

***INFORME NACIONAL 2008 SOBRE
LOS PROGRESOS REALIZADOS EN
LA APLICACION DE LA ASAMBLEA
GENERAL DE LAS NACIONES
UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
(UNGASS)
URUGUAY***

Período de cobertura: Enero 2006 a Diciembre 2007
Gastos relativos al SIDA se reporta período enero 2005/ diciembre 2006
Fecha de presentación: 31 enero del 2008

Autoridades

*Ministra de Salud Pública
Dra. Maria Julia Muñoz*

*Sub Secretario de Salud Pública
Dr. Miguel Fernández Galeano*

*Director General de la Salud
Dr. Jorge Basso*

*Sub Director General de la Salud
Dr. Gilberto Ríos*

*Directora Programa Prioritario de ITS/Sida
Soc. Maria Luz Osimani*

Equipo Responsable del Informe

Adjunta Dirección Programa Prioritario de ITS /Sida

Dra. Jahel Vidal

Dirección General de la Salud

Cr. Pablo Perdomo

Colaborador

Soc. Fernando Bertolotto (Consultor)

Supervisión

Directora Programa Prioritario de ITS/Sida

Soc. Maria Luz Osimani

Aportaron Información para este Informe y sus diferentes Indicadores:

Qf. Amengual, Cristina Dr. Berriolo, Ruben Dra. Cabrera, Susana Lic. Castro, Monica Dr. Cladera, Pedro Br. Conde, Anibal Sr. Cordero Juan Carlos Dr. Chiparelli, Hector.. Alf. Apy. (Tecn. Prof) Dra. Chiappe, L Dr. Dutra, Anibal Lic. Fabeyro, Graciela Dra. Federico, Adriana Aux. Enf. Ed Sex Falco Zobeida Dra. González, Alicia Dra. Grumbaun, Susana Dra. Mansilla, Mariela Dr. Martín, Hector Dr. Miglónico, Miguel Dra. Miguez, Eva	Dr. Miller, Andrew Dr. Mirazzo, Ignacio Dra. Mogdasy, Cristina Ps. Olivera, Gabriela Dr. Pepe Dr. Perera, Gonzalo Dra. Pérez, Soledad Dra. Pino, Araceli Dr. Puime, Andrés Dr. Quian, Jorge Dr. Rodríguez de Marco, Jorge Dra. Rodríguez, Adriana Dra. Rodríguez, Mary Dr. Savio, Eduardo Dra. Sicco, Gabriela Soc. Suárez, Hector Dra. Visconti, Ana
--	---

Los Organismos de Cooperación Internacional de ONUSIDA, aportaron información para el indicador UNGASS relativos a Gastos

En el proceso de elaboración de este Informe, uno de los insumos tenidos en cuenta fue el *"Informe técnico sobre monitoreo de las metas UNGASS para la salud sexual y reproductiva de las mujeres"*, elaborado por MYSU y ASEPO en el marco de un proyecto internacional en 15 países coordinado por la organización GESTOS de Brasil, con el apoyo de la Fundación Ford.

La Sociedad Civil trabajando en VIH /Sida, de Montevideo y el Interior del País, ha respondido la Parte B de Índice Compuesto de Política Nacional

ENTREVISTADORES: Organizaciones del Interior

Marisol Alves

ONGs de Montevideo

Fabrizio Rodríguez

OPVVS

Pablo Nalerio

Organizaciones Montevideo

Nombre/Cargo

IELSUR

María de los Ángeles Salgado

CIEI-SU

Raúl Damián/ Tesorero

IDES

MarceloCervantes/Área Salud

AMEPU

Marta/vicepresidenta

ATRU

Gloria/ tesorera

Compañero de las Américas

Liset Collazo

ASEPO

Fabrizio Rodríguez

FRANSIDA

Estela Domínguez

MYSU

Lilian Abracinskas

<u>Organizaciones del Interior</u>	<u>Nombre/cargo</u>	<u>Ciudad/Departamento</u>
Comité Dptal. Cruz Roja	Verna Caetano/presidenta	Melo/Cerro Largo
Arco Iris Rebelde	“Antonella”/referente	Melo/Cerro Largo
CHCL	Gustavo Viera/Secretario	
	Ramón Ramos “Victoria”/Presidenta	Melo/Cerro Largo
Grupo Solidaridad	Enrique Cruz/Coordinador	Punta del Este/Maldonado
SUNCA PIT_CNT- Artigas	Miguel Castro/Presidente	Artigas/Artigas
ATRU - Artigas	“Tainà”/Referente	
	“Martina”/referente	Artigas/Artigas
Grupo Esperanza y Vida	Mirna Alves Da Luz/Referente	Artigas/Artigas
MLCM+	Marisol Alves/Punto Focal Uruguay	Artigas/Artigas
	Ana Amaro/referente Cerro Largo	Melo/Cerro Largo
Grupo Amanecer	Roberto Silveira/Referente	Salto/Salto
Coord. Zona N. RUPVVS	Mario Segovia/Coord. Responsable	Paso de los Toros/Tacuarembó
Grupo Equidad	Lourdes Silveira/Referente	Artigas/Artigas
Comité Dptal. Cruz Roja	Julio Díaz/Referente	Artigas/Artigas
Mundo Afro Artigas	Mónica Gómez/Directora	Artigas/Artigas
Coord. Zona E. RUPVVS	Claudio Zylber	La Paloma/Rocha
<u>OPVVS</u>		
A.MI.SE.U:	Gerardo Hornos	Secretario
CUPO	Néstor Flores	Presidente
ICW	Maureen Brenzon y Anahi Chittara	Referentes

<i>I.- Índice.....</i>	<i>Pág. 6.</i>
<i>II.- Situación Actual.....</i>	<i>Pág. 7.</i>
<i>III.- Panorama General de la Epidemia de Sida en Uruguay...Pág.</i>	<i>34</i>
<i>IV.- Respuesta Nacional a la Epidemia del Sida.....Pág.</i>	<i>43</i>
<i>V.- Prácticas Óptimas.....Pág.</i>	<i>59</i>
<i>VI.- Principales Problemas y Acciones Correctoras.....Pág.</i>	<i>62</i>
<i>VII.- Apoyos de los Asociados para el Desarrollo del País.....Pág.</i>	<i>66</i>
<i>VIII.- Sistemas de Vigilancia y Evaluación.....</i>	<i>Pág.67</i>

ANEXOS (enviado como fue solicitado por ONUSIDA en fecha 31.01.08)

CRIS, Índice Compuesto de Política Nacional
Matriz de Gasto Relativo al Sida

II. SITUACIÓN ACTUAL

a) Participación de los interesados en el proceso del informe

El Programa Prioritario de ITS / Sida, informa al Mecanismo Coordinador País (MCP), bajo la presidencia del Sub Secretario del Ministerio de Salud Pública (MSP), sobre el proceso de elaboración del Informe País UNGASS 2008, a ser entregado a fines de enero 2008. Dicho informe consta de varias partes, para lo cual se entendió importante realizar una reunión específica de las ONGs, las personas con VIH(PVVS) y los Organismos de Cooperación Internacionales de ONUSIDA, a los efectos de planificar la organización de su elaboración.

Es así que el Programa Prioritario de ITS/SIDA(PPITS/SIDA) convocó a PVVS ,ONGs y Agencias Internacionales a una reunión en Sala de Sesiones del Ministerio de Salud Pública (MSP) el 16/XI/07 a los efectos de informar los requerimientos para la elaboración del informe 2008.Participan además de la misma el contador de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP, así como el consultor para este Informe contratado por ONUSIDA a través del PNUD. Se solicita a las ONGs y PVVS que nombren uno o más coordinadores para trabajar en la parte del Informe relativa al Índice Compuesto de Política Nacional parte B, contando para ello con un pequeño presupuesto de apoyo para el tiempo que implicara esta actividad.

Se solicita también a los Organismos de Cooperación Internacional de ONUSIDA que respondan la información solicitada en este Informe.

Se acordó un método de trabajo, mediante el cual se decidió que la parte B del Índice Compuesto de Política Nacional seria respondida por representantes de las ONGs representadas y PVVS (3 coordinadores fueron designados) y las Agencias de ONUSIDA, y la parte A, seria completada por un equipo del MSP / PPITS/SIDA

El PPITS/SIDA comenzó a recabar la información necesaria, realizando entrevistas y consultas a los actores y organismos a los efectos de obtener los datos para completar los diferentes índices:

- Ministerios e Instituciones gubernamentales vinculados al tema:
Educación(Unidad de Diagnóstico Integral, Educación para la Salud del Consejo Directivo Central de la ANEP, Ministerio y Desarrollo Social, Interior y Defensa (Direcciones Nacionales de Sanidad Policial y de

Fuerzas Armadas, Servicios especializados de los Hospitales Militar y Policial), Instituto Nacional Niñez y Adolescencia en Uruguay(INAU), Banco de Previsión Social (BPS -Sanatorio Canzani)

➤ Sectores del Área del Ministerio de Salud Pública:

- En el ámbito de Dirección General de Salud (DIGESA)-MSP: Programas Nacionales de la DIGESA (Programa Adolescencia, Mujer y Género), Comisiones de Consenso y Tratamiento ARV , Unidad de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (UVISAP)y Laboratorio Nacional de Referencia del MSP, además del PPITS/Sida

- Hospitales Pasteur y Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas (SEIC) de Referencia Nacional

- Hospital de Referencia materno Infantil.- Centro Hospitalario Pereira Rossell

- Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHPR)

- Servicio Nacional de Sangre.- MSP

➤ Plenario Intersindical de Trabajadores/Convención Nacional Trabajadores(PIT/CNT)

➤ Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)

Se entiende que este Informe País UNGASS 2008, contiene los aportes de los distintos actores involucrados en la Respuesta Nacional frente al Sida

b) La situación de la epidemia (breve resumen)

La epidemia del VIH-SIDA en Uruguay **es de tipo concentrada, con una prevalencia de VIH inferior al 1% en población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables.** El primer caso de SIDA reportado en Uruguay data de 1983.

Como lo muestra el siguiente cuadro N° 1, las cifras acumuladas notificadas a la Unidad de Vigilancia de Salud Pública (UVISAP) al 30/X/2007, alcanzan un total de 10 324 personas con VIH/Sida, 7168 infectados por VIH y 3156 casos de SIDA.

DISTRIBUCION ANUAL Y ACUMULADA DE SEROP.,VIH Y SIDA.-URUGUAY.							31/10/2007
AÑO	TOTAL VIH MAS SIDA		VIH POSITIVOS		CASOS DE SIDA		
	Anual	Acumul.	Anual	Acumul.	Anual	Acumul.	
2005	876	9030	576	6207	300	2823	
2006	799	9829	635	6842	164	2987	
*2007	495	10324	326	7168	169	3156	

Fuente : Boletín Epidemiológico de UVISAP/MSP del 30/X/07

La evolución de la epidemia evidencia una tendencia creciente de la prevalencia del VIH en Uruguay, según Estudios Estimativos/ Centinela: 0,23% año 2000, 0,36% al año 2002 y 0,45% al año 2004. Se observa un proceso de feminización y una reducción de la edad promedio de la población infectada. Es una epidemia que se concentra en la Capital del país – Montevideo (77%), así como en el entorno de la misma (Departamentos de Canelones y Maldonado), y en las fronteras con Brasil; persistiendo todavía en la población uruguaya algunas creencias erróneas en cuanto a los modos de transmisión del VIH y riesgos ligados a la sexualidad y al VIH/Sida

c) La respuesta política y programática

A nivel nacional

Entre las principales líneas que la actual Administración de Gobierno (2005-2010) pretende desarrollar se destacan:

- las Reformas en las Áreas de: Salud, Educación y Seguridad Social,
- el impulso a la descentralización política, el fortalecimiento de los Gobiernos Municipales
- la Reforma del Estado y modernización de la gestión pública.

En el año 2005 a partir de la Creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) el País ha implementado y coordinado acciones en el Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES) mediante la cobertura de las necesidades básicas de quienes se hallan en situación de indigencia y de extrema pobreza. Esta ha sido una de las políticas prioritarias: el desarrollo de programas para la población en situación de Emergencia Social. Las mismas han sido implementadas desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la Administración Nacional de Educación Pública del Consejo Directivo Central (ANEP/CODICEN) (Sistema Educativo Formal) para la inclusión social, educativa y de salud

A partir del presente año, el gobierno está diseñando el denominado Plan de Equidad, con lineamientos que “impliquen un significativo avance en el proceso ya iniciado con el PANES de mejora de nuestro sistema de protección social¹

Con la actual Administración de Gobierno se creó también, el Instituto Nacional de las Mujeres (antes Instituto Nacional de la Familia y la Mujer) dentro del Ministerio de Desarrollo Social. Uno de los principales desafíos, para este organismo del Estado encargado de las políticas de género, es la consolidación de mecanismos institucionales e instrumentos para la igualdad de género. Elaboración e implementación de un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos que proponga respuestas a las inequidades de género, que unifique y articule iniciativas, acciones y programas. Este constituye un paso ineludible para promover la igualdad entre los géneros y la

¹”(Fuente: Ministerio de Desarrollo Social: Plan de Equidad. Lineamientos y propuestas)

autonomía de la mujer”. La iniciativa del Poder Ejecutivo de impulsar durante el 2006, la construcción participativa del Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA), es un avance en el proceso de construcción de políticas públicas. Dicho proceso fue liderado por el Instituto Nacional de las Mujeres a partir de un documento de trabajo que fue puesto a consideración de la ciudadanía en 19 Asambleas Departamentales y 14 instancias de consultas sectoriales y alianzas estratégicas que contaron con la participación de más de 3.000 personas de todo el país, mayoritariamente mujeres ²

Desde el 2004 en el ámbito del MSP funciona la Comisión Asesora en Salud Sexual y Reproductiva integrada por actores gubernamentales y no gubernamentales que tienen un rol clave en la agenda de la salud sexual y reproductiva del país

Por otra parte y en el ámbito de la Dirección General de la Salud (DIGESA-MSP) se constituye el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, que tiene como propósito contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente.³ Este Programa ha trabajado con énfasis en la asistencia a mujeres en situación de violencia doméstica elaborando las Pautas de Orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud, a los efectos de incorporar en la ficha médica preguntas que den cuenta de situaciones de violencia doméstica de manera que quede registrado como parte de los datos clínicos de la paciente, así como realizar protocolos que permitan identificar y responder adecuadamente a las víctimas de maltrato⁴

Asimismo considerando que el MSP es quien debe garantizar el derecho de las mujeres a ser acompañadas en el trabajo de parto, el parto y el nacimiento en marzo del 2006 el Presidente de la República decreta que todas las Instituciones públicas y privadas con prestaciones en salud sexual y reproductiva, contarán con la Ley de Acompañamiento y su reglamentación. (Ley N° 17.386)

Uruguay, contaba hasta el 2005 con un modelo de salud hospital - céntrico, con fuerte énfasis en lo curativo. Modelo de salud, fragmentado, superpuesto, donde coexistían servicios de salud privados, pre pagos (sector mutual) y

² (Fuente :Informe País Instituto Nacional de las Mujeres Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Quito, Ecuador, 6 al 9 de agosto de 2007)

³ Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

⁴ Fuente :MSP /Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género : Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer .Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención

público. Además de los múltiples servicios privados y parciales de salud. Con un presupuesto para la salud importante de un 10% a nivel nacional, pero con amplios sectores de población con fuertes carencias de atención a la salud.

La actual Administración Gubernamental, inició en el 2005 el proceso de Reforma del Modelo de Salud en el marco de la creación del *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*, lo cual implica un compromiso de todos los actores involucrados en el sistema

- La Reforma del Sistema de Salud, que se viene implementando en este período así como las orientaciones políticas y organizacionales del nuevo SNIS ofrecen nuevos recursos a la política pública de lucha contra las ITS y el VIH/Sida, y el logro de sus objetivos generales
- A la vez que el fuerte impulso participativo de esta Reforma con la integración de representantes en el Consejo Consultivo, de los usuarios del sistema de salud y de los trabajadores, en la toma de decisiones del SNIS, facilita a que los actores sociales involucrados en la lucha contra el VIH/Sida en el país, se integren en el desarrollo de un programa participativo desde su lugar propio, en el respeto de las especificidades y responsabilidades de cada uno.

Los principios del SNIS presentados a continuación⁵ sustentan y dan pie al Plan Estratégico Nacional de SIDA. Son pilares fundamentales en la elaboración del Plan los propósitos de universalizar el acceso a la salud, asegurar equidad en las prestaciones, una atención de calidad aceptable y humanitaria, una amplia participación social organizada y un sistema de financiamiento universal, equitativo y suficiente, para poder asegurar la sustentabilidad del SNIS.

La Reforma del Modelo de Atención a la Salud está orientada por principios de:

- universalidad
- equidad
- continuidad
- oportunidad

⁵ Extraído de: i) Muñoz, M J; Fernández Galeano, M; González, T; Olesker, D; Basso, J; Aguilar, B; Contera, M; Blankleider, N; González, C; Valdez, L: *Lineamientos de la reforma de salud*. Versión síntesis/ electrónica. ii) Proyecto de ley *Formación del Sistema Nacional Integrado de Salud* : www.msp.gub.uy

- calidad según normas
- interdisciplinariedad y trabajo en equipo
- centralización normativa y descentralización en la ejecución
- eficiencia social y económica
- atención humanitaria
- gestión democrática
- participación social
- derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación

El SNIS plantea tres modificaciones sustanciales en lo que respecta al anterior modelo de salud: en relación a la atención, a la gestión, a la financiación. Esta Reforma incluye también una nueva política nacional de medicamentos y tecnología. Compra conjunta por la Unidad Centralizada de Adquisiciones Médicas y Afines del Estado (UCAMAE) (Sector Público, Sanidad Policial y Militar).- Toma de decisiones conjuntas con el PPITS/Sida y la “Comisión Consenso de Tratamiento ARV” para la compra de estos medicamentos, así como la participación en la negociación conjunta con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (Programas de Sida Nacionales de A. Latina y Caribe).

Se incorpora también la Comisión de Farmacovigilancia (que incluye a los ARV) y las disposiciones ya para el 2008 de exigencia de Biodisponibilidad y Bioequivalencia para muchos de los medicamentos incluidos algunos ARV para el control de calidad por parte del MSP.

En lo que refiere al modelo de atención, se privilegia la atención integral, siendo jerarquizada la promoción y la prevención en materia de salud, priorizando el primer nivel de atención. Para el caso del VIH se procura promover la consejería y el diagnóstico en el primer nivel de atención. Se procura también trabajar en la promoción de la captación temprana de la mujer embarazada para el diagnóstico de VIH y sífilis en su primer encuentro con el sistema de salud. Se está llevando a cabo desde el año 2007 la implementación de un Programa Piloto de Test Rápido en (sífilis y VIH) en el Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo (ciudad capital, que cuenta con la mitad de la población del país) y el 80% de casos de sífilis congénita.

El modelo de gestión procura organizar a todos los niveles, una gestión transparente, de orientación científica y de carácter participativo (participación en la administración, las/os trabajadores y las/os usuarios). Se jerarquiza el rol

de los/as trabajadores/as de la salud, con la definición de una política de recursos humanos y un Estatuto Único para sus Trabajadores/as

Con respecto al modelo de financiación, la cobertura universal, equidad y solidaridad se aseguran a través de un Seguro Nacional de Salud (SNS). El SNIS dispone la implementación del SNS y definirá la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho FONASA recibirá y administrará los recursos destinados al pago de los prestadores integrales para dar cobertura al Plan Integral de Prestaciones

En lo que refiere a prestaciones, según los lineamientos del SNIS, el inicialmente denominado Plan Integral de Prestaciones (PIP), debe incluir las obligaciones de los prestadores con un marco general de definiciones y una futura reglamentación que defina taxativamente dichas prestaciones, los programas prioritarios y los bienes y servicios obligatorios a dar. Debiéndose garantizar:

- a) Actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios. En el caso del Programa Prioritario de ITS/SIDA, se priorizó la consejería pre y post test, así como la entrega de preservativos
- b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados. En el caso de las ITS Sida, se promueve el encare sindrómico y la promoción del acceso al diagnóstico de VIH con consentimiento informado
- c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

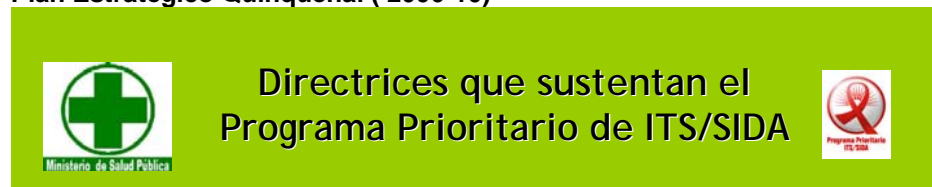
Por último, en cuanto a los derechos de los usuarios/as se establece que todas las personas residentes en el Uruguay, tendrán derecho a Plan Integral de Prestaciones (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la ley, desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En el caso del VIH, el tratamiento ARV se entrega a todo aquel/lla PVVS que su médico tratante lo indique, alcanzando aproximadamente a más de un 90% de cobertura .

EL Programa Prioritario de ITS/SIDA (PPITS/SIDA) depende de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública, destacándose entre sus funciones :

- 1.- El carácter rector en ITS/Sida, promoviendo la articulación de actores, elaborando y planteando pautas, normativas de carácter nacional.
- 2.- El Promover las Políticas Públicas Saludables con los componentes educativos y comunicacionales
- 3.- El Monitoreo, evaluación de las normativas vigentes y de las prestaciones implementadas por los efectores de salud.

PROGRAMA PRIORITARIO DE ITS/SIDA: políticas, directrices, misión, visión y objetivos del Plan Estratégico Quinquenal (2006-10)



- ✦ Implementar una Política de Estado ITS/sida enmarcada en la atención integral del VIH y otras ITS.
- ✦ Garantizar la atención integral a la salud de las personas con VIH.
- ✦ Desarrollar Normativas e Intervenciones desde perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual garantizando el ejercicio de los Derechos Humanos, con prioridad hacia quienes se hallan en situación de vulnerabilidad social



Directrices que sustentan el Programa Prioritario de ITS/SIDA



- ✧ Promover la Descentralización en cuanto a la promoción de Salud, la prevención y la atención.
- ✧ Incrementar la eficiencia programática a través de alianzas estrategias intersectoriales, intrasectoriales e interinstitucionales.
- ✧ Promover la participación protagónica de las redes, ONGs, y grupos de Personas con VIH en el diseño y ejecución de las acciones.



Visión del Plan Estratégico



Nuestro compromiso es con las personas. Queremos que la incidencia de las ITS y del VIH, las prácticas discriminatorias y sus efectos negativos disminuyan.

Para ello implementaremos políticas públicas pautadas por la ética, el respeto a la diversidad sexual, racial étnica, de edad y de género, priorizando a la población socialmente vulnerable.

Promoveremos la calidad de vida de las personas con VIH/ sida, construyendo ciudadanía para lograr una respuesta global e integral a la epidemia, junto con otros organismos públicos y departamentales, ONGs, grupos de personas con VIH, redes de América Latina y organismos internacionales.

10



Misión del Plan Estratégico



✳ Al final del quinquenio, el país contará con una nueva política pública integral:

- sustentada en la equidad y el ejercicio de los DDHH.
- focalizada especialmente en las poblaciones socialmente vulnerables.
- con normativas y protocolos que faciliten el acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS/ sida.

✳ Su implementación incluirá la participación de la sociedad civil organizada y de las personas con VIH, la articulación intersectorial e interministerial en el diseño y ejecución de las actividades así como con la Cooperación Internacional.

11

OBJETIVOS	METAS
1) Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/VIH	1) Disminuir en el quinquenio 2005-10, el crecimiento de la incidencia del VIH entre 10 y 20% considerando la media del quinquenio anterior de 502,5 personas, con una vigilancia pasiva
2) Lograr accesibilidad universal de salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS	2) 80% de las personas con ITS y VIH acceden a la prevención, al diagnóstico, consejería, tratamiento y cuidados en el Sistema Integral de Salud
3) Lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH y de Sífilis congénita	3) Eliminación Sífilis congénita (menor a 0.5%) y disminución de incidencia a menos de 3% la transmisión vertical VIH
4) Disminuir el estigma y la discriminación al interior de la sociedad uruguaya	4) Promover la construcción de mecanismos para identificar las situaciones de estigma y discriminación y poder procesar los reclamos.
5) Generar sistema de información que permita el diseño de políticas en salud, monitoreo y evaluación de las mismas	5) Sistema de Información de Registro Único de Pacientes VIH+. Implementación de Estudios Centinela de ITS /VIH población general, prevalencia de ITS/VIH y de percepciones y prácticas de riesgo en poblaciones específicas.

En esta perspectiva, es que en el año 2005, el PPITS/SIDA inició la primera fase de preparación del Plan Estratégico Nacional con un amplio proceso de consultas de los principales actores nacionales del sector, lográndose en particular:

- la identificación de poblaciones geográfica y socialmente vulnerables e inicio de intervenciones urgentes en alguna de ellas (población de zonas frontera, trabajadores/as sexuales; personas privadas de libertad, usuarios de drogas...), Ya en el año 2004 a través del Sistema de Naciones Unidas y el Grupo Temático en VIH/Sida se habían establecido las 10 Prioridades Nacionales para la Acción en VIH/Sida en la República Oriental del Uruguay
- el inicio del proceso de planificación estratégica elaborando un primer esquema de Plan y diseño de una Agenda para facilitar la concreción de acciones en el 2005, y 2006,
- el proceso de revisión y actualización de Normativas, Recomendaciones y Guías Nacionales,
- la creación y/o integración de los Grupos y Comisiones de Trabajo intraministeriales, interministeriales e intersectoriales que abordaban el tema VIH/Sida.

Junto con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, el PPITS/SIDA del MSP convoca a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, académicas, religiosas, Organismos de Cooperación Internacional de ONUSIDA, para crear un ámbito de discusión del proyecto país sobre SIDA a ser presentado para la V Ronda del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para su financiación. Este proceso dio lugar a que se conformara entonces un Mecanismo Coordinador País (MCP) para presentar el proyecto de Uruguay “Sida: ¿Oportunidad o Expansión?”, que finalmente no fue considerado por el Fondo Global – por ser considerado Uruguay, dentro de los países con indicadores sociales y económicos, no elegibles por este Fondo- no obstante el MCP continua funcionando con plena participación de sus integrantes, en forma periódica

Marco legal vigente Decretos –Reglamentos-Comisiones

El país cuenta desde 1987, con un amplio marco legal específico en ITS/VIH-Sida, que ha permitido regular las actividades que abordan las diferentes dimensiones de la epidemia en el país. Desde la publicación del Decreto N° 345/87 relativo a la Creación del Programa Nacional de SIDA en 1987, y del Decreto del Poder Ejecutivo N° 233/988 que establece la obligatoriedad del Control de Sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el País a efectos de detectar el virus del SIDA , hasta la elaboración del “Reglamento Técnico para Disminuir los Factores de Riesgo, Controlar y Prevenir la Transmisión de Agentes Infecciosos de Cadáveres de Personas Fallecidas a consecuencia o no de dichos agentes...”, y la creación del “Grupo de trabajo para elaborar las pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de las ITS”, en el año 2005 introduciendo el Encare Sindrómico a nivel nacional

En el período 2006/2007, podemos destacar en particular :

.-La creación de la Comisión de Consenso de Tratamiento bajo la órbita de DIGESA y PPITS/SIDA , creada por Resolución Ministerial (Ordenanza Ministerial 288/13.04.2005) para elaborar las Guías para Diagnóstico Tratamiento Anti-Retro Viral y Monitorización para Adultos y Embarazadas, y también en Pediatría (apoyo técnico y financiero del CICT de Brasil y OPS), Actualmente trabajando en el tratamiento ante el Accidente Laboral y Abuso sexual

-La creación del Grupo de trabajo para la elaboración de las Directrices Básicas para la realización de Consejería/Orientación en VIH/Sida (apoyo técnico y financiero del CICT de Brasil y OPS),(2006)

-Conformación del Comité de Estudio de Resistencia/genotipificación (2007) y capacitación internacional y nacional de los técnicos que la conforman.

-Conformación Comisión Actualización Criterios de Bioseguridad Odontológica bajo la órbita del Programa de Salud Bucal (DIGESA) con participación de la Comisión Consenso de Tratamiento ARV y el PPITS/Sida.

-Elaboración Programa de Educación Sexual.- Sistema Educativo Formal.- Nombramiento de la Comisión de Educación Sexual en el ámbito de ANEP/CODICEN, con participación de un representante del MSP- PPITS, Presentación del mismo a las autoridades de ANEP/CODICEN en el 2007 e ingresando en la Propuesta de Reforma Educativa al Parlamento en 2008.

-Conformación de un Comité Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No comercial de Niños/as y Adolescentes, bajo la órbita del Instituto de Niñez y Adolescencia en Uruguay (INAU,) donde el PPITS/Sida participa como representante del MSP. Elaboración y presentación del Plan de Erradicación Explotación Sexual Comercial el 7.12.07

- El PPITS/SIDA preside la Comisión Nacional Honoraria De Protección Del Trabajo Sexual integrada por un amplio perfil de actores gubernamentales y no gubernamentales que en este último año ha enfatizado su accionar en la elaboración de una propuesta de actualización de normativa hacia la atención de la salud integral de las/os trabajadores/as sexuales femeninas y masculinos.

-Diseño y puesta en marcha de un Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) entendido como ” herramienta teórica –técnica y política de mayor complejidad ,que potencia las posibilidades de incidencia en la definición, implementación y evaluación de políticas públicas...”⁶

-Aprobación finalmente de la Ley de Unión Concubinaria, el 19 de diciembre del 2007, después de una movilización social de varios años. Con su entrada

⁶ Fuente Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)Informe 2007

en vigor, desde la primera semana de 2008, la nueva legislación caracteriza la unión concubinaria como aquella situación de hecho derivada de la convivencia ininterrumpida de dos personas por, al menos, cinco años, cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual, que mantienen "una relación afectiva de índole sexual, de carácter exclusiva, singular, estable y permanente, sin estar unidas por matrimonio entre sí".

A nivel Regional y Subregional

Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) -Año 2000.- Se conforma esta coordinación, la cual es integrada por el Programa Prioritario de ITS/SIDA de Uruguay, junto con los Programas Nacionales de SIDA de América Latina y Caribe, con la participación de las 8 Redes Latinoamericanas y del Caribe. Reuniéndose una o dos veces al año, según la necesidad de sus integrantes y temática. Se ha trabajado el Foro Latinoamericano y Caribeño de Sida cada dos años; Acuerdo de Negociación conjunta de precios de medicamentos con la Industria Farmacéutica; representación en el Fondo Global para la Malaria, Tuberculosis y el Sida, etc.

MERCOSUR.- -Integración del PPITS/SIDA en la Comisión Intergubernamental de VIH/Sida, para promover una Política Integrada de lucha contra la epidemia en la región del MERCOSUR (Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, y Estados Asociados: Chile, Perú, Venezuela, etc). Durante el 2005-07, se han aprobado indicadores comunes para la Información Epidemiológica de la Epidemia, que se está procurando efectivizar en cada uno de los países integrantes.(2006)

Se ha aprobado el Proyecto Frontera con 7 ciudades de los Estados Partes y Asociados (2007-09)

Se ha aprobado una declaración de DDHH hacia las PVVS (2007)

Se ha aprobado el trabajo de un consultor para identificar y comparar la situación de normativas y legislación en relación al VIH/ Sida de los estados Partes (Apoyo del CICT-GTZ 2007-08)

También existe la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva para el trabajo articulado en la región en esta temática

Grupo Temático de ONUSIDA.- Espacio promovido por ONUSIDA en cada país. Uruguay cuenta con un Grupo Temático, con reuniones periódicas hasta diciembre 2007 bajo la presidencia de OPS

Cooperación Técnica Binacional BRASIL-URUGUAY (Firma carta Intención Cancillería 03.06) a los efectos de fortalecer la capacidad de respuesta de Uruguay frente a la epidemia de SIDA

Como País, Uruguay integró los 7 países del mundo en ser incluido en el grupo de países “piloto” en el marco de la Reforma de las Naciones Unidas: ONE UN PILOT.- UNA ONU.- El 9 de enero de este año, se le comunicó formalmente al Gobierno uruguayo la aceptación de dicha solicitud- Se acordó dirigir sus esfuerzos de cooperación al logro de cuatro grandes objetivos a)Avanzar en la generación de capacidades para la incorporación de conocimientos, innovación y diversificación en los procesos productivos de bienes y servicios orientados al crecimiento sostenido y sustentable.” b)Avanzar en el diseño y la gestión de políticas para erradicar la indigencia y reducir la pobreza.” c)Avanzar en el diseño y la gestión de políticas que permitirán condiciones de partida y de acceso a los servicios sociales de calidad más equitativas, enfrentar las discriminaciones y promover procesos de integración social. d) Avanzar en la adecuación efectiva de la legislación y las prácticas nacionales a los compromisos internacionales, y en el fortalecimiento de las instituciones públicas y de la sociedad civil para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas públicas⁷La elaboración del “Programa Conjunto” es percibida por el Gobierno como una oportunidad para lograr una acción más coherente, más eficiente, más estratégica y con mayor impacto del Sistema de Naciones Unidas. Asimismo, el Gobierno ha manifestado en varias de las reuniones hasta el momento desarrolladas que este proceso está contribuyendo a fortalecer su capacidad de planificación estratégica y de coordinación entre las instituciones del Estado.

⁷ Fuente (www.mrre.gub.uy)

d) Datos indicadores UNGASS en tabla general

Gastos relativos al SIDA 1	8 categorías (+ apéndices) : 1.-Prevención, 2.- Atención y tratamiento,3.-Huérfanos y niños vulnerables, 4.-Fortalecimiento de la gestión y administración del programa, 5.- Incentivos para los RRHH,6.- Protección Social y servicios sociales (excluida huérfanos y niños vulnerables), 7.- Entornos favorables y desarrollo de la comunidad, 8.- Investigación (excluida la investigación de operaciones)	Análisis de Gastos al pie de la Tabla	
Políticas gubernamentales sobre VIH 2	Dos partes: A)Completo por Gobierno ; B) La Soc. Civil adopto el criterio de no responder aquellas preguntas que no había una respuesta única (con excepción de la pregunta 2 de la parte uno y la pregunta 5 se contestaron aún sin haber acuerdo para que el software admitiera los comentarios, una se respondió según lo acordado por el interior y la otra según lo acordado por ambos sectores de Montevideo.; al igual que tampoco se respondió una pregunta que estaba en el software final pero no en el formulario entregado a la Sociedad civil.(no estaba en las Directrices de ONUSIDA) Respecto al indicador 16 de la consulta país, se nos respondió desde el PP ITS/SIDA que el país respondió a dicho indicador; a lo cual dejamos en claro que la Soc. Civil no apoya la respuesta.		
Seguridad hematologica Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada 3	Servicio Nacional de Sangre	100%	Fuente :Servicio Nacional de Sangre
Tratamiento VIH - terapia ARV. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe TARV 4	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR: 1) Numerador está compuesto por la sumatoria de casos en TARV provenientes de las siguientes instituciones:	90.15%	Unidad Vigilancia Salud Pública (UVISAP), Hosp Pasteur- /SEIC,Hosp.Central .FF.AA,Banco Prevision Social ,HospPOLICIAL y Centro .Hospitalario .Pereira.Rossell y de 3

	<p>Hosp Pasteur-/SEIC(1120) Hosp.Central .FF.AA, (72) Banco Previsión Social (4),Hosp. POLICIAL (23) y Centro .Hospitalario .Pereira.Rossell (109)y de 3 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IAMC(448)</p> <p>El total del numerador es 1776</p> <p>2) Denominador se construyó en función de los datos reportados del Informe Epidemiológico de UVISAP sección VIH/SIDA (del 31/10/07) tomando como referencia el cuadro de "Distribución Anual y Acumulada de seropositivos VIH y SIDA Uruguay" .de aquí se utilizó la columna d e casos d e sida acumulados con un valor de 3156 casos</p> <p>A estos se les resta los fallecidos a la fecha del informe epidemiológico quedando así el total de sidas vivos en 1531.</p> <p>Consultados los técnicos de UVISAP manifiestan que existe una subnotificación de pasaje de estadio de VIH a Sida en un entorno del 27 % a 30%, por lo que se decide corregir el denominador multiplicándolo por 1.285(unos punto dos ocho cinco)</p> <p>El total del denominador corregido es de 1970 casos</p> <p>No se utilizó el Modelo de Estimaciones y Proyecciones ,dichas estimaciones serán enviadas a la brevedad y por ende se solicita una prórroga de plazo en cuanto a este indicador ,y consultar nuevamente al país</p>		<p>Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IAMC</p>
<p>Prevención de la transmisión materno infantil</p> <p>Porcentaje de embarazadas VIH+ que recibió TARV para reducir el riesgo de transmisión materno - infantil</p> <p>5</p>	<p>Los datos provienen del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)Centro de Referencia Nacional donde nacen aproximadamente el 16% de los niños del país.</p>	<p>89,39%</p>	<p>Se toma como muestra el CHPR datos disponibles hasta el momento son 2006En el reporte recibido se indica que hay 1 caso sin dato y 6 que no han recibido tratamiento</p>

<p>Co gestion del tratamiento de la Tuberculosis y VIH Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y Tuberculosis, que recibió Tratamiento para Tuberculosis y VIH 6</p>	<p>Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes</p>	<p>24,69%</p>	<p>Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes - CHLA-EP (datos acumulados y 2007 hasta 30/X/07)</p>
<p>Las pruebas del VIH en la población general Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados 7</p>	<p>Informe de avance Encuesta de Población PPITS/SIDA Equipos Mori Dic.2007</p>	<p>19,6%</p>	<p>Desglose por sexo 20,2% masculino y 19,0% femenino de 18 a 49 años Hay desglose por rango etario reportado en CRIS</p>
<p>Las pruebas de VIH en las poblaciones de riesgo Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados 8</p>	<p>LA Población vulnerables de las cuales se presentan datos son de las personas privadas de Libertad Estudios realizados: 1) por la Facultad de Medicina y 2) Programa Prioritario de ITS/SIDA, Ministerio del Interior. y ONG</p>	<p>5,28%</p>	<p>Existen datos sobre Personas Privadas de Libertad (PPL,)se tomaron establecimientos penitenciarios varones Estarán disponibles en 2008 estudios en curso en HSH, Trans, Trabajadores sexuales, UDI, etc.</p>
<p>Poblaciones más expuestas .programas de prevención Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH 9</p>	<p>Este dato no está identificado</p>		

<p>Apoyo a los niños afectados por el VIH y el Sida</p> <p>Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad, cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil</p> <p>10</p>	<p>Según ONUSIDA este indicador, debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia del VIH (con 5% o mayor) en población general</p>		<p>No relevancia para el país</p> <p>No es una epidemia generalizada Uruguay tiene epidemia concentrada</p>
<p>Educación escolar sobre el VIH basada en Aptitudes para la Vida</p> <p>Porcentaje de Escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las actitudes para la vida, durante el último curso académico</p> <p>11</p>	<p>Encuesta realizada por la ONG "El Abrojo", según informe de la Junta Nacional de Drogas:</p>	<p>26,03%</p>	<p>Datos parciales comunicados por JND provenientes del estudio de la ONG "El abrojo"</p>
<p>Huérfanos del VIH : asistencia a la escuela</p> <p>Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.</p> <p>12</p>	<p>No se tiene identificado este dato</p>		<p>Datos no disponibles</p>
<p>Los jóvenes : conocimientos sobre la prevención del VIH</p> <p>Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente la forma de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</p> <p>13</p>	<p>Informe de avance Encuesta de Población PPITS/SIDA Equipos Mori Dic.2007</p>	<p>49,8%</p>	<p>El 49,8% de los jóvenes de 18 a 24 años responden correctamente a las 5 preguntas de conocimiento</p> <p>Hay desglose sexo edad reportado en CRIS</p>

<p>Poblaciones mas expuestas : conocimientos sobre la prevención del VIH Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus 14</p>			<p>Datos no disponibles</p>
<p>Relaciones sexuales antes de los 15 años Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años 15</p>	<p>Informe de avance Encuesta de Población PPITS/SIDA Equipos Mori Dic.2007</p>	<p>17,6%</p>	<p>El 17,6% de las mujeres y varones de 18 a 24 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (.24,5% varones y 10,2% mujeres) Hay desglose por edad reportado en CRIS</p>
<p>Relaciones sexuales de alto riesgo Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses⁸ 16</p>	<p>Informe de avance Encuesta de Población PPITS/SIDA Equipos Mori Dic.2007</p>	<p>16,5%</p>	<p>El 16,5% de mujeres y varones de 18 a 49 años de edad tuvieron Relaciones Sexuales con mas de una pareja (22,6% de los varones y el 10.6% de las mujeres) Hay desglose de edad reportado en CRIS</p>
<p>Uso de preservativo durante relaciones sexuales de alto riesgo Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad, que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual 17</p>	<p>Informe de avance Encuesta de Población PPITS/SIDA Equipos Mori Dic.2007</p>	<p>67.,6%</p>	<p>El 67,6% de las mujeres y varones de 18 a 49 años de edad declara haber tenido más de una pareja en los últimos 12 meses y usado condón en la última relación sexual. (masculino 68,9% femenino 65%) Hay desglose edad reportado en CRIS</p>

⁸ Respecto al indicador 16 de la consulta país, la Sociedad Civil Organizada trabajando en VIH /Sida, respondió al PP ITS/SIDA que no comparte este indicador .

<p>Los profesionales del sexo : uso del preservativo Porcentaje de Profesionales del Sexo (varones y mujeres) que declara haber usado un preservativo con su último cliente 18</p>	<p>Indicador en construcción realizandose actualmente un Estudio serológico y comportamental con esta población</p>		
<p>HSH : uso del preservativo Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina 19</p>	<p>Indicador en construcción</p>		<p>Encuesta HSH a realizarse con Facultad Ciencias Sociales prevista en 2008</p>
<p>Consumidores de drogas inyectables : uso del preservativo Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual 20</p>	<p>Indicador en construcción</p>		<p>Encuesta PP ITS/SIDA a UDIS prevista en 2008 en colaboración con ONG a definir</p>
<p>Practicas de inyección seguras en UDIs Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó 21</p>	<p>. Los datos provienen de a Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Realizada en Noviembre 2006 y es representativa a nivel nacional (ciudades de 10.000 habitantes y mas) de la población entre 12 y 65 años. Se relevaron 7000 casos. Los datos expandidos son: Sólo el 0.3% de la población alguna vez en la vida se inyectó alguna droga ((4352 casos). 229 declararon haber compartido alguna vez jeringas. La inmensa mayoría de los casos es de sexo masculino.</p>		<p>Documento recibido por el Observatorio Nacional de Drogas. EL PPITS/SIDA prevee una Encuesta a UDIS en 2008 en colaboración con ONG a definir</p>
<p>Reducción de la prevalencia del VIH. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH 22</p>	<p>El método de medición de este indicador, no permite ser informado con los datos disponibles en el país.</p>		

<p>Poblaciones mas expuestas : reducción de la prevalencia de VIH</p> <p>Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH</p> <p>23</p>	<p>En construcción</p>		
<p>Tratamiento del VIH : supervivencia después de 12 meses de personas tratadas por ARV</p> <p>Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continua en tratamiento 12 meses despues de haber iniciado TARV</p> <p>24</p>	<p>Comisión de Tratamiento ASSE/MSP</p>	<p>74,21%</p>	<p>Datos Adultos Comisión de Tratamiento (Servicio Enfermedades Infecto Contagiosas): 159 pactes iniciaron TARV en el período 9/05-9/06 y 118 pactes. aún lo cumplen = 74%. No tenemos datos sobre la distribución por sexo ni por edad,</p>
<p>Reducción de la transmisión materno infantil</p> <p>Los países no deben presentar datos. Este indicador se elabora en la sede de ONUSIDA</p> <p>25</p>			

Gastos Relativos al Sida

Se procedió a efectuar desde el Programa Prioritario de ITS/Sida y la Dirección General de la Salud la planificación del proyecto de trabajo. Se estableció recabar información de Gasto Público e Internacional, en los años 2005, 2006, y lo que se pudiera recopilar del 2007 considerando estos datos útiles como insumos para el próximo informe Medición de Gastos en Sida (MEGAS) 2007

A través del Programa Prioritario de ITS/Sida se procedió a emitir la solicitud de gastos de los distintos actores del escenario de la epidemia a nivel nacional. El tipo de datos solicitados a los efectores de mayor participación en el gasto se puede observar en la nota siguiente:

Datos a recabar

Prevención.

- Manejo de las ITSs. Actividades de prevención (costo de las mismas). Diagnóstico (nombre, cantidad realizada y costo de la prueba). Tratamiento (nombre del medicamento, cantidad dispensada y costo unitario) para los años 2005 y 2006 por separado. Cantidad de pacientes según cada ITS.
- Consejería y prueba voluntaria. Actividades en las cuales se brinda tanto la consejería de VIH como la prueba, para aquellos que buscan saber su estado de seropositividad. Costo de las actividades (consejería y prueba) para los años 2005 y 2006 por separado.
- Prevención de la transmisión vertical. Costo de consejería y prueba para diagnóstico de mujeres embarazadas para los años 2005 y 2006 por separado. Costo de la profilaxis ARV para mujeres embarazadas infectadas con el VIH y sus recién nacidos. Costo de consejería y apoyo para las prácticas seguras de alimentación a bebés.
- Sangre segura. Inversiones en actividades que apoyen al programa nacional de sangre para prevenir la transmisión de VIH (políticas, infraestructura, equipos y suministros) para los años 2005 y 2006 por separado. Exclusivamente el gasto asociado a la prevención del VIH en transfusiones – programa de sangre segura.
- Profilaxis post exposición. Gastos en ARV luego de exposición al VIH para los años 2005 y 2006 por separado.
- Inyecciones seguras. Gastos en desarrollo de políticas, entrenamiento, sistema de manejo de desechos, abogacía y otras actividades para promover inyección segura (que incluye cadena de distribución y suministros, el costo y forma apropiada de descartar el equipo de inyección y otro equipo relacionado y suministros).

Diagnóstico de la infección.	
	<ul style="list-style-type: none"> Consumo (pruebas realizadas) y costos (precio unitario de la prueba) de las pruebas de diagnóstico clínico para el año 2005 y para el año 2006 por separado (ELISA).
Tratamiento del inicio al final:	
	<ul style="list-style-type: none"> <u>TARV.</u> Cantidad de pacientes en TARV, dentro de lo posible discriminar sexo. Consumo (cantidad de medicamentos dispensados) y costos (precio unitario) ARV para el año 2005 y para el año 2006 por separado. <u>Profilaxis para infecciones oportunistas.</u> Cantidad de pacientes en profilaxis. Consumo (cantidad de medicamentos dispensados) y costos (precio unitario) para el año 2005 y para el año 2006 por separado. <u>Tratamiento de infecciones oportunistas.</u> Cantidad de pacientes en tratamiento. Consumo (pruebas realizadas) y costos (precio unitario de la prueba) de los diagnósticos, consumo (cantidad de medicamentos dispensados) y costo (precio unitario) de los medicamentos para el año 2005 y para el año 2006 por separado. <u>Internaciones relacionadas a Infecciones Oportunistas.</u> Numero de pacientes internados, motivo de la internación, días-cama, costo del día-cama y tiempo de internación. Para el año 2005 y para el año 2006 por separado. <u>Cuidados paliativos.</u> Cantidad de pacientes. Consumo y costo para el año 2005 y para el año 2006 por separado.
Monitoreo de la infección.	
	<ul style="list-style-type: none"> Consumo (cantidad de pruebas realizadas) y costos (precio unitario) de las pruebas CD4 y carga viral para el año 2005 y para el año 2006 por separado.
Equipo.	
	<ul style="list-style-type: none"> Staff médico (numero de médicos para VIH) y no médicos (VIH). Remuneraciones del staff para el año 2005 y para el año 2006 por separado.

NOTA: Los costos unitarios incluyen el salario de personal asociado. Cuando no se tenga dicha información (costo unitario – salarios), describir la participación del personal en tiempo.

Una vez recopilada la información se procedió a un riguroso análisis de los datos reportados.

Aquellos datos que no estaban reportados en las unidades de medida solicitados, se volvió a pedir la información con las correcciones del caso. Igualmente, hubo efectores que no pudieron corregir las observaciones y otros que nunca reportaron información hasta la fecha.

Los datos recabados y analizados se ingresaron a una planilla excel,(diseñada por el equipo de trabajo) clasificados en las grandes categorías de gastos, según manual.

Dichos datos fueron reportados en moneda local del país, en dólares americanos y en Euros. Todos los importes se expresaron a moneda local con los tipos de cambio promedios de los períodos.

La mayoría de la información recopilada permitió estimar un monto de gastos. En algunos casos específicos de gastos materiales (sustantivos para el análisis) se tuvo información de un solo año. Para poder proyectar un año para adelante o para atrás, se utilizaron índices correctores:(índices de precios, de salud, transporte, alimentos, etc.)

Finalmente se traspasaron los datos de la planilla interna a la Matriz de Financiación Nacional aportada por ONUSIDA.

Gastos Relativos al Sida en el periodo 01/01/2005 al 31/12/2005
En pesos uruguayos. Gasto Público e Internacional.
Información recopilada a la fecha 30/01/2008

Categoría ⁹	Publica	Internacional	Privada	Total
1	12.556.488,00	6.783.089,00	12.563,00	19.352.140,00
2	106.465.477,00			106.465.477,00
4	2.418.108,00	974.850,00		3.392.958,00
5		63.868,00		63.868,00
6	27.542.880,00			27.542.880,00
7		109.922,00		109.922,00
Total	148.982.953,00	7.931.729,00	12.563,00	156.927.245,00

Gastos Relativos al Sida en el periodo 01/01/2006 al 31/12/2006
En pesos uruguayos. Gasto Público e Internacional.
Información recopilada a la fecha 30/01/2008

Categoría	Publica	Internacional	Privada	Total
1	15.536.001,00	5.300.878,00	121.600,00	20.958.479,00
2	86.847.475,00	0,00		86.847.475,00
4	920.256,00	3.866.880,00		4.787.136,00
5		68.826,00		68.826,00
6	27.542.880,00	0,00		27.542.880,00
7		51.558,00		51.558,00
8		107.008,00		107.008,00
Total	130.846.612,00	9.395.150,00	121.600,00	140.363.362,00

Existen gastos sustantivos que a la fecha no han sido informados.

De la parte privada se han registrado nada más que los gastos efectuados por las ONGS.

En este informe los gastos privados devengados en materia de prevención, cuidado y tratamiento, no fueron consignados.

Se decidió reportar únicamente los años 2005-2006 debido a que en el momento de solicitar la información aún no había finalizado el ejercicio 2007 y faltó un dato fundamental para el año que es el gasto de antiretrovirales.

⁹ 1.-Prevención, 2.-Atención y tratamiento,3.-Huérfanos y niños vulnerables, 4.-Fortalecimiento de la gestión y administración del programa, 5.- Incentivos para los RRHH,6.- Protección Social y servicios sociales (excluida huérfanos y niños vulnerables), 7.- Entornos favorables y desarrollo de la comunidad, 8.- Investigación (excluida la investigación de operaciones)

III PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

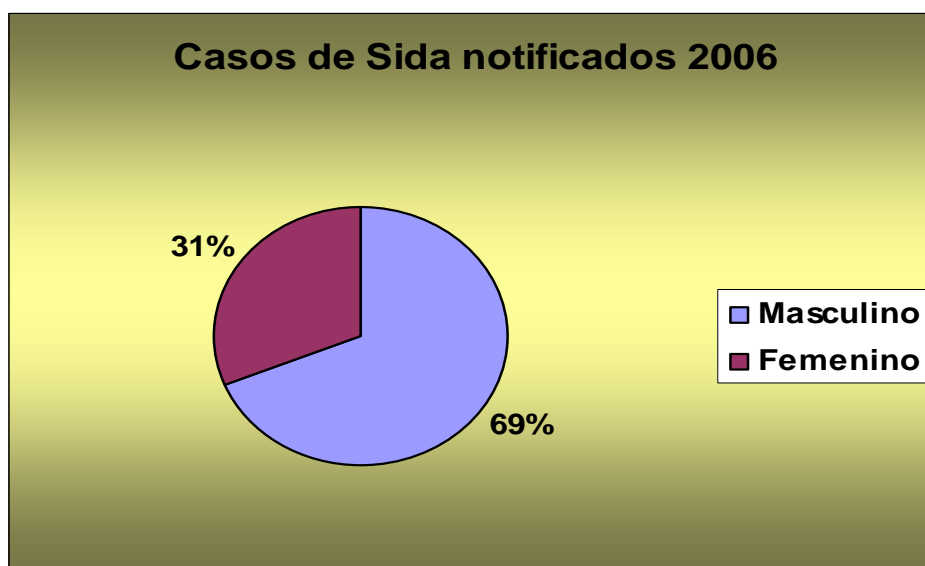
Es una epidemia concentrada, de *baja prevalencia en población general y por encima del 5% en más de un sector de la población*

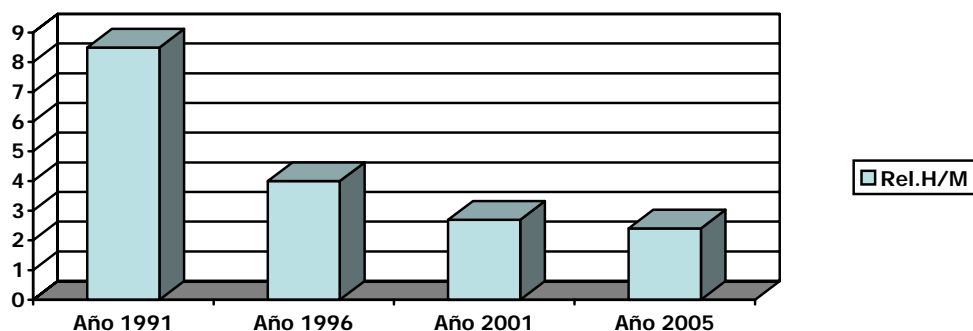
El primer elemento importante a considerar, refiere a la feminización creciente de la epidemia.

Efectivamente, aunque el número de hombres infectados por el VIH continúa siendo mayor al de mujeres (como se puede apreciar en la gráfica siguiente que muestra que casi el 70% de los infectados en el año 2006 fueron hombres), se muestra también gráficamente que desde el año 1991 se observa una clara y rápida tendencia a la feminización de la epidemia, ya que la relación Hombre/Mujer pasa de 8,5/1 en 1991 a 2,5/1 en el 2005.

Cabe destacar que en la población de menos de 25 años la relación Hombre/Mujer es aún más acotada, puesto que en el mismo período 53% de ellos eran hombres y 47% mujeres.

- **Distribución de casos de sida notificados en 2006 según el sexo de la persona Gráfica N° 1**

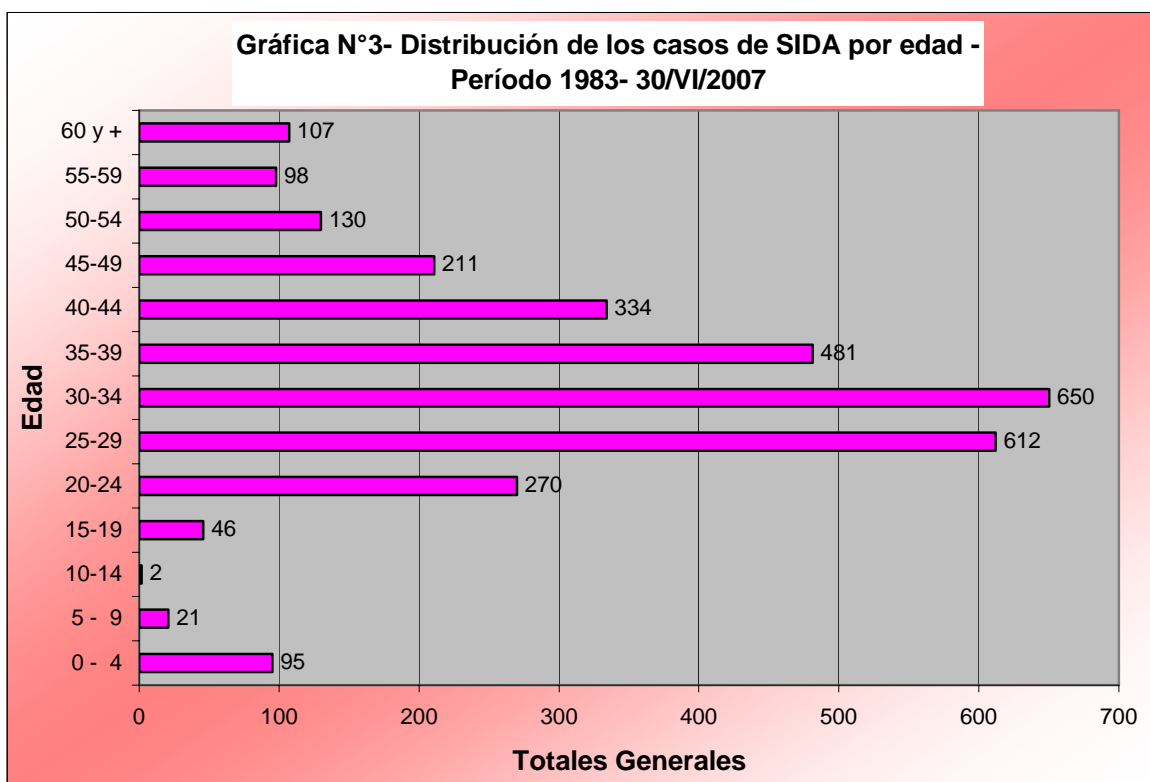


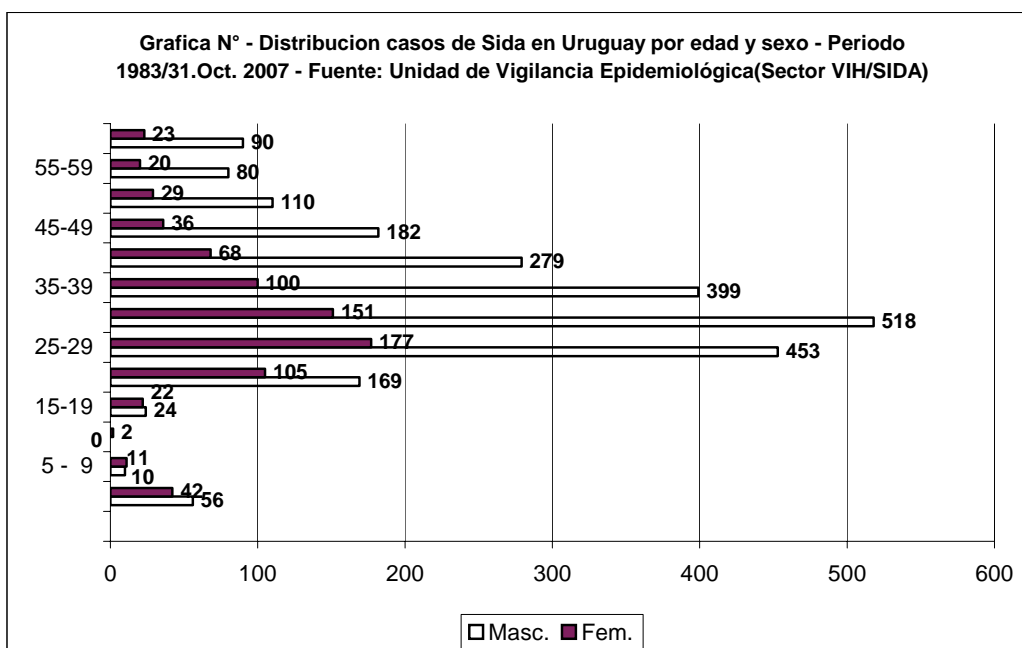


Grafica No.2

El segundo punto crítico a considerar refiere a la particular vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia

Las gráfica N°3 y N°4 siguientes ilustran esta situación en la población de personas que desarrollaron un Sida: como se puede efectivamente observar en ella, si la gran mayoría de los casos de Sida registrados desde 1983 (89,1%) fueron personas de menos de 50 años, más de la mitad (55,5%) tenían menos de 35 años y la incidencia en los menores de 14 años no fue sin importancia (3,9% de los casos registrados).





Grafica No.4

Los datos del registro de casos de VIH/Sida muestran una incidencia creciente de la epidemia en los grupos más jóvenes:

- **El tercer elemento determinante refiere a la territorialidad de la epidemia**

Efectivamente, como lo ilustran los siguientes cuadros y gráficas , la distribución geográfica de los casos de VIH y Sida registrados entre 1983 y el mes de octubre del 2007¹⁰, ponen en evidencia que la mayoría de los casos de VIH y de Sida (mas del 90%), se concentran en la Capital del país (77%), así como en el entorno de Montevideo (Departamentos de Canelones y Maldonado), y en las fronteras con Brasil (departamentos de Artigas, Rocha y Rivera en particular), donde la incidencia del VIH y el Sida es mayor que en otras regiones del país.

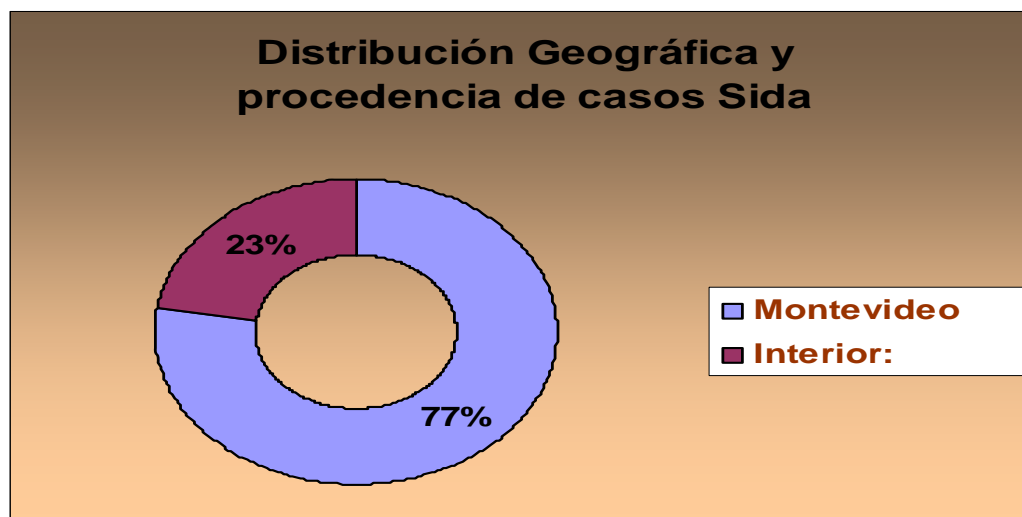
¹⁰ Fuente : UVISAP – MSP, noviembre 2007

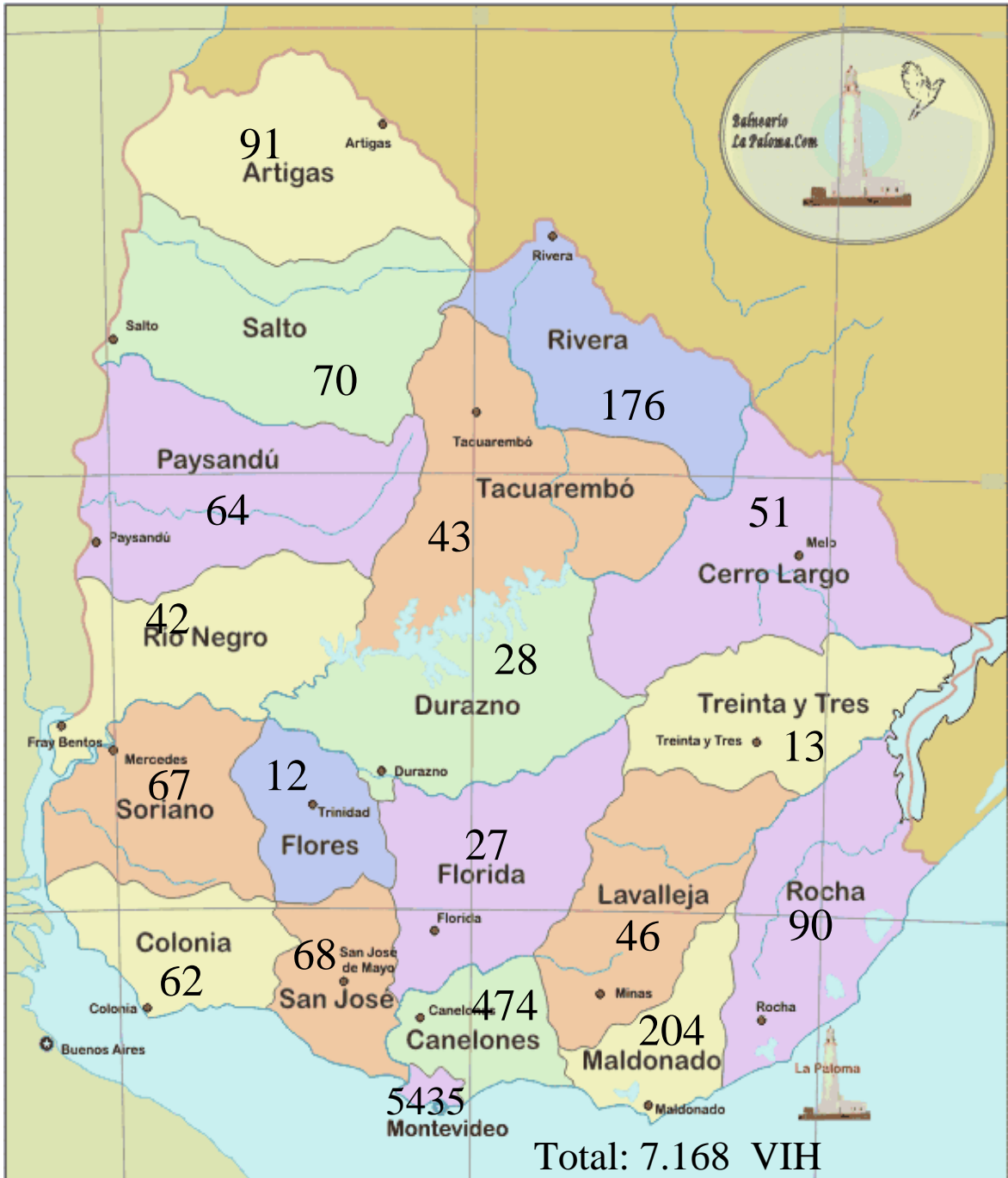
- CASOS DE VIH y SIDA Y SUS TASAS RESPECTIVAS POR 100.000 HAB., POR DEPARTAMENTO, EN TOTALES ACUMULADOS. -URUGUAY - 1983/31.10.2007

DEPARTAMENTO	Casos VIH	Tasa VIH	Casos SIDA	Tasa SIDA	Población
MONTEVIDEO	5435	404.8	2434	181.3	1.342.474h.
MALDONADO	204	138, 4	71	48,2	147.391h.
RIVERA	176	161,1	69	63,1	109.267h.
ROCHA	90	127,5	28	39,6	70.614h.
ARTIGAS	91	114,7	43	54,2	79.317h.
CANELONES	474	93,1	210	41,2	509.095h.
SubTotal	90,3	286,5	90,5	126,4	67,9
SORIANO	67	76,9	29	33,3	87.073h.
RIO NEGRO	42	75,5	20	35,9	55.657h.
LAVALLEJA	46	74,3	10	16,1	61.883h.
SAN JOSE	68	63,2	35	32,5	107.644h.
CERRO LARGO	51	57,1	26	29,1	89.383h.
PAYSANDU	64	55,4	29	25,1	115.623h.
SALTO	70	55,2	41	32,3	126.765h.
COLONIA	62	51,3	30	24,8	120.855h.
FLORES	12	46,9	12	46,9	25.609h.
DURAZNO	28	46	16	26,3	60.926h.
TACUAREMBO	43	45,4	19	20	94.613h.
FLORIDA	27	38,6	29	41,4	69.968h.
TREINTA Y TRES	13	26,1	5	10	49.769h.
SIN DATOS	105		0		
TOTAL DE URUGUAY	7 168	215.6	3 156	94.9	3.323.910h.

Fuente: Unidad Vigil. Epidemiológica-Sector VIH/SIDA.

Gráfica N°5- Distribución geográfica de los casos de Sida en Uruguay – Período 1983/31.X.2007



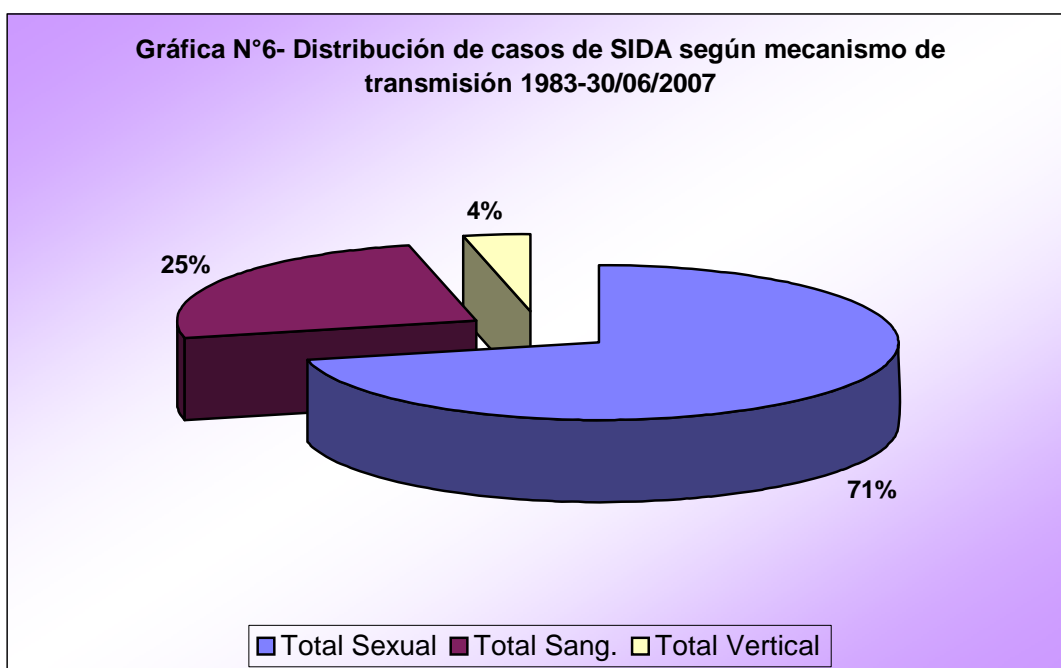


7.168 VIH + NOTIFICADOS A UVISAP-MSP

- **Cuarto punto crítico determinante de la estrategia de lucha contra el VIH/Sida en Uruguay, considera los modos de transmisión dominantes**

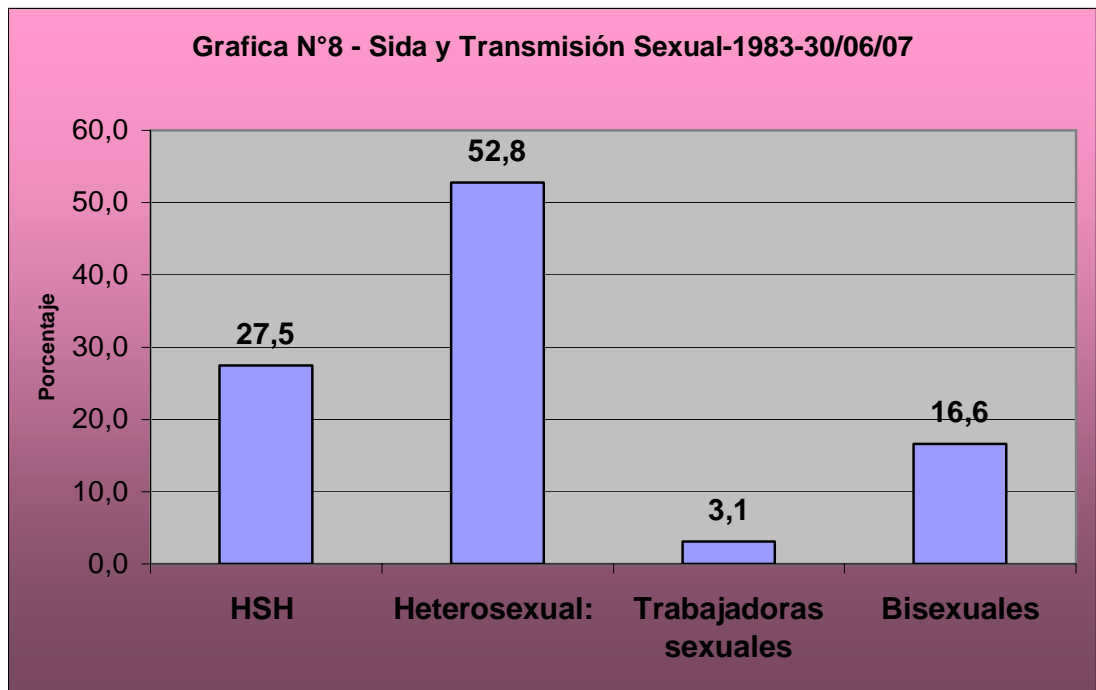
Las gráficas siguientes relativas al estudio de los casos de Sida registrados entre 1983 y junio de 2007¹¹, muestran la necesidad de desarrollar una doble estrategia que considere:

- por un lado, que la gran mayoría (71% de las infecciones se producen por vía sexual y conciernen mayoritariamente personas heterosexuales,)
- y por otro lado, la incidencia importante de la epidemia en las poblaciones con prácticas sexuales específicas (en particular los HSH y los UDI), a considerar en el Plan Estratégico Quinquenal Nacional (PEN) de manera particular.



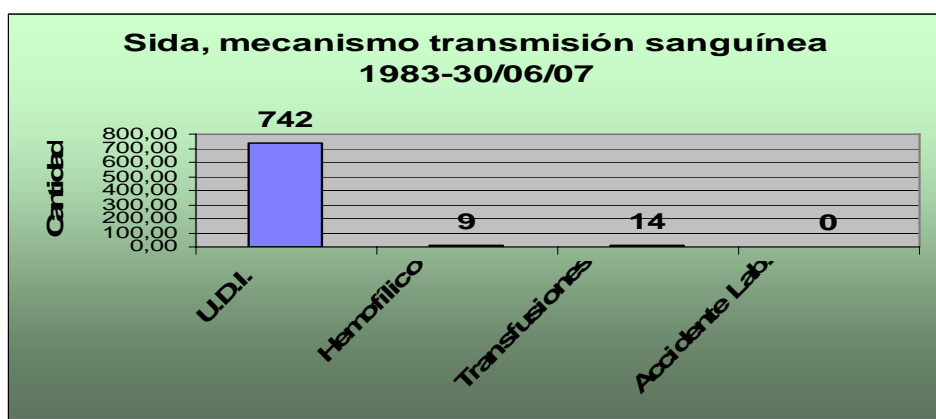
La gráfica siguiente permite observar de manera más precisa el perfil de las personas infectadas por vía sexual: como se puede ver, la mayoría de ellas son personas heterosexuales (52,8%), aunque los HSH y las personas Bisexuales representan también una parte significativa de las infecciones (27,5% y 16,6% respectivamente).

¹¹ Fuente: PP ITS/SIDA - MSP



La gráfica N°9 completa el estudio, afinando el perfil de las personas infectadas por vía sanguínea: como se observa, la casi totalidad de las infecciones (98%) corresponden a personas consumidoras de drogas inyectables (UDI), infectadas a través de material de inyección compartido.

Grafica No.9.-Distribución de las personas infectadas por vía sanguínea según el mecanismo de transmisión – Período 1983/VI.2007



- **Quinto punto crítico la vulnerabilidad de las personas privadas de libertad**

La situación penitenciaria en Uruguay atraviesa una profunda crisis, lo que determinó que con fecha 1 de marzo de 2005 el Gobierno Nacional declarara la emergencia humanitaria y sanitaria en todos los establecimientos penitenciarios del país.

La situación de Uruguay no difiere de la de América Latina en general, lo que pone de manifiesto que existen condicionamientos estructurales que en buena medida afectan a toda la región en esta materia. También hay aspectos referidos específicamente al género que hacen más opresivo el hecho carcelario para las mujeres. Entre otros, la diferente significación de la prisión en la vida de hombres y mujeres. Aún cuando para ambos sexos la prisión tiene como consecuencia además del castigo, el desarraigo y la separación de su mundo (trabajo, familia, hijos...) para las mujeres la problemática es mayor ya que muchas veces son abandonadas por sus parientes, permanecen junto con sus hijos/as hasta los 2 años en los establecimientos carcelarios que si bien es positivo desde el punto de vista del vínculo madre /hijo/a, no hay condiciones físicas y sociales para que se de en buenas condiciones.

En los Establecimientos de mujeres no están previstas las visitas conyugales con sus parejas.

La infraestructura es inadecuada, se carece de espacios que permitan una mejor calidad de vida y mayor grado de intimidad, así como insuficiencia en tareas que ocupen productivamente a las personas durante el período que se encuentran privadas de libertad.

- **Por fin, el sexto punto crítico considerado en la situación de la epidemia refiere a la aún insuficiente cultura preventiva de la sociedad uruguaya, en particular en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH/Sida**

Las fuentes de información disponibles aportan elementos interesantes para la elaboración de una estrategia de prevención adaptada a la cultura del pueblo uruguayo. El informe de avance presentado por equipos Mori¹² y el PPITS/SIDA (dic 2007) presenta que el 49,8% de los jóvenes encuestados de 18 a 24 años responden correctamente al total de las 5 preguntas de conocimiento, persistiendo creencias erróneas sobre los riesgos de adquirir

¹² Encuesta Nacional sobre Información, Percepciones y Prácticas ante las ITS/VIH-Sida, realizada por Equipos Mori Consultores (10.07 – 01.08)

el VIH por picadura de mosquito y a través de compartir el mate. Asimismo dicho informe refiere que un 19,6% de los encuestados de 18 a 49 años de edad se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

IV RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

El Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (PPITS/SIDA) bajo la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública (MSP) a los efectos de dar cumplimiento al informe UNGASS 2008 realiza un balance de la respuesta nacional en relación a los compromisos asumidos en la 26ª. Sesión Especial de la Asamblea de las Naciones Unidas (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS -UNGASS) en el 2001.

La respuesta nacional, en estos 25 años de la historia de la epidemia en el país, ha encontrado dificultades y ha tenido logros, implementados mancomunadamente con la Universidad de la República, Facultad de Medicina (cátedra de Enfermedades Infectocontagiosas) y sus Escuelas e Institutos; por las Sociedades Científicas, por la Sociedad Civil Organizada, Intendencias y Municipalidades (en especial la de Montevideo), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Red de Atención Primaria de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

❖ .Mecanismo Coordinador País- CONASIDA

Es de destacar la existencia de un Espacio a nivel nacional desde el año 2005 denominado Mecanismo Coordinador País (MCP) Intersectorial, Interministerial, integrado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Defensa, del Interior, de Desarrollo Social, Instituto Nacional de Niñez y Adolescencia en Uruguay, ANEP/CODICEN, Facultad de Medicina, participa el Parlamento, Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República, Convención de Trabajadores, ONGs ,PVVS, Organismos de Cooperación Internacional de ONUSIDA y demás actores que han desarrollado una capacidad técnico profesional en la temática, realizándose este año la formalización jurídica del mismo de modo de institucionalizarlo. La conformación del “Mecanismo Coordinador País”, tanto en su estructura organizativa como funcional, necesita una reglamentación propia que determine el alcance de su competencia y los procedimientos a seguir en función de los acuerdos alcanzados entre sus integrantes vinculados tanto del sector público como del privado, conformándose como la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida (CONASIDA), con las siguientes competencias: constituirse en el consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP respecto al VIH/Sida en el marco del Acceso Universal a la atención

integral trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a la personas que viven con VIH.

❖ Trabajo con los /as Adolescentes y jóvenes

Por otro lado a través **del Programa Nacional de Adolescencia DIGESA-MSP** se pretende promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y familias. Adoptando un Modelo de Atención Integral de Adolescencia privilegiando la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de probables riesgos, centrándose no solo en las familias sino también en el soporte social contando con la activa participación de los jóvenes.¹³

El País, conjuntamente con otros países de la región (Chile, Argentina, Brasil, Perú, Paraguay) con el apoyo de la Cooperación Alemana (GTZ), el CICT y ONUSIDA, viene implementando el **Proyecto de Armonización de Políticas Públicas Salud Sexual y Prevención del VIH y Drogas en el ámbito escolar**, teniendo como ejes del proceso de implementación del Programa de Educación Sexual en el Sistema Educativo formal (fortalecer el proceso que viene realizando Uruguay, en este caso) constituirse en un Proyecto Intersectorial, de articulación multisectorial (Estado, Sociedad Civil, Organismos Internacionales) teniendo al sistema educativo como ámbito prioritario pero incluyendo iguales espacios de educación no formal a nivel comunitario.

Este Proyecto fue ejecutado a nivel del MSP por los Programas Nacionales Adolescencia, Mujer y Género y PPITS/Sida, procurando trabajar los aspectos normativos y rectores de estos Programas en la capacitación e intervenciones que se realizasen en los tres ámbitos (salud, comunitario y educación formal) así como procurar trabajar en el protagonismo de los jóvenes promotores de salud con su grupo de pares. Se elaboraron así, por parte de los promotores de salud adolescentes (capacitados en 2005-06) 25 proyectos en todo el país; elaborados y gestionados por los mismos adolescentes, con el apoyo de referentes adultos de los espacios Adolescentes del MSP y de MIDES octubre-diciembre 2007¹⁴

En julio del 2007- en el marco de la Comisión de Educación Sexual de ANEP/CODICEN- se realiza el Seminario –Taller “Incorporación Formal de la Educación Sexual en el Sistema Educativo Público”, con apoyo

¹³ Programa Nacional de Adolescencia MSP

¹⁴ Fuente : Informe Nacional del Equipo Gestor del Proyecto a GTZ-CICT-ONUSIDA 2007

presupuestal de este Proyecto, así como con el apoyo conceptual de las ONGs y Programas del MSP involucrados en este Proyecto, con el objetivo General de “Generar una movilización reflexiva que legitime y sustente la incorporación de la educación sexual en el ámbito de formación integral de las y los educandos ofrecida por el Sistema Educativo Formal “.Se entiende que es un avance cuanti-cualitativo esta capacitación dirigida a docentes de la Enseñanza Pública en temas de educación sexual ya que hasta la fecha la inserción curricular de la temática se ubica en la asignatura de Biología y como parte de un enfoque de salud sexual , se trasciende el enfoque biologicista incorporando el análisis de las determinantes sociales vinculadas a la sexualidad.¹⁵

❖ Niños/as con VIH y huérfanos por VIH

Con respecto a la cantidad de niños huérfanos por VIH /SIDA no existe información directa y continúa, en cuanto a los datos oficiales de los niños vulnerables en situación de calle proporcionados por INAU, Organismo Rector en la protección y defensa de los derechos de los niños/as y adolescentes

Un reciente relevamiento diurno sostiene que hay 1.887 niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Montevideo y el área metropolitana. Se trata del “Relevamiento para dimensionar la cantidad de niños, niñas y adolescentes en situación de calle”, realizado por el INAU, el Programa Infamilia y el Ministerio de Desarrollo. En 2003 el número era de 3.100, lo que significa un 40% menos.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con el Centro de Referencia Nacional Materno Infantil de VIH-SIDA en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), recientemente reconstruido en su edificación (2005) con sala de espera y consultorios para la atención psicosocial y médica. Se ha iniciado el trabajo coordinado con médicos de atención de adultos VIH, para que puedan comenzar a tratar a los adolescentes a los efectos de que se produzca una transición paulatina cuando se realice el pasaje al Centro de Referencia Nacional de Adultos (SEIC-MSP) El PPITS/SIDA ha elaborado protocolos de atención de profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría y también en adultos y embarazadas así como las Directrices Básicas para la realización de Consejería /Orientación en VIH/SIDA con un capítulo que

¹⁵ Fuente: Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay Informe 2007

refiere al abordaje de la consejería a niños y adolescentes con VIH a sus familias o tutores

Se inició un trabajo articulado del PPITS/SIDA con el Programa Niñez y apoyo de UNICEF, para identificar a los niños huérfanos por VIH en el país, registrar y realizar intervenciones de promoción de salud 2007-08 pero aún este proyecto no ha comenzado a implementarse

El PPITS/Sida, implementó conjuntamente con el Centro de Formación de Educadores del INAU material (autoadhesivo) y cartilla para trabajar con los niños/as y adolescentes y con los educadores sobre la prevención del VIH (2005)

La mayoría de los niños y adolescentes que atiende el INAU son vulnerables al VIH y se destaca el área de salud que trabaja en prevención a través de un equipo capacitado que realiza talleres sobre la temática VIH a niños, adolescentes y adultos referentes, con entrega de preservativos. El área salud cuenta con laboratorio propio donde se realiza prueba de VIH, con el objetivo de realizar diagnóstico precoz de VIH. Dicha prueba se solicita a niños y jóvenes expuestos a situaciones de riesgo que se observan frecuentemente en la población con cobertura en INAU, como lo son: niños hijos de madres VIH positivas con embarazos mal controlados, niños y adolescentes con antecedentes de abuso sexual, drogadicción, trabajo sexual, relaciones sexuales sin protección

En el año 2005 se constituyó un Grupo de trabajo integrado por INAU, MSP, Facultad de Medicina de la Universidad De La República ,Ministerio del Interior, Programa Infancia y Familia del MIDES, Poder Judicial y Programa de Fortalecimiento del Vínculo Escuela Familia Comunidad de las Escuelas de Tiempo Completo que participó del proceso de elaboración del Mapa de Ruta para abordar situaciones de maltrato ,abuso sexual en niños , niñas y adolescentes en el ámbito escolar. Este Mapa de Ruta “es una estrategia conceptual y operativa que marca un camino para transitar ante situaciones de alta complejidad.....Se trata de una estrategia para operativizar el trabajo en red y generar los mecanismos de articulación interinstitucional que permitan trabajar desde la especificidad y la responsabilidad que a cada uno le compete ante estas situaciones.”¹⁶

En el año 2007 con el objetivo de abordar integralmente el maltrato, la violencia , abuso sexual de niños /as y adolescentes se proyectó el Sistema

¹⁶ Fuente: Mapa de ruta en el ámbito escolar para las situaciones de Maltrato y abuso sexual en niños , niñas y adolescentes ANEP Consejo de Educación Primaria2007

Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia(SIPIAV) coordinado por el INAU¹⁷

❖ Campañas nacionales de prevención del VIH

.El país estuvo 6 años sin ninguna campaña de comunicación Nacional de prevención del VIH, por razones presupuestales y políticas, repercutiendo la ausencia del tema en la Agenda Pública.

Desde el 2005 al 2007 **El Programa Prioritario de ITS/SIDA** ha realizado tres Campañas:

- 2005, Acotada en el tiempo y en su impacto. Orientada a jóvenes “ Y vos cómo encarás el Sida?” Trabajando en forma conjunta con el Sistema Educativo Formal.- Elaboración de afiches y folletos, que se distribuyeron en las Instituciones de Enseñanza Media Pública y Privada de todo el país.
- 2006.- Se realizó, acotada en el tiempo , una Campaña en Vía Pública y radios:“Conmigo Con Condón” orientada a jóvenes y en especial a mujeres, promoviendo el uso del condón.
- 2007.- “Día nacional de Lucha Contra el Sida 29 de julio”5 spots cortos para TV sobre diferentes temáticas del VIH. Por razones presupuestales sólo fueron distribuidos en Canales Oficiales, en forma gratuita. Y en el interior del país, en acuerdo con las Direcciones Departamentales de Salud y los Medios de Comunicación de cada Departamento.
- 2007-08 Campaña Nacional en los Medios Masivos de Comunicación. Distribuida en torno al 1ero de diciembre Día Internacional, en el Carnaval y en la Semana de Turismo. Se recibió apoyo de ONUSIDA.
-

¹⁷Fuente :www.presidencia.gub.uy

❖ **Distribución de Preservativos**

CONDONES MASCULINOS: El MSP, los compra a través de UNPFA.

En el 2008, se aumentó a 6 millones, la compra.

El PPITS/Sida es el responsable de la Política de Distribución de Preservativos. Se ha promovido así su distribución a distintas poblaciones objetivo: adolescentes y jóvenes en el sistema de salud, a las personas con ITS/VIH, trabajadores/as sexuales, así como a personas privadas de libertad.

El PPITS/SIDA ha distribuido preservativos a las ONGs, a las Direcciones Departamentales de Salud para acciones de educación y prevención en espectáculos musicales, carnaval, así como en las Policlínicas (52 en todo el país) de ITS/ Profilaxis de ASSE-MSP.

Los Servicios de Salud del MSP en el marco de las consultas ginecológicas y de ITS los ofrecen en forma gratuita.

Se ha procurado implementar máquinas expendedoras (pero solo fueron instaladas 3) y cuestiones de logística de la industria local, impidieron que se instalasen otras en todo el país, como era la propuesta del PPITS/Sida y de DIGESA.

CONDON FEMENINO: Durante el 2007 se ha implementado a través de las ONGs, los Grupos de PVVS, los Servicios del Primer Nivel de Atención y las Policlínicas de Atención a Trabajadoras Sexuales, un programa piloto incorporando el condón femenino para poblaciones más específicas como las mujeres con VIH, trabajadoras sexuales y mujeres en situación de violencia doméstica.-. Este programa piloto ha sido monitoreado para conocer las posibilidades de aceptación del mismo. No ha sido bien aceptado por las mujeres con violencia doméstica.. Es muy aceptado por las trabajadoras sexuales femeninas y en menor medida por las mujeres con VIH. En el 2007 se compraron 10.000 condones

Para el 2008, se adquirieron 20.000 condones, para darle continuidad a este programa.

❖ **Línea de Trabajo Etnia e ITS/VIH (2006-07)** a los efectos de

- Implementar ACCIONES AFIRMATIVAS y de prevención de las ITS/VIH en población afro descendiente
- Identificar las ONGs Afro, que trabajan o se interesan en la temática de salud y más especialmente en ITS/VIH- etnia.
- Promover instancias de capacitación de las ITS/VIH, legislación nacional, articuladas con las especificidades culturales y étnicas
- Promover el protagonismo de las personas afro descendientes en el proceso de diseño e implementación de esta Línea de Trabajo
- Promover la conformación de una Mesa y/o Coordinación de las ONGs afro, inscriptas en el Programa
- Aportar información relevante y recomendaciones al sistema de salud para el diseño de Políticas de ITS/VIH en población afro descendiente

Actividades principales:

- 1.- Inscripción de ONGs afro interesadas y/o trabajando en Salud, VIH e ITS
- 2.- Conformación de un Grupo de Trabajo integrado por técnicos y profesionales del Movimiento. Afro, bajo la órbita del PPITS/SIDA, para colaborar en el desarrollo de esta Línea de Trabajo
- 3.- Realización de una Jornada en Montevideo, con representantes de todas las ONGs inscriptas, de sensibilización sobre el ITS/VIH, de intercambio de experiencias y de propuestas
- 4.- Realización de una Jornada en Departamento de Artigas, conjuntamente con la Intendencia y el Movimiento. Afro de ese departamento para difundir la temática y la Línea de Trabajo del PPITS/SIDA.
- 5.- Identificación de los conocimientos, perspectivas y recomendaciones que las ONGs Afro tienen en relación étnia, ITS, VIH (cuestionario individual y anónimo)
- 6.- Elaboración de un folleto y/o afiche de prevención de las ITS/VIH y acciones afirmativas
- 7.- Promover la coordinación de las Intendencias de Montevideo y Artigas con las Direcciones Departamentales y los Grupos de trabajo en sus departamentos y con el PPITS/SIDA
- 8.- Intervenciones en el Carnaval y Llamadas 2007, en Montevideo y varios departamentos del interior.

❖ **Actividades orientadas las Personas Privadas de Libertad y personal policial directamente en contacto con ellos/as.**

La situación de emergencia sanitaria que se ha reconocido por parte de la actual Administración, preocupa especialmente, por lo que procurando sortear dificultades económicas y de recursos humanos (RRHH), se ha venido implementando intervenciones coordinadas del MSP- PPITS/SIDA; el Ministerio del Interior- Sistema Médico Penitenciario y ONGs desde el año 2005 a la fecha, a los efectos de implementar actividades de promoción de salud y prevención de ITS/VIH con personas privadas de libertad y personal policial .Se realizan acciones de prácticas seguras, cuidados en la salud y consejería pretest, y el Programa Prioritario de ITS /SIDA junto con el Ministerio del Interior, ofrecen a quienes acepten, en el marco del consentimiento informado, el diagnóstico de VIH y de Hepatitis B. Además de Inmunización de Hepatitis B, cuando sea indicado.

En estos proyectos la consejería post-test, es de responsabilidad del Ministerio del Interior y las ONGs acompañan este proceso .Se ha trabajado en distintos Establecimientos carcelarios La Tablada (Montevideo), Centro Nacional de Rehabilitación (CNR); Cárcel Departamental de Mujeres del Departamento de Canelones (Canelones) Cárcel Departamental de Hombres (Canelones) y la Cárcel Departamental de Rivera.

En las intervenciones se ha trabajado también conjuntamente con las PPL materiales de difusión y prevención para sus pares: afiches, tarjetas diseñadas por las PPL en los talleres, manual de prevención del VIH: “Las Mujeres Encaramos la Prevención del VIH y de la Hepatitis B” Pabellón Femenino de Canelones -Diciembre 2006.

La entrega de condones, se realiza durante las intervenciones, pero es difícil su acceso en forma permanente, por dificultades en la distribución de los mismos

La atención y tratamiento por ARV es responsabilidad del MSP, y por lo menos una vez al mes, el médico tratante, visita a cada paciente de VIH en cárcel. Se realiza el monitoreo y evaluación de su patología.

❖ **Personal de Servicios uniformados**

Con la población de los Servicios Uniformados (Militar, Naval, Aérea) y Policial se ha implementado un Programa Interministerial de “ Fortalecimiento de las actividades de prevención en VIH/SIDA entre los

Servicios Uniformados de la República Oriental del Uruguay con apoyo de ONUSIDA Intervienen el Ministerio Defensa, Ministerio Interior, Ministerio Salud Pública durante los años 2005-07. Formación de líderes multiplicadores en cada una de estos Ministerios, para realizar intervenciones preventivas entre su población, realización de encuestas CAP y sensibilización de las jerarquías a la temática

❖ **Control en Bancos de sangre y VIH**

En lo que respecta a la transmisión por vía sanguínea, originado por transfusión de sangre, es casi inexistente (los casos sucedieron antes de junio de 1988) ya que existe un tamizaje obligatorio de sangre y hemoderivados Existe en el Uruguay un cribado sistemático universal (100%) de las donaciones de sangre para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada

❖ **Intervenciones con Usuarios de Drogas**

La Junta Nacional de Drogas y la Secretaria Nacional de Drogas (JND/SND)son los órganos articuladores y gestores principales para la construcción de políticas públicas en materia de drogas.

El PPITS/Sida- DIGESA/MSP, articula con estos órganos gubernamentales. Los datos nacionales -según la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP -nos indican que en la vía sanguínea, el 98% es por el uso compartido de material de inyección en el consumo de drogas inyectable. Actualmente esta modalidad de consumo ha disminuido y ha invadido el consumo de pasta base de cocaína.

A través del Proyecto Regional (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay) apoyado por ONUDD-ONUSIDA 2004-06, se implementaron acciones en cada uno de estos países, bajo la órbita de las Juntas Nacionales de Drogas, los Programas Nacionales de Sida y una o más ONGs trabajando en esta temática. En el caso de Uruguay, se dio continuidad durante el 2005, al trabajo de reducción de daños en usuarios de drogas, en la zona del Cerro y La Teja en Montevideo, implementandose por parte de la ONG con el apoyo y supervisión del PPITS/Sida y Secretaria Nacional de Drogas (SND)/ Junta Nacional de Drogas (JND).

Si bien el País ha reportado según investigaciones realizadas en el año 2003-2004 prevalencia de VIH de 18.5% en usuarios de droga inyectables,¹⁸

¹⁸ Fuente: Investigación :usuarios de drogas inyectables Prácticas de Riesgo y Prevalencia de Infecciones por VIH, Hepatitis B y Hepatitis C MSP_IDES_ONUDD_ONUSIDA 2004)

en este momento son insuficientes y escasos los programas destinados a esta población. En Uruguay a partir del año 2002 con la irrupción de la pasta base de cocaína como sustancia de elección se marca un fuerte cambio en los patrones de consumo de drogas. Según la investigación del 2005-2006 “Características del consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) en Montevideo y Área Metropolitana” (Scarlatta y otros 2006) los “casos relevados muestran una mayor vulnerabilidad social de las jóvenes usuarias, estando este consumo en la mayoría de los casos asociados al trabajo sexual, a la maternidad temprana no planificada y a situaciones de pobreza”¹⁹ Según la investigación cualitativa: *Prácticas y gestión de riesgos en el consumo de PASTA BASE DE COCAÍNA y conductas sexuales asociadas – con especial énfasis en la prevención del VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes de 13 a 21 años residentes en Montevideo y su área metropolitana*”²⁰ con relación al VIH, Hepatitis y otras ITS no hay percepción de los riesgos sexuales de transmisión conexos a la práctica de consumo de PBC ;si hay registro de percepción de riesgo de infección VIH por transmisión sanguínea a través de lesiones de labios y boca por compartir pipas. Si bien el deseo sexual se ve inhibido bajo los efectos de esta sustancia , dada la irregularidad de los consumos y la mediación de varios días o semanas sin episodios de fuertes consumos , existe un retorno a prácticas de relaciones sexuales que implican una alta exposición a riesgos de ITS y VIH . Esta dimensión requiere una investigación específica para lo cual el PPITS/SIDA la ha incluido en su planificación del 2008²¹

Actualmente el PPITS/SIDA está participando en la Red de Humanización , (articulando con la JND y la SND) para abordar la problemática y planificar intervenciones orientadas a las personas privadas de libertad. Red que viene realizando conjuntamente con ONUDD un diagnóstico de situación carcelaria tanto en VIH como en drogas y en políticas en general de salud de las PPL. La Secretaria de Drogas, ha venido implementando en forma piloto el Programa Formación Operadores en Adicciones (FOA) intervenciones con

¹⁹ Fuente: Unificando miradas en políticas de drogas .Criterios para la gestión y articulación de políticas de atención a la dependencia y políticas sociales .Embajada del Reino de los Países Bajos. TNI, JND 2007)

²⁰ Investigación realizada en el marco del Proyecto Regional :”Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH –SIDA en los Países del Cono Sur. Extensión y expansión de la prevención del abuso de drogas y en VIH-SIDA en Argentina ,Chile , Paraguay y Uruguay (RLA/04/H81).

²¹ .(Fuente Pasta Base de Cocaína :Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito –Junta nacional de Drogas -IMM-IDES -PPITS/SIDA 2006)

operadores terapéuticos en la temática del consumo problemático de drogas, (PPL y Funcionarios de uno de los Complejos Carcelarios más grandes del país -COMCAR).

A través de la JND y la Red Humanización-,y con el apoyo de ONUDD, se implementará un Taller en marzo del 2008, con los diferentes sectores involucrados con la población PPL, con la participación de los Programas Prioritarios de DIGESA (PPITS/Sida, Salud Mental, Salud de la Mujer y Género) que contribuirán a elaborar intervenciones en salud y VIH, desde perspectiva de género.

Así la Secretaria de Drogas /JND, viene planificando un cronograma de actividades 2008, para dar cumplimiento al programa diseñado para población privada de libertad, con énfasis en Reducción de Daños en uso de Drogas, y promoción derechos humanos en cárceles.

En relación a la atención el país desde el 2005 se ha abocado a la creación y capacitación de la Red de asistencia interinstitucional con la capacitación de referentes en drogas del primer Nivel de Atención y Equipos de Salud Mental de todo el país Se concretó desde la JND y en coordinación con el MSP – INAU la creación del Centro Nacional de Referencia e Información de la Red Drogas Portal Amarillo ²²

❖ **Intervenciones con Trabajadores/as Sexuales: masculino, femenino y trans**

Las intervenciones se han realizado conjuntamente con la Asociación de Travestís del Uruguay (ATRU), la Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU) y la RedTrasexTrasida, de prevención del VIH, desde el 2005-07.

Las mismas se ejecutaron a partir de un trabajo en calle orientado al grupo de pares principalmente en Montevideo.

Con estas intervenciones se ha posibilitado contar con un censo de población de trabajadoras/es sexuales en calle, brindando materiales de prevención e insumos. Acercando además a estas/ø/s trabajadores al sistema de salud.

²² (Fuente:Fortalecimiento del proceso de Descentralización y Municipalización de la Política Nacional de Drogas de Uruguay JND Banco Mundial 3 y 4 de agosto del 2006))

Actualmente se está implementando un Estudio serológico y comportamental con trabajadores sexuales masculinos y travestís, de Montevideo.

❖ **Población de Hombres que tienen Sexo con Hombres**

En el 2006, se terminó una Investigación de Comportamientos e Información, con esta población y se presentó a las ONGs que trabajan con este grupo, (investigación implementada desde el 2004-05) que aportó elementos en relación a las prácticas y comportamientos de protección y de riesgo. Fue una investigación acotada a Montevideo.

Se realizaron dos intervenciones con esta población:

- Convocatoria y selección de un grupo Asociado en la Task Fort, implementando talleres de sensibilización y formación en prevención de las ITS/VIH-Sida
- Intervención en Cerro Largo con HSH en zona frontera con Brasil por parte de tres ONGs que trabajan en esta temática

Estas intervenciones no han podido ser sostenidas en el tiempo por falta de presupuesto.

❖ **Intervenciones orientadas al VIH en el ámbito laboral**

Para abordar esta área, se conformó en el 2005-06 una Comisión integrada por el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud Pública (Departamento de salud Ocupacional y Ambiental, PPITS/Sida) Salud Ocupacional de Facultad de Medicina- UDELAR; PIT/CNT; Cámara de Industria. Se trabajó sobre un diagnóstico de situación y se plantearon algunas líneas de acción. Pero esta Comisión ha venido funcionando muy irregularmente en el 2006-07.

El PIT/CNT con el apoyo de la OIT a través del Área de Trabajo y VIH/SIDA del Departamento de Salud Laboral y Medio Ambiente elabora La Guía para la Acción Sindical Trabajo y VIH _SIDA-el objetivo de la misma es “fortalecer el trabajo sindical en el conocimiento del VIH-SIDA en tres aspectos fundamentales :el médico, el jurídico y de los derechos humanos , para que a través de estas vertientes se logre la información y la formación de los trabajadores con le fin de combatir la discriminación en el lugar de trabajo

y extrapolar estas experiencias a diferentes ámbitos sociales”²³ así mismo se ha realizado la difusión de esta Guía en los 19 departamentos del país

❖ **Descentralización y territorialización de las intervenciones de prevención del VIH (2005-07)**

Se ha diseñado y ejecutado Programas de Prevención de las ITS /VIH-SIDA en los departamentos más vulnerables (zona frontera con Brasil, zona portuaria, zona franca, zona turística). En Bella Unión (Artigas), Rivera, Maldonado, Nueva Palmira (Colonia) Rocha.

En todos estos departamentos, el PPITS/Sida, realizó la coordinación con las Direcciones Departamentales de Salud (DDS)- DIGESA, ONG local, quien era la unidad que implementa estas acciones, coordinando con las redes existentes y las DDS.

Así se han implementado Programas orientados a poblaciones vulnerables de: trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, personas privadas de libertad, adolescentes fuera del sistema educativo y laboral, personas con VIH, huérfanos.

❖ **Tratamiento ARV**

En cuanto a la atención/tratamiento Uruguay, promueve comprometidamente el acceso universal al tratamiento (TARV) y a los insumos de prevención en especial con la distribución de preservativos masculinos en forma gratuita a través de los efectores de salud pública (ASSE) y a través de las ONGs y Grupo de Personas VIH (PVVS) así como con las Direcciones Departamentales de Salud (DIGESA) para su distribución en las intervenciones preventivas de ITS/VIH, y/o de promoción de salud.

Acceso al TARV.- Existe la Resolución N°171/1997 que incluye el acceso universal de medicamentos antiretrovirales a todos los enfermos de SIDA tanto en el sub sector público como el privado y en la actualidad la cobertura es mayor del 90%..

²³ Fuente .Guía para la Acción sindical Trabajo y VIH-SIDA. OIT. Instituto Cuesta Duarte. PIT-CNT 2007

El PPITS/SIDA durante los años 2005-2006 y 2007 se ha abocado a la Actualización de Normativas sobre:

- * Infecciones de Transmisión Sexual Pautas de Diagnóstico Tratamiento y Control Epidemiológico (OPS -PPITS/SIDA-MSP-2005)
- * Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana Guías para Diagnóstico, Tratamiento Antiretroviral y Monitorización Adultos y Embarazadas (OPS –PPITS/SIDA-MSP 2006)
- * Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en Pediatría (OPS –PPITS/SIDA-MSP 2006)
- * Directrices Básicas para la realización de consejería /orientación en VIH/SIDA .El mejor camino para la prevención, tratamiento y adherencia (OPS- Centro Internacional de Cooperación técnica en VIH /SIDA – PPITS/SIDA MSP-2006)
- *Flujograma para Test Rápido de sífilis y VIH en mujeres embarazadas (2007)
- * Genotipificación /Test de Resistencia

El País ha invertido en la capacitación de Recursos Humanos en la atención específica de personas con VIH/SIDA, priorizando el Primer Nivel de Atención , centros materno-infantiles. Conformación reciente de una Comisión de Fármaco vigilancia para el control de calidad de medicamentos. Implementación de la realización de los test de resistencia y genotipificación, con varias acciones de capacitación al personal de salud y equipamiento de laboratorio para su implementación en el 2007. Conformación de la Comisión de expertos en resistencia antiretroviral Incipiente conformación de Comisión para la realización de estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia – cuando se considere necesario en el caso de los ARV- atendiendo así a una mejor calidad de los medicamentos.

Actividades Orientadas a la Actualización y Formación Permanente de los Profesionales de la salud

Se ha trabajado sobre:

- Actualización en la Capacitación Profesionales de Salud en tratamiento ITS/ VIH-Sida
- Capacitación profesionales de la salud en especial del Primer Nivel de Atención sobre Consejería (2006-07)
- Capacitación técnicos y equipamiento Laboratorio para test de resistencia /genotipificación 2006-07

Se entiende necesario continuar con la capacitación de los equipos de salud y difundir más ampliamente las normativas a los efectos que se conozcan y se implementen en los servicios de salud.

❖ **Normativa e intervenciones Tuberculosis y VIH**

En relación a la coinfección tuberculosis VIH según las normas de acciones preventivas del Programa de Control de la tuberculosis ante la pandemia del VIH “Todo paciente portador de una tuberculosis deberá ser estudiado por test serológico del VIH”

Casos de Tuberculosis y Pacientes VIH⁺ con Tuberculosis Según Tratamiento Anti-retroviral y por Sexo URUGUAY - Año 2006

	Masculino	Femenino	Total
Total Casos TB	396	171	567
VIH+ con TB	63	18	81
VIH+/TB con TARV	16	4	20
VIH+/TB sin TARV	30	10	40
Sin información	17	4	21

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis – Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes – CHLA-EP

❖ **En RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN de la Sociedad Civil Organizada y las Personas con VIH**

Se realizó un relevamiento de ONGs y Grupos de PVVS en el 2005, contando así con 33 ONGs distribuidas en todo el país. Muchas de ellas carecen de personería Jurídica o son de conformación reciente, otras poseen largas trayectorias de trabajo en VIH

Se ha trabajado en distintas líneas:

Realización de Convocatorias a Presentación de Proyectos.

Promoción del Foro MERCOSUR de Soc. Civil Organizada.- varias ONGs han conformado un Foro de ONGs vinculado al MERCOSUR

Promoción de Coordinaciones en las actividades relacionadas con el Día Nacional y Mundial de Sida.

Conformación de Grupos de Trabajo Focalizados “Etnia e ITS/VIH
Las Convocatorias a ONGS y grupos de personas con VIH, han sido dirigidas para el trabajo de Promoción de Salud y Prevención del VIH Sida en personas privadas de libertad

Varias de ellas, integran la Coordinación del Proyecto Armonización de Políticas Públicas Educación sexual, Prevención del VIH y drogas en el ámbito escolar” que nos referíamos más arriba.(2007-09)

Todas ellas participan de las instancias del MCP, aunque con mucha más dificultad de participar en forma presencial, las ONGs del interior del país.

❖ **En relación a la Reducción de la Vulnerabilidad Mitigaciones, Efectos Sociales y Económicos**

El Banco de Previsión Social, ofrece un apoyo permanente u ocasional ,según indicación médica y según lo amerite la situación socio económica a los trabajadores afectados por VIH cuya enfermedad les impida trabajar

El Instituto Nacional de Alimentación (INDA) del Ministerio de Desarrollo Social otorga una Canasta Básica de Alimentos mensual, para lo cual la persona con VIH, debe acreditar que está en control médico y situación socioeconómica carenciada.

Las Intendencias Departamentales de Montevideo y Canelones, otorgan un Pase Libre de Ómnibus, con el objetivo de facilitar los trámites y controles médicos a la persona con VIH.

Durante el año 2006 el PPITS/SIDA junto con una subcomisión del Mecanismo Coordinador País elaboró y difundió un material educativo dirigido a docentes para el trabajo en el aula con los niños y también sus padres. Se refiere a una Historieta contextualizada en el ámbito escolar, referida a la discriminación de un niño con VIH. La misma procura aportar elementos de reflexión acerca de esta temática entre los niños, padres y maestros, ya que este tema todavía está muy presente en el país.

V PRÁCTICAS ÓPTIMAS

Se seleccionaron actividades que favorecen la intersectorialidad y mejoran el impacto del PPITS/SIDA en sectores estratégicos:

- Proyecto de “Fortalecimiento de las actividades de prevención en VIH/SIDA entre los Servicios Uniformados de la República Oriental del Uruguay” que involucra a los Ministerios de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública con el apoyo de ONUSIDA. Dicho proyecto desarrolla actividades en todo el territorio nacional y fuera del país a través de las Misiones de Paz, permitiendo abordar temas relacionados con la educación, prevención, atención, normativas y discriminación. El objetivo principal es encarar estrategias de prevención en VIH/SIDA mediante la educación de los reclutas jóvenes de los servicios Uniformados con la finalidad de reducir las infecciones del VIH/SIDA entre el personal uniformado con alto nivel de riesgo (entre 18 y 34 años de edad)-

*Año 2004: Diseño del proyecto ONUSIDA (Centro Coordinador de Operaciones de Mantenimiento de Paz .Ejercito) Firma del acuerdo

ONUSIDA con Ministerios de Defensa, Interior, Salud Publica

* Año 2005; Implementación de las Actividades del Proyecto

*Año 2006; Proyecto en ejecución

Los objetivos específicos a nivel de cada Ministerio fueron::

- Ministerio de Defensa : (MDN)
 - a) introducción de las actividades de prevención del VIH/SIDA en las Instituciones de las Fuerzas Armadas
 - b) incremento del conocimiento respecto a la prevención del VIH Sida entre los reclutas jóvenes mediante entrenamiento por educadores inter pares
 - c) promoción y educación para el correcto uso del preservativo entre la población militar

- Ministerio del Interior(MI)
 - a) introducción de las actividades de prevención del VIH/SIDA en las Instituciones de la Policía Nacional
 - b) incrementar el conocimiento y la sensibilización en prevención VIH/SIDA de la población de aspirantes a policía mediante el entrenamiento por líderes inter pares

- c) introducir un sistema de consejería y testeo voluntario , que asegure en particular los principios internacionales de confidencialidad que promueve ONUSIDA
- Ministerio de Salud Pública (MSP)
 - a) apoyo técnico a los Servicios Uniformados (Fuerzas Armadas y Policía Nacional)
 - b) enlace y coordinación con otros sectores involucrados al VIH/SIDA
 - c) supervisión y validación de los materiales de educación e información

Las principales actividades y resultados obtenidos:

- Constitución de equipos de coordinación y formación de instructores/replicadores en los MDN Y MI
- Elaboración, impresión y distribución de anexo al manual ONUSIDA con informaciones propias a Uruguay
- Formación de instructores /replicadores MI:43 (45 mas en diciembre del 2006);MDN instructores 33 ejercito nacional,9 Armada,4 fuerza Aérea Uruguay ,replicadores inter pares 134
- Realización de encuestas sobre Conocimientos , actitudes y prácticas (encuestas CAP) :en el ámbito del MDN 558
- Sensibilización de jerarquías a la temática
- En proceso inclusión de módulos específicos sobre prevención del VIH/SIDA en las curriculas de las escuelas militares y policiales
- Instancias de coordinación interministerial: ejecución del proyecto ONUSIDA ; planificación de actividades en común como la jornada en apoyo a la conmemoración del “ Día Mundial de Lucha contra el SIDA “ el 1º de diciembre
- Procura la sustentabilidad y continuidad de los esfuerzos realizados por los tres Ministerios mediante la elaboración y propuesta de nuevos proyectos

- Programa ONUSIDA/ GTZ/CIC T “Aportes al fortalecimiento de las políticas públicas de educación sexual y prevención del VIH/SIDA en Uruguay (2007-2009) .este Programa involucra la ANEP_CODICEN, MSP Organizaciones de la sociedad civil organizada
- Desarrolla actividades en distintos departamentos del país,
 - Instala un dispositivo de colaboración integrado duradero
 - Brinda apoyo al desarrollo del nuevo programa de educación sexual de ANEP-CODICEN, y pone el foco en la promoción juvenil
 - *Los nuevos paradigmas sostienen la importancia de un abordaje integrador de la sexualidad en el proceso de socialización y formación de los seres humanos ya que:*

**constituye un eje clave del Desarrollo en*

la Niñez y Adolescencia

**reconoce su papel protagónico en el*

proceso de organización de la identidad de la persona

**constituye un derecho humano*

inalienable

- Una de las actividades a destacar de la Comisión de Educación Sexual de la ANEP es el Ier. Seminario –Taller “Incorporación Formal de la Educación Sexual en el Sistema Educativo Público” al cual asistieron 400 docentes de todos los niveles del sistema educativo del país. Entre los principales logros de este seminario se destaca a nivel de los vínculos con otras instituciones públicas, el intercambio y la participación del MSP a través de sus programas prioritarios y de la Administración de Servicios ,de Salud del estado (ASSE); del MIDES a través del Instituto de las Mujeres, del Instituto de Niñez y Adolescencia en Uruguay , de Infamilia y del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) a través de la División Educación y la Dirección de Derechos Humanos. Cabe destacar también la participación de diferentes organizaciones sociales que trabajan en la promoción de la salud sexual y reproductiva

VI PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Los problemas claves que sustentan el Plan Estratégico Quinquenal, refieren a:

- Tendencia creciente del VIH en Uruguay: *0,23% año 2000, 0,36% al año 2002 y 0,45% al año 2004*. Necesidad de actualizar esta información de estimativo del VIH en población general 2008
- Percepciones e información aún inadecuadas por parte de la población general en relación a las formas de transmisión y prevención. Contar con información y estudios periódicos que nos permitan monitorear las percepciones e información de la población para el diseño de políticas de prevención
- La situación de vulnerabilidad de mujeres y adolescentes / jóvenes, y de las poblaciones con prevalencia mayor a 5%: *usuarios de drogas, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores/as sexuales, personas privadas de libertad, con énfasis en la población objetivo del Plan de Emergencia de Salud del PANES*.
- Discontinuidad de las intervenciones de prevención en aquellos departamentos con poblaciones más vulnerables: zona fronteriza, zona turística y zona portuaria
- Intervenciones que nos permitan identificar la situación de las/os niños huérfanos por VIH y poder implementar acciones hacia ellos/as y los niños/as con VIH.
- Insuficiente información para la toma de decisiones en relación a Líneas de Base (prevalencias, prácticas y percepciones de riesgo en varias poblaciones). En especial: usuarios de drogas; personas privadas de libertad, mujeres y jóvenes.
- Intervenciones desarticuladas de prevención de sífilis y de VIH en las mujeres embarazadas. Cifras elevadas de sífilis congénita.

- Subregistro, discontinuidad y dificultad para captar en forma oportuna a personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Existencia de estigma y Discriminación en relación a las personas con VIH: *a nivel escolar, laboral, social, en los servicios de salud.*
Este estigma y discriminación se potencia con otras discriminaciones e inequidades de género, de raza y etnia, por pertenecer a sectores socio económicos más carenciados
- Inexistente y/o escasa consejería psicosocial pre y post test, consecuentemente afecta a la menor adherencia al tratamiento y abandono del mismo.
- Escasas intervenciones de promoción del acceso al diagnóstico de VIH. Aún dificultades de la implementación del mismos en forma universal y accesible geográficamente
- Falta de información sistematizada, oportuna y adecuada para identificar los puntos críticos tanto de la prevención como del proceso asistencial(diagnóstico, tratamiento, seguimiento e inversión que el país realiza).No existe un registro nacional de pacientes, no se conoce en forma sistematizada las características demográficas y epidemiológicas de la población que recibe terapia ARV,

Frente a estos Problemas Claves expresados en el Plan Estratégico Nacional, los progresos así como las medidas correctoras ideadas para asegurar que se cumplan los objetivos de UNGASS son

a) Consolidar los logros obtenidos en:

- el tamizaje obligatorio de la sangre y hemoderivados
- la disminución de la transmisión vertical del VIH al 2,5-3%

b) Mejorar el Acceso a la Atención y Diagnóstico del VIH :el acceso universal de las PVVS que requieren tratamientos antirretrovirales; El PPITS/SIDA dependiente de la Dirección General de la Salud (DIGESA) con sus funciones de normatización y rectoría en políticas de salud ha nombrado

Comisiones y Grupos de trabajo que han elaborado las Guías de diagnóstico , tratamiento ARV y monitorización de pacientes con VIH abarcando adultos embarazadas y niños así como las Directrices Básicas de Consejería /orientación en VIH /SIDA que permiten sistematizar la asistencia y tratamientos a nivel nacional

- Implementar las Pautas de Consejería en todos los Servicios de Salud 2007-08

- Promover la articulación de la prevención de sífilis y VIH en las mujeres embarazadas

c) Prevención a Nivel de Toda la Población

Fortalecer las intervenciones preventivas y CAMPAÑAS de comunicación
Revertir la situación de feminización y “juvenilización” de la epidemia
Promover intervenciones que reviertan la situación de estigma y discriminación de las PVVS

d) Fortalecer los niveles de coordinación alcanzados con:

Las organizaciones de la sociedad civil organizada e involucrada en el tema VIH/SIDA

- Espacios de coordinación estructurados entre las PVVS y las ONGs

- El espacio Interministerial, intersectorial, con la sociedad civil organizada y con PVVS, del Mecanismo Coordinador País, fortalecido en el CONASIDA

- La transversalidad entre los Programas de DIGESA del MSP.

e) Sistema Informático de VIH-Sida: SIDARED

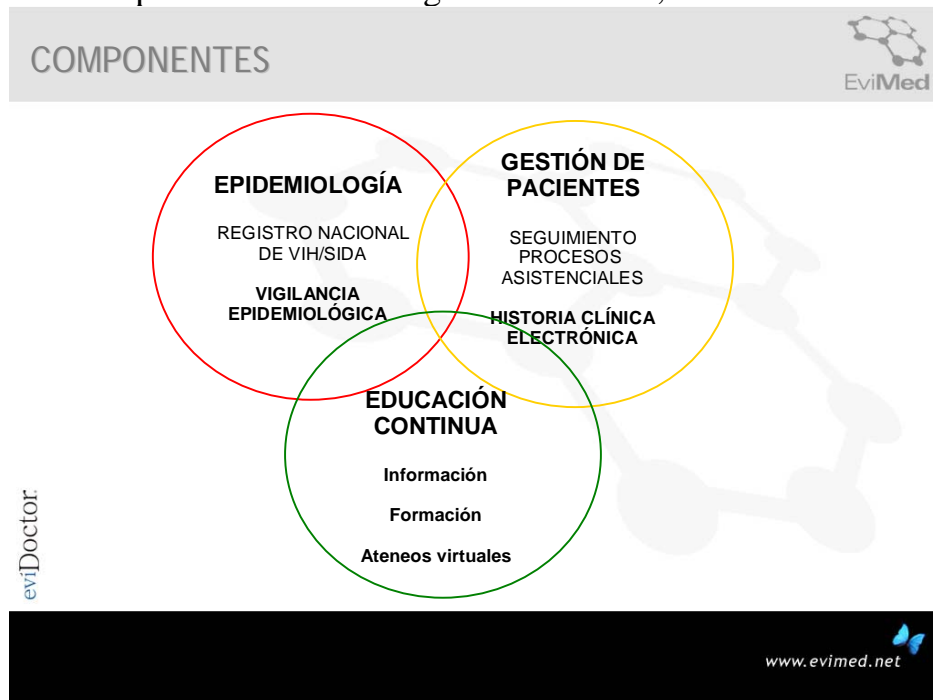
Superar la información fragmentada existente hoy en día en relación a las PVVS, diagnóstico, controles, tratamiento, adherencia, pasaje a Sida, enfermedades oportunistas, etc.

Como medidas correctoras el PPITS/SIDA entendió que era imprescindible establecer un sistema informático que permita mejorar la comunicación entre los diferentes actores en la respuesta nacional, así como la aplicación de un plan de monitoreo y evaluación.

Buscar **mejorar el Registro Único de HIV/SIDA** a nivel Nacional tanto Público como Privado, a los efectos de mejorar los procesos asistenciales y de gestión que permitan obtener la información necesaria a los efectos de

actuar en aquellos aspectos de mayor impacto para mejorar la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a los recursos disponibles

Registro electrónico ONLINE de todo acto médico relacionado a los pacientes con HIV/SIDA en todo el país,
Contar con la Historia clínica ONLINE en cualquier efector del país, buscando **mejorar la asistencia de los pacientes**, mediante una mejor calidad de información, que permitirá conocer el estado de situación de esta patología en el país, y además poder **realizar investigaciones**
Los componentes de este Registro único son;



La Educación médica continua que pretende lograr la comunicación entre colegas, particularmente para realizar interconsultas y por otro lado para acceder a información calificada, foros y educación a distancia.

VII.- APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

- a) Los mecanismos de cooperación con los cuales ha venido trabajándose, particularmente en los últimos años han permitido identificar recursos vinculados al plan estratégico relacionado con la capacitación de la Autoridad Regulatoria del MSP. En este sentido la identificación de nuevas normas y la actualización de algunas pre existentes, la protocolización de los planes de diagnóstico y terapéuticos, las campañas de concientización masiva de la población y de los grupos vulnerables ha sido sustantivo.

- b) Las medidas vinculadas a la supervisión, monitoreo, para verificar el cumplimiento de objetivos de UNGASS, están vinculadas a un proceso de reingeniería institucional del MSP, en el marco de convenios con las instituciones formadores y efectoras y el desarrollo de organismos de control social de usuarios y trabajadores de la salud. Esto permitirá un nuevo diseño de compromisos de gestión vinculados al plan estratégico aprobado.

VIII SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica, bajo la órbita del departamento de Epidemiología de DIGESA/MSP, viene procurando mejorar su boletín trimestral, incorporando los indicadores MERCOSUR de la epidemia, de manera de que se pueda analizar comparativamente los datos con la región. Existe una notificación obligatoria y bastante controlada de los casos de VIH, pero el pasaje a Sida y los fallecimientos se demoran en ser informados y sistematizados.

El Boletín aún carece de una descripción que facilite la comprensión y diseño de políticas preventivas y/o de intervención.

Se carece de presupuesto que permita monitorear y evaluar la epidemia: estudios serológicos y centinelas en ITS y VIH, en población general y en poblaciones vulnerables.

Actualmente se viene implementando – con apoyo de ONUSIDA y de OPS- conjuntamente el PPITS/Sida y UVISAP de DIGESA/MSP, 2007-2008 distintos estudios que aportaran una Línea de Base en estas poblaciones, pero que necesariamente exige ir implementándolas periódicamente cada 2-3 años:

- Estudio Serológico y Comportamental de Hombres que tienen Sexo con Hombres, Homosexuales y/o Gays de Montevideo en el marco de las funciones de vigilancia epidemiológica de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública-
- Estudio Serológico y Comportamental de Trabajadores Sexuales Masculinos y travestis en el marco de las funciones de vigilancia epidemiológica de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública
- Elaboración de un Estudio Estimativo de VIH a nivel de la población nacional

