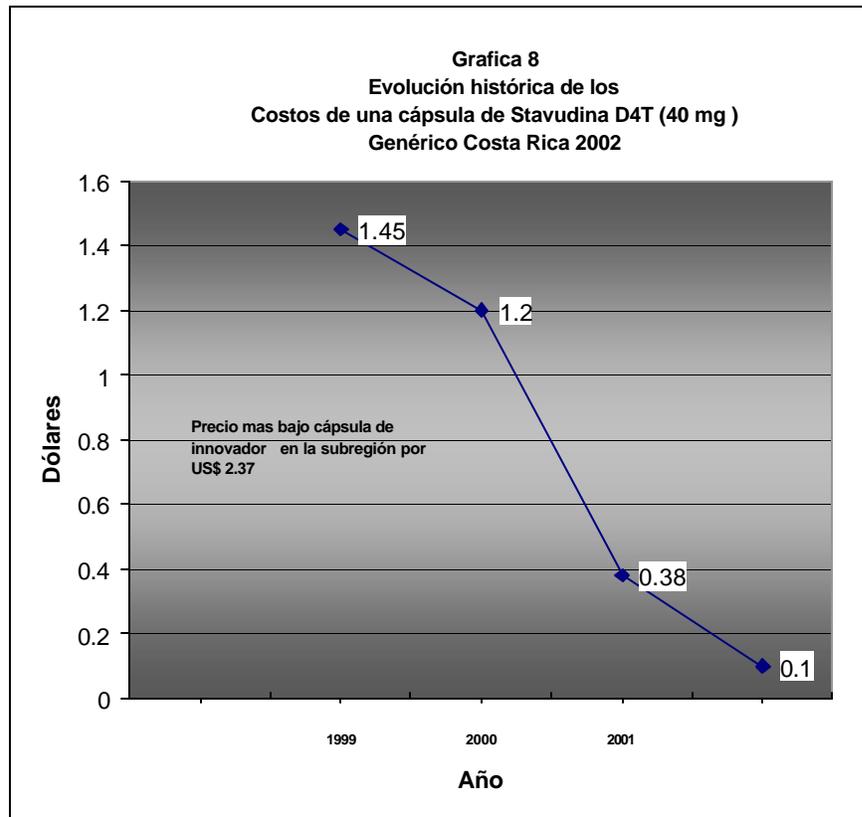
Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

En la grafica 7 se muestra la evolución histórica de los precios de la cápsula de AZT (100 mg) generico obtenidos en Costa Rica en 4 años , se observa una reducción de 3 veces en el precio desde 1997. El precio en la actualidad es mas de la mitad del precio mas bajo obtenido en la región de el mismo producto innovador .



Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

En la grafica 8 se muestra la evolución histórica de los precios de la cápsula de Stavudina (40 mg) generico obtenidos en Costa Rica en 3 años , se observa una reducción de 13 veces en el precio obtenido hace 3 años . El precio obtenido en el año 2001 es 22 veces mas bajo que el precio de referencia actual mas bajo de este producto innovador en la subregión



Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

**Cuadro 13**  
**Evolución histórica de precios de ARV genéricos**  
**Costa Rica 2002 (en dólares)**

Nombre genérico*	Dosis (Mg.)	Presentación (Unidad)	Año					
			1997	1998	1999	2000	2001	2002
Zidovudina AZT	100 mgs	Cápsula	0.59	0.49	0.24	0.24	0.17	0.10
Lamivudina (3TC)	150 mgs	Tableta				2.31*	0.29	0.13
Stavudina (d4T)	40 mgs	Cápsula		2.41*	1.45	1.2	0.38	0.10
Indinavir (IND)	400 mgs	Cápsula				2 *	0.49	0.39
Nelfinavir (NFV)	250 mgs	Tableta				1.3*	0.82	0.82

Fuente : Análisis preliminar de la Encuesta realizada por OPS/OMS , Sobre el manejo clínico y cuidados continuados en el marco para la implementación de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA Programas Nacionales de control de SIDA, Programas de SIDA de las instituciones de Seguridad Social de la Subregión . Octubre 2002

## **5. INICIATIVA SUBREGIONAL CENTROAMERICANA DE ACCESO ACELERADO**

Este documento constituye la base para las discusiones técnicas entre los socios de IAA , en preparación para alcanzar un compromiso regional para el acceso acelerado a los ARV.

### **5.1 JUSTIFICACIÓN**

Los Ministros de Salud de Centroamérica y las entidades de Seguridad Social están promoviendo que la Iniciativa de Acceso Acelerado se desarrolle dentro de un marco subregional, de acuerdo con las orientaciones políticas y estratégicas que se derivan del mandato de los Presidentes de la subregión, apoyados por las iniciativas de integración centroamericana que incluyen al COMISCA / SISCA, la RESSCAD y el COCISS.

Políticamente, hay un compromiso profundo con la integración subregional, con el intercambio económico y la subsecuente movilidad migratoria entre los países de la subregión. el poder brindar acceso a la atención integral en la subregión contribuirá a evitar los mercados informales de obtención de drogas ARV

Epidemiológicamente, los factores culturales, socioeconómicos y la migración son factores comunes que en los países de Centroamérica contribuyen al aumento de la epidemia VIH/SIDA por lo que en todos los países es necesario contar con acceso equitativo e igual en los precios de los ARV ya que estos factores no respetan fronteras .

El resultado positivo de esta iniciativa de facilitar acceso de ARV en gran escala permitirá profundizar en el cumplimiento de los marcos legales nacionales de brindar una atención integral emanados por las diferentes leyes especiales vigentes en los países de la subregión

El lograr un precio de referencia único de los medicamentos antiretrovirales facilitara la operativización técnica de expandir el tratamiento universalmente en la subregión , en esta iniciativa confluyen los esfuerzos y voluntad de las dos instituciones Secretarias de salud e instituciones de la seguridad Social que proveen el tratamiento a las PVVS .

El abordaje subregional contempla la revisión periódica de los protocolo de tratamiento así como el establecimiento de esquemas básicos de provisión de la terapia ARV , así como el diseño de estrategias de sostenibilidad para asegurar la provisión permanente de ARV en los países de la subregión así como la implementación de estrategias que facilitaran la adherencia y evitar La fármaco resistencia puede ser problema emergente en la subregión.

La presencia de la epidemia de VIH/SIDA en la subregión produce un impacto importante en la población joven que es la fuerza de trabajo y futuro de la región , la

falta de acceso a los ARV por sus elevados costos hace que los países inviertan grandes cantidades en los cuidados médicos por la aparición de enfermedades oportunistas , hospitalizaciones y cuidados terminales de las personas viviendo con SIDA , limitando las posibilidades de las economías de las instituciones de enfrentar la compra de ARV a elevados costos.

Un enfoque subregional puede facilitar la óptima utilización de los recursos disponibles mediante una respuesta coordinada y permanente.

Los principales retos para la Iniciativa son:

- Avanzar, de las tradicionales estrategias de atención y acceso a ARV que se ejecutan mediante iniciativas a nivel nacional, a un carácter distintivo del acceso a la asistencia y el tratamiento para las personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS) en la subregión. La extensión de estas actividades debe tener como base la experiencia ya adquirida en los países.
- Desarrollar actividades a nivel subregional, entre las que se incluyen el desarrollo de recursos humanos, de los sistemas y servicios de atención de salud, de la infraestructura y del proceso de las adquisiciones y logística de medicamentos, entre otros.
- Identificar , aumentar y monitorear los recursos financieros (a nivel nacional, regional, internacional-bilateral y multilateral)

Basado en esto, la subregión avanzará rápidamente para establecer buenas prácticas, protocolos de manejo y modelos de atención y movilización de recursos, para proporcionar el marco para la atención y el tratamiento a nivel de los países.

## 5.2 CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS

### PRECIOS

Uno de los objetivos fundamentales del enfoque subregional es la obtención de un precio único de referencia para todos los países que participan en la iniciativa.

No debe ser mayor que el precio de referencia más bajo obtenido en las negociaciones bilaterales por los países de la subregión.

Los precios deben negociarse sin referencia a los niveles del PIB y las tasas de prevalencia de infección por el VIH/SIDA: El SIDA está concentrado en los grupos más vulnerables de la población. La sostenibilidad, el acceso y el cumplimiento universal deben ser principales consideraciones en la determinación de precios.

### ADQUISICIONES

Esta propuesta recomienda la negociación conjunta de los países de la subregión para la obtención de un precio de referencia de ARV igual para los países. Las adquisiciones se recomiendan dos posibilidades:

1. Negociación conjunta, adquisición individual por mecanismo regional
2. Negociación Conjunta, adquisición subregional por mecanismo regional

Para las adquisiciones ya sean a nivel de cada país o por el conjunto de países, se recomiendan sean realizadas a través de un mecanismo subregional de esta forma facilitar los trámites administrativos, los mecanismos de monitoría y evaluación de la estrategia subregional.

El Fondo Rotatorio de insumos estratégicos de la OPS/OMS, cuenta con una amplia experiencia en mecanismos de compras individuales por país o en bloque de países y ha puesto este mecanismo a disposición de los países miembros que de forma voluntaria podrían utilizarlo.

El Fondo Rotatorio fue utilizado en la propuesta aprobada para los países del CARICOM y fue considerado como: *“Un mecanismo administrativo para facilitar la compra de ARV para el CARICOM así como una herramienta para la cooperación técnica en manejo y gerencia de adquisición de drogas”*

Las ventajas de usar este mecanismo incluirían:

- La experiencia de la OPS en las adquisiciones y el funcionamiento de los mecanismos del fondo rotatorio.
- La articulación de las adquisiciones con cooperación técnica en la gestión de la planificación , programación y suministro de medicamentos dentro del marco de un proceso de atención Integral del VIH.
- El proceso de capitalización de cuentas del país cuando las compras de los ARV se ejecutan mediante el fondo.
- Facilitar la estandarización de la forma de planificación y periodicidad de las compras
- Contribuir a los procesos de sostenibilidad

## SELECCIÓN DE ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

En relación al número de ARV esenciales , se recomienda que deben decidirse en base a un régimen de terapia triple. La recomendación mínima es de 8-9 medicamentos, la OPS/OMS ha desarrollado una guía de recomendaciones de esquemas de tratamiento para PVVS para los países que lo necesiten basado en el seguimiento clínico y laboratorial de la evolución de la enfermedad .

## VOLUMEN DE ÓRDENES

Se recomienda que se calculen los volúmenes de las órdenes basándose en los niveles y ampliación de la cobertura decididos por los países individuales. Las órdenes iniciales se aumentarán sobre una base escalonada anualmente, a medida que aumente la cobertura en los países utilizando las tendencias y no consumos históricos.

## INFRAESTRUCTURA DE DISTRIBUCIÓN:

Se recomienda la revisión del diseño y la operativización de un sistema de distribución nacional. Para los países que ya tengan sistemas de distribución de ARV funcionando, no se requiere un sistema especial. Para aquellos que lo están iniciando o lo iniciarán, se recomienda al principio que la distribución sea centralizada utilizando los mismos mecanismos.

Se debe poner en marcha mecanismos de control de medicamentos para evitar fugas y mal manejo. Se debe establecer quienes serán las personas autorizadas para prescribir los medicamentos, para un control interno de farmacia. Se recomienda adjudicar el tratamiento a los niveles locales en base a tratamiento año / persona

Cualquiera que sea el mecanismo preferido de adquisiciones, cada país debe fortalecer sus sistemas existentes de distribución coordinados desde el nivel central.

La función y los atributos de cada nivel que participa en la cadena de suministro necesitarían definirse, para asegurar que el flujo del producto entre los niveles se administra eficazmente y controlado.

El número de niveles en la cadena de suministro debe ser limitado, para asegurar las existencias de medicamentos con los márgenes de seguridad en cada nivel institucional y facilitar el pedido anual o semestral de medicamentos.

El sistema debe ser sencillo para evitar la interrupción en la entrega de tratamientos, desarrollar las capacidades locales y descentralizarse en base a tratamiento año / persona para facilitar el máximo acceso posible.

La OPS/OMS ofrece apoyo a los países de Centroamérica en el desarrollo de sistemas apropiados para el monitoreo y la evaluación del sistema de suministro, incluida la elaboración de los indicadores de acceso de los ARV que se ejecutarán a nivel nacional.

## CALIDAD

Se recomienda profundizar en los procesos de control de calidad y fármaco vigilancia de los ARV y establecer mecanismos que permitan el intercambio de experiencias con países que han avanzado en esta área y capacitación permanente en esta área

## IMPUESTOS Y RESPONSABILIDADES

Muchos países a través de las leyes especiales de lucha contra el VIH/SIDA han determinado la exoneración de los impuestos a los medicamentos antiretrovirales. En los países donde existen impuestos y responsabilidades en la introducción de los ARV, se recomienda se revise la posibilidad de legislar para exonerar de los pagos de impuesto a este tipo de medicamentos.

## CAPACITACIÓN

La introducción de los ARV sistemáticamente, a escala nacional, en los países requerirá de una amplia capacitación de los recursos humanos entre diferentes niveles y perfiles (atención primaria , secundaria y terciaria , personal del laboratorio y de apoyo).

Una sección amplia de los trabajadores de salud debe capacitarse para contribuir a asegurar la adherencia a los regímenes de tratamiento por parte de los pacientes y por lo tanto, reducir la posibilidad de la aparición de la resistencia.

La capacitación debe ser lo más amplia posible, tanto en cuanto a categorías de trabajadores de salud (médicos, enfermeras, trabajadores comunitarios de salud y personal de laboratorio) así como niveles (terciario, secundario, primario, comunidad y cuidadoras a nivel del hogar).

Los programas de capacitación se elaborarán a nivel regional, nacional y local en las áreas del tamizaje de la infección por el VIH/SIDA, la orientación y consejería de pacientes, manejo de medicamentos y su uso racional, y la atención integral, el cuidado domiciliario y la adherencia entre otros, basados en los Principios de la Estrategia “Paso a paso para la atención integral” propuesta por la OPS/OMS en el documento *“Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas”*.

Se recomienda que los países de la subregión adopten y adapten las normas de propuestas por la OPS/OMS para el uso de los ARV donde sea necesario.

## LABORATORIO

Se evaluará la capacidad de las redes de laboratorio. Se debe considerar como mínimo la capacidad de realizar tamizaje básico y prueba confirmatoria por infección VIH, así como la realización de la prueba de CD4, como un marcador de progresión de la enfermedad y apoyo para el inicio de la terapia y para el monitoreo de los pacientes.

El examen de carga viral se contempla en la implementación de la presente iniciativa y se recomienda para el seguimiento del paciente.

## MEDICAMENTOS GENÉRICOS

La posibilidad de su uso debe quedar abierta donde exista una base legal y mecanismos que aseguren la calidad del producto y precios competitivos.

### 5.3 COMPONENTES DE LA PROPUESTA SUBREGIONAL

La propuesta se enfoca en el desarrollo de un marco de referencia subregional para el apoyo y desarrollo e implementación de planes nacionales de acceso acelerado a atención integral a nivel de cada país. Se ha adoptado el enfoque de marco lógico que proveerá los elementos básicos necesarios para el desarrollo de las iniciativas nacionales de atención integral.

#### FIN

Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA, mejorar las condiciones de salud y aumentar la calidad de vida y la expectativa de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA y sus familias en la subregión Centroamericana.

#### PROPÓSITO

Mejorar el acceso a servicios de atención integral a PVVS y contribuir a la disminución de la Morbilidad y Mortalidad por VIH/SIDA de las PVVS en la subregión Centroamericana.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### RESULTADO 1

Plan Subregional de Atención Integral para PVVS desarrollado e implementado en Centroamérica y los respectivos Planes Nacionales de Atención Integral, tomando en cuenta el desarrollo diferencial de la capacidad y los recursos de cada País.

##### RESULTADO 2

Elaborado un programa permanente de fortalecimiento de la capacidad técnica del recurso humano en el manejo integral de las PVVS en Centroamérica

##### RESULTADO 3

Fortalecidas las infraestructuras sanitarias y de los sistemas de salud, para facilitar el acceso a los ARV como un elemento clave del enfoque de Atención Integral.

##### RESULTADO 4

Desarrollada e implementada una estrategia para promover la reducción del estigma y la discriminación de las PVVS o personas afectadas por la infección por el VIH/SIDA en la subregión

##### RESULTADO 5

Desarrolladas asociaciones y redes de apoyo técnico y financiero para movilizar recursos y facilitar la implementación del Plan Subregional y de los planes nacionales en la Atención Integral.

## **6. MANEJO DE LA INICIATIVA SUBREGIONAL**

La iniciativa subregional cuenta con varios socios con funciones definidas :

Los mecanismos de integración de la subregión COMISCA , COSSIS y la RESSCAD quienes brindaran las recomendaciones políticas a la iniciativa y facilitaran la movilización de recursos .

La secretaria social de la integración SISCA quien apoyara el proceso de monitoria y evaluación de la propuesta , movilización de recursos , incorporación de nuevos socios estratégicos , así como establecer los canales de comunicación entre los socios

La OPS/OMS y el ONUSIDA quienes apoyaran técnicamente en todos los procesos de implementación del la propuesta regional y su operativización a nivel de cada país y apoyar a los procesos de movilización de recursos

Las instituciones nacionales de cada país Ministerios de salud e Instituciones de la seguridad Social encargados de la implementación , monitoria y evaluación a nivel local de la iniciativa

## **7. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo y evaluación se realizara de acuerdo a un plan establecido que permita valorar el avance de los indicadores de la propuesta tanto de impacto como de proceso tanto a nivel subregional y local , se recomienda la creación de una fuerza de trabajo (Task Force) conformada por representantes de las instituciones de los países así como miembros de la OPS/OMS , SISCA , ONUSIDA y otros socios estratégicos .

## **8. MARCO LÓGICO DE LA PROPUESTA**

( Se adjunta el marco lógico completo en los anexos)

## **9. BIBLIOGRAFIA**

9.1 Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2001). *Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas*. Informe resumido. Washington DC.

9.2 United Nations Development Programme UNDP (2002), Human Development Report 2002 New York.

9.3 Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA ONUSIDA (2002) Informe Sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA 2002 Ginebra Suiza.

9.4 Guatemala (2000) Ley general para el combate del virus de la Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA y de la promoción y defensa de los derechos humanos ante el

VIH/SIDA Guatemala.

9.5 El Salvador (2001) Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana El Salvador.

9.6 Honduras (1999) Ley especial sobre VIH/SIDA Honduras.

9.7 Nicaragua (1996) Ley de promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA, Nicaragua.

9.8 Costa Rica (1998) Ley general sobre el VIH/SIDA Costa Rica.

9.9 Panamá (2000) Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA Panamá.

- 9.10 Guatemala, El Salvador , Honduras, Nicaragua: Planes Estratégicos Nacionales.
- 9.11 Organización Mundial de la Salud OMS (2002) Epi Fact Sheets Ginebra Suiza.
- 9.12 Honduras Nicaragua, El Salvador. Informes Nacionales de la Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- 9.13 Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2001) Perfiles de Salud de los Países de las Américas Washington DC.
- 9.14 CARICOM, (2002) Informe sobre la Propuesta Marco de la Atención Integral para países miembros del CARICOM.
- 9.15 Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2001) Salud e historia en Centroamérica, Análisis de las reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana 1985-2000, Washington DC.
- 9.16 Asamblea General de las Naciones Unidas (2001) Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA “Crisis Mundial- Acción Mundial” Nueva York.