

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS
REALIZADOS
EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS - ARGENTINA
ENERO DE 2008 - DICIEMBRE DE 2009

Fecha de presentación: 31 de marzo de 2010

Consultor y facilitador del proceso: María de los Ángeles Commisso
angelescommisso@yahoo.com.ar

ÍNDICE:

- 1) Situación actual **PÁG 3**
- 2) Panorama general de la epidemia de sida **PÁG 17**
- 3) Respuesta nacional a la epidemia de sida **PÁG 67**
- 4) Prácticas óptimas **PÁG 100**
- 5) Principales problemas y acciones correctoras **PÁG 125**
- 6) Apoyo de los asociados para el desarrollo del país **PÁG 140**
- 7) Sistemas de vigilancia y evaluación **PÁG 171**

CITAS **PÁG. 175**

BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL CONSULTADO **PÁG. 179**

ANEXO 1. Participantes en las reuniones preparatorias del Informe UNGASS
PÁG 183

ANEXO 2. Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual
y Reproductiva **PÁG 185**

SITUACIÓN ACTUAL:

***PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME:**

El proceso de redacción del presente informe se llevó a cabo mediante reuniones multisectoriales, en las que participaron representantes de la Dirección de Sida, representantes de organizaciones de la sociedad civil, redes de personas viviendo con VIH y agencias internacionales.

Se partió de una reunión de presentación, en la cual se brindó orientación acerca del proceso de reporte UNGASS 2010 y se compartió información acerca de los datos actuales respecto a los principales indicadores a reportar.

Simultáneamente, se produjo la apertura de un espacio para presentación de insumos por parte de la sociedad civil, a fin de ser incorporados en la redacción del informe descriptivo para abarcar la diversidad de posiciones y puntos de vista sobre cada tema considerado.

Por otra parte, distintos funcionarios gubernamentales respondieron un cuestionario sobre la parte A del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN); y los representantes de organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales participaron de varias reuniones en las que se elaboró la parte B del mismo índice.

Mediante esta organización del trabajo se lograron acuerdos para elaborar un documento país único, como así también poder consignar las divergencias existentes. Finalmente, se realizó un taller de validación para socializar información sobre las respuestas de ambas partes del cuestionario.

*SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA:

La epidemia de VIH-sida en la Argentina ha ido cambiando con el correr de los años. También cambió la respuesta que se fue dando desde el Estado y la sociedad civil. Algunos factores que explican estos cambios en el proceso de salud/enfermedad/atención del VIH-sida, son la aparición de la medicación antirretroviral de alta eficacia y su accesibilidad a mediados de los años 90, el cambio en la modalidad de consumo de drogas ilegales hacia fines de esa década, el proceso de pauperización y feminización de los últimos quince años, y el aumento en el uso del preservativo en algunos sectores sociales.

Actualmente Argentina presenta una **epidemia concentrada**, lo que significa que la **prevalencia de VIH** en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es **menor al 1%**, y que existen algunos **grupos** en los que esta prevalencia es igual o mayor al **5%**. Distintos estudios han determinado estas cifras en los siguientes colectivos:

*travestis-transexuales (34%),

*homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%),

*usuarios de drogas (7%)

*y trabajadores/as sexuales (5%).

Respecto a la cantidad de personas infectadas, se estima que ascienden a **120.000**. La mitad de las mismas conocen su condición y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud. De ellas, **41.000** reciben medicación antirretroviral (ARV), 69% proporcionada por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y el resto a través de la Seguridad Social y los servicios de salud prepagos. El otro 50% de las personas infectadas desconocería su serología, estimación consistente con encuestas poblacionales desarrolladas en los últimos años.

En relación con la notificación, desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2008 se registraron **75.009** casos de VIH/sida, el 51% de los cuales

presentaron por lo menos un evento definidor de sida. En el año **2008**, se diagnosticaron y registraron **4.067** casos de infección por VIH y **1.403** casos de sida.

Tres indicadores que permiten realizar comparaciones internacionales son: la tasa de casos notificados de sida, la tasa de mortalidad por sida, y la tasa de transmisión vertical:

*La modalidad de notificación cambió en nuestro país a partir del año 2001; hasta entonces, sólo se notificaban los casos de sida. A partir de ese año, también se implementó la notificación obligatoria de los diagnósticos de infección por VIH, aunque algunas jurisdicciones, como CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), se sumaron tardíamente.

La tasa de casos de sida fue aumentando hasta el año 1997 (9,2 por 100 mil habitantes) y, a partir de ese momento, comenzó a disminuir por la introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, hasta ubicarse en alrededor de 4 por 100 mil habitantes en los últimos años.

El total de notificaciones de diagnósticos de infección por VIH o casos de sida correspondientes a eventos ocurridos entre los años 1982 y 2008 inclusive, que fueron recibidas hasta el 30 de junio de 2009, comprende **75.009** personas, de las cuales **37.998 (51%)** presentaron al menos un evento definidor de sida, ya sea al momento del diagnóstico o en una instancia posterior. De ellas, alrededor de **25.000** han fallecido, según información suministrada por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

En el Boletín Epidemiológico de agosto de 2008 se informaron 7.763 personas infectadas menos que en el Boletín de noviembre de 2009. Poco más de la mitad (**4.067**) de estas nuevas notificaciones corresponden a diagnósticos realizados durante el año **2008**, y el resto son notificaciones retrasadas de diagnósticos realizados en años anteriores.

Actualmente, la **tasa de VIH** está estabilizada en alrededor de **12 por 100 mil** habitantes. En el año **2008**, específicamente, se diagnosticaron **4067 personas con infección** por VIH (tasa **10,2**) y **1403 casos de sida** (tasa **3,5** por 100 mil habitantes).

Al analizar las notificaciones según el lugar de residencia, se observa un descenso sostenido de la proporción de residentes de CABA y GBA (Gran Buenos Aires) y un aumento de los que provienen del resto del país.

No obstante estas variaciones, la epidemia sigue concentrada en las grandes zonas urbanas y, especialmente, en el área central del país.

En el nivel nacional, la razón hombre/mujer se mantiene estable desde hace varios años en alrededor de **1,6 hombres por cada mujer** diagnosticada con VIH. En el bienio **2007-2008**, se aprecian grandes diferencias regionales, en parte asociadas a las distintas vías de transmisión que prevalecen en cada área. En ese período, se diagnosticaron **5199 hombres y 3290 mujeres**.

Tanto en el nivel nacional como en los regionales, aumenta la razón a medida que aumenta la edad, y llegan a duplicarse los guarismos del intervalo de 15 a 24 años al de 35 a 44.

Respecto a la edad de diagnóstico, en 2008 la mediana de edad en notificaciones de infección por VIH es de 35 años en varones y 31 años en mujeres.

Se observa un aumento en el nivel de instrucción de los varones, pasando los que tienen secundaria completa o superior del 34,8% a comienzos del 2001, al 42,5% en el período 2007-2008. Entre las mujeres, se observa un ligero descenso del máximo nivel de instrucción alcanzado, que pasa del 28,8% al 27% con secundario completo o superior.

Cabe mencionar que las mujeres tienen menor nivel de instrucción que los varones infectados en todas las regiones.

La evolución de las vías de transmisión por sexo muestra **entre los varones una caída en la vía inyectable**, que aporta tanto a las infecciones por relaciones heterosexuales como por relaciones homosexuales.

Entre los varones, se observa un ligero aumento de las infecciones por relaciones homosexuales en los últimos dos años. En tanto, la proporción de varones infectados por relaciones heterosexuales permanece estable.

En el caso de las mujeres, también se observa la caída en las infecciones por uso compartido de material para consumir drogas y un consiguiente aumento de la infección por relaciones heterosexuales, que en los últimos 4 años se ubicó sin variaciones en un 87%. Desde hace ya unos años, esa vía de transmisión fue desplazada del segundo al tercer lugar.

En ambos sexos se aprecia la caída a la mitad en la proporción de infecciones por transmisión vertical. Entre los varones desciende del 4%, a comienzos de la década, al 2,2%, en el período 2007-2008; y entre las mujeres cae del 8,8% al 4,1%.

En el GBA siguen en aumento las infecciones por relaciones heterosexuales, que alcanzan el 55% de los diagnósticos en el período 2007-2008. También allí se aprecia un leve ascenso de las infecciones entre varones que tienen sexo con varones, y continúa la caída en la vía uso de drogas inyectables.

En las mujeres el 87,1% de infecciones diagnosticadas en el período 2007 – 2008 tienen como vía de transmisión relaciones heterosexuales; en los hombres esta vía alcanza el 48,5% y las relaciones homosexuales el 35,6%.

*La tasa de mortalidad por sida tiene una evolución descendente y se ubicó en **36 por millón de habitantes** en el año 2007, igual que el año anterior. Se estima que desde el inicio de la epidemia en Argentina murieron alrededor de 25.000 personas por sida.

La tasa de mortalidad por sida en Argentina alcanzó un pico de 59,6 defunciones por millón de habitantes en 1996, para luego descender hasta estabilizarse, en 1999, en 40 defunciones por millón.

Al desagregar los datos por sexo, si bien la tasa de mortalidad ha descendido en forma más marcada entre los varones, se observa que ha cuadruplicado la de las mujeres en su pico y la ha triplicado en la mayor parte del período.

*Con respecto a la tasa de transmisión vertical, no se dispone aún de un indicador general del país, aunque sí de información de algunas jurisdicciones que han comenzado a calcularla. En ellas, el promedio ronda el **6,18%**. Dado que los datos con los que se cuenta son parciales, por el momento esta cifra no puede interpretarse como la tasa de transmisión vertical del país.

En **2008** se diagnosticaron **113 niños** infectados por transmisión perinatal, alcanzando entonces esta vía de transmisión el **2,78%** en relación con el total de casos diagnosticados ese año.

*RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA:

Argentina ha sido uno de los primeros países de América Latina en garantizar la **accesibilidad a los medicamentos** a las personas afectadas de modo directo por el VIH-sida. Al inicio de 2008, proveía a través de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DS y ETS) del Ministerio de Salud, tratamientos antirretrovirales para 26.500 personas y medicación para enfermedades oportunistas. También garantizaba la medicación necesaria para la prevención de la transmisión vertical, la leche de inicio para la alimentación de los niños hijos de mujeres con VIH y los reactivos necesarios para diagnosticar el VIH, la sífilis y el seguimiento de todas las personas diagnosticadas con VIH, estuvieran o no tomando medicación (CD4, Carga Viral y Test de resistencia). Se compraba y distribuía la medicación para el tratamiento de la sífilis.

Esta respuesta asistencial desde los organismos del Estado no había sido acompañada por una política preventiva de igual magnitud hasta el año 2008, donde se comienza a invertir este déficit.

Para implementar una política preventiva en VIH-sida e ITS (infecciones de transmisión sexual) que de una respuesta adecuada a la epidemia que se presenta en el país y que esté en consonancia con las prácticas reconocidas como óptimas por los organismos internacionales, tendiente a disminuir la incidencia y prevalencia de nuevos casos de VIH/Sida e ITS, así como orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH-sida, el país contaba con algunas **fortalezas** tales como:

*El desarrollo de acciones locales, más allá de la no existencia de lineamientos nacionales¹;

*Uno de los sistemas públicos de salud más extensos de la región, medido en términos de establecimientos sanitarios. Baste señalar a modo de indicador que el 99.2% de los partos del país son institucionalizados (Indicadores Básicos. Argentina 2008. Ministerio de Salud de la Nación/OPS);

*Un desarrollo relativamente importante de asociaciones dentro de la sociedad civil, muchas de ellas con alta vocación de participación en temas comunitarios y de salud; a pesar de ello, hay indicios de que las acciones de prevención de dichas organizaciones son limitadas en cuanto a su cobertura poblacional y geográfica, limitación que se ha aunado a la falta de políticas explícitas relacionadas a la prevención.

*Los desarrollos realizados a partir de los fondos del LUSIDA -proyecto del Ministerio de Salud financiado por el Banco Mundial- primero y del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida después, han facilitado la realización de enorme cantidad de subproyectos y acciones en materia de prevención y mejoramiento de la calidad de la respuesta asistencial, financiando actividades puntuales a grupos de la sociedad civil, de organizaciones de los grupos vulnerables así como del propio sistema público de salud.

¹ Con excepción del trabajo sostenido en prevención de la transmisión vertical del VIH

También gracias a los aportes del Fondo Mundial se han realizado investigaciones que han permitido mejorar el diagnóstico sobre las poblaciones más vulnerables al VIH-sida e ITS, así como sobre la calidad de vida de las personas con VIH.

Una de las principales **debilidades** de nuestro país en la respuesta al VIH, era la falta de un **diagnóstico nacional** sobre el estado del acceso universal a las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En esta carencia debe incluirse también la necesidad de conocer de modo sistemático cómo se maneja el monitoreo y la evaluación desde las jurisdicciones así como los procedimientos de notificación epidemiológica de casos e infecciones por VIH/Sida y otras ITS.

Es por ello que durante 2008 se realizó una **investigación diagnóstica** involucrando en su ejecución al equipo de nivel nacional y a los equipos de los programas jurisdiccionales, buscando de este modo no sólo contar con un diagnóstico de la respuesta sino también con un aumento del interés por parte de estos programas y de otros actores en la respuesta al VIH en diagnosticar y mejorar su respuesta integral al VIH (con un particular énfasis en la respuesta preventiva). El estudio incluyó 21 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 8 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires. (1)

Esta investigación se propuso brindar también la información indispensable para nutrir la nueva ronda de encuentros de **Planificación Estratégica Nacional** y las planificaciones regionales con datos que permitan conversar y programar esfuerzos y acciones futuras basadas en información sistematizada y no más en impresiones parciales.

La “*Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo*”, es el producto de un proceso de planificación estratégica nacional (PPEN) entre los distintos actores y sectores involucrados en el trabajo contra la epidemia de VIH, comprometidos en garantizar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo de todos los Argentinos, para el período 2008/2011.

El PPEN, a través de sus cuatro ejes estratégicos y sus diferentes líneas de acción constituye una guía de las acciones contra el VIH/sida entre los años 2008 y 2011, tanto del sector gubernamental, no gubernamental como de la cooperación internacional. Participaron del proceso diferentes sectores del gobierno nacional, jefes de programas provinciales, representantes de las agencias internacionales con trabajo en VIH/sida, representantes de organizaciones de la sociedad civil y representantes de Personas que viven con VIH, diseñando y acordando cuatro ejes estratégicos, que definen una hoja de ruta sólida hacia el acceso universal a la prevención, la atención, tratamiento y apoyo de las personas viviendo con el VIH y Sida y de la población general. Estos ejes otorgan una base consistente a la respuesta nacional al VIH y el SIDA en la Argentina para el período 2008 a 2011.

Los cuatro ejes se ordenan en base a cuatro dimensiones: el eje 1 con relación al conocimiento de la epidemia en el país; el eje 2 sobre el acceso a la prevención de la transmisión del VIH; el eje 3 con relación a la atención, tratamiento y apoyo a las PVVS (personas viviendo con VIH/sida); y el eje 4 sobre la relación con la instalación y desarrollo de capacidades y competencias de los actores para una respuesta global y articulada a la epidemia:

*EJE ESTRATÉGICO 1: Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de nuestra epidemia de VIH/SIDA a nivel del país, como de las provincias y municipios, desde sus particularidades.

*EJE ESTRATÉGICO 2: Garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general, con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH: personas en situación de pobreza (PSP), personas usuarias de drogas (PUD), hombres que tienen sexo con hombres (PHSH), hombres gays (HG), trabajadoras/es sexuales (TS), personas privadas de libertad (PPL), población trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, pueblos originarios.

*EJE ESTRATÉGICO 3: Garantizar – de manera integral- el acceso a la atención calificada por equipos multidisciplinarios, en cuanto a la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psico-social de las personas afectadas por el VIH y el SIDA.

*EJE ESTRATÉGICO 4: Desde el sector público y la sociedad civil y en el nivel de los municipios, de las provincias y de la nación, desarrollar: recursos humanos, fortalezas organizacionales, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, así como competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, SIDA e ITS.

En el lapso que va de comienzos de 2008 hasta la actualidad, se pusieron en marcha distintas iniciativas puntuales tendientes a responder a estas estrategias:

Entre otras, cabe mencionar la **mejora en la accesibilidad al tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH**, materializada en una simplificación de los trámites a cargo de los pacientes, así como en el establecimiento de criterios simples para la autorización de los estudios de seguimiento, e incorporación de nuevas drogas para tratamientos de rescate como darunavir, tipranavir, enfuvirtide (2008) y raltegravir (2009).

En este mismo sentido se orientan la **descentralización de la logística para la distribución de los medicamentos** —que acerca estos insumos a los lugares a los que concurren habitualmente las personas con VIH—, así como el **control de calidad** de los laboratorios y del tipo de medicación prescrita.

En el terreno de la **promoción y accesibilidad al preservativo y otras herramientas preventivas**, se está estructurando un sistema de distribución de estos recursos que facilita su llegada directa a los efectores de salud. Además, se ha incrementado y fortalecido la participación de organizaciones sociales y otros organismos estatales que no pertenecen al área de la salud, tanto en la promoción como en la distribución de diversos instrumentos de prevención.

Un punto central para una respuesta integral a la epidemia de VIH-sida y de otras ITS es la **articulación dentro de este Ministerio entre las políticas de salud reproductiva y las de maternidad e infancia**, sobre todo en aquellas medidas y lógicas de trabajo conjunto, para la promoción del sexo seguro.

También merece subrayarse en el terreno de las respuestas, la promoción y **accesibilidad al test de VIH con asesoramiento**. Con el objetivo de instalar en el mediano plazo lugares de testeo con asesoramiento en Centros de Atención Primaria de todo el país —amigables y accesibles a la población general—, se comenzó un proceso de formación con profesionales vinculados al campo de la prevención y al área de laboratorio en distintas regiones del país.

A fin de mejorar el conocimiento de la epidemia, se están desarrollando **talleres de fortalecimiento de la vigilancia** con los referentes de epidemiología de los programas de sida provinciales, cuyo producto, en parte, se refleja en la disminución de la subnotificación registrada en los datos.

Se estructuraron **cinco áreas de trabajo** que no existían en la Dirección de Sida y ETS hasta el año 2008: Asistencia (con las subáreas Medicamentos y Reactivos); Prevención; Estudios e Investigación, Comunicación Social y Administración. Cada una de estas áreas desarrolló actividades específicas (ver detalle en “Respuesta Nacional a la epidemia de Sida”).

*DATOS DE LOS INDICADORES DEL UNGASS EN UNA TABLA GENERAL:

INDICADORES	DATOS
Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categorías y fuentes de financiación.	Se adjunta.
Índice Compuesto de Política Nacional.	Se adjunta.
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.	100% . 800000/800000

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia ARV.	72%. 40240/57000
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibe fármacos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	90%. 2039/2266
Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH.	83,33%. 250/300
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.	23,09%. 806/3490
Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	HSH 85,02% (261/307) T.SEX 61,93% (257/415)
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH.	T.SEX 89,78% 334/372
Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil.	No se reporta. Sin datos.
Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basadas en las	3,43%. 451/13159

aptitudes para la vida durante el último curso académico.	
Tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad.	No se reporta. Sin datos.
Tasa actual de asistencia a la escuela de niños de 10 a 14 años con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.	No se reporta. Sin datos.
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	92,97%. 1150/1237
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.	HSH 96,09% 295/307 T.sex 95,66% 397/415
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.	18,72%. 187/999
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 meses.	No se reporta. Indicador sin relevancia.
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.	82,01%. 611/745

Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	98,55% . 408/414
Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.	Estable 59,5% . 182/307 Ocasional 90,2% 239/265
Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.	Estable 27,2% 146/536 Ocasional 64,3% 182/283
Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.	90,67% . 68/75
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH.	0,35% 2450/700000
Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH.	HSH 11,76% 187/1590 UD 4,8% 31/647 No UDI 5,3% 32/605 UDI 11,90% 5/42 T Sex 5,41% 74/1368 T Sex varones 22,84% 53/232 T Sex mujeres 1,85% 21/1136 Trans 27,6% 30/108
Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas.	5,67% 19/335

PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA:

La epidemia del VIH-sida en la Argentina ha ido cambiando con el correr de los años, tal como se mencionara anteriormente. Del mismo modo, también cambió la respuesta que se fue dando desde el Estado y la sociedad civil. Algunos factores que explican estos cambios en el proceso de salud/enfermedad/atención del VIH-sida, son la aparición de la medicación antirretroviral de alta eficacia y su accesibilidad a mediados de los años 90, el cambio en la modalidad de consumo de drogas ilegales hacia fines de esa década, el proceso de pauperización y feminización de los últimos quince años, y el aumento en el uso del preservativo en algunos sectores sociales. (2)

Actualmente Argentina presenta una **epidemia concentrada**, lo que significa que la **prevalencia de VIH** en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es **menor al 1%**, y que existen algunos **grupos** en los que esta prevalencia es igual o mayor al **5%**. Distintos estudios han determinado estas cifras en los siguientes colectivos:

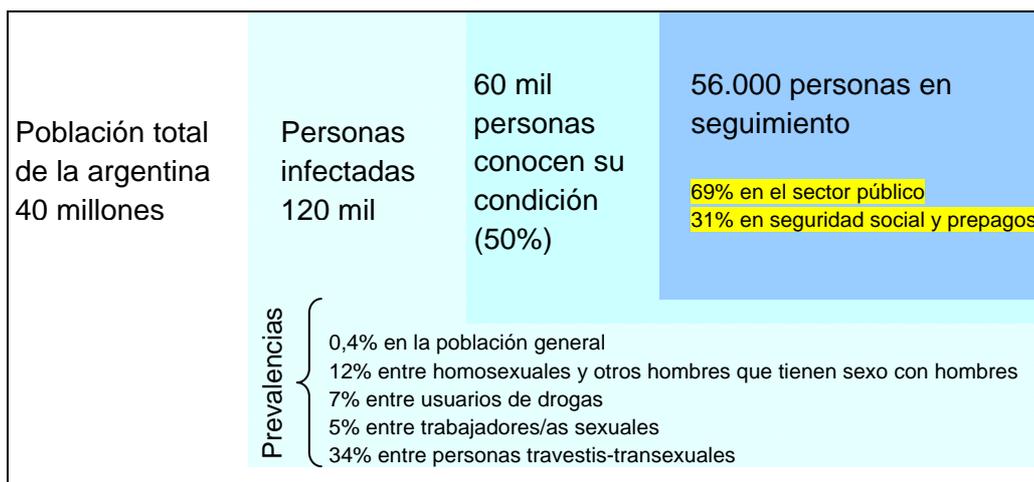
*travestis-transsexuales (34%),

*homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%),

*usuarios de drogas (7%)

*y trabajadores/as sexuales (5%).

Respecto a la cantidad de personas infectadas, se estima que ascienden a **120.000**. La mitad de las mismas conocen su condición y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud. De ellas, **41.000** reciben medicación antirretroviral (ARV), 69% proporcionada por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y el resto a través de la Seguridad Social y los servicios de salud prepagos. El otro 50% de las personas infectadas desconocería su serología, estimación consistente con encuestas poblacionales desarrolladas en los últimos años.



En relación con la notificación, desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2008 se registraron **75.009** casos de VIH/sida, el 51% de los cuales presentaron por lo menos un evento definidor de sida. En el año **2008**, se diagnosticaron y registraron **4.067** casos de infección por VIH y **1.403** casos de sida.

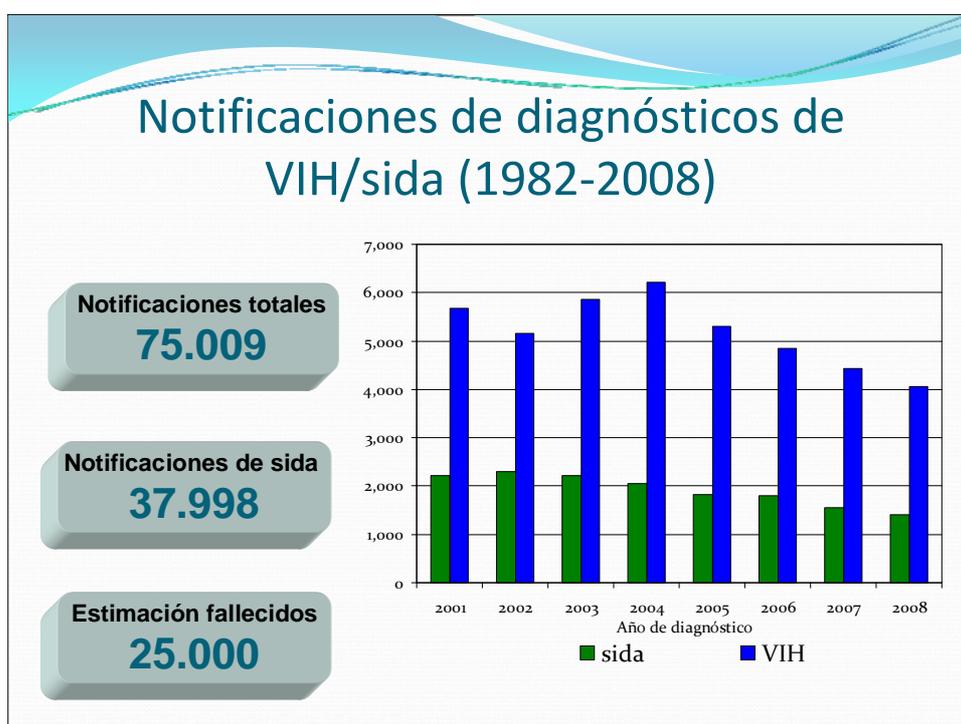
Tres indicadores que permiten realizar comparaciones internacionales son: la tasa de casos notificados de sida, la tasa de mortalidad por sida, y la tasa de transmisión vertical.

TASA DE CASOS NOTIFICADOS DE SIDA:

La modalidad de notificación cambió en nuestro país a partir del año 2001; hasta entonces, sólo se notificaban los casos de sida. A partir de ese año, también se implementó la notificación obligatoria de los diagnósticos de infección por VIH, aunque algunas jurisdicciones, como CABA, se sumaron tardíamente.

La tasa de casos de sida fue aumentando hasta el año 1997 (9,2 por 100 mil habitantes) y, a partir de ese momento, comenzó a disminuir por la introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, hasta ubicarse en alrededor de 4 por 100 mil habitantes en los últimos años.

El total de notificaciones de diagnósticos de infección por VIH o casos de sida correspondientes a eventos ocurridos entre los años 1982 y 2008 inclusive, que fueron recibidas hasta el 30 de junio de 2009, comprende **75.009** personas, de las cuales **37.998 (51%)** presentaron al menos un evento definidor de sida, ya sea al momento del diagnóstico o en una instancia posterior. De ellas, alrededor de **25.000** han fallecido, según información suministrada por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.



(3)

En el Boletín Epidemiológico de agosto de 2008 se informaron 7.763 personas infectadas menos que en el Boletín de noviembre de 2009. Poco más de la mitad (**4.067**) de estas nuevas notificaciones corresponden a diagnósticos realizados durante el año **2008**, y el resto son notificaciones retrasadas de diagnósticos realizados en años anteriores.

Desde el año 2001, en que se inició el reporte obligatorio de infecciones por VIH (antes se reportaban casos de sida), las principales jurisdicciones notificantes fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), cuyos establecimientos de salud

produjeron el 31% del total de las notificaciones recibidas; la provincia de Buenos Aires (29%); Córdoba (6%) y Santa Fe (4%).

Entre el 88 y el 100% de las notificaciones que remite cada jurisdicción corresponde a residentes del propio distrito, a excepción de la CABA, donde sólo el 43% de las notificaciones producidas corresponden a residentes de esa ciudad, el 50% se refiere a habitantes de la provincia de Buenos Aires, y el resto a residentes de otros distritos. Cabe aclarar que, para el análisis de los datos, las personas se agrupan según su lugar de residencia y no según el de notificación.

La información epidemiológica se presenta en tres niveles de agregación: nacional, regional y jurisdiccional. En relación con el nivel regional, se definieron siete zonas:

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- Gran Buenos Aires (GBA): regiones sanitarias V (cabecera en San Isidro), VI (cabecera en Lomas de Zamora), VII (cabecera en General Rodríguez) y XII (cabecera en La Matanza).
- Centro: regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires I, II, III, IV, VIII, IX, X y XI; Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.
- Noroeste Argentino (NOA): Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero, Salta, Tucumán.
- Noreste Argentino (NEA): Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones.
- Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis.
- Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Tasas de incidencia de diagnóstico de infecciones por VIH y casos de sida:

La tasa de incidencia de sida alcanzó un pico en el bienio 1996-1997, momento en que se produjo un cambio en la definición de caso y se introdujeron tres nuevas enfermedades marcadoras. A partir de entonces, la caída en las tasas de casos de sida después del año 1997 se interpreta como resultado de la implementación de la terapia antirretroviral de alta eficacia en nuestro país. Al descenso inicial le siguió un período de estabilización, con una tasa de entre 5 y 6 casos de sida cada 100 mil habitantes. El

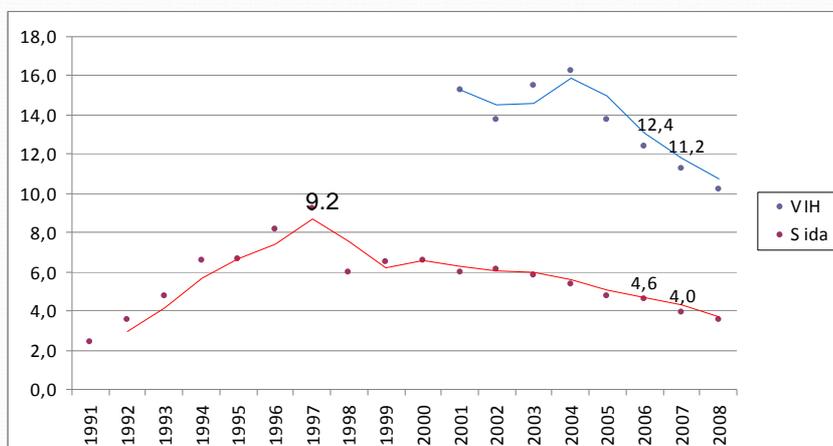
descenso sostenido a partir de 2004 también puede estar relacionado con la subnotificación de casos. En los últimos años, se reciben alrededor de 1.800 notificaciones de personas que, por primera vez, presentan una enfermedad marcadora. Algunos son diagnósticos simultáneos de VIH y sida, y otros son eventos que se presentan en personas previamente notificadas con infección.

Con respecto a la evolución de la tasa de diagnóstico de VIH, luego de alcanzar un pico de 16,2 en 2004, comenzó a descender hasta ubicarse en alrededor de 12,4 en 2006, último período en el que el retraso de la notificación no está afectando de modo significativo el cálculo. Se están reportando entre 5 y 6 mil nuevos diagnósticos por año.

El pico que alcanzó la tasa en el año 2004 es, en parte, producto de un proceso de intensificación de la vigilancia epidemiológica. Es importante tener en cuenta que, debido a los retrasos en la notificación, los años 2007 y 2008 no pueden considerarse completos. Si la tasa de retraso se sostiene en el tiempo, podemos suponer que la **tasa de VIH** está estabilizada en alrededor de **12 por 100 mil** habitantes.

En el año **2008**, específicamente, se diagnosticaron **4067 personas con infección** por VIH (tasa **10,2**) y **1403 casos de sida** (tasa **3,5** por 100 mil habitantes).

Tasa de infección por VIH y tasa nacional de casos de sida notificadas por 100.000 habitantes



Análisis de las variables epidemiológicas 2001-2008:

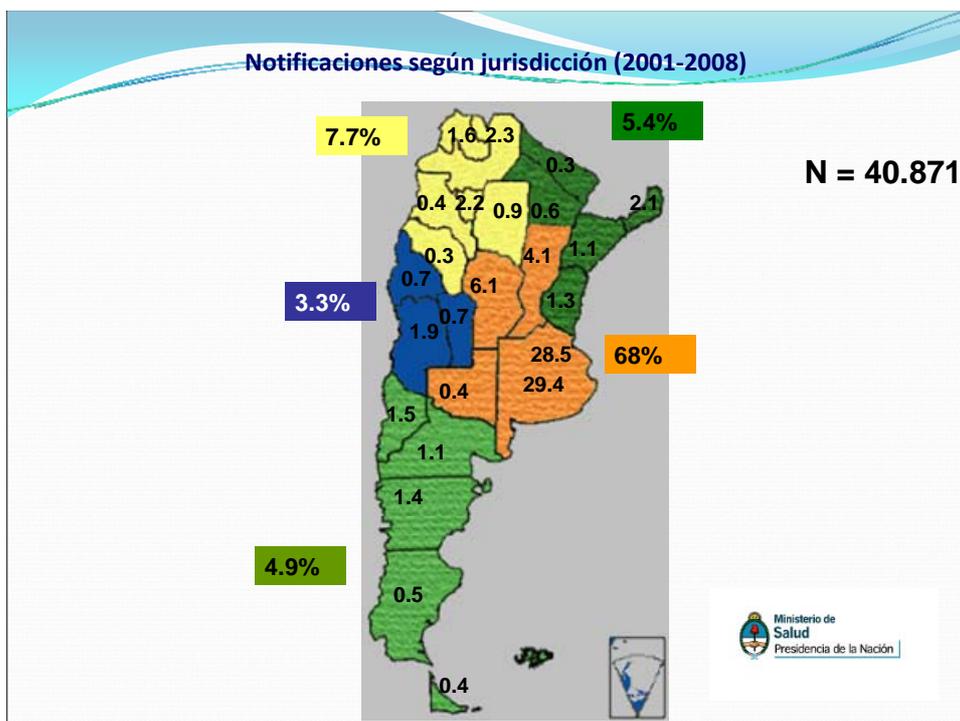
*Lugar de residencia:

Al analizar las notificaciones según el lugar de residencia, se observa un descenso sostenido de la proporción de residentes de CABA y GBA y un aumento de los que provienen del resto del país.

No obstante estas variaciones, la epidemia sigue concentrada en las grandes zonas urbanas y, especialmente, en el área central del país. De los diagnósticos realizados entre los años 2007 y 2008, el **43,8%** corresponde a residentes del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), proporción que se eleva al **70,6%** si se le suma el resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

En la provincia de Buenos Aires la epidemia sigue concentrada en el Gran Buenos Aires. Las regiones sanitarias V (cabecera en San Isidro), VI (cabecera en Lomas de Zamora), VII (cabecera en General Rodríguez) y XII (cabecera en La Matanza),

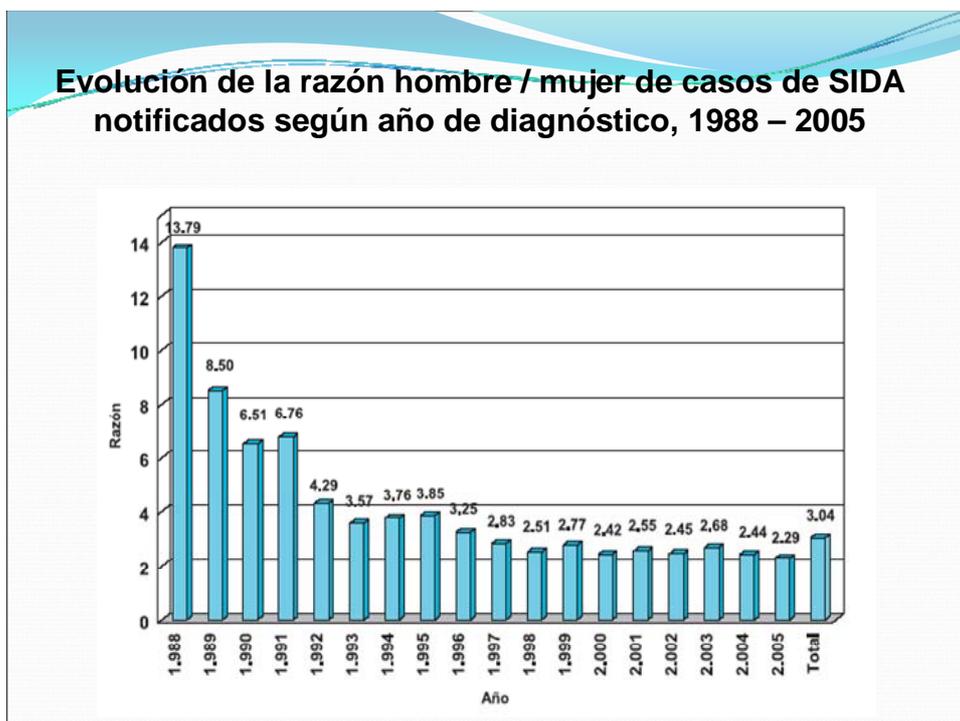
concentran en el período 2007-2008 el 70,6% de los diagnósticos de toda la provincia, un 10% menos que al comienzo de la década. Las otras zonas con proporciones importantes de personas infectadas son las regiones sanitarias VIII (cabecera en Mar del Plata) y XI (cabecera en La Plata), con 9,7% y 6,7% respectivamente.



*Razón hombre/mujer:

En el nivel nacional, la razón hombre/mujer se mantiene estable desde hace varios años en alrededor de **1,6 hombres por cada mujer** diagnosticada con VIH. En el bienio **2007-2008**, se aprecian grandes diferencias regionales, en parte asociadas a las distintas vías de transmisión que prevalecen en cada área. El GBA y el NEA presentan las razones más bajas (1,2 y 1,1 respectivamente) mientras que CABA y Cuyo duplican esos indicadores, con valores de 2,3 y 2,5 respectivamente. Finalmente, el NOA, Centro y Patagonia, se ubican alrededor de la media nacional. En ese período, se diagnosticaron **5199 hombres y 3290 mujeres**.

Tanto en el nivel nacional como en los regionales, aumenta la razón a medida que aumenta la edad, y llegan a duplicarse los guarismos del intervalo de 15 a 24 años al de 35 a 44.

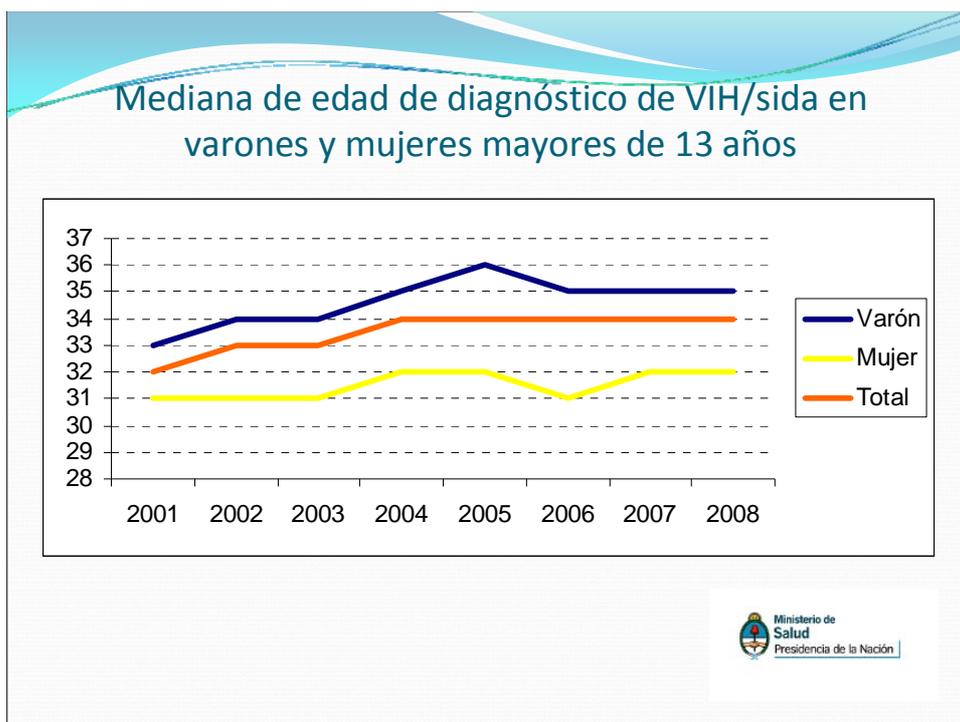


*Edad de diagnóstico:

Se observa un aumento de la mediana de edad en varones en todas las áreas, salvo en la CABA.

Para el período 2007-2008, las edades más altas entre varones corresponden al GBA, mientras que las más bajas al NEA y al NOA. Entre las mujeres, las edades más altas corresponden a la CABA, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y Centro, y las más bajas también al NEA y al NOA.

En **2008** la mediana de edad en notificaciones de infección por VIH es de **35 años en varones y 31 años en mujeres.**



*Nivel de instrucción alcanzado:

A fin de evitar el sesgo de incluir a los adolescentes que están cursando los estudios secundarios, el nivel de instrucción se calculó sólo entre las personas mayores de 18 años al momento del diagnóstico. Se observa un **aumento en el nivel de instrucción de los varones**, pasando los que tienen secundaria completa o superior del 34,8% a comienzos del 2001, al 42,5% en el período 2007-2008. **Entre las mujeres, se observa un ligero descenso del máximo nivel de instrucción alcanzado**, que pasa del 28,8% al 27% con secundario completo o superior.

Cabe mencionar que las mujeres tienen menor nivel de instrucción que los varones infectados en todas las regiones.

*Vías de transmisión:

La evolución de las vías de transmisión por sexo muestra **entre los varones una caída en la vía inyectable**, que aporta tanto a las infecciones por relaciones heterosexuales como por relaciones homosexuales.

Entre los varones, se observa un ligero aumento de las infecciones por relaciones homosexuales en los últimos dos años. En tanto, la proporción de varones infectados por relaciones heterosexuales permanece estable. En el lapso 2005-2008, el 48% de los varones se infectó por vía heterosexual y el 34% por relaciones con otros varones.

La vía inyectable cae del 21% al 5,3% en los varones, y del 6,7% al 1,4% en las mujeres, entre los años 2001 y 2008.

En el caso de las mujeres, también se observa la caída en las infecciones por uso compartido de material para consumir drogas y un consiguiente aumento de la infección por relaciones heterosexuales, que en los últimos 4 años se ubicó sin variaciones en un 87%. Desde hace ya unos años, esa vía de transmisión fue desplazada del segundo al tercer lugar.

En ambos sexos se aprecia la caída a la mitad en la proporción de infecciones por transmisión vertical. Entre los varones desciende del 4%, a comienzos de la década, al 2,2%, en el período 2007-2008, y entre las mujeres cae del 8,8% al 4,1%.

Entre los varones, a nivel regional, en la CABA no se ven cambios en la vía de transmisión heterosexual. En cambio, entre los infectados por relaciones con otros varones, luego de una caída a mediados de la década, vuelve a ascender hasta alcanzar casi la mitad de los nuevos diagnósticos en el último bienio. **En el GBA siguen en aumento las infecciones por relaciones heterosexuales, que alcanzan el 55% de los diagnósticos en el período 2007-2008.** También allí se aprecia un leve ascenso de las infecciones entre varones que tienen sexo con varones, y continúa la caída en la vía uso de drogas inyectables.

En el período 2007-2008, la principal vía de transmisión entre los varones son las relaciones heterosexuales, salvo en la CABA y Cuyo. En la ciudad de Buenos Aires, la

principal vía es la práctica homosexual, y en Cuyo, comparten el primer puesto ambos tipos de prácticas sexuales.

Los varones infectados por vía heterosexual se diagnostican entre 4 y 6 años más tarde que los que se infectan por prácticas homosexuales. Al analizar la evolución de las vías de transmisión por grupos de edad, en todos se observa que a lo largo de la última década disminuye la vía de uso de drogas inyectables y aumentan las otras vías.

Entre 2001 y 2008 se ha incrementado la transmisión a través de relaciones homosexuales en todos los grupos de edad, excepto entre los mayores de 45 años.

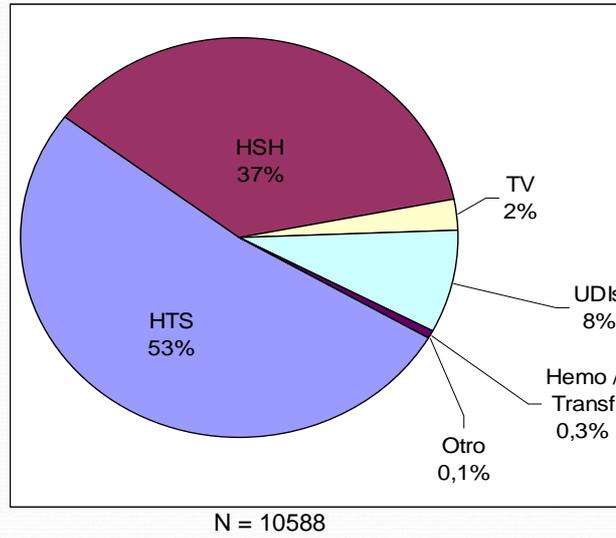
Al cruzar la información sobre las vías de transmisión y el nivel de instrucción, no se aprecian cambios significativos a lo largo de la década. El 59% de los varones infectados por prácticas homosexuales tiene secundario completo o más, casi el doble que los infectados por vía heterosexual (31,5%), y cinco veces más que los infectados por uso compartido de equipos de inyección (13%).

Cuando anteriormente se comparó el nivel de instrucción entre varones y mujeres – tomando este dato como indicador del nivel socioeconómico–, se mostraba que en promedio los varones tenían mayor nivel que las mujeres. No obstante, al diferenciar a los varones según la práctica a través de la que se infectaron, se aprecia que ese cuadro se modifica.

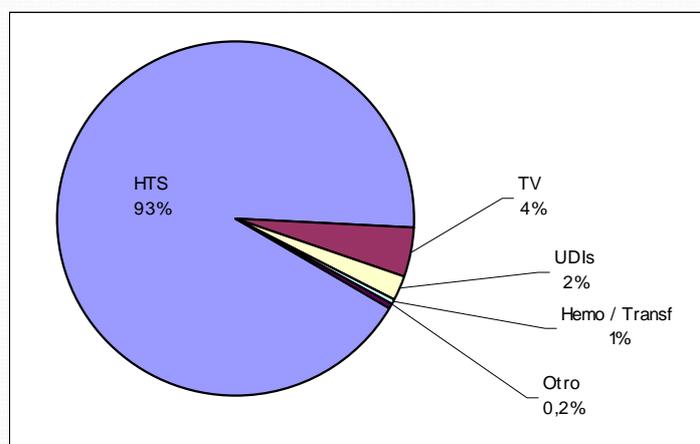
Tomando el máximo nivel de instrucción entre los varones excluyendo a aquellos que se infectaron por relaciones homosexuales, el cálculo cambia. Así, el nivel de instrucción cae notablemente y queda entonces apenas por encima del de las mujeres, y en algunas jurisdicciones incluso por debajo, por ejemplo, en Salta y Mendoza.

En las mujeres el 87,1% de infecciones diagnosticadas en el período 2007 – 2008 tienen como vía de transmisión relaciones heterosexuales; en los hombres esta vía alcanza el 48,5% y las relaciones homosexuales el 35,6%.

Vías de transmisión de VIH según año de diagnóstico en varones – Argentina (2005-2008)



Vías de transmisión de VIH según año de diagnóstico en mujeres – Argentina (2005-2008)



N = 6753

TASA DE MORTALIDAD POR SIDA

La tasa de mortalidad por sida tiene una evolución descendente y se ubicó en **36 por millón de habitantes** en el año 2007, igual que el año anterior. Se estima que desde el inicio de la epidemia en Argentina murieron alrededor de 25.000 personas por sida.

La tasa de mortalidad por sida en Argentina alcanzó un pico de 59,6 defunciones por millón de habitantes en 1996, para luego descender hasta estabilizarse, en 1999, en 40 defunciones por millón.

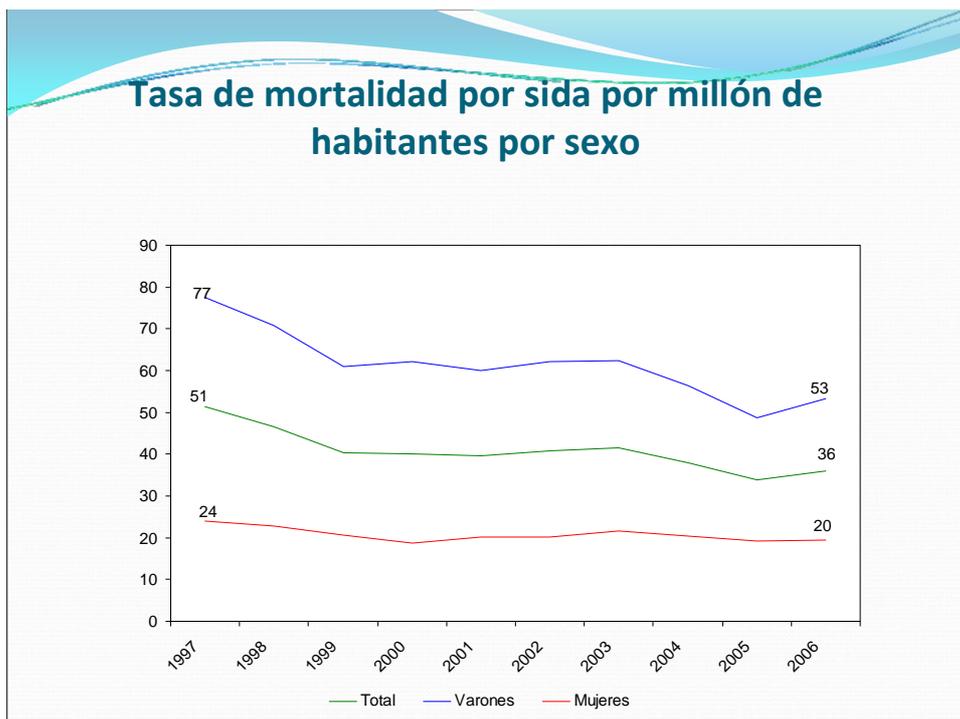
Al desagregar los datos por sexo, si bien la tasa de mortalidad ha descendido en forma más marcada entre los varones, se observa que ha cuádruplicado la de las mujeres en su pico y la ha triplicado en la mayor parte del período.

La disminución de la brecha entre ambos sexos, en los últimos años, se ha producido a expensas de la mayor caída de la tasa de mortalidad en hombres.

Al analizar la tasa de mortalidad por grupo de edad, se observa un claro descenso a partir del año 1997 en todos los grupos hasta los 35 años. A partir de este intervalo, se observa una tendencia en ascenso, que muestra diferencias al desagregarla por sexo. Mientras que en los varones el único grupo que muestra una tendencia en ascenso es el de los de 45 años o más, en las mujeres este aumento afecta, también, al grupo de 35 años o más.

La tendencia en las tasas de mortalidad en el país está fuertemente influenciada por el peso relativo de las tasas de la CABA y la provincia de Buenos Aires. Nótese, por ejemplo, que en el pico de mortalidad del año 1996, antes de la introducción de la terapia antirretroviral, las tasas de la CABA y de la provincia de Buenos Aires fueron de 197 y 85,8 fallecidos por millón de habitantes, respectivamente; muy por encima de las restantes jurisdicciones.

Al analizar la mortalidad porcentual por sida, se observa que el porcentaje más alto, para ambos sexos, corresponde al del grupo de 25 a 34 años. Sin embargo, en los hombres, se registra un cambio en la tendencia: a partir del año 2003, la mortalidad porcentual por sida, en el grupo de 35 a 44 años, superó a la del grupo de 25 a 34. En el año 2007, el porcentaje fue de 7% y 4,8% respectivamente.



TASA DE TRANSMISIÓN VERTICAL:

Con respecto a la tasa de transmisión vertical, no se dispone aún de un indicador general del país, aunque sí de información de algunas jurisdicciones que han comenzado a calcularla. En ellas, el promedio ronda el **6,18%**. Dado que los datos con los que se cuenta son parciales, por el momento esta cifra no puede interpretarse como la tasa de transmisión vertical del país.

Durante el período 1986-2008 se notificaron 3.900 casos de personas infectadas por transmisión vertical, de los cuales 934 (24%) fueron diagnosticados entre 2001 y 2008. El descenso en el porcentaje de personas infectadas por esta vía, a partir del período 1995-1996, se vincula a la implementación en nuestro país de la **universalización de la oferta de testeo a las mujeres embarazadas**, que permitió la aplicación de las estrategias preventivas demostradas en el estudio **ACTG 076**.

Sin embargo, tampoco podemos dejar de considerar la subnotificación de casos de la población pediátrica.

El análisis de la edad al momento del diagnóstico demostró que el 35,1% de los niños fueron diagnosticados durante el primer año de vida y el 57,31% antes de cumplir los dos años.

En cuanto a la distribución según jurisdicción notificante, los datos señalan que el 71,2% (2.743) de las notificaciones de infecciones por transmisión vertical provienen del Área Metropolitana (AMBA), seguidas, en orden de frecuencia, por Santa Fe (4,2%) y Córdoba (3,2%).

En **2008** se diagnosticaron **113 niños** infectados por transmisión perinatal, alcanzando entonces esta vía de transmisión el **2,78%** en relación con el total de casos diagnosticados ese año.

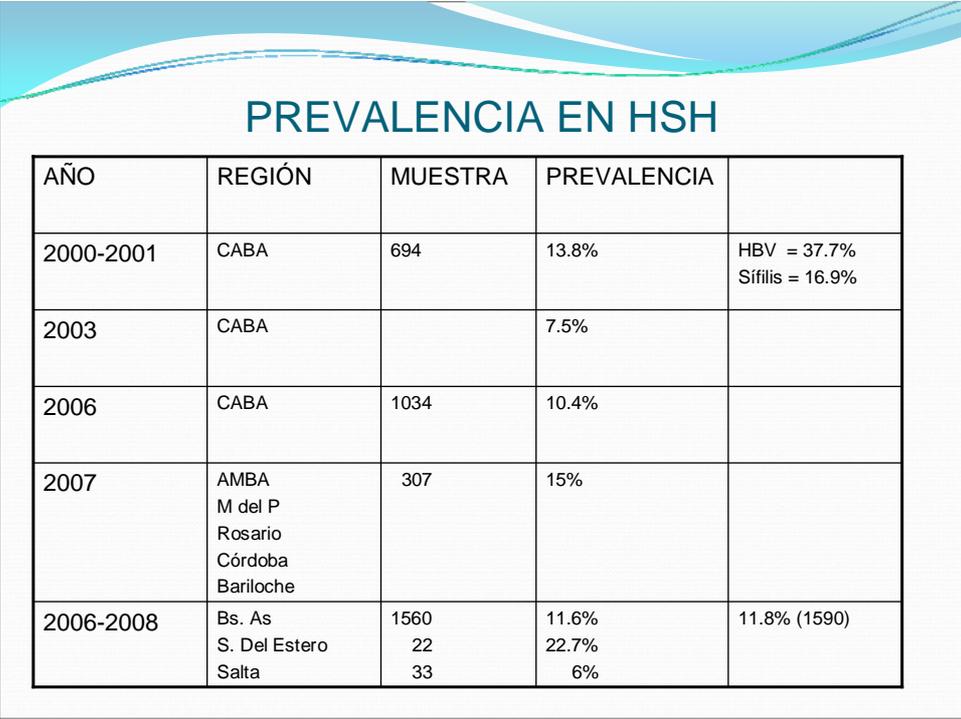
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SEGUNDA GENERACIÓN

Con el objeto de conocer mejor la epidemia en nuestro país, la Dirección de Sida y ETS, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ONUSIDA, desarrolló durante el último año un trabajo de sistematización y análisis de los estudios disponibles, que pueden encuadrarse bajo el rótulo de “vigilancia epidemiológica de segunda generación”. Se considera como tales a los estudios que permiten conocer mejor la distribución del VIH en diversas subpoblaciones vulnerables, caracterizar a las personas recientemente infectadas, describir las prácticas prevalentes en los distintos colectivos, y los factores sociales y biológicos asociados con la transmisión del VIH. (4)

Varones homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres

Se analizó un total de seis estudios, cinco de los cuales contaban con datos de prevalencia. Cabe aclarar que, en dos de ellos, no se incluyeron a las personas que ya conocían su diagnóstico y, por lo tanto, la prevalencia está subestimada. Sólo hubo un estudio con un diseño prospectivo, que permitió estimar la incidencia de infección en 3,9/100 personas año (Segura, 2003). Los estudios analizados corresponden a una población heterogénea, debido a que en algunos se incluye a las personas transexuales, travestis y transgéneros dentro de esta categoría, y en otros no.

La mayoría de la población incluida es del área metropolitana de Buenos Aires —en particular de la ciudad de Buenos Aires (CABA)— por lo que la representatividad de la muestra se circunscribe fundamentalmente a esta área geográfica y la prevalencia en otras zonas puede ser inferior.



AÑO	REGIÓN	MUESTRA	PREVALENCIA	
2000-2001	CABA	694	13.8%	HBV = 37.7% Sífilis = 16.9%
2003	CABA		7.5%	
2006	CABA	1034	10.4%	
2007	AMBA M del P Rosario Córdoba Bariloche	307	15%	
2006-2008	Bs. As S. Del Estero Salta	1560 22 33	11.6% 22.7% 6%	11.8% (1590)

(5)

Población trans

Se analizaron cuatro estudios con datos de seroprevalencia, en dos de los cuales se obtuvieron datos en áreas geográficas diferentes de Buenos Aires y Capital Federal. El tamaño muestral, en el caso de las trans, fue significativamente menor comparado con los otros subgrupos. La mayoría de la población incluida es de Buenos Aires y CABA, aunque dado que una parte significativa de esta población es migrante, es difícil establecer a qué grupo se puede aplicar la información obtenida. La mayor parte de la población ingresada fue joven (promedio de 29 años de edad), económicamente activa, con bajo porcentaje de trabajo formal, alta prevalencia de trabajo sexual y escasa utilización del preservativo, a pesar de reconocerlo como un método eficaz de cuidado. La prevalencia de infección por VIH y otras ITS es significativamente mayor con respecto a las otras subpoblaciones.



PREVALENCIA EN TRANS

AÑO	REGIÓN	MUESTRA	PREVALENCIA	
2002-2008	CABA	108	27.6%	HBC = 3.7% Sífilis = 42.3%
2006	CABA	455	34.47%	
2007	AMBA M del P Rosario Córdoba Bariloche	88	15%	
2006-2008	Bs. As S. del Estero Rosario Córdoba La Plata	22 30 5 50 15	45.4% 13.3% 80 % 40% 20%	122 (34.2%)

Usuarios de drogas

Para la población de usuarios de drogas (UD) se analizaron cinco estudios, de los cuales tres midieron prevalencia. Se obtuvieron datos de áreas geográficas diferentes de Buenos Aires y Capital Federal. En esta población se observan dos grupos con

comportamiento diferenciado: los de mayor edad, que participaron desde el inicio en los programas de reducción de daños con prácticas vinculadas a la prevención y al cuidado en el consumo; y los más jóvenes, que refieren menor participación en estas estrategias. También hay que destacar los cambios en las pautas de consumo, con disminución de la población que usa drogas inyectables en grupo y aumento en el consumo individual de drogas no inyectables.

PREVALENCIA EN UD

AÑO	REGIÓN	MUESTRA	PREVALENCIA	
2006-2007	CABA	1034	6.7%	
2007	AMBA M del P Rosario Córdoba Bariloche	261	15%	
2008	Bs. As La Plata Rosario Tucumán	647	4.8%	No UDIs = 5.3% (494) UDIs = 11.9% (42)

Trabajadoras y trabajadores sexuales

En esta población se analizaron cuatro estudios. Dos de ellos midieron prevalencia y ninguno informó incidencia. Si bien las investigaciones se llevaron a cabo en CABA, Conurbano, Rosario, Córdoba y Mendoza, la mayor parte de la información proviene de trabajadores/as sexuales del AMBA. No obstante, el número de participantes de otras provincias fue mayor, si lo comparamos con otros grupos vulnerables estudiados.

La mayoría de los estudios que incluye la encuesta se realizó en personas mayores de 18 años, ya que el trabajo con menores se consideró explotación infantil y no fue analizado en los estudios revisados. En general, la información proviene de estudios

observacionales de corte transversal o encuestas cuali-cuantitativas. La mayor parte de los estudios se realizó con personas que trabajan en la calle, por lo que resulta difícil extrapolar las conclusiones a todo el universo de trabajadoras/es sexuales.

PREVALENCIA EN TS

AÑO	REGIÓN	MUESTRA	PREVALENCIA VIH	PREVALENCIA SÍFILIS
2000-2002	CABA	296	3.4%	42.2% (270)
	La Plata	100	1%	20.0% (100)
	Córdoba	86	2.3%	45.3% (86)
	Rosario	12	0%	16.7% (12)
	Mendoza	33	6.1%	40.6 % (32)
	Salta	98	5.1%	77.6% (98)
	Total N	625	3.2%	
2006-2008	CABA	301	8%	Hombres = 22.8% Mujeres = 1.8%
	S del Estero	42	14.3%	
	Viedma	1	0 %	
	Rosario	5	80%	
	Córdoba	52	55.8%	
	La Plata	65	13.8%	
	Muestra total	1368	5.4%	

Conclusiones

La metodología de los estudios fue heterogénea y las muestras no probabilísticas limitan la extrapolación de los resultados. Algunas características fueron comunes entre los grupos, no solamente porque las personas podían pertenecer a más de un grupo, sino también porque las situaciones que generan vulnerabilidad son comunes entre ellos.

Se observó un predominio de la población del área metropolitana de Buenos Aires. En la conformación de las muestras, posiblemente predominen individuos vinculados a organizaciones de la sociedad civil y, por lo tanto, con mayor accesibilidad a las estrategias preventivas.

Sin embargo, **los resultados permiten estimar la prevalencia de VIH en las poblaciones más vulnerables**, información necesaria para el diseño de nuevas investigaciones y para la elaboración de estrategias de prevención y atención del VIH y otras ITS.

ESTUDIOS REALIZADOS POR ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

“Violencia hacia las mujeres y feminización Del VIH/sida en Argentina”, FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer).

El proyecto “Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR” es un proyecto que se desarrolla desde 2008 en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

La investigación es un estudio cuanti-cualitativo multicéntrico exploratorio y descriptivo, para explorar la existencia de situaciones de violencia en mujeres que viven con VIH/SIDA y las vinculaciones entre ambas. La encuesta se aplicó a 101 mujeres de octubre a diciembre de 2008.

Situación observada en Argentina: falta de un registro oficial unificado sobre violencia contra las mujeres, respecto al VIH disminución de la razón hombre/mujer, ausencia de programas gubernamentales que articulen estrategias para mitigar la violencia y el VIH/Sida en las mujeres (con excepción del protocolo de atención de las víctimas de violencia sexual en algunas jurisdicciones).

Algunos hallazgos de la investigación cuantitativa:

*93,1% de las encuestadas refirieron haber padecido situaciones de violencia;

*79,2% padecieron alguna forma de violencia antes del diagnóstico de VIH;

*las formas de violencia suelen presentarse de manera asociada;

*las situaciones de violencia se registraron en todos los grupos socioeconómicos;

*mayor incidencia de violencia en edades jóvenes;

- *70% de las encuestadas presenciaron violencia hacia su madre;
- *de las 37 mujeres que sufrieron abuso sexual infantil el 97,3% sufrió luego otros tipos de violencia;
- *el 81,9% de los casos de violencia sexual fueron infringidos por personas del entorno íntimo;
- *en su historia de violencia, un 52,08% refirió una frecuencia entre una y dos veces, y 33,33% refirió más de cinco veces.

(6)

“VIH/sida + Violencia. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y VIH en el Mercosur. La situación en Argentina”, FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer).

El presente trabajo analiza las estadísticas y la legislación vigente sobre violencia y sobre VIH, así como las políticas públicas referidas a ambas problemáticas.

Afirma que en el campo de las políticas públicas no existen programas gubernamentales que articulen las estrategias para mitigar las pandemias de la violencia de género y el VIH/SIDA en las mujeres.

Entre las políticas referidas al VIH/SIDA y las mujeres, menciona la Norma de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo del VIH desde 1997; la publicación de las Recomendaciones para la Prevención Perinatal del VIH con el objetivo de establecer pautas de funcionamiento para los servicios de salud en 2002; el Protocolo 076 para la mujer embarazada viviendo con VIH (aclarando que su aplicación es muy dispar).

Remarca que el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado en 2002, si bien incluye en su enunciado el abordaje de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, no articula con el Programa Nacional de VIH ni desarrolla actividades conjuntas de prevención y asistencia.

Respecto a las políticas en el campo de la violencia contra las mujeres, destaca la reducción en un 80,3% del presupuesto del Consejo Nacional de la Mujer, y sus intentos erráticos para implementar un Registro Unificado de Casos.

Menciona programas existentes en distintas jurisdicciones (Programa Víctimas contra las Violencias, Oficina de Violencia Doméstica creada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Dirección General de Atención y Asistencia a la Víctima, Centros de Asistencia a la Víctima, Comisarías de la Mujer).

No obstante, enfatiza que las instituciones trabajan sin una adecuada articulación territorial y presentan abordajes diversos de la problemática. A ello se suma la escasa disponibilidad de casas convivenciales o “refugios” para mujeres en situación de violencia en todo el país. Así mismo, destaca la ausencia de una perspectiva de género que oriente las políticas.

Respecto a las acciones de la sociedad civil, desde 1983 las organizaciones de mujeres han desarrollado una amplia actividad de sensibilización social e incidencia en las políticas públicas, en temáticas vinculadas a las distintas formas de violencia de género. En cuanto a las ONG’s que trabajan en VIH/Sida, se han orientado más a garantizar el acceso a medicamentos que a la necesidad de una política integral.

Concluye que se registra la violencia como un factor que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida, llegando en algunos casos a aumentar hasta dos veces el riesgo de infección. También se registra que en muchos casos de diagnóstico del VIH/Sida las mujeres cuando lo informan son agredidas. Esto significa que así como la violencia contra las mujeres es causa del VIH/Sida porque favorece y aumenta la vulnerabilidad y el riesgo, también puede ser una consecuencia y efecto del VIH.

Es por ello que se requieren políticas públicas especiales que prevengan tanto la violencia contra las mujeres como el VIH/Sida y que promuevan la atención integral de estas mujeres. En este sentido los servicios de salud constituyen un factor clave para la investigación del VIH en casos de mujeres y niñas víctimas de violencia. También en las mujeres que viven con VIH la investigación de antecedentes de violencia es

importante para poder darles una atención integral. Así se podrá prevenir y atender los problemas de violencia y Sida que padecen las mujeres y niñas.

Así mismo es fundamental adoptar el protocolo universal de atención de las víctimas de violencia sexual garantizando la atención integral así como la prevención del embarazo con la provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) y la prevención post exposición para la prevención del VIH/Sida. (7)

“HIV seroprevalence and other blood borne and sexually transmitted infections among coca paste users from Buenos Aires, Argentina”, Vila, Galante y otros.
INTERCAMBIOS.

Estudio realizado a 170 usuarios de pasta base en Buenos Aires. Población joven, con bajo nivel de instrucción, alto porcentaje de desempleo.

Presentan las siguientes prevalencias: VIH 2,9%, sífilis 2,4%, hepatitis C 2,4%.

Coinfecciones: VIH/Hepatitis C 40%, VIH/sífilis 20%.

(8)

Estado de situación en territorio

Resultados Almirante Brown, Florencio Varela, Moreno, Morón, San Fernando

En un estudio presentado por la Dirección de Epidemiología y Prevención de la Fundación Huésped, describen un modelo de intervención desarrollado en distintos distritos del conurbano bonaerense, dirigido a población joven y adulta en edad reproductiva (14-49 años) en situación de pobreza / vulnerabilidad.

Desde un enfoque integral / global adaptado a la realidad local, desarrollan diagnósticos e intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, priorizando capacidades y recursos locales.

Trazan las siguientes estrategias:

- **Capacitación** : formación y entrenamiento de recursos humanos en distintos niveles
 - **Comunicación**: producción colectiva de materiales de prevención focalizados
 - **Asistencia técnica** para la instalación de consejerías (institucionales y comunitarias) y planificación/gestión/desarrollo/monitoreo y evaluación/transferencia de proyectos locales de promoción y prevención
 - **Investigación** epidemiológica / sociocultural
 - **Gestión** de proyectos propios y asociados
- Monitoreo, evaluación y sistematización.**

Desde este modelo desarrollan consejería y promoción del testeo voluntario, desarrollo de capacidades en el sector público, estrategias de promoción y prevención entre jóvenes, y fortalecimiento de organizaciones sociales y grupos de promotores comunitarios.

Los estudios de línea de base, si bien presentan diferencias en cada municipio, arrojan los siguientes resultados:

Aproximadamente la mitad de los entrevistados se encuentra bajo la línea de pobreza. El clima educativo en el hogar de los entrevistados ha disminuido significativamente, observándose que alcanzaron un nivel inferior de educación que el jefe de hogar. Estas características los colocan en una situación de vulnerabilidad en relación al VIH/Sida.

Los espacios de consulta médica más frecuente, en el sistema público de salud, son las salitas o centros de salud. La asistencia a los centros de salud como el lugar principal donde tramitar sus consultas de salud implica una gran demanda para estos efectores. Este hecho remarca la necesidad de que estos actores cuenten con la información, los recursos y la capacitación necesaria para hacer frente a esta demanda.

Son pocos los varones que consultan por su salud sexual y reproductiva, por lo cual es necesario reforzar las estrategias de prevención de ITS y VIH/Sida y de promoción de la SSR para facilitar el acceso de los varones y en particular de los adolescentes y jóvenes.

En las prácticas de cuidado y auto-cuidado en salud sexual y reproductiva, el uso de preservativo es mayor en las relaciones sexuales ocasionales que en las estables. La utilización del preservativo es frecuente como método anticonceptivo, no teniéndose en cuenta la protección para VIH e ITS.

Aunque el VIH es la ITS más nombrada el nivel de conocimiento sobre las diferentes vías de transmisión del VIH es escaso, especialmente la transmisión vertical, aún en mujeres que fueron testeadas durante el embarazo.

El desconocimiento de la población entrevistada sobre otras infecciones de transmisión sexual es preocupante, debido a su creciente incidencia tanto a nivel nacional como regional. Además, la presencia de ITS no tratadas ofrece una puerta de acceso para el VIH.

La mitad de los entrevistados realizaron el test de VIH pero la mayoría no recibieron información de prevención o atención. Estos datos señalan la falta de aprovechamiento de los espacios de pre y post test para realizar acciones de consejería que alienten la promoción y prevención de la salud.

Se observa una buena cobertura de las embarazadas. Una amplia mayoría realiza el primer control de embarazo en el primer trimestre, pero el test de VIH es realizado con una alta frecuencia en el segundo trimestre. La mayoría no recibe ningún tipo de información de prevención o atención del VIH.

Es importante destacar que para evitar la transmisión perinatal se recomienda hacer el test desde el primer trimestre, ya que con el diagnóstico y el tratamiento adecuado la transmisión de madre a hijo se puede prevenir en el 98% de los casos. La información sobre esta y otras vías de transmisión deben ser provistas a las embarazadas para una

mejor prevención de la transmisión perinatal del VIH.

El consumo de alcohol es alto entre los entrevistados, especialmente en adolescentes de ambos sexos y varones jóvenes y adultos. Este consumo, por estar socialmente aceptado, no despierta alarmas en la sociedad, a pesar de su elevado consumo.

El consumo de drogas ilegales es reportado por el 9% de los entrevistados, casi en su totalidad varones.

En relación al consumo de alcohol o drogas es conveniente resaltar el hecho de que reduce significativamente la adopción de medidas de cuidado en cuestiones de salud sexual.

Al indagar sobre actitudes de discriminación hacia personas viviendo con VIH/sida el índice de discriminación utilizado señala que los niveles más altos se observan mayoritariamente entre quienes tienen primaria incompleta y la proporción decrece a medida que aumenta el nivel educativo.

Esta información da cuenta del papel estratégico que tiene la educación tanto para mejorar los indicadores de salud como para reducir los índices de discriminación a través de la información adecuada y la adopción de pautas vinculadas a la promoción y ejercicio de los derechos humanos.

(9)

Servicios de atención integral para personas viviendo con VIH-Sida en 3 países del Cono Sur

Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH (RedLa+)

Fundación Henry Ardila, Colombia

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida Latinoamérica (ONUSIDA)

Autores:**Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH****Organización Panamericana de la Salud****Fundación Henry Ardila - Colombia**

Los resultados aquí presentados corresponden a 3 países del Cono Sur, Argentina, Uruguay y Paraguay y hacen parte de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con instrumentos y metodologías de tipo cuantitativo, cuyo objetivo fue describir la situación de los servicios de atención integral, incluidos los tratamientos antirretrovirales de las personas viviendo con VIH y Sida de 14 países de Latinoamérica, desde la perspectiva de las personas viviendo con VIH, con el fin de convertir esta información en estrategias de acción en los diferentes países y en una herramienta para la incidencia política que promueva el acceso universal en la región.

Respecto a las características de la muestra, participaron 1.319 personas viviendo con VIH, hombres y mujeres que residen en 3 países del Cono Sur, Argentina (46%), Paraguay (13,2%) y Uruguay (40,8%). La muestra para los países del Cono Sur correspondió al (24,2%) de la muestra total de los 14 países de Latinoamérica. El (69,4%) correspondió al sexo masculino y por orientación sexual, el (66%) dijo ser homosexual. En relación con la edad, el (9,2%) era menor de 25 años y el (44,2%) menor de 35 años.

En relación con el acceso a servicios de salud, específicamente a personas que reciben los servicios de atención integral por especialidad, en Argentina el 97% de la población estudiada ha asistido a consulta médica en los últimos seis meses, el 6,4% no recibe atención médica general, el 16% no recibe atención médica especializada, el 35,8% no recibe atención odontológica, el 51,4% no recibe atención psicológica, el 58% no recibe atención nutricional, el 66,5% recibe información sobre prevención de ITS, el 81,2% recibe información para el autocuidado, 37% recibe apoyo psicosocial, 54,8% recibe profilaxis contra oportunistas.

En relación con la oferta de condones, se encontró que el (53,7%) de los participantes de estos tres países les han ofrecido condones, (66,7%) Argentina, (91,8%) Paraguay y (59,6%) Uruguay. De estos, el (44%), los ha recibido por parte de los

servicios de salud y el (36,4%) de las ONGs. Por orientación sexual, se encontró que el porcentaje de personas heterosexuales que reciben condones por parte de los servicios de salud, es mayor (46,3%), frente al de los homosexuales (40,2%), valor de $p > 0,05$; si hablamos de las fuentes que ofertan condones, el porcentaje de homosexuales que reciben condones de las ONG es mayor (47%), frente al de los heterosexuales (30,6%), valor de $p > 0,05$.

Respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud, en Argentina formulan las siguientes razones para no haber asistido al médico en los últimos seis meses: el 0,3% cree que el VIH no tiene remedio, igual porcentaje afirma que el médico atiende muchas personas, 0,3% aduce que el médico no tiene experiencia en VIH, 0,2% estar en lista de espera, 0,5% tiene que hacer muchos trámites para ser atendido, 0,3% le niegan el servicio, 0,5% no confía en la efectividad del servicio de salud, igual porcentaje no conoce los servicios que le pueden ofrecer, 0,2% no lo cubre su servicio de salud, 0,7% no lo necesita, 0,2% no quiere que otros se enteren, 0,5% no tiene tiempo por el trabajo, 0,5% tiene vergüenza de tener VIH, 0,2% teme que su familia o pareja lo rechacen.

Sobre los servicios de laboratorio, al 4,3% no le han hecho recuento de linfocitos (CD4, CD8) y al 4,7% no le han hecho carga viral. La principal razón sería que no es necesario (19%).

En cuanto a la calidad percibida de los servicios de salud, los porcentajes más altos para considerar los servicios de atención malos, corresponden a la atención en nutrición, apoyo psicosocial, odontología y psicología, para los países del Cono Sur.

El (70%) de las personas viviendo con VIH de los países del Cono Sur se encontraban tomando medicamentos ARV en el momento de la entrevista, siendo este porcentaje mayor para Argentina (75,6%).

Respecto al estigma, discriminación y confidencialidad asociados a VIH y Sida, en Argentina el 60% refiere haber sido discriminado. El 44,8% en su lugar de trabajo, 61,3% en la familia, 53,5% en servicios de salud, 23,7% en su círculo social (amigos), 27,3% por la pareja, 10% por instituciones educativas, 6,7% por otras personas viviendo con VIH.

En cuanto a la violación de la confidencialidad, en el 39,7% de los casos alguien de un servicio de salud contó su diagnóstico sin autorización.

En Argentina, el 63,2% recibió apoyo de una ONG.

El (21,4%) de los y las participantes mencionaron participar en un grupo de auto apoyo, por país, el mayor porcentaje de personas que participan en grupos de auto apoyo se encuentran en Argentina (29%). No se encontraron diferencias por orientación sexual en la participación en estos grupos, mientras que por sexo sí, siendo mayor el porcentaje de mujeres que participan en estos grupos (26,4%), frente al de los hombres (18,8%), valor de $p > 0,05$.

El (80,4%) de quienes han participado en grupos de auto apoyo, consideran que esta participación les ha facilitado el acceso a los servicios de salud. Por país, el mayor porcentaje de personas que consideran este beneficio, se ubican en Paraguay (88,5%). Por sexo, son más las mujeres que manifiestan que el participar en grupos de auto apoyo les facilitó el acceso a los servicios de salud (87%), frente a los hombres (74%), valor de $p > 0,05$.

Recomendaciones

Utilizar los presentes resultados para evaluar y medir el impacto de los servicios de salud, en los contextos, nacional, sub regional y regional, realizando periódicamente esta misma encuesta, buscando mejorar las estrategias de muestreo.

Utilizar los resultados para orientar programas, estrategias y políticas que apunten a mejorar los servicios de atención integral de las personas viviendo con VIH de los países del cono Sur. Así mismo, para las organizaciones de la sociedad civil esta es una herramienta para las estrategias de incidencia política que busquen el acceso universal y la garantía de los derechos de las personas afectadas.

La promoción del acceso al trabajo, con enfoques de derecho y equidad, son prioritarios en las agendas para la construcción de políticas, para mejorar la calidad de

vida de las personas viviendo con VIH de Latinoamérica, teniendo en cuenta que esto redundará en un mejor acceso a servicios de salud, alimentación y nutrición adecuadas, bienestar e información sobre Derechos y servicios de salud.

Diseñar estrategias de educación y sensibilización orientadas a disminuir el estigma y la discriminación asociados la VIH y el Sida, con énfasis en el lugar de trabajo y los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que los presentes resultados son de naturaleza exploratoria, se hace importante profundizar algunos temas relevante que han emergido en este estudio y de los cuales no existe mucha información, a través de otras estrategias de investigación para Latinoamérica, tales como la migración y movilidad de la personas viviendo con VIH, barreras de acceso a servicios de diagnóstico para VIH, la violencia como manifestación de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH, adherencia a tratamientos y seguridad alimentaria y necesidades en nutrición de las personas viviendo con VIH en los países del Cono Sur.

Las estrategias de incidencia política, en relación con los servicios de atención integral, dentro del marco “hacia el acceso universal”, deben orientarse a mejorar el acceso a servicios de apoyo psicosocial, psicología, odontología y nutrición, a exámenes de laboratorio, con énfasis en el examen de carga viral y conteo linfocitario, los tratamientos profilácticos para enfermedades oportunistas, asesoría y prueba voluntaria y acceso a preservativos como estrategias de atención, promoción y prevención secundaria para las personas viviendo con VIH en la sub región.

Dentro de los servicios de atención integral se debe fortalecer el tema de la adherencia a los tratamientos ARV, teniendo en cuenta por un lado, la importante cobertura de estos medicamentos en los países de la región y por el otro el elevado porcentaje de PVVs que tuvieron que suspender los tratamientos en el último año. Al respecto es clave el apoyo desde el área nutricional, teniendo en cuenta que existen recomendaciones nutricionales y alimentarias para disminuir los efectos negativos de los medicamentos, dado que fue esta la principal razón reportada por las PVVs de esta sub región para suspenderlos.

Se hace necesario, la construcción de indicadores que den cuenta de la calidad de los servicios de atención integral, en términos de integralidad, universalidad, equidad, oportunidad, impacto y estigma y discriminación, con enfoques de Derechos, género y orientación sexual para la sub región.

Es deber de los Estados y de las organizaciones de la sociedad civil, vigilar la calidad de los servicios, así como la denuncia de la mala calidad, la vulneración de los derechos y del estigma y la discriminación asociados al VIH y al Sida en los servicios de salud de los países del Cono Sur.

Fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil, como complemento a los servicios de salud, promoción de los Derechos de las personas afectadas y participación activa en la vigilancia y control, así como en la formulación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la atención de las personas viviendo con VIH y con Sida en los países del cono Sur.

(10)

PRIMER CONSULTA NACIONAL DE TRABAJO SEXUAL,

VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS

20 y 21 de Agosto de 2008

Propuestas al Estado:

1) Violencia, Estigma y Discriminación

1. Derogación a nivel municipal y provincial de los códigos contravencionales y toda legislación que criminaliza a las trabajadoras y trabajadores sexuales. *Para esto:*

1. Participar en los próximos meses de una reunión del COFESA (Consejo Federal de Salud) para explicarles porqué deben tomar como política de Estado la derogación de los Códigos Contravencionales.
2. Trabajo articulado entre las organizaciones y Jefes de Programas Provinciales de Sida para lograr la derogación de los Códigos

Contravencionales.

3. Que el Ministerio de Salud de la Nación recomiende a los Ministerios de Salud de las provincias que apoye la derogación de los artículos contravencionales que criminalizan a las trabajadoras sexuales.
4. Que en el plazo de un año el Ministerio de Justicia enfatice en forma directa a todas las provincias por tercera vez implementar el Plan Nacional Antidiscriminación que recomienda la derogación de los códigos contravencionales.
2. Que el Estado reconozca en legislaciones, resoluciones y disposiciones nacionales, provinciales y municipales el respeto de la identidad de las personas trans en todas las áreas (salud, educación, sistema judicial y administrativo del Estado).
3. Sanción de una ley nacional y leyes provinciales de respeto de la identidad de género.
4. Participación de las trabajadoras sexuales mujeres y trans en las comisiones y foros existentes en los organismos de derechos humanos del Estado o creación de comisiones específicas donde no las haya.
5. Sensibilización a los agentes de salud para lograr una atención con respeto de los derechos humanos, de la identidad de género, sin estigma ni discriminación. Que estén los recursos para que existan programas de sensibilización.
6. Inclusión de la perspectiva de las trabajadoras sexuales, tanto en la definición de políticas públicas como en los programas de salud y reconocerlas veedoras de su implementación. Que esta perspectiva y políticas específicas incluyan a todos los ministerios nacionales: Salud, Justicia, Desarrollo Social y Educación.
7. Capacitación para las trabajadoras sexuales para que podamos defender nuestros derechos en forma igualitaria.

2) Condiciones de Trabajo

1. Reconocimiento por parte del Ministerio de Trabajo del trabajo sexual como trabajo autónomo; esto es, sin proxenetas, para acceder a derechos básicos de todo trabajador/a como: obra social, aporte jubilatorio, acceso al crédito acreditando nuestra verdadera actividad, etc.
2. Reconocimiento gremial para las organizaciones como sindicatos de trabajadoras sexuales por parte del Ministerio de Trabajo.
3. Que el Ministerio de Justicia mandate a la Policía Federal para el cese de la persecución a trabajadoras sexuales.
4. Que el Ministerio de Justicia recomiende a todas las provincias la derogación de los edictos policiales y códigos contravencionales que sirven de excusa para la persecución policial de las trabajadoras sexuales mujeres y travestis.
5. Que las legislaturas provinciales deroguen Códigos Contravencionales y Edictos policiales que criminalizan a las trabajadoras sexuales mujeres y travestis.
6. Libertad de trabajo: eliminación de las “zonas rojas” obligatorias.
7. Reinstalar ante el Poder Judicial y ante el Parlamento nacional y las legislaturas provinciales la existencia de penalizaciones al proxenetismo, para que se hagan efectivas, ya hoy se persigue a la trabajadoras sexuales y no a los proxenetas.
8. Reconocimiento desde el Ministerio de Trabajo de las cooperativas de trabajadoras sexuales, donde no existen proxenetas.
9. Inclusión de las trabajadoras sexuales en la Comisión de Trabajos Informales del Ministerio de Trabajo, o bien en otros espacios que permitan avanzar en el reconocimiento del trabajo sexual como trabajo.

10. Una persona trabajadora sexual mujer o trans que vive con VIH tiene derecho a seguir trabajando: es decir ejerciendo el trabajo sexual.
11. Que ministerios, agencias de Naciones Unidas y de cooperación reconozcan el trabajo de campo de las trabajadoras sexuales como trabajo, con salarios equivalentes a los del personal técnico de los proyectos y programas.

3) VIH/Sida

1. Que el Ministerio de Salud provea una **resolución inmediata** de los problemas de logística que impiden que los preservativos, vacunas y otros insumos lleguen en tiempo y forma a todo el país (tema que debe incluirse en la agenda de las reuniones del Programa Nacional de Sida con los programas provinciales).
2. Eliminación de la libreta sanitaria que hoy muchas provincias exigen para el ejercicio del trabajo sexual y que obliga a los exámenes compulsivos de VIH, lo cual es violatorio de la Ley Nacional de Sida, que además establece la confidencialidad de los resultados.
3. Generar circuitos de atención dinámicos y universales para que nos atiendan todas las especialidades y no sólo nuestros genitales (hoy no llegamos a los hospitales, o sólo nos derivan a hacernos el test de VIH: necesitamos ginecólogos, proctólogos, pero también servicios psicología).
4. Creación de Centros de Salud Integral públicos, sensibilizados en atención a trabajadoras sexuales y con horarios amplios, que repliquen la experiencia del Centro de Salud Sandra Cabrera de La Plata.
5. Elaboración desde el Programa Nacional de Sida una Guía de Atención de Salud Integral para mujeres trabajadoras sexuales y trabajar en todo el país con la Guía de Atención para Población Trans.

6. Fortalecer a los Programas Provinciales de Sida, convirtiéndolos en direcciones, que son estructuras más estables, dotándolas de presupuestos propios y una logística eficaz.
7. Que el Ministerio de Salud de la Nación recomiende a todas las provincias replicar la resolución sobre atención con respeto de la identidad de género sancionada en Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.
8. Diseño de un formulario de denuncias para las situaciones de malos tratos, discriminación, falta de atención en los servicios de salud.
9. Comprometer al Estado y a los programas Nacional y Provinciales de Sida en la sensibilización a los agentes de salud, educación y seguridad de todo el país e involucrar a los sindicatos de los trabajadores de la salud. Que esta sensibilización incluya derechos humanos y comprensión de lo que son estigma y discriminación.
10. Consejería de trabajadoras sexuales pares e inclusión de las Consejeras en los equipos de salud.
11. Inclusión en la formación universitaria de los estudiantes de medicina temáticas ligadas a trabajadoras sexuales y personas trans.
12. Generar el compromiso de realizar reuniones entre las organizaciones y los programas provinciales en cada provincia y apoyar la formación en trabajo intersectorial.
13. Cuadro epidemiológico específico de la población trans, dado que en la actualidad la mayoría de los estudios incluyen a las trans como “hombres”.
14. Participación de las trabajadoras sexuales mujeres y trans en la definición, realización y análisis de los estudios o investigaciones sobre nuestras poblaciones.

15. Pases en transporte local porque la distancia de los centros de referencia es una barrera en el acceso a la prevención y atención.
16. Que en los hospitales públicos las personas trans que así lo deseen puedan acceder a las operaciones de cambio de sexo y tratamientos hormonales.
17. Participación de las trabajadoras sexuales en: Comités de Ética y en los equipos de salud.
18. Garantizar que los lineamientos que se dan en el Estado Nacional lleguen a las provincias.
19. Fortalecer a las ONG involucradas en la temática.

Y por último:

Creación de una Comisión de Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones surgidas de esta Consulta, conformada por Ministerios nacionales, organismos de derechos humanos, INADI, Agencias de Naciones Unidas, AMMAR y ATTTA.

(11)

Informe

Encuentro Nacional de Mujeres Viviendo con VIH-Sida:

“Relevamiento Nacional y Planificación Estratégica 2010/2011

La Salud Integral de Mujeres Viviendo con VIH”

Las Jornadas de Relevamiento Nacional estuvieron focalizadas en analizar el estado del acceso a la salud integral de las mujeres viviendo con vih o sida en Argentina, identificar líneas estratégicas de acción claves para el mejoramiento de las

políticas públicas, y planificar en conjunto líneas de acción para ser ejecutadas en el período 2010/2011.

Se trabajó en forma articulada con grupos de mujeres viviendo con vih del país **con el objetivo de generar un plan de acción conjunto que permita llevar adelante una campaña nacional** de advocacy e incidencia política para lograr mejorar la atención en salud integral de las mujeres viviendo con vih o sida, a través de la promoción del cumplimiento de leyes nacionales y tratados internacionales, como así mismo de los compromisos asumidos por el Estado argentino, instrumento que amparan los derechos de las mujeres.

El trabajo articulado futuro tendrá como objetivo principal el instalar en la agenda política nacional nuestras necesidades como mujeres viviendo con vih o sida.

Las siguientes organizaciones participaron de las actividades:

- la Red Bonaerense de Personas Viviendo con vih- sida,
- el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+) Argentina,
- la Comunidad Internacional de Mujeres (ICW), Capítulo Argentino,
- UTE - CTERA
- el Grupo de Mujeres Positivas de La Matanza, y
- Equipo de Investigación de TMAP/ITPC en Argentina.

FACILITACIÓN:

La facilitación estuvo a cargo de Eugenia Gilligan, Fabiana Barbuto y Lorena Di Giano. Se utilizaron metodologías participativas, tales como trabajo grupal, juego de roles, lluvia de ideas, etc.

OBJETIVOS CENTRALES DE LAS ACTIVIDADES:

- Identificar Obstáculos de Acceso a la Salud Integral de Mujeres Viviendo con vih-sida
- Identificar Líneas Estratégicas
- Desarrollar un Plan de Acción 2010/2011

PRIMERA PARTE:

La primera sesión estuvo centrada en la identificación de obstáculos de Acceso a la Salud Integral de de Mujeres Viviendo con vih-sida, abarcando tres temas principales:

- 1.- Prevención, Atención y tratamiento;
- 2.- Salud Sexual y Reproductiva; y
- 3.- Violencia Institucional.

RESULTADOS DEL TRABAJO EN GRUPOS:

Prevención, Atención:

Obstáculos:

- No se trabaja en la actualidad en políticas preventivas dirigidas a niñas, jóvenes y mujeres adultas.
- Solo se ofrece el test de vih a mujeres embarazadas
- Atención centralizada en grandes ciudades
- Falta de estudios epidemiológicos en mujeres
- Sistema de salud expulsivos, represivos y discriminatorios, lo que dificulta el acceso sumado a los problemas económicos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad extrema.
- Falta de Equipos Multidisciplinarios y articulación entre los mismos
- Hay una gran necesidad de promover la capacitación y articulación del personal de salud
- Se necesita mayor compromiso del Estado en las políticas educativas de prevención
- El presupuesto público en vih es escaso

Tratamiento:

- Persisten los problemas en la logística de distribución de medicamentos (ARV, enfermedades oportunistas, co-infecciones, profilaxis, etc)
- Falta de acceso a medicamentos para la hepatitis c
- Retraso en la autorización y realización de estudios de carga viral (Moreno- 1 por año)
- Problemas económicos de las pvvs para trasladarse a retirar la medicación

- Falta de ofertas de consultas ginecológicas, estudios de HPV, PAP, COLPOSCOPIA
- No hay acceso a Medicación Pediátrica

Salud Sexual y Reproductiva:

- Inexistencia de servicios de salud específicos con especialistas idóneos en la temática y sensibilizados.
- Falta de Asesoramiento respecto de la Salud de las Mujeres Viviendo con vih
- Dificultades en el mecanismo de entrega de turnos para las distintas especialidades en la mayoría de los efectores
- Necesidad de promover el acceso a la prevención primaria y secundaria de ITS
- Maltrato y Discriminación hacia las mujeres viviendo con VIH por parte de algunos Servicios de Salud (Especialmente ginecológicos), lo que impide que continúen sus tratamientos (también en los casos de embarazos) y queden fuera del circuito de atención.
- Falta de ofrecimiento de un abanico de posibilidades ante la exposición al virus en las parejas serodiscordantes y ambos positivos.
- Falta de incorporación en las agendas públicas de estos temas relativos a las mujeres que viven con vih
- Persistencia de la inequidad de Género en los ámbitos laborales, de salud, etc.

Falta de ofrecimiento del test de vih a las parejas de las mujeres embarazadas y no embarazadas.

Violencia Institucional

- Institucionalización del maltrato a mujeres viviendo con vih o sida.
- Demora en los turnos de infectología y en los respectivos análisis
- Fraccionamiento temporal de medicación
- Discontinuidad en la entrega de la caja de alimentos y en leche maternizada
- Obstáculos para obtener el pase de transporte como así también en el momento de utilizarlo
- Falta de articulación entre los servicios de infectología y servicios sociales y otros (ginecología, cardiología, dermatología)
- Disgregación de los servicios de atención para mujeres viviendo con vih o sida

- Doble estigmatización hacia mujeres viviendo con vih o sida, usuarias de drogas, trabajadoras sexuales, y mujeres en situación de pobreza o inmigrantes
- Ofrecimiento de ligadura de trompas como método anticonceptivo con el propósito de evitar que las mujeres viviendo con vih o sida puedan elegir tener hijos
- Alto índice de violación de la confidencialidad
- Alta estigmatización en los hospitales que tienen servicio de infectología
- Discriminación laboral: ejemplo mujeres vih+ que desean realizar cursos de enfermería.

SEGUNDA PARTE:

Taller de advocacy: Se trabajo en una sesión sobre advocacy a los fines de que las participantes llegaran a un entendimiento común sobre el significado de advocacy, cabildeo, e incidencia política. Y fortalecieran su capacidad de identificar líneas de acción estratégica.

Mediante un ejercicio de lluvia de ideas se identificaron palabras o frases asociadas con las palabras advocacy, cabildeo e incidencia política. Palabras que ayudaron a las participantes en trabajo grupal (3 grupos) a construir una definición de advocacy.

La facilitadora compartió con las participantes una definición integradora de advocacy y se cotejaron las coincidencias en los resultados del trabajo de los grupos.

Plan de Acción de ONUSIDA en relación a mujeres, niñas y VIH: se realizó una presentación del plan de ONUSIDA recientemente aprobado en la reunión de la Junta de Gobierno de ONUSIDA, reunida los días 8,9 y 10 de Diciembre de 2009.

TERCERA PARTE:

LINEAS ESTRATÉGICAS

De acuerdo a los obstáculos detectados se trabajaron en las siguientes líneas estratégicas que fueron consideradas clave:

1- Falta de evidencias documentadas sobre los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres frente al vih.

¿Qué debemos hacer?

- Generar evidencias sobre la situación, riesgos y vulnerabilidades específicas de las mujeres viviendo con vih. Investigación: de manera articulada con el gobierno, la sociedad civil, Gobierno+Sociedad Civil
- Muestra Fotográfica
- Encuesta
- Búsqueda de datos ya existentes
- Trabajo con las Universidades
- Trabajo con los medios de comunicación
- Campañas en Vía Pública específicas para mujeres y vih
- Día Nacional de las Mujeres Viviendo con vih

2- Problemas con la logística en la distribución de medicamentos, insumos y reactivos

¿Qué debemos hacer?

- Incidir con Programas de Sida Locales y Ministerios de Salud
- Mapeo sobre los problemas en cada provincia
- Incidir para que las leyes provinciales de sida se cumplan y donde no existen las creen
- Formación de comités de veeduría
- Reuniones periódicas con jefes/as de Programas de Sida
-

3- Necesidad de trabajar en monitoreo de presupuestos públicos

¿Qué debemos hacer?

- Mapeo de presupuesto
- Educación etc)
- Generar recomendaciones presupuestarias

4- Falta de integración y articulación de los servicios de vih y Salud Sexual y Reproductiva (falta de sensibilización y articulación)

¿Qué debemos hacer?

- Jornadas de debate entre actores claves en vih, salud sexual y reproductiva (sensibilización para testeo)

- Buscar se dicte una normativa específica desde el Ministerio de Salud
- Intervenciones públicas (representaciones artísticas)
- Buscar que los cargos públicos en la dirección de programas se por concurso (en todos los niveles, municipal, provincial y nacional)

Asimismo se desarrolló un Plan de Acción en relación a las líneas estratégicas, trabajando sobre el interrogante: ¿Cómo debemos llevar adelante las acciones y actividades? Se desarrollaron indicadores clave y se estipularon fechas a los fines de permitir la evaluación y el monitoreo continuos del Plan de Acción. (12)

Seroincidencia y seroprevalencia de VIH en usuarios de drogas en Argentina

Intercambios y otros

Antecedentes: Argentina tuvo históricamente una alta proporción de casos de sida en usuarios de drogas inyectables (UDI) pero conocemos poco sobre la prevalencia de VIH en usuarios de drogas (UD) actuales.

Objetivo: conocer la seroprevalencia e incidencia de VIH en UD y su relación con el riesgo derivado de las prácticas sexuales y de uso de drogas. Se desarrolló entre 2006 y 2008, en Buenos Aires (CABA), La Plata, Rosario, Córdoba, Tucumán y Gran Buenos Aires (GBA).

Métodos: se reclutaron 738 UD que habían consumido cocaína, anfetaminas u opiáceos por cualquier vía al menos una vez por semana en los 6 meses previos a la entrevista y que no tenían diagnóstico positivo de VIH. Se realizó consentimiento informado, análisis serológicos para VIH y consejería. Se utilizó un cuestionario estructurado. El 44,2% fueron contactados en su entorno barrial por bola de nieve y el resto en centros de tratamiento por drogas estatales y no estatales.

Resultados: sexo: 67,7% hombres, 32,3% mujeres. Mediana edad: 27 años. Residencia: CABA y GBA: 78,7%, otras ciudades: 21,3%. 77,9% tenía el nivel de instrucción primaria aprobado o un nivel inferior. 8,5% usó drogas por vía inyectable alguna vez en la vida, y 3,9% lo hizo durante el último año, 20% de los hombres refiere sexo anal con

hombres el último año. Seroprevalencia VIH: 4,2%, sin diferencia de sexo. La incidencia de VIH fue de 2,7% por cien personas / año, sin diferencia de sexo.

Conclusión: se observa en este grupo una prevalencia de VIH mayor que en la población general (0,6%). El lugar de reclutamiento, el uso inyectable y las prácticas de sexo entre hombres y la edad son variables asociadas a la infección. Es necesario conocer mejor las prácticas de riesgo sexual y de uso de drogas, para viabilizar estrategias preventivas adecuadas y ampliar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios.

(13)

PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
ESTUDIO SOBRE SEROPREVALENCIA DE VIH EN PERSONAS TRANS
(Travestis/Transexuales/Transgénero) Y SU ASOCIACIÓN A PRÁCTICAS DE
RIESGO

ARGENTINA

(AGOSTO – DICIEMBRE 2006)

Coordinadora del Proyecto:

María Delia Péné (Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS –
Ministerio de Salud de la Nación)

Investigadores principales:

Juan Adrián Sotelo (Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS -
Ministerio de Salud de la Nación)

Marina Claudia Khoury (Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización -
Ministerio de Salud de la Nación)

Roberto Muiños (Consultor. Estadista)

Principales referentes de ONGs:

Marcela Romero (ATTTA – Asociación de travestis, transexuales y transgéneros de Argentina. Presidente)

Claudia Pía Baudracco (ATTTA – Asociación de travestis, transexuales y transgéneros de Argentina. Coordinadora de Enlace Nacional)

Alejandro Freyre (Fundación Buenos Aires Sida. Presidente)

El siguiente trabajo forma parte de una investigación que se ha desarrollado en el marco de las “Actividades de apoyo para la prevención y control del VIH/sida”².

El objetivo del citado estudio fue determinar la Seroprevalencia de VIH en Personas Trans (Travestis/Transexuales y Transgénero)³ y su asociación a prácticas de riesgo. Esta información servirá para formular los conceptos de base, las orientaciones y métodos que los programas y proyectos de investigación deberían tener en cuenta como estrategias de intervención para abordar la problemática VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la Población Trans (Travestis/Transexuales y Transgénero) específicamente.

Investigaciones realizadas en otros países, demostraron tasas considerablemente altas de prevalencia de VIH/sida en poblaciones Transgénero similares al grupo de trabajadoras sexuales femeninas.

Por otro lado, se sabe que las Personas Trans (travestis, transexuales, transgénero), hacen frente a la discriminación en su cotidianeidad, que exacerba su riesgo ante el VIH/sida. El estigma de las Personas Trans se asocia a una autoestima baja y a una probabilidad creciente de abuso de sustancias, y por lo tanto, a una baja probabilidad de

² Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Mecanismo Coordinador de País. Argentina. Proyecto 114.

³ Personas cuya identidad de género implica un cuestionamiento del esquema binario varón-mujer, e incluye diversas identidades como travesti, transexual o transgénero. Puede hablarse de mujeres trans o varones. En el caso del presente estudio se hace referencia a Mujeres Trans.

prácticas sexuales seguras. A menudo las Personas Trans ven limitado su marco de vida debido a su condición de grupo marginado, discriminado y estigmatizado, así como carente en general de protección legal y laboral. Si bien en la Argentina no existe una normativización delictiva que persiga la orientación sexual o las expresiones de género, los edictos policiales y códigos contravencionales (cuyas funciones se centran en regular las denominadas “faltas menores”) sirvieron como cimiento para “la represión sistemática de cualquier tipo de expresión visible de homoerotismo, e identidades de género, mediante detenciones, extorsión y todo tipo de abusos” (Fígari- Sívori: 2005). Desde el siglo pasado existe una fuerte vinculación entre prostitución, travestismo y la policía. Esta fuerza de seguridad alegaba contravenciones y arrestaba ilegalmente a homosexuales (“invertidos”) que practicaban el travestismo y ofrecían sexo en las calles. Se les aplicaba un artículo por “exhibirse públicamente vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario”⁴.

Otro aspecto a considerar, desde el punto de vista de la salud, es que existen pocas actividades focalizadas en Personas Trans destinadas a la prevención en general, y contra la epidemia del VIH/sida e ITS en particular. Además, el acceso al cuidado para la enfermedad de VIH/sida puede verse limitado debido al nivel socioeconómico bajo, a la vergüenza a exponer su condición de Persona Trans, y a la carencia de conocimiento e información respecto al VIH/sida

Adoptamos para este trabajo, el repertorio de algunas palabras que se manejan para comprender y considerar las complejas relaciones entre el concepto de género y la diversidad de la experiencia humana, de acuerdo a una “Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH/sida” elaborada en la ciudad de Río de Janeiro durante el año 2006. Resta aclarar que estas definiciones son a título orientativo y muchas veces dejan de lado discusiones políticas que los movimientos sociales están planteando en la agenda y que no están resueltas:

⁴ ART. 2. ESCÁNDALO: Serán reprimidos con multa de 600 a 2100 pesos, o con arresto de 6 a 21 días:
F) Los que exhibieron en la vía pública o lugares públicos vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario.

Ahora bien, a partir de la definición de este artículo, ¿qué se entiende por escándalo? La no definición explícita sobre el significado de cada palabra en el código es justamente, “ *un espejo de un juicio de valor que es interpretado por cada agente que esté a cargo del monitoreo de los cuerpos en el espacio público*” (Boy – Cao, 2007:4)

Transexual: persona que adopta una apariencia y una identidad de género que no se corresponde con la identidad biológica, asignada al nacer, y que adecua quirúrgicamente sus genitales a tal identidad de género

Transgénero o Trans: personas cuya identidad de género implica un cuestionamiento del esquema binario varón-mujer, e incluye diversas identidades como travesti, transexual o trans a secas. Puede hablarse de mujeres trans y de varones trans.

Travesti: persona que adopta una apariencia y una identidad de género que no se corresponde con la identidad biológica, asignada al nacer.

Metodología

Los lineamientos metodológicos con que se realizó el estudio fueron elaborados de acuerdo a los siguientes objetivos, a saber:

Objetivo General:

- Determinar la Seroprevalencia de VIH en Personas Trans (Travestis / Transexuales / Transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo a nivel nacional.

Objetivos Específicos:

- Describir y analizar las características sociales, demográficas, culturales y de salud que corresponde al segmento denominado Personas Trans
- Contribuir a acciones preventivas futuras conjuntamente con los organismos y asociaciones de personas Trans para fortalecer las líneas de acción de dichas instituciones y la población Trans en general.

- Brindar la posibilidad de acceder a un tratamiento y seguimiento oportuno desde el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS a aquellas personas seropositivas resultantes de este estudio y carentes de todo tipo de cobertura médica.

Selección del Lugar

Se definieron 12 áreas geográficas de mayor concentración poblacional urbana: GCBA (Ciudad de Bs.As. y GBA), Mar del Plata, Santiago del Estero, Córdoba, Mendoza, Río Negro, Neuquén, Chaco, Corrientes, Tucumán, Santa Fe, y Jujuy.

Se destacan a continuación algunas de las vulnerabilidades específicas de la población Trans coincidentes con las vulnerabilidades ya descriptas en la Reunión Internacional de Río de Janeiro:

- Mayor prevalencia de VIH que en otros grupos sociales.
- Vulnerabilidad causada por el ejercicio del trabajo sexual en condiciones de riesgo que, en el caso de las Trans, es una alternativa casi obligatoria.
- Vulnerabilidad relacionada con el mayor consumo de alcohol y drogas que en otros grupos sociales.
- Vulnerabilidad relacionada con la mayor tasa de discriminación social y violencia policial hacia ellas.
- Dificultades para la adherencia al tratamiento del VIH.

En términos generales, persiste hoy en día una situación de desconocimiento de las necesidades de salud de las Trans y obstaculizan su acceso y permanencia en el sistema de salud:

- Atención de la salud dificultada por los horarios y también por desconocimiento y los prejuicios del equipo de salud hacia las trans.
- Insuficiente capacitación y sensibilización del equipo de salud.
- Complicaciones quirúrgicas por el uso de siliconas no médicas.
- Incapacidad institucional de procesar los desafíos que representan las trans: ¿dónde ubican a las y los trans?: ¿salas de varones, salas de mujeres?.

Se considera también que las trabajadoras sexuales se beneficiarían de programas de promoción y prevención de sexo más seguro que tomaran en cuenta tanto su vida profesional como privada. Con relación a este último aspecto, las estrategias que se propongan deberían orientarse hacia:

- Brindar información general que permita compartir conocimientos sobre VIH /sida e ITS y aclarar las dudas que puedan surgir
- Promover el uso del preservativo en relaciones a largo plazo (de pareja o comerciales)
- Desestigmatización o “erotización” del uso del preservativo para romper su asociación exclusiva con el sexo comercial
- Promover el uso consistente del “campo de látex” en todas las relaciones sexuales(de pareja o comerciales)
- Acceso fácil a los servicios de salud para tratar y prevenir otras ITS (horarios de atención por la tarde)

Palabras Finales

Así como otras poblaciones (mujeres, embarazadas, adolescentes, personas privadas de libertad, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores / as sexuales, usuarios de drogas), el grupo de Personas Trans debería constituir un objetivo prioritario en los programas y proyectos de prevención e investigación. En los países en que se han encarado estas acciones se ha verificado en breve tiempo una efectiva reducción de prácticas de riesgo y disminución de los niveles de infección.

Para que estas acciones tengan resultados positivos, sin embargo, es fundamental que se funden en principios de no-discriminación y respeto por los derechos humanos, la autonomía y libre decisión de los individuos. El prejuicio, la violencia, la represión, la coacción sólo sirven para profundizar la ya existente estigmatización y van en contra del éxito de estos programas (Giri, B: 2005)

En suma, las experiencias de estos años evidencian que la prevención, la atención y apoyo en VIH/sida sólo pueden encararse eficazmente si se reconoce la dignidad y la diversidad de todas las personas. Por el contrario y con relación a este estudio, la discriminación aleja a las Personas Trans del sistema de salud y desalienta la adopción de prácticas de cuidado hacia sí mismo/a y hacia los demás.

(14)

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA:

Argentina, tal como se mencionara anteriormente, ha sido uno de los primeros países de América Latina en garantizar la **accesibilidad a los medicamentos** a las personas afectadas de modo directo por el VIH-sida. Al inicio de 2008, proveía a través de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DS y ETS) del Ministerio de Salud, tratamientos antirretrovirales para 26.500 personas y medicación para enfermedades oportunistas (Ministerio de Salud, 2008). También garantizaba la medicación necesaria para la prevención de la transmisión vertical, la leche de inicio para la alimentación de los niños hijos de mujeres con VIH y los reactivos necesarios para diagnosticar el VIH, la sífilis y el seguimiento de todas las personas diagnosticadas con VIH, estuvieran o no tomando medicación (CD4, Carga Viral y Test de resistencia). Se compraba y distribuía la medicación para el tratamiento de la sífilis.

Esta respuesta asistencial desde los organismos del Estado no había sido acompañada por una **política preventiva** de igual magnitud. Baste señalar que hasta marzo de 2008, la DS y ETS no contaba con lineamientos políticos ni un área de prevención. La Argentina no había desarrollado con la fuerza necesaria para controlar la epidemia las políticas centrales preventivas reconocidas como eficaces en el mundo, estas son la promoción y acceso universal y sostenido en el tiempo al preservativo, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción del testeo voluntario; enmarcadas en los ejes de la accesibilidad a la información adecuada y una respuesta enérgica frente a la discriminación que sufren las personas con VIH así como los **grupos más vulnerables a la epidemia** (hombres que tienen sexo con hombres, personas *trans*, trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas, personas privadas de libertad, personas pobres con accesibilidad limitada a los servicios de salud) con la planificación, el sostenimiento y la profundidad que se amerita.

Los esfuerzos preventivos que había realizado nuestro país quedaban librados a la buena voluntad y los esfuerzos individuales en primer lugar de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que venían trabajando en la defensa de los derechos sexuales

(organizaciones gay) y la respuesta organizada por las personas viviendo con VIH. Hasta inicios de los '90, estos eran prácticamente los únicos actores involucrados.

Con el paso del tiempo, se fueron organizando fundaciones y asociaciones que tomaron esta temática, así como equipos de salud aislados. A partir de mediados de los '90 algunos programas provinciales y municipales comenzaron a desarrollar acciones y a finales de los '90 el financiamiento internacional a través de préstamos primero del Proyecto LUSIDA (Banco Mundial) y donaciones después (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida) fueron los actores principales en el trazado de lineamientos y distribución de recursos para el trabajo preventivo. No obstante, cabe mencionar que tanto el proyecto LUSIDA (proyecto del Ministerio de Salud) como aquellos vinculados al Fondo Mundial tuvieron participación del Estado.

El equipo de gestión que se hizo cargo de la Dirección de Sida y ETS en marzo de 2008 decidió implementar una política preventiva en VIH-sida e ITS que de una respuesta adecuada a la epidemia que se presenta en el país y que esté en consonancia con las prácticas reconocidas como óptimas por los organismos internacionales, tendiente a disminuir la incidencia y prevalencia de nuevos casos de VIH/Sida e ITS, así como orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH-sida.

Para lograr estos objetivos el país cuenta con algunas **fortalezas**, enumeradas precedentemente, tales como:

*El desarrollo de acciones locales, más allá de la no existencia de lineamientos nacionales⁵;

*Uno de los sistemas públicos de salud más extensos de la región, medido en términos de establecimientos sanitarios. Baste señalar a modo de indicador que el 99.2% de los partos del país son institucionalizados (Indicadores Básicos. Argentina 2008. Ministerio de Salud de la Nación/OPS);

⁵ Con excepción del trabajo sostenido en prevención de la transmisión vertical del VIH

*Un desarrollo relativamente importante de asociaciones dentro de sociedad civil, muchas de ellas con alta vocación de participación en temas comunitarios y de salud; a pesar de ello, hay indicios de que las acciones de prevención de dichas organizaciones son limitadas en cuanto a su cobertura poblacional y geográfica, limitación que se ha aunado a la falta de políticas explícitas relacionadas a la prevención.

*Los desarrollos realizados a partir de los fondos del LUSIDA primero y del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida después, han facilitado la realización de enorme cantidad de subproyectos y acciones en materia de prevención y mejoramiento de la calidad de la respuesta asistencial, financiando actividades puntuales a grupos de la sociedad civil, de organizaciones de los grupos vulnerables así como del propio sistema público de salud. También gracias a los aportes del Fondo Mundial se han realizado investigaciones que han permitido mejorar el diagnóstico sobre las poblaciones más vulnerables al VIH-sida e ITS, así como sobre la calidad de vida de las personas con VIH.

Una de las principales **debilidades** de nuestro país en la respuesta al VIH, era la falta de un **diagnóstico nacional** sobre el estado del acceso universal a las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En esta carencia debe incluirse también la necesidad de conocer de modo sistemático cómo se maneja el monitoreo y la evaluación desde las jurisdicciones así como los procedimientos de notificación epidemiológica de casos e infecciones por VIH/Sida y otras ITS.

Es por ello que se realizó una investigación diagnóstica que involucró en su ejecución al equipo de nivel nacional y a los equipos de los programas jurisdiccionales, buscando de este modo no sólo contar con un diagnóstico de la respuesta sino también con un aumento del interés por parte de estos programas y de otros actores en la respuesta al VIH en diagnosticar y mejorar su respuesta integral al VIH (con un particular énfasis en la respuesta preventiva). El estudio incluyó 21 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 8 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.

Esta investigación se propuso brindar también la información indispensable para nutrir la nueva ronda de encuentros de **Planificación Estratégica Nacional** y las

planificaciones regionales con datos que permitan conversar y programar esfuerzos y acciones futuras basadas en información sistematizada y no más en impresiones parciales.

(15)

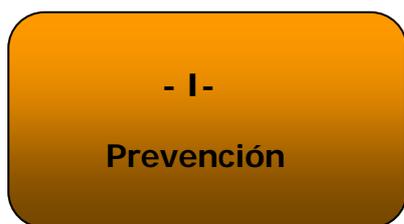
Mirada evaluativa de la respuesta del país al VIH/sida:

Los ejes de búsqueda y medición fueron tres:

^Acceso a información y preservativos,

^Acceso al test de VIH y al diagnóstico de sífilis,

^Acceso a atención integral para las personas con VIH.



Accesibilidad al preservativo

&Todos los programas habían recibido y distribuido preservativos durante el año 2007, (la mayoría poseía algún registro sobre este punto).

&El 85% de los centros de salud y el 62% de los hospitales contaban, con alguna clase de registro que les permitió informar el número de preservativos distribuidos.

&El número de preservativos distribuidos mostró enormes variaciones entre programas.

&La mitad de los programas revelan carecer de medios para distribuir preservativos, restringiéndose entonces la oferta de los mismos a aquellos actores que tuvieran mecanismos propios para trasladar el material.

&Algunas jurisdicciones parecen haber priorizado la consolidación de bocas o puestos fijos de distribución, mientras que otras destinan la mayoría de los recursos a la distribución en eventos masivos y ocasionales. En más de la mitad de los efectores visitados, los usuarios tenían que acceder a una consulta médica para poder retirar preservativos. Solamente en un tercio de los lugares era posible retirarlos de una canasta

o dispenser. Además, un cuarto de los efectores exigía alguna clase de requisito a la población para poder acceder a los preservativos y la mitad de los efectores disponía de un número prefijado a ser entregados para cada persona. Estas políticas condicionan sin duda el acceso que tiene la población a los preservativos gratuitos.

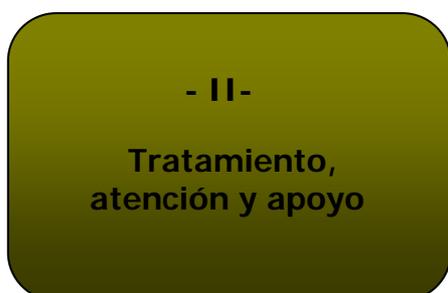
&El 78% de los efectores que atendían personas con VIH disponían de preservativos para entregar a esta población.

Accesibilidad a materiales preventivos (afiches, folletería, cartillas, etc.)

&El 80% de los efectores contaban, en el 2007, con alguna clase de material gráfico de apoyo para el trabajo en promoción y prevención de VIH y otras ITS, así como material destinado a personas con VIH.

&Los materiales de los que se disponía (o se dispuso) en orden decreciente fueron material para promoción de preservativo (78%), material sobre prevención de la transmisión vertical (75%), material sobre información general (75%), material con información sobre ITS (63%), material que realizaba promoción del testeo voluntario para VIH (48%) y material para personas con VIH (17%).

&El material para personas con VIH fue más frecuente en los hospitales, y el material para promoción de testeo voluntario registró variaciones absolutamente significativas al interior de las jurisdicciones.



Accesibilidad al diagnóstico de VIH y sífilis

En la inmensa mayoría de los centros del primer nivel de atención relevados, se realizaban pedidos de pruebas para VIH, y en muchos se efectuaban la extracciones de muestras allí mismo.

Durante los años 2007 y 2008 algunas jurisdicciones ampliaron la cantidad de centros de testeo voluntarios y espacios de consejería y en algunos casos incorporaron a los dispositivos a personas con VIH. De todos modos estos espacios siguen siendo minoritarios en relación con el total de testeos que se realizan en cada jurisdicción.

Se observó un progresivo aumento del número de mujeres embarazadas que llegaban al parto con un test de VIH realizado y en muchos hospitales se disponía de tests rápidos para la prueba a las mujeres que no contaban en el momento del parto con información serológica reciente.

Son muy pocos los establecimiento, tanto hospitales como centros de salud, que ofrecen la prueba de forma rutinaria a las parejas de las mujeres embarazadas, independientemente de la serología de estas últimas.

Es notoria la disparidad de criterios en cuanto a la edad mínima en que se acepta que un adolescente pueda realizarse un test sin autorización de un adulto. Se encontró una gran diversidad de criterios no sólo inter e intrarregional sino al interior de cada efector.

Cabe destacar que si bien Argentina cuenta con avales jurídicos que defienden la participación de los adolescentes en el proceso de consentimiento informado, esta se ve obstaculizada por prácticas que histórica y culturalmente se sostuvieron y sostienen en relación a la consideración de los niños como *objetos* de protección y no como *sujetos* de derecho.

Una fortaleza de la estrategia de testeo es la extensa red de laboratorios con capacidad para procesar muestras para pruebas de tamizaje, aunque, por el contrario,

hay pocos laboratorios por jurisdicción para confirmar los resultados lo que acarrea demoras en el proceso diagnóstico y la entrega de resultados.

Atención de personas con VIH

En algunas jurisdicciones, el crecimiento del volumen de personas infectadas no fue acompañado por un crecimiento paralelo de la cantidad de profesionales que las atienden. Varios informes indican que más allá de los equipos o personas que históricamente se ocuparon de la atención, el resto del personal de salud sigue renuente a atender a personas con VIH o no visualizan al VIH como problema.

Pese a los avances, aún persisten notorias diferencias en la calidad de la atención a nivel interjurisdiccional, intrajurisdiccional e incluso al interior de un mismo establecimiento hospitalario.

Se apreció insuficiente cantidad de profesionales en algunas especialidades, particularmente pediatras y psicólogos. Se indicó también que hay escasez de gineco-obstetras que quieran atender mujeres con VIH. Por lo tanto, es necesario ampliar la cantidad de profesionales que atienden a personas con VIH, es decir abrir la puerta de otros servicios que son reticentes a atender a estas personas.

Se observa persistencia de actitudes discriminatorias dentro de las instituciones.

En los últimos años, algunas jurisdicciones comenzaron a desconcentrar la oferta a los recursos incorporando más hospitales; unos pocos ampliaron los horarios de atención y otros descentraron la distribución de medicamentos ya sea en la misma ciudad capital o incorporando otras ciudades provinciales. Modificaciones que han redundado en mejoras en la atención de personas con VIH, especialmente en la disminución de los tiempos y gastos de traslado.

Aún se registran demoras importantes en los circuitos administrativos internos de algunas provincias así como dificultades por accesibilidad geográfica y de personas extranjeras que no cuentan con documentación argentina.

En muchos hospitales hay problemas en el traslado de las muestras para estudios.

El registro sistemático de información vinculada con la prevención de la transmisión vertical del VIH es incipiente en la mayoría de las jurisdicciones.

- III -

Respuesta institucional y de articulación de actores relevantes

Dirección Nacional de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS)

El Propósito ha sido y es fortalecer las Políticas de Estado en la lucha contra el VIH/sida, con el convencimiento que estas políticas se logran en forma multi-sectorial y con el reconocimiento del capital social existente. Centrándose en una política transversal, descentralizada, promoviendo autonomía y haciendo cumplir los derechos ciudadanos a través de aumentar la accesibilidad a los recursos del Estado.

Programas provinciales y su alineamiento con la DSyETS

Es importante que se asuma el Federalismo sanitario como una característica de la formulación e implementación de políticas de salud en Argentina, para lograr diversidad e innovación por parte de las provincias, enmarcados todos en una mirada estratégica nacional.

En la construcción de una política de Estado en salud los decisores de la política deberían asumir un claro protagonismo, con un rol fundamental en la formulación de políticas públicas así como en la concreción y puesta en marcha de objetivos socio-sanitarios.

Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

Al considerar la respuesta nacional en los últimos 4 años, se debe destacar el apoyo recibido del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. A través de este financiamiento se pudieron desarrollar acciones de prevención en la mayor parte del país y con alta participación de la sociedad civil, focalizadas en poblaciones vulnerables.

Así también el Fondo Mundial contribuyó al fortalecimiento de la sociedad civil, como también a las estrategias en prevención de transmisión vertical, adherencia, ITS y tuberculosis.

Sociedad civil

La sociedad civil en Argentina se caracteriza por su gran heterogeneidad, capacidad y poder de movilización. Ha sido co-constructora de la problemática del VIH/sida en el país, aportando trabajo, difiriendo proceso, delimitando tanto campos de lucha como líneas de acción y lucha. Fue y es un actor importante, tal vez el principal, en la lucha contra la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el virus, tanto como en la lucha por la inclusión y el respeto de la diversidad. Promotora de la implementación de diferentes estrategias que han llevado a la consolidación de políticas como por ejemplo la incorporación de la terapia ARV y el desarrollo del proyecto del Fondo Global.

Asimismo ha favorecido la implementación de acciones por parte del Ministerio de Salud de la Nación, como así también de los Gobiernos Provinciales y locales,

trabajando con poblaciones de difícil acceso para las instituciones de gobierno, tales como usuarios de drogas por vía intravenosa(UDIs), población Trans, personas en situación de encierro (PSE), trabajadoras sexuales (TS), etc.

Grupo Temático de ONUSIDA y agencias de Naciones Unidas

La respuesta al VIH en Argentina por parte de las agencias de Naciones Unidas se plantean como una acción coordinada a partir del funcionamiento del Grupo Temático en VIH de Naciones Unidas en la Argentina. El mismo tiene como objetivo la coordinación y movilización de recursos financieros, técnicos y políticos a fin de contribuir a una respuesta nacional integrada a la epidemia.

Dicho ámbito pretende facilitar asociaciones entre gobierno, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación tendientes a cumplir con los objetivos de los mandatos emanados de la Asamblea General, UNGASS y la declaración de los Objetivos del Milenio.

Sector académico y científico

Se constituye como uno de los ámbitos de discusión y generación de conocimientos sobre el VIH/sida en el país. Espacios de redefinición de problemáticas y actualización de conocimientos que aportan a la toma de decisiones clínicas, de gestión y políticas.

“Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo”:

La *“Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo”*, es el producto de un proceso de planificación estratégica nacional (PPEN) entre los distintos actores y sectores involucrados en el trabajo contra la epidemia de VIH, comprometidos en

garantizar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo de todos los Argentinos, para el período 2008/2011.

Siguiendo este documento, el *acceso universal*, desde el punto de vista de los derechos humanos con relación a la epidemia del VIH/sida, significa la posibilidad para todos, sin distinción o discriminación, en todas partes del mundo, en todas las culturas y cosmovisiones, de acceder a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, respetando la diversidad.

Desde esta perspectiva, la *prevención* puede brindarse en forma de acceso a preservativos e información de calidad, suministro de sangre segura o fármacos que impiden que las mujeres embarazadas transmitan la infección a sus hijos durante el embarazo, parto y/o lactancia – mejorando paralelamente su calidad de vida. El *tratamiento* incluye los medicamentos antirretrovirales (ARV) que detendrán las manifestaciones del síndrome (Sida), así como las medicaciones que combaten las infecciones oportunistas, producto de su avance. La *atención* y el *apoyo* suponen asegurar que las personas que viven con VIH/sida puedan recibir todos los cuidados y servicios que requieren.

En esta dirección, el PPEN, a través de sus cuatro ejes estratégicos y sus diferentes líneas de acción constituye una guía de las acciones contra el VIH/sida entre los años 2008 y 2011, tanto del sector gubernamental, no gubernamental como de la cooperación internacional.

El PPEN definió como sus objetivos:

*Garantizar e incrementar el *acceso a la prevención del VIH* destinada a la población en general con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente a la infección: personas en situación de pobreza (PSP), personas usuarias de drogas (PUD), hombres que tienen sexo con hombres (PHSH), hombres gays (HG), trabajadoras sexuales (TS), personas en situación de encierro (PSE), personas Trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, pueblos originarios.

*Garantizar de manera integral el *acceso a una atención calificada* por equipos multidisciplinarios preparados respecto a la calidad de los tratamientos, su monitoreo, y el acompañamiento psico-social de las personas afectadas por el VIH/sida.

*Mejorar y socializar el *conocimiento de nuestra epidemia* tanto en el nivel nacional como en los niveles provinciales y municipales, a través del desarrollo de una plataforma de conocimiento que sistematice, unifique y asegure la circulación y transparencia de la información epidemiológica.

**Desarrollar recursos humanos*, fortalezas organizacionales, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, así como competencias para el trabajo articulado entre los actores - en los diferentes niveles del estado y la sociedad civil - a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH/sida e ITS.

Para garantizar estos objetivos estratégicos es fundamental fortalecer los abordajes intra y multi-sectorial en sus diferentes niveles, de forma ampliada y articulada entre todos los sectores y áreas, para así realizar de forma conjunta las actividades tendientes a prevenir y asistir el VIH y sida.

La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual de la Argentina (DS y ETS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida realizó un “*Proceso de actualización de la Respuesta Estratégica al VIH/sida e ITS en Argentina*” para el período 2008-2011, a fin de sustentar y dar continuidad a las acciones realizadas hasta el momento, así como acortar las brechas visualizadas de las nuevas realidades observadas, tanto en el ámbito nacional como en los ámbitos provinciales y locales en relación con la epidemia.



Se convocó así, a los diferentes sectores del gobierno nacional, jefes de programas provinciales, representantes de las agencias internacionales con trabajo en VIH/sida, representantes de organizaciones de la sociedad civil y representantes de Personas que viven con VIH para una Consulta Nacional Ampliada el día 26 de Septiembre de 2007, cuyo resultado fue la definición de los problemas a resolver y los objetivos y las líneas estratégicas a considerar en el PPEN.

Con posterioridad y avanzando en la definición de líneas estratégicas de acción, durante el 2008, algunas provincias comenzaron sus propios procesos de planificación y/o la definición de sus planes operativos.

Del proceso en su conjunto *participaron 450 personas* representantes de asociaciones civiles, Ong's, Fundaciones, Foros, programas provinciales, hospitales, MCP, Dirección Nacional, laboratorios, organismos estatales, sistema penitenciario y agencias internacionales entre otros.

Etapas del proceso:

-Elaboración de un documento inicial con recomendaciones (base para la discusión y formulación del PPE – proceso de planificación estratégica-)

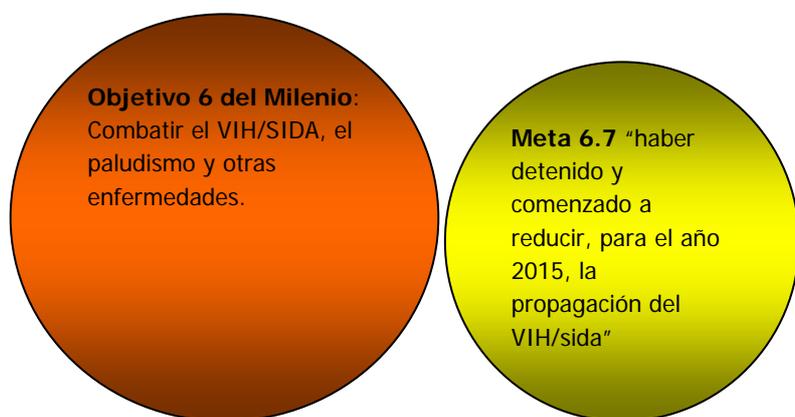
-Talleres regionales (Consulta Nacional Ampliada)

-Primera versión PEN –planificación estratégica nacional- (“La Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo -período 2008/2011)”

-Versión final PEN (un proceso de revisión, actualización y evaluación técnica de la propuesta).

-Proceso de transferencia de la propuesta al nuevo gobierno electo y oficialización del documento (viabilidad política y económica de la propuesta).

El PPE establece acciones concretas para alcanzar la meta del Milenio siendo una propuesta que articulará las intervenciones de diversas organizaciones, persiguiendo dar respuesta a la problemática del VIH/sida.



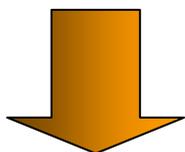
Visión y Situación Objetiva al 2011

- Se ha reducido a menos de la mitad el número de personas que se infectan de VIH o que se infectan con una ITS.
- Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad.
- Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH.
- Ninguna persona es discriminada por ser portadora de algunas de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica.
- Esto da como resultado que todos los argentinos y argentinas, la sociedad civil, los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.

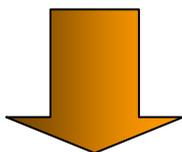
EJES ESTRATÉGICOS HACIA EL ACCESO UNIVERSAL:

Mediante el proceso participativo e inclusivo descrito, se diseñaron y acordaron cuatro ejes estratégicos, que definen una hoja de ruta sólida hacia el acceso universal a la prevención, la atención, tratamiento y apoyo de las personas viviendo con el VIH y Sida y de la población general. Estos ejes otorgan una base consistente a la respuesta nacional al VIH y el SIDA en la Argentina para el período 2008 a 2011.

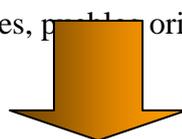
Los cuatro ejes, mencionados anteriormente, se ordenan en base a cuatro dimensiones: el eje 1 con relación al conocimiento de la epidemia en el país; el eje 2 sobre el acceso a la prevención de la transmisión del VIH; el eje 3 con relación a la atención, tratamiento y apoyo a las PVVS; y el eje 4 sobre la relación con la instalación y desarrollo de capacidades y competencias de los actores para una respuesta global y articulada a la epidemia.



EJE ESTRATÉGICO 1: Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de nuestra epidemia de VIH/SIDA a nivel del país, como de las provincias y municipios, desde sus particularidades.



EJE ESTRATÉGICO 2: Garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general, con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH (PSP, PUD, PHS, HG, TS, PPL, población trans (PTR), migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, población originarios).



EJE ESTRATÉGICO 3: Garantizar – de manera integral- el acceso a la atención calificada por equipos multidisciplinarios, en cuanto a la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psico-social de las personas afectadas por el VIH y el SIDA.



EJE ESTRATÉGICO 4: Desde el sector público y la sociedad civil y en el nivel de los municipios, de las provincias y de la nación, desarrollar: recursos humanos, fortalezas organizacionales, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, así como competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, SIDA e ITS.



Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de nuestra epidemia de VIH/SIDA a nivel del país, como de las provincias y municipios, desde sus particularidades

Líneas estratégicas

1. Desarrollar una plataforma de conocimiento: sistematizar, unificar y asegurar la circulación y transparencia de la información epidemiológica estratégica.
2. Mejorar la calidad y profundidad de los datos epidemiológicos producidos. Mejorar la calidad de los indicadores epidemiológicos actualmente en aplicación. Incorporar la perspectiva sociocultural en los estudios epidemiológicos estableciendo la influencia de los determinantes sociales, económicos y culturales en la evolución de la epidemia de

cada región.

3. Mejorar el conocimiento sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad y alta vulnerabilidad en los temas de seroprevalencia, incidencia y de comportamientos (PSP, PTR, PUD, PSHH, HG, TS, PPL, migrantes, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres y pueblos originarios).

4. Mejorar la notificación incluyendo al sector privado. Incorporar a las Obras Sociales, Prepagas y Mutuales a los procesos de generación de información y conocimiento.

5. Mejorar el uso de la información en los procesos de decisión en todos los niveles.

6. Universalizar y/o consolidar y sostener en el tiempo las redes de informatización de vigilancia epidemiológica.

7. Fortalecer la vigilancia de la resistencia de VIH a los antirretrovirales (ARV).

8. Favorecer la evaluación de impacto de las acciones, estrategias y programas implementados. Estimular la realización de estudios de costos.

9. Posibilitar y fortalecer la producción de conocimientos a nivel provincial y local. Facilitar la socialización de la información originada en investigaciones realizadas por otros actores, los centros académicos y universitarios y la sociedad civil.



**EJE
ESTRATÉGICO
N°2:**

Garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general, con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH (PSP, PUD, PSHH, HG, TS, PPL, Trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, pueblos originarios).

Líneas estratégicas

1. Intensificar la prevención de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.
2. Implementar y apoyar programas sobre educación sexual, prevención de ITS y VIH en población en situación de vulnerabilidad social y económica. Establecer programas y proyectos conjuntos sobre salud sexual y prevención del VIH e ITS para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en una alianza efectiva entre Salud y Educación.
3. Profundizar la participación y la articulación efectiva de la sociedad civil en los diferentes niveles y dimensiones de decisión en relación con el VIH.
4. Establecer la institucionalización y mantenimiento de los fondos destinados a prevención en el presupuesto del Tesoro Nacional, y de las provincias.
5. Optimizar la articulación e intersectorialidad de la prevención del VIH a nivel nacional, provincial y local.
6. Disminuir el diagnóstico tardío, ampliando la oferta del análisis voluntario con la asesoría pre y post análisis promoviendo y garantizando un análisis voluntario y con consejería/asesoría.
7. Multiplicar los centros de consejería dentro y fuera del sector salud (municipios, educación, espacios públicos en general). Institucionalizar el espacio de consejería dentro del sistema de salud.
8. Avanzar en la formulación e implementación de planes transversales de prevención (con compromiso multisectorial, interministerial, provincial, municipal y organismos internacionales). Progresar en el cumplimiento de la Ley Nacional de sida en lo que respecta a la articulación interministerial e intersectorial.
9. Garantizar la periodicidad de la comunicación masiva y focalizada de prevención del VIH, teniendo en cuenta las distintas situaciones y singularidades de las personas.
10. Garantizar a la población la accesibilidad a los preservativos y teniendo en cuenta las distintas especificidades, perfeccionando la política y las estrategias de distribución de preservativos.
11. Garantizar la accesibilidad a programas de prevención a las diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad frente al VIH teniendo en cuenta las distintas especificidades de las mismas.
12. Ampliar las acciones en defensa de los derechos humanos, la no estigmatización y no discriminación a nivel país y en las provincias.

13. Asegurar una provisión y distribución continua y equitativa de los recursos destinados a prevención, en función de la prevalencia e incidencia de la epidemia en las provincias (según los pesos relativos de la epidemia de éstas). Optimizar los mecanismos logísticos y de seguimiento para asegurar un abastecimiento regular de insumos. Garantizar un stock mínimo a nivel de las provincias.

14. Profundizar la implementación de programas y proyectos conjuntos de prevención primaria, secundaria y terciaria en los servicios penitenciarios y patronatos de liberados en una alianza efectiva entre Salud y Justicia u Organismo Gubernamental del cual dependan, a nivel nacional y provincial.

15. Promover la adecuación de la legislación vigente en materia de droga y contravencional que dificultan las acciones de prevención. Promover y fortalecer programas de reducción de daño.

16. Promover y fortalecer el trabajo con los países limítrofes a fin de implementar programas de prevención en zonas de frontera, en forma conjunta.



**EJE
ESTRATÉGICO
N°3**

Garantizar – de manera integral- el acceso a la atención calificada por equipos multidisciplinarios, en cuanto a la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psico-social de las personas afectadas por el VIH y el SIDA.

Líneas estratégicas

1. Desarrollar acuerdos técnicos y políticos que proporcionen una base efectiva de coordinación y articulación del trabajo de atención, tratamiento y apoyo a las personas viviendo con el VIH/sida; posibilitando una relación y atención desburocratizada con ellas.

2. Fortalecer y apoyar el trabajo de los equipos de salud en tratamientos, cuidados y apoyo de las personas con VIH y sida. Avanzar en la formación de equipos integrales de

salud.
3. Optimizar los mecanismos logísticos y de seguimiento para asegurar un abastecimiento regular de insumos. Garantizar un stock mínimo de medicamentos, tanto para situaciones especiales como para asegurar la continuidad de los tratamientos de las PVVS, especialmente en las provincias.
4. Avanzar en el diseño e implementación de estrategias de acceso a necesidades básicas de las PVVS, que permitan mejorar su calidad de vida (alimentación, vivienda, trabajo).
5. Actualización oportuna de las recomendaciones y protocolos para los tratamientos. Mejorar el uso racional de los medicamentos.
6. Fortalecimiento de las redes de laboratorio para facilitar el acceso a pruebas de monitoreo.
7. Avanzar en la creación de una base de datos única de pacientes, incluyendo los tres subsectores de salud.
8. Monitorear el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales y Prepagas, por parte de la autoridad competente.
9. Aplicar y controlar el cumplimiento de las normas vigentes, para asegurar el transporte de las muestras orgánicas que garanticen bioseguridad y llegada oportuna para su análisis.
10. Fortalecer el trabajo conjunto entre la Dirección de Sida y ETS y el Programa de Tuberculosis.
11. Impulsar el desarrollo de tecnología para la investigación, producción y control de medicación. Promover el desarrollo de presentaciones pediátricas de las drogas ARV que aún no se encuentran en el mercado.

**EJE
ESTRATÉGICO
N°4**

Desde el sector público y la sociedad civil y en el nivel de los municipios, de las provincias y de la nación, desarrollar: recursos humanos, fortalezas organizacionales, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, así como competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, SIDA e ITS.

Líneas estratégicas

1. Formular e implementar estrategias y programas de desarrollo de capacidades y competencias en los recursos humanos pertinentes, necesarios para asegurar una respuesta de calidad e integral a las PVVS y a la población general.

2. Desarrollar acciones destinadas a viabilizar la creación de laboratorios públicos de producción de medicamentos de carácter público. Impulsar la adecuación de la legislación vigente a fin de promover el desarrollo de medicamentos genéricos para VIH.

3. Fortalecer los distintos componentes o áreas de trabajo de la Dirección de sida y ETS y de las Provincias, con énfasis en el área de prevención. Impulsar la incorporación de la temática de VIH/sida en las agendas políticas de los Gobiernos Provinciales.

4. Promover la incorporación de las PVVS en la gestión de programas y proyectos en VIH y sida.

5. Impulsar el diseño de una arquitectura de organización y de gerencia de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual y de los Programas de Sida de las Provincias y de sus recursos humanos, de acuerdo con las estrategias, prioridades y costos definidos en el plan estratégico nacional de respuesta al VIH/sida para el período 2008 - 2011. Desarrollar un plan de acompañamiento y evaluación continua de dicho plan que considere eficiencia en el uso de los recursos, en forma sistemática, periódica, e intersectorial.

6 Progresar en la articulación interministerial e intersectorial. Ampliar las relaciones intra-programáticas con los diferentes Programas del Ministerio de Salud, especialmente con Adicciones, Tuberculosis (TBC), Salud Sexual y Procreación Responsable, Maternidad e Infancia, Municipios Saludables, etc. Incorporando transversalmente el VIH en sus actividades; favoreciendo una respuesta amplia al VIH desde el sector salud.

7. Organizar las compras de insumos en coordinación con las provincias y promover la provisión de recursos necesarios para la acción de los programas provinciales, municipales y de la sociedad civil.

8. Impulsar efectivamente la articulación de acciones – principalmente en materia de sexualidad y educación sexual – entre los Ministerios de Salud y Educación.

9. Ampliar y desarrollar las relaciones y articulaciones con los otros actores relevantes en y para la respuesta al VIH y el sida en todos los niveles. Avanzar en una expresión presupuestaria e institucionalizada de estas articulaciones.

10. Promover y desarrollar investigación científica y técnica desde el punto de vista básico, clínico y social, fiscalizado por organismos competentes.

Acciones y propuestas de implementación



-Nivel macro:

-Sostener los mecanismos de compra y distribución de preservativos y lubricantes en función de las demandas que se espera sean crecientes de las jurisdicciones.

-Potenciar la capacidad logística de los programas jurisdiccionales a partir de la distribución directa a los efectores de salud a partir de la logística provista por el Programa Remediar.

-Estructurar un sistema de registros y fortalecer la capacidad de realizar monitoreo y evaluación con respecto a la provisión de preservativos y lubricantes.

-Estimular en todo el país una política de distribución de preservativos y lubricantes basado en la construcción de puntos fijos de distribución que puedan abastecer a libre demanda y sin exigir ninguna clase de datos o información personal a los usuarios que requieran de los mismos, priorizando para su conformación los lugares donde vive o circula la población más vulnerable. Esta política implica actividades diversas tales como la redacción de un documento que explicita la propuesta, la divulgación adecuada de la misma, la comunicación periódica con los programas jurisdiccionales para mantener actualizada la lista de bocas de distribución fijas a fin de que las mismas sean divulgadas a través de la página web, las líneas telefónicas y otros medios de comunicación.

-Provisión y estímulo a la producción y distribución de dispensers u otros dispositivos similares que minimicen los obstáculos de los usuarios para el acceso de preservativos en la cantidad que los mismos precisen, eliminando cualquier clase de requisito.

-Estimular en todo el país la inclusión progresiva de actores e instituciones que estén por fuera del sistema formal de salud como efectores de la política de aumento a la accesibilidad al preservativo y a los lubricantes (organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil, otros efectores del estado externos al sistema de salud, etc.).

-Nivel meso:

-Construir capacidades para estimar necesidades de materiales teniendo en cuenta la cobertura poblacional a la que se quiere llegar y las posibilidades organizativas del programa.

-Crear, mejorar o sostener mecanismos de registro con respecto a recepción y distribución de preservativos, a fin de contar con capacidad de monitoreo y evaluación sobre la distribución. El registro debería centrarse en las instituciones que reciben preservativos y no en el registro de las personas que los retiran.

-Intensificar los esfuerzos para la creación y sustentabilidad de puestos fijos de distribución que puedan ser sostenidos en el tiempo, lo que significa entre otras tareas la identificación de referentes por institución para organizar los pedidos y las entregas.

-Instrumentar estrategias de comunicación que garanticen el conocimiento público de dichos puestos de distribución (direcciones, horarios, etc.).

-Intensificar los esfuerzos para incluir en la distribución de preservativos a los efectores de salud así como también a otros actores de nivel comunitario que tengan llegada mejorada a poblaciones vulnerables y/o excluidas o con acceso restringido al sistema de salud.

-Identificar actores o espacios no tradicionales para mejorar el acceso de las poblaciones privadas de la libertad o que requieren de preservativos en lugares u horarios menos convencionales (circuitos gay, circuitos de trabajo sexual, etc.).

-Fortalecer los esfuerzos en el trabajo periódico con los diferentes actores que participan de la distribución de preservativos a fin de trabajar la eliminación de restricciones para el acceso a los preservativos.

-Estimular a los equipos de salud que atienden a personas con VIH a contar con dispensers en salas de espera o lugares públicos que faciliten el acceso de las PVVS al recurso a libre demanda.



-Nivel macro:

-Definir esquema de capacitación para aumentar la cantidad de profesionales médicos que puedan hacer seguimiento de personas por su infección con VIH.

-Promover dichas capacitaciones.

-Definir esquema de capacitación para mejorar las capacidades a nivel de los efectores para diagnóstico y tratamiento de ITS.

-Simplificación de trámites para mejorar el acceso de los pacientes a los estudios de seguimiento.

-Intensificar el monitoreo de las redes de laboratorio para garantizar el funcionamiento adecuado de las mismas en lo referido a realización de estudios de seguimiento.

-Mejorar los procedimientos vinculados a la compra y distribución de medicamentos.

Mejorar los canales de comunicación con los programas jurisdiccionales con el fin de sostener la actualización sobre la definición de nuevos procedimientos, inclusión de nuevas drogas, etc.

- Generar lineamientos orientados a definir de modo adecuado la noción de atención integral de personas con VIH.

- Difundir dichos lineamientos de modo adecuado.

- Intensificar los esfuerzos para mejorar el fluido de notificaciones.

- Promover la inclusión de PVVS en los diferentes niveles de implementación de las políticas (equipos de los programas, nivel de los efectores públicos, etc.).

-Nivel Meso:

- Promover a través de políticas activas (encuentros de trabajo, promoción de capacitaciones cruzadas) la incorporación de las diferentes disciplinas a la atención de las PVVS, estimulando la identificación de profesionales especializados y creación de redes de atención.

- Crear, fortalecer o sostener canales adecuados de comunicación con los profesionales de la salud que realizan la atención de personas con VIH con el fin de garantizar el conocimiento público de las modificaciones que se realizan con respecto a nuevos procedimientos, modificaciones en la medicación, incorporación de recursos para mejorar la atención (ejemplo: test de resistencia).

- Intensificar los esfuerzos para mejorar el fluido de notificaciones y crear, mejorar o sostener sistemas de registro a través de soporte electrónico.

- Registrar el seguimiento de partos de mujeres con VIH y niños expuestos a fin de mejorar el conocimiento y las capacidades de intervención para disminuir la transmisión vertical.

- Intensificar los esfuerzos de articulación del programa con otras agencias de gobierno o agencias no gubernamentales para brindar una atención integral a las PVVS.

- Promover la inclusión de PVVS en los diferentes niveles de implementación de las políticas (equipos de los programas, nivel de los efectores públicos, etc.).

(16)

LA RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA:

El perfil de la epidemia es a la vez resultado y condición de la respuesta que se fue brindando a lo largo del tiempo, tanto desde el Estado como desde la sociedad civil. En función de la realidad donde le toca actuar, los desafíos que se plantea actualmente la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación consisten en fortalecer las políticas públicas nacionales y provinciales en VIH-sida, disminuir la incidencia de esta infección y optimizar la asistencia a las personas que viven con VIH. En forma paralela, reducir la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual y fortalecer su diagnóstico y tratamiento. Finalmente, es también un objetivo prioritario disminuir el estigma y la discriminación en relación con el VIH-sida, comenzando por el sector salud, en el conjunto de la sociedad.

En el lapso que va de comienzos de 2008 hasta la actualidad, se definieron un conjunto de estrategias y se pusieron en marcha distintas iniciativas puntuales tendientes a responder a estos desafíos.

Entre otras, cabe mencionar la **mejora en la accesibilidad al tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH**, materializada en una simplificación de los trámites a cargo de los pacientes, así como en el establecimiento de criterios simples para la autorización de los estudios de seguimiento.

En este mismo sentido se orientan la **descentralización de la logística para la distribución de los medicamentos** —que acerca estos insumos a los lugares a los que concurren habitualmente las personas con VIH—, así como el **control de calidad** de los laboratorios y del tipo de medicación prescripta.

En el terreno de la **promoción y accesibilidad al preservativo y otras herramientas preventivas**, se está estructurando un sistema de distribución de estos recursos que facilita su llegada directa a los efectores de salud. Además, se ha incrementado y fortalecido la participación de organizaciones sociales y otros

organismos estatales que no pertenecen al área de la salud, tanto en la promoción como en la distribución de diversos instrumentos de prevención.

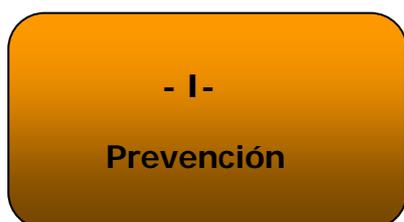
Un punto central para una respuesta integral a la epidemia de VIH-sida y de otras ITS es la **articulación dentro de este Ministerio entre las políticas de salud reproductiva y las de maternidad e infancia**, sobre todo en aquellas medidas y lógicas de trabajo conjunto, para la promoción del sexo seguro.

También merece subrayarse en el terreno de las respuestas, la promoción y **accesibilidad al test de VIH con asesoramiento**. Con el objetivo de instalar en el mediano plazo lugares de testeo con asesoramiento en Centros de Atención Primaria de todo el país —amigables y accesibles a la población general—, se comenzó un proceso de formación con profesionales vinculados al campo de la prevención y al área de laboratorio (dos participantes por provincia, seleccionados por los programas de Catamarca, Entre Ríos, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán). La **capacitación** incluyó visitas a lugares de diagnóstico de la ciudad de Buenos Aires y del Municipio de San Martín, ambos con una larga experiencia en esta materia.

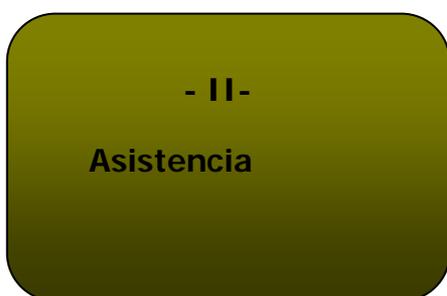
Finalmente, y a fin de mejorar el conocimiento de la epidemia, se están desarrollando **talleres de fortalecimiento de la vigilancia** con los referentes de epidemiología de los programas de sida provinciales, cuyo producto, en parte, se refleja en la disminución de la subnotificación registrada en los datos.

(17)

-Actividades realizadas por área:



- Desarrollo del proyecto de promoción de testeo con asesoramiento en Córdoba, San Juan, San Luis, Mar del Plata, Florencio Varela, Tucumán, Viedma y Gral. Rodríguez
- Desarrollo del trabajo intersectorial junto al Ministerio de Educación en Chubut, Tierra del Fuego, Córdoba, Entre Ríos y La Matanza.
- Entrega sistemática de preservativos a los programas provinciales según pedido y a organizaciones de la Sociedad Civil.
- Desarrollo del Proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical, junto a Maternidad e Infancia en Ciudad de Buenos Aires, Región 1, 5 y 8 (Bs.As.), Reconquista, Córdoba, Mendoza, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Jujuy, Chaco, Formosa, Corrientes, Río Negro y San Juan.
- Desarrollo del Proyecto de Prevención de la Sífilis congénita, junto a Maternidad e Infancia, Epidemiología y ANLIS en Misiones, Corrientes, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y La Rioja.
- Consulta sobre Trabajo Sexual y VIH – con las organizaciones AMMAR, y ATTTA.
- Profundización del trabajo con población en situación de encierro junto a Ministerios de Justicia. Convenio con el Ministerio de Justicia, capacitación al SPF (Servicio Penitenciario Federal) y fluidificación de circuitos de medicación y laboratorio para SPF y SPB (Servicio Penitenciario Bonaerense).
- Investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión en el marco del estado actual de la respuesta preventiva asistencial al VIH/sida.
- Se participó en una campaña sobre diversidad sexual y sida en la marcha del orgullo GLTB (gays, lesbianas, trans, bisexuales) y en la Consulta sobre Trabajo Sexual y VIH – con las organizaciones AMMAR, y ATTTA.
- Se realizó la campaña del primero de diciembre centrado en la diversidad sexual: “el preservativo está de tu lado, usalo”.
- Se produjeron una serie de afiches, trípticos, dípticos y una valija preventiva para distribuir en todo el país, así como material informativo para personas viviendo con VIH.



- Revisión de expedientes de licitaciones y gestión de los diferentes lotes.
- Manejo del Software de gestión de reactivos.
- Contacto con Laboratorios efectores y jurisdicciones.
- Conocimiento de los circuitos administrativos del Ministerio.
- Distribución completa de reactivos de Citometría a laboratorios efectores.
- Coordinación con los mismos y Laboratorio Becton Dickinson.
- Finalización de Licitación de Citometría de flujo 2005.
- Reunión Jefes de Programa.
- Discusión con referentes de Laboratorio.
- Preparación de la tercer entrega de insumos para las jurisdicciones: Carga viral, ELISA, Ag p24.
- Envío de notificación para solicitudes de jurisdicciones.
- Coordinación con proveedores y Comisión de Recepción.

III

Estudios e Investigación

- Presentación del boletín de VIH/sida 2008 y 2009.
- Trabajo en la propuesta de modificación de ficha epidemiológica.
- Estudio sobre la situación de la vigilancia en ETS.
- Promoción del llenado y enviado de fichas de las provincias a la Dirección.
- Investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión en el marco del estado actual de la respuesta preventiva asistencial al VIH/sida:
 - *Primer encuentro con investigadores locales y jefes de programas – 15 y 16 de septiembre (Buenos Aires).*
 - *Trabajo de campo de los investigadores septiembre/octubre.*
 - *Encuentro de evaluación con investigadores locales y jefes de programas – noviembre.*

IV

Comunicación Social

- Capacitación a las líneas 0800.
- Armado de materiales.
- Coordinación para el envío a imprenta de folletos preventivos acordados con Comunicación del Ministerio.
- Relanzamiento de la página web de la Dirección de Sida y ETS, en la página del Ministerio de Salud.

V

Impacto

-Se registró un importante descenso en las frecuencias absolutas y relativas de notificación de infecciones por HIV y de casos de sida. (último registro año 2007: 8.7 infecciones notificadas/ 100.000 habitantes y 2.8 casos de sida notificados/100.000 habitantes).

(18)

PERFIL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS E INDICADORES DE GESTIÓN

Personas en tratamiento antirretroviral

De acuerdo al registro de la medicación distribuida durante el año 2008, 28.168 personas recibieron tratamiento antirretroviral provisto por la DSyETS, un 10 % más que en el año 2007.

A noviembre de 2009 se han podido actualizar e incorporar los tratamientos suministrados y empadronar a 18.143 personas, lo cual representa el 62% de los 29.050 estimados a junio del 2009.

Indicadores de gestión

Se estima que en Argentina están siendo atendidas en los tres subsistemas de salud alrededor de 56.000 personas infectadas, de las cuales el 69% son seguidas en el sistema público. Durante el año 2008, aproximadamente 28.000 de estas personas recibieron medicación antirretroviral y a casi 26.000 les fueron autorizados estudios complementarios financiados por el Ministerio de Salud.

Desde el año 2003, en el que se comenzaron a autorizar estudios, hasta la actualidad, la DSyETS tiene registrados pedidos para un total de 47.488 personas. De ellas, 25.951 solicitaron algún estudio durante el año 2008, un 8% más que el año anterior. Durante el año 2008, se pidieron estudios para 5.487 personas por primera vez.

Tipos de estudios autorizados

Los estudios autorizados a los 25.951 pacientes durante el año 2008 correspondieron a 36.908 estudios de carga viral de VIH, 463 test de resistencia, 704 cargas virales para hepatitis C y 437 genotipificaciones para hepatitis C. Las cargas virales representan un 6% más que el año anterior, y los test de resistencia un 62% de incremento con respecto al 2007.

Desagregando la información, apreciamos que durante el año 2008, al 58% de los pacientes se les autorizó una carga viral, al 35% dos cargas virales y a poco más del 6% se les autorizó 3 cargas virales o más. Cabe aclarar que la proporción de cargas virales autorizadas desde el año 2004 se ubica entre el 90% y el 94% de las solicitadas, y los rechazos corresponden habitualmente a personas con cobertura de obras sociales.

Salvo CABA, donde al 50% de los pacientes se les autorizó más de una carga viral por año, y Santa Fe, donde sólo al 25% de los pacientes se les autorizó más de una carga viral por año, en el resto de las jurisdicciones entre al 35% y al 44% de los pacientes se les autorizó más de una carga viral al año.

(19)

POLÍTICAS SUSTANTIVAS

-Se desarrollaron en dos jurisdicciones los procesos de planificación operativa anual siguiendo los lineamientos del plan estratégico nacional (Santa Fe y Ciudad de Buenos Aires).

MEJORAS ORGANIZACIONALES

-Integración, en el marco de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, del equipo de enlace con el Proyecto de Modernización del Estado de la Jefatura de Gabinete de Ministros para el diseño, desarrollo e implementación del Sistema de

Información para la Gestión (Tablero de Comando) que permite monitorear la gestión programática.

-Se estructuraron cinco áreas de trabajo que no existían en la Dirección: Asistencia (con las subáreas Medicamentos y Reactivos); Prevención; Estudios e Investigación, Comunicación Social y Administración.

(20)

PRÁCTICAS ÓPTIMAS:

A) PÁGINA WEB

La página web de la Dirección de Sida y ETS fue creada en el año 2008, y se compone de diferentes espacios que brindan información sobre el VIH-sida, las infecciones de transmisión sexual, datos estadísticos, resultados de investigaciones, y datos útiles para las personas viviendo con VIH-sida y los equipos de salud.

En el espacio de información sobre VIH, sida e ITS, hay un apartado sobre “Preguntas frecuentes sobre VIH y sida”: allí se presentan preguntas y respuestas frecuentes; Qué es el sida, qué es el VIH, vías de transmisión, reinfección, portador sano, test, período ventana, carga viral y CD4, tratamiento, formas de prevención para cada vía de transmisión.

En el apartado “Guía informativa para personas con VIH/sida”, se presenta el documento “Vivir en positivo”. Allí se contemplan las diversas situaciones que atraviesan las pvvs: La experiencia de vivir con VIH (reacciones y sentimientos), vivir positivamente (carga viral, CD4, VIH, sida), medicación para controlar el VIH (tratamiento, reproducción, fallo terapéutico, test de resistencia), protocolos (información, utilización, aspectos éticos), antirretrovirales (decisión personal, compromiso, tipos de medicamentos), medidas preventivas (utilización del preservativo, formas de prevención para cada vía de transmisión, ideas erróneas sobre vías de transmisión, vacunación), hepatitis virales, alimentación, amor, sexo y relaciones, salud reproductiva y VIH (búsqueda de embarazo, anticoncepción, lactancia), derechos de las pvvs (derechos, reclamos, denuncias), datos útiles.

En “Información general sobre ITS”, se formula una definición de infecciones de transmisión sexual, caracterizando: uretritis, condilomas (HPV), tricomoniasis, sífilis, herpes genital, hepatitis B.

Finalmente, en “Gripe A(H1N1) en personas con VIH/sida”, se realizan recomendaciones, se explican síntomas, tratamiento, prevención.

En el espacio de boletines, investigaciones, publicaciones, se presenta la “Investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión: estado actual de la respuesta preventivo asistencial al VIH- sida e ITS en la República Argentina” (ver detalle en páginas posteriores de este mismo apartado).

Los Boletines 2008 y 2009, aportan datos epidemiológicos e información estadística actualizada sobre el VIH-sida en Argentina.

En el mismo espacio, se incluyen diferentes publicaciones:

*guía para la atención integral de mujeres con infección por VIH (seguimiento y cuidado clínico – ginecológico de la mujer con VIH, vacunación en adultos infectados con VIH, opciones anticonceptivas para pvvs, escenarios a considerar de acuerdo a la condición serológica de cada pareja, consideraciones en relación con el tratamiento antirretroviral en la población femenina, recomendaciones para la profilaxis antirretroviral en embarazadas, consulta preconcepcional en mujeres con VIH, tratamientos recomendados para ITS, reproducción en el marco de la infección por VIH, aspectos legales);

*Guía para las personas con VIH-sida, sus familiares, y amigos;

*Salud, VIH-sida y sexualidad trans;

*Guía de sífilis en la embarazada y el recién nacido (prevención, diagnóstico y tratamiento);

*Sexualidad y cuidados – reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida.

En el espacio de prevención, se presentan distintos apartados:

*dónde hacer el test, con datos sobre instituciones públicas y no gubernamentales que realizan el test de VIH;

*Uso del preservativo, con explicaciones para la correcta utilización del preservativo masculino y femenino;

*Folletos para imprimir sobre salud y anticoncepción para pvvs, ITS, embarazo, VIH y sida, información sobre VIH-sida, resultado positivo, características del análisis voluntario, gratuito y confidencial;

*Láminas para el trabajo en escuelas medias: métodos anticonceptivos – reproducción y embarazo, ITS, derechos, sexualidad.

En información para el equipo de salud, se brinda información sobre medicamentos; recomendaciones terapéuticas; lugares de atención; lugares de diagnóstico.

En el espacio de campañas: se ofrece información sobre VIH-sida; accesibilidad al preservativo; accesibilidad al test con asesoramiento; atención integral de las personas con VIH; disminución del estigma y la discriminación; información sobre ITS.

En información para personas con VIH, se presenta la guía informativa para personas con VIH-sida; información sobre estudios de seguimiento / laboratorio (carga viral, CD4, test de resistencia); procedimientos para pacientes (con y sin obra social, con cobertura de medicina prepaga); listado de grupos de pares; lugares de atención; gripe A(H1N1) en personas con VIH-sida.

En legislación y derechos humanos, se publican distintas leyes sobre el tema: ley nacional de Sida; Decreto diagnóstico; Análisis embarazadas; Decreto Fuerzas Armadas; Obras sociales y prepagas; derechos humanos.

Finalmente, en sitios de interés, se ofrece un listado de páginas web vinculadas al VIH-sida.

(21)

B) INVESTIGACION PARA EL DIAGNOSTICO Y EL MEJORAMIENTO DE LA GESTION: ESTADO ACTUAL DE LA RESPUESTA PREVENTIVO ASISTENCIAL AL VIH-SIDA E ITS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA:

Esta investigación, tal como fuera mencionado en apartados anteriores, constituye una buena práctica con un doble objetivo:

*por un lado, generar un diagnóstico sobre la respuesta preventivo-asistencial desde el sistema público de salud al VIH-sida y a algunas infecciones de transmisión sexual (ITS).

*Por otro lado la investigación fue pensada como una herramienta o dispositivo de gestión, esto es como una oportunidad para generar un modelo de trabajo conjunto y participativo entre los actores con la responsabilidad de prevenir nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Participaron del proceso de investigación 21 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 8 regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires. A continuación se listan las mismas: Catamarca, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.), Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán y Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires: RS I, RS IV, RS V, RS VI, RS VII a, RS VII b, RS VIII y RS XI.

El trabajo de campo involucró un total de 329 efectores públicos de salud, seleccionados según criterios metodológicos que son explicitados en el informe. De estos, 205 fueron centros de atención primaria de la salud, 115 hospitales y 9 maternidades.

CONCLUSIONES PRELIMINARES:

Proceso I: Accesibilidad a preservativos y material informativo

Aunque algunas provincias venían desarrollando actividades de prevención específica con grupos focalizados –HSH, trabajadoras sexuales, etc.- en general los destinatarios de las acciones eran la población general que tenía acceso a las instituciones de salud y educativas.

Los preservativos distribuidos durante el año 2007 fueron provistos tanto por el Programa de Sida como por el Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. Casi ninguna jurisdicción compraba preservativos y en algunos sitios los preservativos entregados eran provistos por proyectos financiados por el Fondo Global de Lucha contra el Sida. Este proyecto también contribuyó con la producción de materiales gráficos que en parte ayudaron a paliar la escasez de folletería producida por los organismos estatales durante el año 2007.

Se observó una gran diversidad en las modalidades de distribución de los preservativos así como en los lugares y actores participantes en las acciones de prevención. En algunas provincias se incorporaron organizaciones de la sociedad civil e instituciones estatales por fuera del sector salud a la distribución en tanto que en otras esta apertura estaba pendiente.

Un aspecto a destacar en relación con los preservativos fue la gran cantidad de centros de salud que participaban en la distribución, aunque variando la modalidad y el volumen según la fuente de aprovisionamiento de los mismos. Mientras que los preservativos provistos por el Programa de Sida se distribuían libremente, el acceso a los provistos por el Programa de Salud Reproductiva fue más restrictivo. Este límite es importante ya que en algunos centros de salud los únicos preservativos distribuidos en el año 2007 fueron provistos por el Programa de Salud Reproductiva.

Mientras que en muchos centros la presencia de preservativos estaba normalizada, en otros centros de salud para acceder al insumo se pedía como requisito que los usuarios concurrieran obligatoriamente a una charla o tuvieran una receta médica. En este sentido, uno de los aspectos enfatizados en los informes finales fue la necesidad de

unificar los criterios entre los distintos programas o directamente que este insumo fuera provisto por un solo programa.

Teniendo en cuenta la cantidad de preservativos distribuidos en cada establecimiento y la cantidad entregada por usuario, en términos generales se pudo concluir que la cantidad de usuarios con acceso a preservativos en cada lugar fue baja.

Además del acceso a preservativos y folletería, algunos investigadores señalaron la necesidad de campañas de prevención sostenidas en el tiempo en tanto que otros apuntaron a que las estrategias de prevención se transformaran en políticas de estado y, justamente, dejaran de ser campañas. Salvo casos puntuales, se observó la ausencia generalizada de políticas de comunicación en materia de prevención desde los niveles gubernamentales locales.

En relación con el material gráfico, los investigadores subrayaron la necesidad de garantizar la provisión regular de los mismos. Algunas jurisdicciones estaban interesadas en comenzar a producir materiales propios el año entrante.

Proceso II: Accesibilidad al testeo

Uno de los hallazgos más significativos fue descubrir que en la inmensa mayoría de los centros del primer nivel de atención relevados se realizaban pedidos de pruebas para VIH y en muchos se efectuaba la extracciones de muestras allí mismo. Esta práctica estaba extendida en el caso del seguimiento de mujeres embarazadas aunque los circuitos de pedidos del resto de los testeos no eran tan claros.

Durante los años 2007 y 2008 algunas jurisdicciones ampliaron la cantidad de centros de testeo voluntarios y espacios de consejería y en algunos casos incorporaron a los dispositivos a personas con VIH, siendo estos espacios de todos modos minoritarios en relación con el total de testeos realizados en cada jurisdicción.

Se observó que fue progresivamente aumentando el número de mujeres embarazadas que llegaban al parto con un test de VIH realizado y en muchos hospitales se disponía

de test rápidos para la prueba a las mujeres que no contaban en el momento del parto con información serológica reciente.

Fueron muy pocos los establecimiento, tanto hospitales como centros de salud, que ofrecían la prueba de forma rutinaria a las parejas de las mujeres embarazadas, independientemente de la serología de estas últimas.

Los investigadores identificaron algunos centros de salud en donde aún se ofrecía el test de manera selectiva en función del juicio subjetivo que un miembro del equipo de salud realizara sobre el nivel de riesgo del usuario. En esos lugares el problema mencionado se presentaba incluso en el testeo a mujeres embarazadas.

Otro dato preocupante fue la burocratización del proceso del consentimiento informado y la existencia de lugares en los que directamente no se solicitaba.

Fue notoria la disparidad de criterios en cuanto a la edad mínima en que se aceptaba que un adolescente pudiera realizarse un test sin autorización de un adulto. Se encontró una gran diversidad de criterios no sólo inter e intrarregional sino al interior de cada efector.

Una fortaleza de la estrategia de testeo fue la extensa red de laboratorios con capacidad para procesar muestras para pruebas de tamizaje, aunque, por el contrario, pocos laboratorios por jurisdicción confirmaban los resultados acarreando demoras en el proceso diagnóstico y la entrega de resultados. En algunas provincias sólo un laboratorio realizaba Western Blot.

En función de los hallazgos para este eje, las propuestas a futuro fueron ampliar la oferta de testeo con consejería en los distintos niveles del sistema y por fuera del mismo involucrando a otros actores gubernamentales y no gubernamentales. Unificar los criterios, generar normativas y difundirlas para testeo de niños/as y adolescentes. Ampliar la capacitación en pre y pos test al personal de salud. Promover la oferta de testeo a parejas de mujeres embarazadas y ampliar la red de laboratorios para realizar pruebas confirmatorias.

Proceso III: Atención de personas con VIH

En todas las provincias se detectaron servicios de atención de personas con VIH, a veces con la participación de médicos infectólogos y otras veces conducidos por médicos de otras especialidades que se fueron especializando en la problemática a lo largo del tiempo. No obstante ello, la impresión general fue que en algunas provincias, el crecimiento del volumen de personas infectadas no fue acompañado por un crecimiento paralelo de la cantidad de profesionales para atenderlas.

Los investigadores locales plantearon como necesidad ampliar la cantidad de profesionales para atención de personas con VIH, no en el sentido de más especialistas en la temática sino en el de abrir la puerta de otros servicios reticentes a atender esta problemática.

Pese a los avances, se registró la persistencia de notorias diferencias en la calidad de la atención según el hospital, incluso dentro de cada jurisdicción; con un contraste significativo entre algunas instituciones con equipos altamente capacitados y motivados y la ausencia completa de los mismos en otros lugares. En algunos hospitales provinciales toda la demanda era cubierta por un solo profesional. También se ha observado que en varios hospitales no había infectólogos.

Se apreció insuficiente cantidad de profesionales en algunas especialidades, particularmente pediatras y psicólogos. En relación a los primeros, la escasez obligaba en ocasiones a derivar a los niños a otros hospitales. En relación con los psicólogos, la oferta insuficiente de turnos producía un déficit importante en esta área. Finalmente, se indicó la escasez de gineco-obstetras para atender mujeres con VIH.

Se vislumbró persistencia de actitudes discriminatorias dentro de las instituciones, cuestión que evidenciada no sólo en la oferta reducida de algunas especialidades sino particularmente en las demoras para obtener turnos para estudios de alta complejidad y para cirugías y en la atención en guardia.

Ante la escasez de algunas especialidades y la reticencia de algunos servicios para aceptar a personas con VIH, se planteó la necesidad de conformar redes de interconsulta

o derivación amigables. En este mismo sentido, indicaron la necesidad de mejorar los circuitos de derivación y referencia entre los distintos niveles de atención.

En los últimos años algunas jurisdicciones con un nivel medio o bajo de seguimiento de personas con VIH comenzaron a desconcentrar la oferta para facilitar el acceso a los recursos asistenciales. Incorporaron más hospitales, unos pocos ampliaron los horarios de atención y otros descentraron la distribución de medicamentos ya sea en la misma ciudad capital o incorporando otras ciudades provinciales. Estas acciones, si bien aún limitadas, han redundado en mejoras en la atención de personas con VIH, especialmente en la disminución de los tiempos y gastos de traslado.

Las jurisdicciones y hospitales indicaron que durante el año 2008 se regularizó la provisión de medicamentos y no tuvieron dificultades en el acceso a leche de inicio, AZT en ampollas y en jarabe. En cambio, algunas veces persistían problemas logísticos para trasladar esos insumos desde los depósitos centrales a los hospitales, especialmente al encontrarse en otras localidades.

Una jurisdicción de alto volumen de pacientes planteó como objetivo para el año 2009 la nominalización de la entrega de medicación. Otras se plantearon como meta aumentar la desconcentración de la distribución de medicación para ITS y VIH.

Se señaló la necesidad de agilizar los circuitos de autorización de medicación de uso restringido e incorporar drogas de última generación al vademécum provisto por el estado nacional. Otro insumo que se sugirió incluir fueron los kits de profilaxis post exposición.

Se ha simplificado la solicitud de estudios de carga viral reduciendo el tiempo necesario para obtener la autorización desde nivel central. Sin embargo, aún se registraron demoras importantes en los circuitos administrativos internos de algunas provincias así como dificultades por accesibilidad geográfica y de personas extranjeras por no contar con documentación argentina.

En muchos hospitales mencionaron problemas en el traslado de las muestras para estudios de seguimiento demorándose la obtención de los resultados y obligando,

ocasionalmente, a los miembros de los equipos de salud a solventar con su dinero el envío de muestras. Este mismo problema se verificó a nivel provincial en algunas jurisdicciones. En este punto se planteó la necesidad de ampliar la red de laboratorios y resolver el costo de los traslados.

No obstante la disponibilidad de test de resistencia, en algunas provincias se señalaron casos de personas que debieron esperar más de seis meses para que se les autorizara el estudio.

En muchas instituciones se desconocían las normativas y recomendaciones sobre diversas prácticas como ser los procedimientos a seguir ante un accidente laboral o ante víctima de una violación.

En varias jurisdicciones se han conformado redes y espacios de apoyo a personas con VIH e incluso algunas de ellas han incorporado a los procesos de atención, particularmente en dispositivos de apoyo y contención, a pares.

En todas las provincias se mencionó la existencia de distintos recursos a los que podían acceder las personas con VIH, no por el diagnóstico en sí sino por situaciones de vulnerabilidad.

Finalmente, los investigadores vislumbraron que varios de los problemas encontrados –falta de personas, fragmentación entre niveles, demoras en obtención de turnos y de resultados, traslado de muestras, etc.- superaban a la problemática del VIH/sida, teniendo un carácter estructural.

Proceso IV: Gestión de información epidemiológica

Todas las jurisdicciones manifestaron realizar notificaciones de infecciones y nuevos casos de sida, y algunas habían comenzado a registrar el seguimiento de partos de mujeres con VIH, niños expuestos, entre otros. El registro sistemático de información vinculada con la prevención de la transmisión vertical del VIH era incipiente en la mayoría de las jurisdicciones.

En relación con las notificaciones, casi todos los distritos cargaban las fichas en bases de datos aunque en varios casos se trataba de una planilla de Excel. En este sentido, las provincias que no cargaban las fichas plantearon como actividad para el año próximo la informatización del registro, y varias de las que ya lo hacían propusieron la actualización del software.

Se notó la persistencia de retraso y subnotificación, aunque algunas provincias realizaron un trabajo para mejorar la situación. Varias jurisdicciones propusieron pensar estrategias para volver a estimular la notificación entre los efectores de salud y aumentar la calidad de la misma, así como organizar capacitaciones sobre vigilancia epidemiológica.

Las entrevistas con los responsables de los programas jurisdiccionales confirmaron la presunción de la existencia de poca o nula actualización de casos de sida de personas previamente notificadas. También el desconocimiento sobre el sector de la seguridad social y de la medicina prepaga.

Algunas jurisdicciones comenzaron a desarrollar trabajos de investigación y una planteó como objetivo el empezar a desarrollar vigilancia de segunda generación el año 2009.

(22)

**C) CONDICIONES DE VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA E ITS
Y PROBLEMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD
EN PERSONAS HOMOSEXUALES Y TRANS EN LA ARGENTINA**

Fundamentación:

Esta propuesta articula los intereses y esfuerzos de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) y diversas agencias internacionales y de cooperación: ONUSIDA, PNUD y UNPFA para desarrollar una política de reducción de la vulnerabilidad al VIH/sida de las minorías sexuales en las distintas regiones del país.

El proyecto integra, por un lado, un financiamiento del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) a cargo de la DSyETS centrado en el desarrollo de una investigación operativa, y, por el otro, un proyecto de UNPFA financiado con fondos del PNUD centrado en un proceso de abogacía y movilización social en las provincias del noroeste argentino (NOA).

En ambos proyectos se plantea la necesidad de disponer de mayor información sobre la realidad de las minorías sexuales en varias regiones del país, los procesos de estigma/discriminación/violencia que las afectan y las condiciones de acceso a los recursos de salud/atención en general, y del VIH/sida y otras ITS en particular. Hasta ahora, casi todas las investigaciones sobre estos grupos fueron desarrolladas por organizaciones de la sociedad civil y, en general, en el área metropolitana de Buenos Aires, lugar que por sus características socioculturales y el desarrollo de un conjunto de procesos político/ideológicos/normativos favorece la visibilización de estas personas, la atenuación de los procesos de estigma y violencia y un mejor acceso a los recursos de salud. A su vez, en general los universos de estudio eran en su gran mayoría personas autoidentificadas como gay por lo que el resto de las personas con prácticas homoeróticas/homoafectivas y de más difícil acceso estuvieron subrepresentadas.

Cabe recordar que estos grupos siguen concentrando un porcentaje importante de las nuevas infecciones de VIH/sida. Diversos estudios de seroprevalencia han

arrojado valores cercanos al 11% en hombres que tienen sexo con hombres y por encima de un 20% entre personas trans.

En consecuencia, se coincide en la necesidad de obtener información estratégica para el desarrollo de políticas y acciones en el área de diversidad sexual en diversas provincias argentinas. De igual forma, los proyectos que aquí convergen comparten el objetivo de que el propio proceso de diagnóstico contribuya a la movilización y sensibilización de actores clave en las provincias.

Objetivos

Objetivo general

Producir un diagnóstico sobre la situación de las personas gay, bisexuales y trans en distintas ciudades de la Argentina así como de las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con el VIH/sida y otras ITS con miras a trazar una política pública que contemple los hallazgos.

Objetivos específicos:

- Indagar la experiencia de las personas gay, bisexuales y trans en relación con su orientación sexual.
- Indagar las condiciones de vulnerabilidad con relación al VIH/sida y otras ITS.
- Analizar las condiciones de acceso a los recursos de atención a la salud de estas personas.
- Identificar actores relevantes que puedan potenciar acciones de gestión y de advocacy tendientes a mejorar el ejercicio de los derechos sexuales de estas poblaciones.

Dimensiones a abordar en el estudio

- Espacios y circuitos de sociabilidad.
- Experiencias de discriminación/violencia.
- Procesos migratorios.
- Prácticas sexuales y de cuidado en relación con el VIH/sida y las ITS.

- Condiciones de acceso a los servicios de atención y otros recursos para el cuidado de su salud.
- Respuesta preventivo/asistencial en las instituciones de salud para esta población.
- Prácticas, saberes y experiencias de los trabajadores del sistema de salud público sobre las minorías sexuales.
- Representaciones que se construyen y circulan en los medios de comunicación sobre las personas homosexuales, trans y la homosexualidad en relación con el VIH/sida.
- Mapa de las organizaciones vinculadas con la temática.

Productos esperados

- 14 informes de sitios estudiados integrando 6 subproductos (noviembre 2009).
 - Informe de entrevistas a personas GTB.
 - Informe de entrevistas a trabajadores de instituciones públicas de salud.
 - Informe de entrevistas a informantes clave de diversas áreas de la administración pública y sociedad civil.
 - Informe de sistematización de información periodística.
 - Mapeo de circuitos de sociabilidad GLTTTB.
 - Mapeo de organizaciones que trabajan o podrían trabajar la temática.
- 1 Informe nacional (marzo de 2010).
- 14 reuniones locales de presentación de resultados (Marzo de 2010).

Descripción breve:

Se propone realizar un estudio exploratorio cualitativo en 14 centros urbanos del país, priorizados según criterios epidemiológicos, de heterogeneidad y de factibilidad de concretar el trabajo. En cada sitio se contratará a dos investigadores por un lapso de 4

meses y a una ONG por el lapso de 8 meses para desarrollar los distintos componentes del proceso.

Los sitios elegidos son: Ciudad de Buenos Aires, La Matanza, Corredor Sur (Florencio Varela, Lanús, etc.), Mar del Plata, Olavarría, Córdoba, Rosario, Mendoza, Neuquén, Bariloche, Salta, San Miguel de Tucumán, San Salvador de Jujuy y Santiago del Estero.

La investigación tendrá 6 componentes: (1) entrevistas a personas gay, bisexuales y trans, (2) entrevistas a trabajadores de instituciones de salud, (3) entrevistas a informantes claves de diversas áreas de la administración pública y de la sociedad civil, (4) sistematización de información periodística publicada, (5) mapeo de circuitos de sociabilidad y (6) mapeo de organizaciones. Los puntos (5) y (6) serán construidos colectivamente por el investigador responsable de entrevistar a personas GTB y la ONG.

Se trata de una investigación operativa cuya extensión, incluyendo la divulgación de resultados, será de 10 meses. Se iniciará con una reunión general en la ciudad de Buenos Aires los días 6 y 7 de agosto de 2009 y reuniones de cierre y divulgación de resultados en cada sitio estudiado en marzo de 2010. En las 3 ciudades del NOA el proyecto incluye actividades de abogacía a cargo del UNFPA/PNUD.

Se contará con un equipo de coordinación y gestión integrado por profesionales de la DSyETS apoyados por un grupo de expertos en el tema. Por otro lado, en cada sitio participarán cuatro actores: dos investigadores, una ONG y el Programa de Sida jurisdiccional.

Uno de los investigadores tendrá un perfil académico y su tarea estará centrada en el primer componente: entrevistas en profundidad a 16 GBT (12 varones homo y bisexuales y 4 trans) para cuyo contacto estará apoyado por una ONG local. La tarea del otro investigador, propuesto por el Programa de Sida local, estará centrada en el segundo componente: entrevistas a 18 trabajadores de instituciones públicas de salud. A su vez, la ONG, desarrollará los componentes (3) y (4). El investigador responsable de

entrevistar a personas GTB y la ONG colaborarán en la construcción de la información para los componentes (5) y (6).

Metodología:

Se trata de un estudio exploratorio de carácter cualitativo multicéntrico a desarrollarse en 14 centros urbanos con 6 componentes:

	Descripción	Instrumento / operación	Material / muestra	Responsable del desarrollo
1	Entrevistas a GTB	Guía de entrevistas	12 HSH/gay 4 trans	Investigador universidad
2	Entrevista a trabajadores de instituciones de salud pública	Entrevista semiestructurada	18 trabajadores de dos o tres instituciones con internación del sistema público	Investigador propuesto por programa
3	Entrevista a informantes clave diversas áreas	Cuestionario estructurado con respuestas abiertas	8 entrevistas	ONG
4	Información periodística sobre temática GTB	Guía de relevamiento y sistematización	2 periódicos de mayor influencia en la ciudad	
5	Mapeo de circuitos de sociabilidad	Investigador responsable de entrevistar a personas GTB y la ONG		
6	Mapeo de organizaciones			

ANÁLISIS PRELIMINAR: PRINCIPALES HALLAZGOS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y SEMI-ESTRUCTURADAS REALIZADAS EN LAS 14 CIUDADES EN ESTUDIO.

Sobre los Servicios de salud

Se analizaron 4 ejes para este informe previo:

- a- Construcción del “sujeto/paciente” (obediencia/dependencia/ responsabilidad/ autonomía).
- b- Conocimientos, saberes, teorías, opiniones, sentido común sobre sexualidad/homosexualidad/bisexualidad/travestismo (enfermedad, orientación, elección, desviación, causas, consecuencias).
- c- Experiencia del profesional en la atención de personas GTB incluido el personal administrativo
- d- Discriminación a personas GTB en el hospital. Trato diferencial/trato igual a personas GTB (trato-maltrato). Personal travesti trabajando en el hospital (posibilidades, expectativas, reflexión).

a- Construcción del sujeto/paciente.

La mayor parte de los informantes parte del paradigma del sujeto/paciente con el cual el sistema de salud establece una relación de poca o nula autonomía personal y como contrapartida una responsabilidad institucional –incluso hasta profesional- en su tratamiento y seguimiento. En algunas jurisdicciones (Florencio Varela, Rosario, La Matanza, CABA) aparece una diferenciación de los profesionales médicos, que si bien mayoritariamente siguen enmarcados en esta concepción, conceden mayor autonomía a la persona, planteando el respeto a sus decisiones, su derecho a elección.

Cuando los informantes son consultados sobre qué cambios sugerirían para mejorar la atención, las sugerencias aportadas están centradas en el mejoramiento de la dotación de personal (médicos y enfermeras) y de recursos materiales (edilicios, informáticos, aparatología, etc...). En líneas generales no se plantean sugerencias vinculadas al mejoramiento de la calidad de atención.

Por último, ante el planteo de qué hacer cuando una persona no concurre a buscar un resultado la mayoría plantea la responsabilidad del sistema en contactar, buscar a la persona, desde una visión que refuerza la responsabilidad institucional por sobre la autonomía personal. Se pueden visualizar al respecto dos posturas que conviven en

tensión por un lado la responsabilidad institucional en defender y garantizar el derecho a la salud de la persona y por el otro lado la responsabilidad hacia la salud pública para evitar que ese sujeto sea un factor que la afecte (contagio). Ante la hipótesis de que el resultado en cuestión sea una serología de VIH positivo, se refuerza mayoritariamente la segunda postura no si tensión frente a la obligación de resguardar el secreto profesional.

b- Conocimientos, saberes, teorías.

En todos los casos, salvo muy pocos informantes que recurrieron por inquietud personal a la lectura de materiales, se carece de conocimiento sobre saberes científicos acerca de la homosexualidad (GTB), esto hace que exista una marcada complejidad personal para definirla o conceptualizarla.

Se notan distintas posturas según se aborde la homosexualidad o bisexualidad. Respecto de la primera se bien un alto porcentaje intenta posicionarse refiriéndola como una elección, este discurso políticamente correcto, se ve afectado por el planteamiento de condicionantes culturales y experiencias de vida que la determinarían (abuso infantil, familias disfuncionales, “madres sobreprotectoras”). Esto demuestra la recurrencia a saberes populares y experiencias personales.

Frente a la bisexualidad se plantea cierto rechazo visualizándola como indefinición. Se la vincula mayoritariamente con no aceptación de la propia homosexualidad, promiscuidad, incluso moda cultural.

Ante la posibilidad de contratar a personal travesti en la institución mayoritariamente se plantea la aceptación de esta posibilidad, no sin recurrir al condicionamiento de que adapte su conducta.

c- Experiencia en atención a personas GTB

Todo el personal manifiesta tener experiencia en la atención de personas GTB, sin embargo este hecho no los moviliza en la búsqueda de capacitación o información al respecto que les permita un mejor abordaje de la relación y atención.

En otros casos se manifiesta la incomodidad en la atención de travestis al no saber cómo llamarlas, con qué nombre.

En líneas generales se visualiza a las travestis como a la defensiva al requerir atención y tiende a invisibilizarse la bisexualidad.

d- Discriminación

Se pueden sostener dos grandes posturas. Aquellos que sostienen que no existen hechos de discriminación (mayoritariamente sostenida por los profesionales médicos desde el “deber ser”) y los que marcan la existencia de estos hechos.

Se puede inferir de la información relevada que en la mayor parte de las instituciones los hechos de discriminación siguen siendo constantes.

Sobre las nociones y experiencias de las personas homosexuales, gay, trans y bisexuales

Este punto requiere de un proceso de análisis de mayor profundidad a ser desarrollado próximamente. No obstante, pueden distinguirse en las entrevistas tensiones y nudos problemáticos al interior de los siguientes núcleos de sentido:

- Sexualidad y vida cotidiana: orientación sexual, identidad de género, relaciones vinculares, prácticas sexuales.
- Experiencias y nociones sobre estigma y discriminación.
- VIH-Sida, conocimiento y experiencia.
- La atención y cuidados de la salud: tratos y maltratos.

(23)

D) TALLERES “FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE VIH A NIVEL SUBNACIONAL”

En 2009, la Dirección de Sida y ETS del MSN (Ministerio de Salud de la Nación), conjuntamente con representantes locales de OPS y ONUSIDA, organizó en diferentes regiones talleres de vigilancia epidemiológica con la finalidad de apoyar e impulsar la mejora de la recolección y análisis de información de VIH a nivel sub nacional.

Para el cumplimiento de los objetivos se convocó a los responsables de la vigilancia epidemiológica de los Programas Provinciales de Sida.

Primera jornada

Vigilancia epidemiológica de 1º generación

1. “Introducción de los participantes y facilitadores”

- Presentación de los cuatro ejes del Plan Estratégico Nacional (2008-2011):
- Presentación de los objetivos generales y específicos del taller
 1. Objetivo general :
 - Fortalecer la generación y utilización de información estratégica para mejorar el conocimiento, gestión y toma de decisiones en respuesta a la epidemia de VIH a nivel subnacional
 - 2. Objetivos específicos :
 - Armonizar los circuitos de recolección y análisis de la información producida por la notificación de casos de VIH y SIDA.
 - Compartir los conocimientos que las provincias tienen sobre la situación de su epidemia.
 - Adecuar indicadores de monitoreo de la epidemia que sean compartidos por todas las jurisdicciones.

- Comenzar a discutir una agenda sobre vigilancia epidemiológica de segunda generación a nivel subnacional.

2. **Marco conceptual de la vigilancia epidemiológica del VIH**

Temas desarrollados:

- Definición del concepto
- Desarrollo en Argentina
- Herramientas disponibles
- Alcances y limitaciones

3. **Vigilancia de VIH/sida en Argentina**

Temas desarrollados:

- Concepto de población diagnosticada/estimada
- Historia de la vigilancia en Argentina
- Sistemas y fuentes de información de la DNS y ETS
- Información disponible
- Algunos aspectos del estado de la epidemia en el país
- Sub-notificación y retraso estimados por jurisdicciones

5 **Presentación de la información de las Provincias**

De acuerdo a los indicadores solicitados previamente, cada provincia presentó sus datos

Se constituyeron tres grupos que discutieron los siguientes temas:

Grupo 1. Circuito de notificación

1. ¿Quién realiza las notificaciones?
2. ¿Cómo es el circuito de notificación?
3. ¿Retraso y sub-notificación?
4. Obstáculos y propuestas

Grupo 2. Notificación de VIH y sida

1. Definición de notificación de VIH
2. Definición de notificación de sida
3. Actualización de VIH a sida
4. Repaso de las variables definidas en la ficha de notificación

Grupo 3. Transmisión perinatal

1. definición de prevalencia en embarazadas
2. definición de prevalencia de partos en mujeres con VIH
3. construcción de la tasa de transmisión vertical
4. definición de incidencia de VIH en nacidos vivos y diferencia con la tasa de transmisión vertical (TV)

Conclusiones del trabajo en grupos

-Se discutieron los obstáculos en el circuito de notificación jerarquizando, en algunas jurisdicciones la diversidad de actores involucrados en este proceso (distintos efectores, programa provincial, estadísticas, epidemiología).

-Mayores dificultades en el circuito privado y de obras sociales.

-Se sugirió agilizar el proceso de notificación informatizada.

-Se acordó la definición de VIH y sida y la diferenciación entre fecha de diagnóstico y de notificación. Se aclararon dudas con respecto a la definición del lugar de residencia.

-Se consensuó la construcción de los indicadores más importantes en relación a la vigilancia de la transmisión vertical.

-Un punto importante fue la ausencia de circuitos sistematizados para el seguimiento de los niños expuestos ya que la mayoría de las jurisdicciones no acceden, fácilmente al diagnóstico de laboratorio (PCR).

-Se acordaron estrategias y propuestas que después serán plasmadas en los acuerdos finales.

Segunda jornada:

Vigilancia epidemiológica de 2º generación

a. Vigilancia de segunda generación. Marco conceptual.

- Se definieron los conceptos básicos describiendo las fortalezas y debilidades de cada sistema de notificación.
- Metodología de la vigilancia de 2º generación.
- Vigilancia serológica y sitios centinela.
- Estudios comportamentales: fuentes de información e indicadores.
- Definición de los conceptos de epidemia de bajo nivel, concentrada y generalizada. Situación de Argentina.
- Recomendaciones para la vigilancia de epidemias concentradas.

b. Sistematización de estudios de vigilancia de segunda generación de Argentina.

- Se presenta la sistematización de estudios comportamentales en Argentina de los últimos 10 años.
- Se discuten los datos presentados remarcando los sesgos de selección de las muestras, la representatividad geográfica y la interpretación de indicadores (prevalencia/incidencia)
- Se transmiten experiencias locales y se discuten propuestas de investigación.

c. Estimaciones en VIH: tamaño poblacional y poblaciones vulnerables.

- ¿De donde surge el dato de que en Argentina se estiman 120.000 personas infectadas? Con este disparador se inicia la discusión para hablar de algunos conceptos con respecto a las estimaciones poblacionales.
- Descripción de la hoja de cálculo y Spectrum como modelos de estimación para países con epidemias concentradas.
- Se muestra el uso de los datos de estudios comportamentales en estos modelos de estimación.

- Aplicación en reporte UNGASS (ejemplo).

4. Estandarización de indicadores.

- Se desarrollan los distintos niveles de aplicación de los indicadores (mundial, nacional, temático y programático). Se jerarquiza la importancia de los indicadores nacionales.
- Se plantean preguntas claves en la estandarización de indicadores con propuestas para establecer indicadores útiles a nivel nacional.

6. Indicadores presentados por el país. Discusión.

- Se discuten los indicadores de monitoreo y notificación de la respuesta presentados por el país.
- Se discute la estructura y las fuentes de información. En base a los datos presentados se evidencia la importancia de la participación de todos los componentes en la producción de los datos.

PLENARIA Y ACUERDOS FINALES

Como cierre del taller se establecen los siguientes acuerdos de trabajo:

Circuitos de notificación

- Identificar un responsable del área
- Establecer con este referente un proceso de capacitación y monitoreo
- Compartir la base de datos de la Dirección Nacional a cada jurisdicción para completar y compatibilizar los datos
- Devolución de datos
- Enviar como máximo plazo cada tres meses las fichas de notificación

Definición de casos de VIH y sida

- Distribución anual de casos en base a fecha de primer test diagnóstico de VIH o de primera enfermedad marcadora.
- La definición de sida se basa en los datos clínicos y no en los de laboratorio.
- Solo se notifica la primera enfermedad marcadora (aunque ya hubiera sido notificado como caso de VIH).

Transmisión perinatal (para notificar anualmente)

- Prevalencia en embarazadas = número de embarazadas positivas / total de embarazadas testeadas.
- Tasa de transmisión vertical = número de niños infectados por TV en un año / total de niños expuestos al VIH perinatal en el mismo año.

(24)

PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS:

***Principales problemas:**

Argentina, como se mencionara anteriormente, ha sido uno de los primeros países de América Latina en garantizar la **accesibilidad a los medicamentos** a las personas afectadas de modo directo por el VIH-sida. También garantizaba la medicación necesaria para la prevención de la transmisión vertical, la leche de inicio para la alimentación de los niños hijos de mujeres con VIH y los reactivos necesarios para diagnosticar el VIH, la sífilis y el seguimiento de todas las personas diagnosticadas con VIH, estuvieran o no tomando medicación (CD4, Carga Viral y Test de resistencia). Se compraba y distribuía la medicación para el tratamiento de la sífilis.

No obstante, esta respuesta asistencial desde el Estado no había sido acompañada por una **política preventiva** de igual magnitud. Hasta marzo de 2008, la DS y ETS no contaba con lineamientos políticos ni un área de prevención. La Argentina no había desarrollado con la fuerza necesaria para controlar la epidemia las políticas centrales preventivas reconocidas como eficaces en el mundo, estas son la promoción y acceso universal y sostenido en el tiempo al preservativo, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción del testeo voluntario; enmarcadas en los ejes de la accesibilidad a la información adecuada y una respuesta enérgica frente a la discriminación que sufren las personas con VIH así como los **grupos más vulnerables a la epidemia.**

En este marco, otra de las principales **debilidades** de nuestro país en la respuesta al VIH, era la falta de un **diagnóstico nacional** sobre el estado del acceso universal a las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En esta carencia debe incluirse también la necesidad de conocer de modo sistemático el manejo del monitoreo y la evaluación desde las distintas jurisdicciones así como los procedimientos de notificación epidemiológica de casos e infecciones por VIH/Sida y otras ITS.

(25)

Otros de los principales problemas vislumbrados, son mencionados por diversas organizaciones de la sociedad civil que han realizado un monitoreo de los compromisos asumidos frente al sida en salud sexual y reproductiva, en junio de 2008. En dicho documento se mencionan las siguientes situaciones problemáticas:

-si bien existen algunas instancias formales e informales de articulación entre personas viviendo con VIH/sida (pvvs) y las estructuras gubernamentales, la participación de las mujeres y específicamente la perspectiva de género y la incorporación del VIH como temática de salud sexual y reproductiva (SSyR), es muy limitada.

-ausencia en las políticas públicas de un abordaje del VIH/sida de manera integral respecto a la SSyR; el VIH/sida se plantea desde una perspectiva infectológica.

-respecto a la prevención, el sistema público de salud no cuenta con servicios especiales orientados a la atención de mujeres jóvenes; las políticas de prevención implementadas se centran en su mayoría en la población en su conjunto.

-el programa nacional contempla la provisión gratuita de alimentación artificial sustitutiva de la lactancia para los recién nacidos de mujeres con VIH hasta el sexto mes de vida. La provisión en cantidad suficiente, tiempo y forma, está sujeta a la gestión y obstáculos internos de la gestión del sistema de salud.

-no existen barreras formales para atender a adolescentes y jóvenes pero sí informales.

-falta de un protocolo nacional que normalice la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual que especifique la provisión de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) para prevención de embarazo, la profilaxis post exposición para prevención del VIH, la atención psico social.

-la consejería pre y post test está contemplada en los servicios de control prenatal, pero los diferentes servicios muestran distintos grados de cumplimiento y calidad.

-no existen estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro.

-no existen estrategias ni políticas públicas para fortalecer la capacidad de decisión que relacionen la promoción del sexo seguro y la procreación responsable con la prevención del VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

-es persistente la indicación del uso del preservativo como el único método, la doble protección no se promueve regularmente; en consecuencia las mujeres que viven con VIH/sida (MVVS) se encuentran en una situación de desamparo respecto a sus derechos reproductivos, no tienen interlocutores con quienes hablarlo, siendo forzadas al silencio

o a que no se respeten sus derechos y menos se satisfagan sus necesidades en los servicios de salud; todavía son raros los casos de abortos no punibles o permitidos por la ley atendidos en hospitales públicos; la atención no humanizada post aborto afecta a todas las mujeres vivan o no con VIH/sida.

-la ley de educación sancionada en el 2006 tiene como objetivos, entre otros, asegurar condiciones de igualdad, respetando las diferencias entre las personas sin admitir discriminación de género ni de ningún otro tipo. La norma se confronta muchas veces con posiciones adversas de sectores de la sociedad que, desde el prejuicio o las creencias religiosas, obstaculizan su efectiva implementación.

-los programas de prevención no llegan a las mujeres, adolescentes, niñas y trabajadoras sexuales, habiendo escasa difusión de los recursos públicos disponibles; no se ha capacitado lo suficiente a los profesionales en la detección de situaciones de abuso sexual y violencia; ni se han desarrollado políticas públicas tendientes a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. La implementación de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes es lenta y muy dispar.

-la perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales; se reconocen diversos tipos de familia, pero no siempre conciben con las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables.

-tanto el Programa Nacional como los programas provinciales no cuentan con actividades específicas para MVVS. Respecto a acciones para población en situación de encierro, hay una dicotomía entre el marco legal y la realidad que padecen.

-no se han implementado estrategias de apoyo para niños/niñas con VIH/sida.

-no se realizan estudios sobre el impacto socio-económico de la epidemia del VIH.

-las mujeres no están incluidas en los comités de bioética, no existen investigaciones específicas sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, ni sobre la interacción entre antirretrovirales (ARV) y anticonceptivos, ni para evaluar el impacto de la terapia ARV en relación con la fertilidad y/o reproducción.

(26)

Por otra parte, en el monitoreo efectuado por el Grupo de Mujeres de la Argentina, Foro de VIH Mujeres y Familia, y el Observatorio Argentino de Prisiones durante el año 2009, se mencionan los siguientes problemas:

-carencias en unidades sanitarias que brindan atención a bebés, niños y mujeres viviendo con VIH/sida: incremento de la transmisión del virus de VIH, en particular en mujeres madres, adolescentes en la etapa de educación secundaria; también cabe destacar que las mujeres sufren todo tipo de abusos, verbal, maltrato físico, maltrato psicológico, violaciones de las cuales quedan secuelas, entre ellas poder infectarse con el virus de VIH.

-trabajo insalubre que tienen las trabajadoras sexuales, poco acceso a la profilaxis gratuita, falta de anticonceptivos.

-los entrevistados en diferentes barrios coincidieron en: falta de asistencia sanitaria, falta de profilaxis y anticoncepción, falta de seguridad, falta de información, falta de infraestructura (construcción de unidades sanitarias, o mejoría en el mantenimiento de las que están construidas), falta de equipamientos tecnológicos apropiados, falta de bolsas, chequeras o demás que pudiesen apalea la falta de alimentación nutricional a personas viviendo con VIH.

-de estudios en hospitales públicos surge: falta de entrega en tiempo y forma de medicamentos retrovirales para VIH/sida por parte de la farmacia del hospital (por paro de hospitales, paro de personal de farmacia de manera sorpresiva por problemas internos, falta de móviles para retirar la medicación en el depósito central de la Región Sanitaria correspondiente, falta de responsables visibles ante estas situaciones, burocracia en el sistema de salud); faltante de medicación; Programa de Asistencia Alimentaria (PAI): propone ayuda alimentaria para inmunodeprimidos a través de un programa creado por el Ministerio de Salud y de Desarrollo Social para personas en tratamiento retroviral y adherentes, la entrega debería ser mensual pero en 2009 sólo se entregó tres meses.

-especial vulnerabilidad de las mujeres en situación de encierro: con personas ajenas a su vínculo familiar donde se las expone a infinidad de situaciones de riesgo en que los niños conviven y aprenden, donde el medio que los rodea les impide vivir como niños y trae aparejado diferentes trastornos físicos y psíquicos. Porque al momento de que su madre recupera la libertad estaríamos frente a dos problemas: insertar a la sociedad a la madre, adaptar al niño al medio nuevo que lo rodea.

-las mujeres en encierro, no sólo sufren el encierro en sí, sino también la falta de asistencia médica, que es un derecho del ser humano de aprender como prevenirse de enfermedades, falta de asistencia psicológica y contención y de asistencia social.

-leyes argentinas: el estado está dispuesto a posponer o reducir la severidad de un castigo de una mujer privada de su libertad para la salud y bienestar de su hijo. Pero la ley especifica que este ‘tratamiento especial’ sólo aplica a los hijos que no han nacido o los que todavía están amamantando. No protege ningún otro grupo de edad. También se enfoca exclusivamente en la salud física de los niños, ignorando la salud mental.

-en 2008 se estableció como uno de los objetivos prioritarios de la Procuración Penitenciaria un abordaje de género de la cuestión carcelaria. Ello se plasmó en una planificación del trabajo anual del organismo que incluyó las siguientes actividades: desarrollo de una investigación en profundidad sobre mujeres en prisión, juntamente con otros organismos estatales y no gubernamentales, monitoreo de todas las cárceles de mujeres del Servicio Penitenciario Federal, produciendo informes de auditoría que confirman la situación de especial vulnerabilidad.

-la mujer posiblemente sufre de forma mucho más acentuada la separación respecto de su núcleo familiar, debido a su papel social. Es más difícil que sus familiares varones asuman el papel de visitantes. El 40% son extranjeras, cuyo aislamiento del grupo familiar es casi absoluto. Sumado al daño que se produce a las mujeres durante el tiempo que permanecen en prisión, en términos de violencias y malos tratos sufridos.

-aprobación de arresto domiciliario para colectivos vulnerables: en 2008 se amplían los supuestos en los que se podrá sustituir el encierro en prisión por arresto domiciliario. Mujeres embarazadas o con hijos menores a cargo y las personas mayores, enfermas o con alguna discapacidad. Con la nueva regulación, se prevé el arresto para las personas enfermas cuando el encierro carcelario les impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia. Se trata de un supuesto más amplio, que no exige un riesgo de muerte inminente de la persona, sino que prevé el arresto domiciliario para personas enfermas cuya dolencia no pueda ser tratada adecuadamente en prisión.

-carencia de médicos pediatras, guarderías o jardines maternos, espacios recreativos a los que puedan concurrir los niños o posibilidades edilicias de conformar un pabellón exclusivo para detenidas madres.

-la diversidad y la situación de niños en contextos de encierro no han sido incorporadas a la currícula de formación inicial.

-La alimentación, la salud, los traslados constantes de las madres y las salidas transitorias de los niños imposibilitan el acceso a la educación formal.

El egreso transitorio de los niños de las unidades por parte de sus familiares o de otras personas influye en la regularidad de asistencia a las instituciones educativas.

-aunque el sistema sanitario penitenciario tiene como obligación proporcionar asistencia médica primaria a los reclusos, a más de coordinar la atención con establecimientos extra-penitenciarios especializados, coadyuvan a una deficitaria prestación del servicio sanitario en el ambiente penitenciario, razones de presupuesto y falta de compromiso de las autoridades gubernamentales, que agravan las condiciones en que se desarrolla la vida de aquellos que se encuentran privados de su libertad, la inexistencia de insumos suficientes para la atención de los enfermos (traducida, por ejemplo, en la falta de medicamentos), y una infraestructura edilicia inadecuada (falta de aire fresco, luz, calefacción, agua caliente, etc.), que -de por sí-, tornan insalubre la vida tras las rejas, muchos sistemas penitenciarios no brindan siquiera la atención médica más elemental, vulnerando el derecho a la salud.

-no se cumplen las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas, vulneradas por: 1) la necesidad de que los internos cuenten con celdas individuales destinadas al aislamiento nocturno (arts. 9 y 86); 2) condiciones de aireación, iluminación, calefacción y contacto diario con el aire libre (arts. 10, 11 y 21); 3) necesidad de contar con instalaciones sanitarias adecuadas (arts. 12, 13 y 14); 4) condiciones de higiene personal (arts. 15 y 16); 5) posibilidad de acceso al servicio médico (arts. 22 a 26); 6) acceso a una adecuada alimentación (art. 20); y 7) la separación en categorías (art. 8).

-el tratamiento degradante que reciben los presos, conlleva graves consecuencias para la integridad física y moral de las personas, así como para su dignidad. Claras evidencias de ello lo constituyen las muertes dudosas, la desatención de la salud, los delitos sexuales, la propagación de determinadas enfermedades (SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.), las adicciones, la mala alimentación, las pobres condiciones de aireación y calefacción que atentan contra los derechos de los internos, que suponen formas de violencia implícita y explícita que conforman un sistema desacertado para la rehabilitación de los reclusos y su posterior integración al medio social.

Respecto de las enfermedades que más comúnmente se propagan en el ambiente carcelario, está demostrado que la cárcel es un medio ideal para la propagación de la tuberculosis, el VIH/SIDA y la Hepatitis B y C. Los índices de infección de dichas enfermedades son mucho más elevados que en la población en general.

La cárcel constituye un verdadero reservorio de infecciones; en especial, en América Latina, no solo para los reclusos, sino también para la salud pública en general, en razón del riesgo de transmisión a través de las visitas.

-En idéntico sentido, se impone la entrega de preservativos (otro tema objeto de grandes debates). Las relaciones sexuales, a menudo no consentidas, son parte de la vida habitual tras las rejas. Por ello, muchos sistemas penitenciarios proporcionan a los reclusos condones, a efectos de prevenir la transmisión de infecciones, sobre todo en ocasión de recibir “visitas íntimas”.

-Mención aparte, se impone como ineludible la educación al personal de los establecimientos carcelarios y a los reclusos acerca de los procesos de transmisión de infecciones y los riesgos sanitarios consecuentes. Esta instrucción puede llevarse a cabo mediante programas educativos (se sugiere la participación de organizaciones de la sociedad civil), la difusión de folletos, la realización de talleres y charlas a cargo de profesionales especializados.

-la ley vigente indica establecer “*las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante*”. Esta distinción alude directamente a la cárcel como institución cerrada.

-La Ley trata de modo expreso la *confidencialidad* como principio general, pero la propia ley obliga al médico a poner el diagnóstico en conocimiento del director del establecimiento penitenciario. Y, en la realidad carcelaria, quien dice director del penal dice jefe de seguridad y sus empleados, hasta llegar a los celadores o custodios.

Las historias clínicas y judiciales quedan a mano y, por tanto, pasan a ser conocidas por la población carcelaria. A veces son los propios familiares quienes comentan acerca de la enfermedad del recluso.

A su vez, las enfermedades oportunistas del SIDA se tornan ostensibles, y los continuos traslados al hospital del penal o a algún otro de infecciosos, permiten hacer público un hecho tan íntimo cual es el padecimiento de una enfermedad.

Así entonces, el recluso suma a la privación de su libertad, la discriminación y estigmatización por su condición, en detrimento de su derecho a la salud y a un tratamiento médico adecuado en igualdad de condiciones que quienes gozan de libertad y, por tanto, de su derecho a la vida.

-En virtud de circunstancias vinculadas a su historia personal, estas mujeres corren graves riesgos de padecer enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, Hepatitis C, e infecciones por HPV.

En las cárceles, las mujeres en estado de gravidez tienen menos oportunidades de recibir un adecuado control del embarazo, siendo que es más común que los mismos sean de alto riesgo por la prevalencia de patologías como el abuso de drogas o alcohol, el SIDA o Hepatitis tipo B y C.

Estos factores, asociados con las condiciones socioeconómicas y una historia previa de abusos, violencias y maltratos, incrementan el riesgo perinatal.

- otra problemática de las personas en situación de encierro está constituida por las muertes que suceden a raíz de la violencia infligida por personal penitenciario o por otros internos, también por la transmisión de ciertas enfermedades, facilitadas por las condiciones del encarcelamiento. Algunos reclusos dan término a sus vidas a través del suicidio, y muchos mueren por la falta de transporte penitenciario indispensable para su traslado a un hospital. Por lo anterior, al momento de ingresar a la cárcel, la persona no tan sólo encuentra seriamente afectado su derecho a la salud sino -lo que resulta más alarmante-, halla amenazado su derecho a la vida a causa de la desidia e inoperancia.

(27)

En el último informe UNGASS realizado (2008), se destacan los siguientes problemas por resolver:

-Legislación: en ciertos casos se señaló la existencia de leyes pero su incumplimiento, lo cual supone un obstáculo de orden práctico.

-Acceso a la información: algunas organizaciones de la sociedad civil han manifestado dificultades para el acceso a la información, sobre todo en torno a disparidad entre las organizaciones.

-Representación: se ha reclamado la apertura en los foros de discusión a una participación de mayores sectores de la sociedad civil. Este sector en general está altamente empoderado por lo cual las múltiples representaciones generan demandas cruzadas de participación.

Búsqueda de mayores canales de representación y participación en los ámbitos de toma de decisiones e incorporación de aquellas comunidades o grupos identitarios que carecen o adolecen de una baja representatividad, tales como mujeres, jóvenes, usuarios de drogas, lesbianas y trans.

Reactivar la comisión de diversidad sexual.

Un mayor compromiso desde el nivel central para modificar la realidad en los niveles provinciales en cuanto a que se garantice la conformación de comisiones multisectoriales e incorporación de las pvvs, tanto en estas comisiones como así también en los procesos decisorios.

-Multisectorialidad: Se reconoce la mayor participación de la sociedad civil en los últimos años, a través de acciones como la Comisión de representación conjunta entre gobierno y sociedad civil para UNGASS, la conformación del Comité Organizador Local para la organización del Foro 2007 y el trabajo conjunto para la elaboración de la Planificación Estratégica 2008 – 2011, desde el segundo semestre de 2007. Esto ha intensificado la demanda de conformar un espacio multisectorial permanente para el diseño e implementación de políticas. Se manifestó en varias oportunidades la necesidad de que este espacio multisectorial este integrado por otros sectores del gobierno, tales como educación, justicia, interior, juventud, derechos humanos, así como también el sector privado.

Se puso en evidencia la necesidad de una mayor incidencia de las pvvs y los colectivos vulnerables, en equipos de trabajo ampliados en las provincias, los cuales se sugirió que fueran multisectoriales y multidisciplinarios.

Se propuso la incorporación de las pvvs en los diferentes Comités de ética que existen en el país.

-Sistematización de las denuncias y respuesta a ellas: Si bien se destaca la existencia de órganos que reciben denuncias por discriminación, (como por ejemplo el INADI) no se tiene un registro claro y público de cuáles son las acciones sancionatorias y los procedimientos regulares seguidos a las denuncias. Se propone una regularización de esto como medida que refuerce el cumplimiento de la legislación por todos los actores involucrados.

-Relación Programa Nacional y Programas Provinciales: Se ha puesto énfasis en la disparidad de respuesta entre el Programa Nacional de Sida y la de los programas provinciales, que no ofrecen la misma calidad institucional que el programa central. En este sentido la sociedad civil ha manifestado quejas sobre la exclusión que llevan a cabo algunos de estos programas respecto de sus representantes provinciales.

Se ha propuesto hacer un monitoreo conjunto tanto de la gestión de insumos como de la calidad de los procedimientos.

-Asignación presupuestaria a acciones de la Sociedad Civil: se manifestó la necesidad de un presupuesto específico para llevar a cabo acciones por parte de las ong's en prevención del VIH / sida, en el presupuesto nacional.

-Grupos Vulnerables: trabajadoras/es del sexo: se evidencian como obstáculos para la prevención los códigos contravencionales y códigos de faltas existentes, tanto a nivel municipal, como provincial ya que aumentan la vulnerabilidad en las/los trabajadoras/es sexuales y trans, ya que la policía los utiliza para detención. Violación de los derechos a partir de los análisis compulsivos de VIH y la libreta sanitaria compulsivamente.

Usuarios de drogas: criminalización de este grupo. La Ley 23737 que es la ley de drogas penaliza la tenencia, criminaliza a los usuarios y actúa como obstaculizador de la prevención.

Varones que tienen sexo con varones (VSV): se ha manifestado la demanda de leyes que protejan específicamente a esta comunidad.

Personas Trans: no hay legislación. Las leyes de antidiscriminación existentes no contemplan la identidad de género TRANS.

La transfobia se manifiesta en algunas jurisdicciones en cuanto a la existencia de cuerpos normativos donde se penaliza con arresto a las personas que “visten con ropas contrarias al sexo”. Esto se aplica a través de edictos policiales, con arrestos de hasta 60 días. Durante los arrestos se obstaculiza la adherencia a los tratamientos médicos.

Personas privadas de libertad: la política penitenciaria entra en contradicción práctica con la Ley Nacional de Sida y lleva a prácticas parciales de cumplimiento de las políticas existentes. Uno de los inconvenientes es que cuando las personas salen en libertad quedan bajo el servicio del régimen penitenciario para recibir la medicación y no pasan rápido al sistema de salud.

Niños y adolescentes: disparidad en cuanto a la reglamentación de VIH. No es lo mismo en cuanto acceso al testeo, como se aplica en algunas jurisdicciones del país. En el mismo sentido se marcó una disparidad en cuanto a la modalidad de aplicar una política de prevención.

(28)

*Acciones correctoras:

Durante el período analizado (2008 y 2009) se desarrollaron acciones tendientes a dar respuesta a algunas de las problemáticas planteadas desde el sector gubernamental y desde las organizaciones de la sociedad civil.

Una mejora organizacional de importancia fue la estructuración de cinco áreas de trabajo que no existían en la Dirección: Asistencia (con las subáreas Medicamentos y Reactivos); Prevención; Estudios e Investigación, Comunicación Social y Administración.

Respecto a la atención, tratamiento y apoyo a pvvs, se continuó la política de accesibilidad a medicamentos.

De acuerdo al registro de la medicación distribuida durante el año 2008, 28.168 personas recibieron tratamiento antirretroviral provisto por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS), un 10 % más que en el año 2007. A noviembre de 2009 se han podido actualizar e incorporar los tratamientos suministrados y empadronar a 18.143 personas, lo cual representa el 62% de los 29.050 estimados a junio del 2009. 25.951 personas solicitaron algún estudio durante el año 2008, un 8% más que el año anterior. Durante el año 2008, se pidieron estudios para 5.487 personas por primera vez. Las cargas virales autorizadas en el mismo año representan un 6% más que el año anterior, y los test de resistencia un 62% de incremento con respecto al 2007.

(29)

En este mismo sentido se orientan la descentralización de la logística para la distribución de los medicamentos —que acerca estos insumos a los lugares a los que concurren habitualmente las personas con VIH—, así como el control de calidad de los laboratorios y del tipo de medicación prescripta.

Cabe mencionar la mejora en la accesibilidad al tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH, materializada en una simplificación de los trámites a cargo

de los pacientes, así como en el establecimiento de criterios simples para la autorización de los estudios de seguimiento.

En el terreno de la promoción y accesibilidad al preservativo y otras herramientas preventivas, se estructuró un sistema de distribución de estos recursos que facilita su llegada directa a los efectores de salud. Además, se ha incrementado y fortalecido la participación de organizaciones sociales y otros organismos estatales que no pertenecen al área de la salud, tanto en la promoción como en la distribución de diversos instrumentos de prevención.

Un punto central para una respuesta integral a la epidemia de VIH-sida y de otras ITS es la articulación dentro del Ministerio de Salud entre las políticas de salud reproductiva y las de maternidad e infancia, sobre todo en aquellas medidas y lógicas de trabajo conjunto, para la promoción del sexo seguro.

También merece subrayarse en el terreno de las respuestas, la promoción y accesibilidad al test de VIH con asesoramiento. Con el objetivo de instalar en el mediano plazo lugares de testeo con asesoramiento en Centros de Atención Primaria de todo el país —amigables y accesibles a la población general—, se comenzó un proceso de formación con profesionales vinculados al campo de la prevención y al área de laboratorio (dos participantes por provincia, seleccionados por los programas de Catamarca, Entre Ríos, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán). La capacitación incluyó visitas a lugares de diagnóstico de la ciudad de Buenos Aires y del Municipio de San Martín, ambos con una larga experiencia en esta materia.

Algunos proyectos en desarrollo desde el área de prevención son: proyecto de promoción de testeo con asesoramiento en Córdoba, San Juan, San Luis, Mar del Plata, F. Varela, Tucumán, Viedma y Gral. Rodríguez; trabajo intersectorial junto al Ministerio de Educación en Chubut, Tierra del Fuego, Córdoba, Entre Ríos y La Matanza; entrega sistemática de preservativos a los programas provinciales según pedido y a organizaciones de la Sociedad Civil; Proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical, junto a Maternidad e Infancia en CBA, Región 1, 5 y 8 (Bs.As.), Reconquista, Córdoba, Mendoza, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Jujuy, Chaco, Formosa, Corrientes, Río Negro y San Juan; Proyecto de Prevención de la Sífilis

congénita, junto a Maternidad e Infancia, Epidemiología y ANLIS en Misiones, Corrientes, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y La Rioja; Consulta sobre Trabajo Sexual y VIH – con las organizaciones AMMAR, y ATTTA; Profundización del trabajo con población en situación de encierro junto al Ministerio de Justicia. Convenio con el Ministerio de Justicia, capacitación al SPF y fluidificación de circuitos de medicación y laboratorio para SPF y SPB; campaña sobre diversidad sexual y sida en la marcha del orgullo GLTB y en la Consulta sobre Trabajo Sexual y VIH – con las organizaciones AMMAR, y ATTTA; campaña del primero de diciembre centrado en la diversidad sexual: “el preservativo está de tu lado, usalo”; producción de una serie de afiches, trípticos, dípticos y una valija preventiva para distribuir en todo el país, así como material informativo para personas viviendo con VIH.

En cuanto a la falta de un diagnóstico nacional -una de las principales debilidades formuladas- se desarrolló una investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión en el marco del estado de la respuesta preventiva asistencial al VIH/sida.

Así mismo, se realizó una sistematización de los estudios sobre VIH/sida y distintas poblaciones vulnerables existentes.

Se presentaron dos boletines sobre VIH/sida (en 2008 y 2009); se continúa trabajando en la propuesta de modificación de ficha epidemiológica; y se desarrolló un estudio sobre la situación de la vigilancia en ETS.

Otra acción implementada, que da respuesta a la falta de información, es el relanzamiento de la página web de la Dirección de Sida y ETS, en la página del Ministerio de Salud.

Finalmente, y a fin de mejorar el conocimiento de la epidemia, se están desarrollando talleres de fortalecimiento de la vigilancia con los referentes de epidemiología de los programas de sida provinciales, cuyo producto, en parte, se refleja en la disminución de la subnotificación registrada en los datos.

Una política sustantiva la constituye el proceso de planificación operativa anual, desarrollado en dos jurisdicciones siguiendo los lineamientos del plan estratégico nacional (Santa Fe y Ciudad de Buenos Aires):

-Lineamiento: COORDINACION SECTORIAL E INTERSECTORIAL:

Teniendo como objetivos *desarrollar capacidades institucionales para la gestión de planes de acción de promoción de la salud, *identificar los recursos existentes que puedan colaborar en las acciones de promoción y mejora de la calidad de vida, e *involucrar y articular los Ministerios de Salud y otras instituciones públicas con los diversos actores; se desarrollaron encuentros de planificación operativa anual en ambas jurisdicciones, investigación diagnóstica de respuesta a la epidemia en cada lugar y trabajo conjunto con el Ministerio de Justicia centrado en el Servicio Penitenciario Federal (SPF), a fin de lograr planificaciones por provincia, diagnósticos locales sistematizados, acuerdos interministeriales y capacitaciones planificadas en forma conjunta.

-Lineamiento: IDENTIFICACIÓN, MOVILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD CON REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Con los objetivos de *identificar actores sociales susceptibles de ser capacitados y empoderados, *desarrollar planes de acción para la formación y capacitación de recursos humanos con criterios en promoción de la salud, * reorientar la formación del recurso humano en salud a través de la capacitación con enfoque en promoción de la salud revalorando la actividad extramural de salud local; se inició el relevamiento de necesidades por jurisdicción, con el consiguiente apoyo a las jurisdicciones de acuerdo al relevamiento, obteniendo un listado de actores e instituciones a ser capacitados y cursos de capacitación conjunta con las jurisdicciones.

-Lineamiento: RELACIÓN CON EL NIVEL LOCAL:

A fin de *fomentar en los equipos interdisciplinarios con población a cargo el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y comunicación social, *brindar Asesoría y Apoyo Técnico en Municipios y Comunas; se identificaron en cada jurisdicción equipos interdisciplinarios con trabajo en VIH/sida que permitieran la confección de un mapa de instituciones y equipos.

-Lineamiento: COMUNICACIÓN SOCIAL

Para *incentivar la participación y movilización de la comunidad para colaborar en el proceso de instalación en la opinión pública del concepto de salud como bien social, *estimular a las personas para la adopción de medidas de autocuidado y promoción de hábitos saludables, *establecer alianzas estratégicas con periodistas, comunicadores y líderes de opinión para priorizar la promoción de la salud en el universo de mensajes, *incorporar a los equipos de salud como protagonistas de los procesos educativos y comunicacionales de salud; se desarrollaron campañas sobre testeo voluntario de VIH con asesoramiento previo y posterior, campaña gráfica sobre la no discriminación, campaña radial en localidades de menos de 100.000 habitantes sobre el uso de preservativos, seminarios de actualización y sensibilización a comunicadores sociales, elaboración y distribución de dossiers institucionales para periodistas. Se logró un aumento verificable del 20% en testeo voluntario de VIH, la distribución de 100.000 afiches en vía pública, el aumento en la cobertura periodística de temas de salud vinculados a VIH.

-Lineamiento: EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES:

Teniendo como objetivos: *elaborar un instrumento para evaluar o monitorear las intervenciones en promoción de la salud, *generar evidencias y resultados de las intervenciones en promoción de la salud, *difundir los resultados de las intervenciones en promoción de la salud; se realizó la incorporación en cada planificación operativa anual del eje monitoreo y evaluación.

**APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL
PAÍS - Apoyo del SNU (Sistema de Naciones Unidas) para el desarrollo
del país:**

El Secretario General de las Naciones Unidas, el 12 de Diciembre de 2005, instruyó a los Coordinadores Residentes a dar origen y comprometerse con el establecimiento de un Equipo Conjunto sobre SIDA y un Programa Conjunto de Apoyo a la respuesta nacional al VIH/SIDA. El propósito del Equipo Conjunto sobre SIDA, es lograr una armonización y coordinación en las acciones programáticas asegurando una acción rápida y una gestión adecuada basada en resultados, así como un uso más eficiente y efectivo de los recursos de asistencia técnico - financiera del Sistema de Naciones Unidas a nivel de los países. Asimismo, se hizo un llamado a ONUSIDA y a sus copatrocinadores a fortalecer los esfuerzos de coordinación de la respuesta nacional, a través de la planificación conjunta del Sistema de Naciones Unidas que orientará las acciones del Equipo Conjunto sobre SIDA y deberá enmarcarse en la división de trabajo basada en las experticias de cada una de las agencias, considerando las prioridades nacionales para definir las líneas estratégicas de apoyo.

El Grupo de Directores Regional para América Latina y el Caribe ha orientado un proceso de clarificación de División del Trabajo del Apoyo técnico del ONUSIDA para instrumentar planes prioritarios de las agencias copatrocinadoras. Se han caracterizado áreas de apoyo técnico que se agrupan en torno a tres ejes temáticos:

- Planificación Estratégica, gobierno y gestión financiera.
- Ampliación de intervenciones.
- Vigilancia y Evaluación, información estratégica, intercambio de conocimiento y rendición de cuentas.

En seguimiento a los mandatos previamente mencionados, en Argentina se estableció el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre SIDA en mayo de 2008. El mismo está liderado por el Coordinador de ONUSIDA en Argentina e integrado por los puntos focales que trabajan en el área de VIH en cada una de las agencias

copatrocinadoras de ONUSIDA (ACNUR, UNICEF, UNODC, OPS/OMS, OIT, PNUD, UNFPA, UNIFEM y Banco Mundial).

La programación conjunta sobre VIH/SIDA del Equipo Conjunto está avanzando en su propuesta de consolidar una estrategia unificada del SNU, basándose en un fluido intercambio de información, consultas y diálogo para lograr una colaboración técnica sustentable, en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina 2010-2014 (MANUD), en las siguientes líneas consideradas prioritarias:

1. Desarrollo de Sistemas de Información Estratégicos, (producción de información, datos e indicadores relevantes y de calidad).
2. Reducción del estigma y la discriminación que afectan particularmente a hombres que tienen sexo con hombres, transgénero, usuarios de drogas y otras poblaciones con vulnerabilidad incrementada.
3. Fortalecimiento de políticas públicas y legislaciones hacia un desarrollo de responsabilidades institucionales y sociales para la prevención del VIH y la protección de grupos vulnerables y afectados (incluyendo, además de los grupos ya mencionados, a mujeres jóvenes y trabajadores).
4. Fortalecimiento de proyectos y acciones de prevención, vigilancia y asistencia integral a nivel subnacional.
5. Mejora de la prevención de la Transmisión Vertical y la calidad de los cuidados mediante un abordaje integral y de la pareja.
6. Refuerzo de la capacidad de gobernanza, su eficacia y calidad en orientaciones adecuadas, coordinando, apoyando la colaboración entre el Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil.
7. Orientación de acciones que evalúen la vulnerabilidad de mujeres y jóvenes y población GTTLBI en situación de violencia de género, trata, migrantes y refugiados.
8. Ampliación los derechos y la adecuación de los servicios de salud como espacios de información, orientación y atención de calidad de acuerdo con las necesidades y realidades de los/as adolescentes.

El apoyo del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre SIDA en Argentina durante el período 2008-2009 ha consistido en actividades de análisis de la situación del país e implementación de acciones, a fin de generar un acuerdo entre las Agencias del Sistema

de Naciones Unidas (SNU) acerca de los problemas prioritarios, causas y necesidades, para el desarrollo de una cooperación que permita mejorar las capacidades nacionales para reducir el impacto de la epidemia de VIH. En base a las áreas de apoyo técnico que se agrupan en torno a tres ejes temáticos de acuerdo a la División del Trabajo del Apoyo técnico del ONUSIDA, se detallan a continuación las áreas de asistencia técnico - financiera del Sistema de Naciones Unidas en Argentina para el periodo 2008-2009:

Áreas de apoyo técnico	Periodo	Organización líder	Organizaciones asociadas en la ejecución	Resultados de la ejecución
Área de asistencia específica				
1. Planificación estratégica, Gobierno y Gestión financiera				
Apoyo y asistencia al desarrollo del Plan estratégico Nacional Multisectorial y Planes Operativos a fin de Fortalecer la Respuesta al VIH/SIDA	2008 - 2009	Dirección de SIDA e ITS – Programas Provinciales de Mendoza, Córdoba Santa Fé, Buenos Aires y Coordinación SIDA de la Ciudad de Buenos Aires	OPS, ONUSIDA, UNFPA	Numero de talleres de planificación operativa realizados: 1 Ciudad de Buenos Aires 1 en Provincia de Santa Fe 1 en Provincia de Córdoba 1 en Provincia de Mendoza 3 en Provincia de Buenos Aires

				Plan operativo desarrollado de la Coordinación SIDA Ciudad de Buenos Aires Planes Operativos en Proceso en las restantes provincias.
Cooperación técnica directa y apoyo a actividades de Dirección de Sida y ETS.	2008-2009	OPS		Asistencia técnica de las actividades a través de la contratación de un consultor para el apoyo específico de la implementación y seguimiento de las mismas.
Participación de representantes de Argentina en la 2° <i>Consulta Informal Interpaíses sobre VIH, usuarios de drogas inyectables y personas privadas de la libertad – UNODC, Viena.</i>	Febrero de 2008	UNODC		- Participación de representantes del Ministerio de Salud/Dirección de Sida, Ministerio de Justicia/Servicio penitenciarios Federal y SEDRONAR en la 2° <i>Consulta Informal Interpaíses sobre VIH, usuarios de</i>

				<p><i>drogas inyectables y personas privadas de la libertad – UNODC, Viena.</i></p> <p>- Intercambio de experiencias entre los países participantes del proceso de consulta.</p> <p>- Recomendaciones regionales y globales sobre la respuesta al VIH entre usuarios de drogas y personas privadas de la libertad.</p>
<p>Apoyo a la participación de Argentina en Consulta Regional sobre VIH en el ámbito penitenciario, San Pablo - Brasil.</p>	<p>Mayo de 2008</p>	<p>UNODC</p>		<p>Participación de un representante del Ministerio de Salud/Dirección de Sida, un representante de Ministerio de Justicia/SPF y un representante de la Sociedad Civil en la Consulta</p>

				Regional sobre VIH en el ámbito penitenciario. _intercambio de experiencias y formulación de recomendaciones específicas para la Región.
Apoyo a la participación de representantes de Organizaciones de la Sociedad Civil en espacios de debate de política de drogas y prevención de VIH: Conferencia Nacional de Políticas de Drogas en Argentina y Encuentro de reductores de daños en Brasil.	Agosto 2008	ONG Intercambios de Argentina ONG Aborda de Brasil	UNODC	- Representantes de dos OSC de Brasil participaron en evento nacional de Argentina - Representante de una OSC de Argentina participó en evento nacional de Brasil. - Intercambio de experiencias sobre política de drogas y prevención del VIH entre Organizaciones de la Sociedad Civil de la Región.
Consulta nacional de	20-21 de	AMAR,	UNFPA,	- Participaron

trabajo sexual , VIH/SIDA y DDHH en Argentina	Agosto de 2008, en la Ciudad de Buenos Aires	ATTTA, Dirección de SIDA e ITS	ONUSIDA, OPS	<p>más de 80 mujeres y trans trabajadoras sexuales, representando a 24 provincias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso para recopilar y analizar información relacionada al VIH y trabajo sexual. - Compromiso para desarrollar un plan estratégico sobre VIH y Trabajo sexual como parte de una respuesta integral al VIH.
ICW Latina Taller: Capítulo Regional de Niñas y Adolescentes viviendo con VIH	2008	ICW Latina	UNICEF	<p>1. Elaboración por parte de las niñas y adolescentes viviendo con VIH/SIDA de un plan de trabajo del Capítulo Regional de niñas y adolescentes viviendo con VIH/SIDA.</p>

				2. Crear un espacio adecuado de intercambio de experiencias y expresión de intereses e inquietudes de las niñas y adolescentes viviendo con VIH/SIDA con respecto a la problemática del VIH
Apoyo a la participación de una delegación Argentina como observadora en Consulta nacional de Brasil sobre VIH en cárceles	Abril de 2009	Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia	UNODC	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la participación de una delegación Argentina como observadora en Consulta nacional de Brasil sobre VIH en cárceles - Sensibilización e intercambio de experiencias con países de la región.
Proceso ASAP	2008-2009	Dirección de SIDA e ITS, ONUSIDA, Banco Mundial		<ul style="list-style-type: none"> - Base de datos y referencias para una estrategia basada en la evidencia. - Marco de

				resultados y costeo del Plan estratégico nacional 2008- 2011, Argentina
Ronda 9 - GFATM	2009	MCP	ONUSIDA, OPS, UNFPA	- Asistencia técnica para el desarrollo y elaboración de la propuesta país.
Diagnóstico de Situación e identificación de áreas prioritarias de asistencia técnica y cooperación conjunta del Sistema de Naciones Unidas en la respuesta Nacional a la epidemia – Programa Conjunto	2009	Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA		- Áreas prioritarias de asistencia técnica y cooperación conjunta identificadas. - Programa Conjunto en proceso de elaboración. - Validación pendiente.
Apoyo a la jornada debate sobre políticas publicas para la diversidad sexual	27 de noviembre de 2009	Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe	ONUSIDA	- Discusión y análisis de buenas practicas que se implementan a nivel regional, nacional y local - Diseño participativo de acciones concretas de políticas publicas

				en la provincia de Santa Fe.
Apoyo a actividades destinadas a la inclusión en la agenda política y consecuente gestión para la reducción del estigma y la discriminación asociadas a efectos adversos – lipodistrofia - del tratamiento antirretroviral – Proyecto “Nuestros cuerpos hablan”	Noviembre - Diciembre de 2009	Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH	ONUSIDA	- Visibilización y sensibilización sobre la importancia de considerar la lipodistrofia en la agenda de respuesta integral al VIH.
Apoyo de la participación de la sociedad civil en el Grupo Temático (GT) de Naciones Unidas	Noviembre 2008	OPS		Participación de los referentes de las OSC en el GT
Apoyo de la participación de la sociedad civil en la reunión de UNGASS 2008	Junio 2008	ONUSIDA, OPS, UNFPA		Participación de una persona de la SC en la sesión de UNGASS
2. Ampliación de intervenciones				
Prevención				
Proyecto Campaña de Verano 2009. Adolescentes y jóvenes conociendo y defendiendo sus	2009	FEIM	UNICEF	Objetivos de la actividad: 1- Difundir los derechos de las niñas, niños,

derechos				<p>adolescentes y jóvenes en el marco de la CDN y la Ley Nac. N° 26061.</p> <p>2- Promover la participación activa de las/os adolescentes en la toma de decisiones que les concierne como sujetos de derechos.</p> <p>3- Fortalecer la participación de los grupos integrantes de la RedNac por medio de una actividad grupal conjunta de promoción.</p> <p>- Alcance de la actividad: al menos 4000 jóvenes y adolescentes informados sobre sus derechos sexuales y reproductivos</p>
Proyecto “El VIH/Sida	2009	Sociedad	UNICEF	Objetivos:

<p>en la adolescencia - Prevenición, asistencia e integración de los adolescentes”</p>		<p>Argentina de Pediatria</p>		<p>1.Reforzar las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). 2. Favorecer la integración de los adolescentes con infección por VIH en los Servicios de adolescencia. 3. Favorecer articulación con los responsables de los Programas nacionales y provinciales. - Capacitación de 30 profesionales de los Comités de adolescencia e infectología. - Desarrollo de un producto (Guía) facilitador para los profesionales, favoreciendo la prevención y atención de los adolescentes en relación a</p>
--	--	-----------------------------------	--	---

				infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH.
Apoyo a la elaboración de materiales sobre derechos humanos e igualdad de género de la población Trans	26-29 de agosto de 2009	ATTTA	ONUSIDA	- Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación de la población trans.
Apoyo a la reunión nacional sobre derechos humanos e igualdad de género de la población HSH y Trans	3-6 abril de 2009	CREFOR	ONUSIDA	- Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación HSH y Trans.
Presentación del documental “Translatina” en el Marco del Día Mundial del SIDA	1° de Diciembre de 2009.	ATTTA	OPS, ONUSIDA, PNUD	- Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación de la población trans.
Lanzamiento del Foro contra la discriminación de los usuarios de drogas y sus familias del INADI	Diciembre 2009	INADI	UNODC	- Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación de los usuarios de drogas y sus familias, y para la reducción del estigma y la discriminación de los usuarios de drogas.
Apoyo a la reunión	Diciembre	RADAUD	UNODC	- Creación de un

nacional para la organización de una red argentina de usuarios de drogas - RADAUD	de 2009			espacio con representatividad nacional para la movilización de recursos y acciones tendiente a reducir el estigma y la discriminación de los usuarios de drogas.
Apoyo a la elaboración de materiales sobre derechos humanos e igualdad de género de la comunidad LGBT	Diciembre de 2009	Fundación Buenos Aires Sida	ONUSIDA	- Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación de la comunidad LGTB.
Proyecto: “Mujeres Im/pacientes II”. Identificando prácticas estigmatizantes y discriminatorias hacia las mujeres viviendo con VIH/Sida	2009	Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/Sida	UNIFEM	- El proyecto se implemento en el Conurbano Bonaerense – zona Sur - Abogacía y sensibilización para la reducción del estigma y la discriminación de la mujer viviendo con VIH/Sida
Proyecto: Violencia contra las mujeres, salud sexual y	2009	FEIM	UNIFEM	- El proyecto se implemento en Buenos Aires,

VIH/SIDA; Diálogo e Integración para la prevención y la atención primaria.				Córdoba y Rosario - Abogacía y sensibilización para la reducción de la violencia hacia la mujer viviendo con VIH/Sida
Proyecto: Dos caras de una realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/Sida en el MERCOSUR	2008-2009	FEIM	UNIFEM	- En un proyecto de alcance Regional, Argentina fue uno de los países seleccionados para la implementación del mismo. - Abogacía y sensibilización para la reducción de la violencia hacia la mujer viviendo con VIH/Sida
Cooperación técnica para prevención en poblaciones de mayor riesgo	Marzo 2009	OPS		Producción material sobre atención a población trans
Promoción de la prevención primaria de VIH e ITS en mujeres y jóvenes	2008-2009	Dirección de Sida e ITS	UNFPA	Apoyo al maletín preventivo Material sobre testeo, promoción

				del preservativo y diversidad
Proyecto: “ Atención de familias viviendo con VIH/SIDA: INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRIA – ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA”	2008	Sociedad Argentina de Pediatría	UNICEF	Objetivo del proyecto: Contribuir a disminuir la Transmisión Vertical, a aumentar la sobrevivencia de los niños y niñas viviendo con VIH y aportar al mejoramiento de su calidad vida. - Alcance de la actividad: Capacitación de 1.300 profesionales de la salud en distintas disciplinas (pediatras, psicólogos, asistentes sociales, et.). Además se espera se produzca un efecto multiplicador amplificador de los profesionales

				en su lugar de trabajo
Promoción de la salud sexual y reproductiva y acceso a los servicios	2008	Red Bonaerense de pvvs	UNFPA	3 talleres con equipos de salud y 3 talleres con personas con VIH Video "Tomemos la palabra" sobre la atención de las mujeres con VIH Pósters y dípticos sobre el tema
Realización de talleres para población refugiada y migrante, edición y reproducción de Documental "SIDA EXISTE" sobre VIH y personas refugiadas	2008 2009	ONG MyRAR	ACNUR ONUSIDA	- Numero de talleres realizados: 9, alcance de los mismos: 224 participantes. Características de la población participante: 86% refugiada, 10 %migrantes y 4 % argentinos. La ejecución de los talleres estuvo a cargo de la ONG MyRAR durante 2009. - Video Documental "SIDA EXISTE" editado y

				reproducido
Participación de Representante de Sociedad Civil en taller sobre “Prevención de VIH y población refugiada en las Américas” de ACNUR, en la ciudad de Bogotá	2008	ACNUR		- Espacio para la presentación de resultados de las actividades sobre prevención del VIH en población refugiada en Argentina. La presentación estuvo a cargo de una representante de la ONG con trabajo en refugiados CAREF. - Participación en discusión sobre la estrategia en materia de VIH en refugiados del ACNUR.
Prevención de VIH entre jóvenes	2008-2009	Red Nacional de Jóvenes	UNFPA	Capacitación y apoyo a 10 grupos de jóvenes en el país
Tratamiento, atención y apoyo				
Plenaria en el Marco del Congreso Nacional de SIDA realizado en Salta en agosto de 2009: Acceso	26-29 de agosto de 2009	UNFPA, OPS, ONUSIDA	Dirección de SIDA e ITS	Abogacía, sensibilización y visibilidad de situación del Acceso Universal

Universal a la prevención, tratamiento, asistencia y apoyo al VIH, retos y desafíos				en Argentina.
Cooperación técnica para el desarrollo del curso “Accesibilidad al diagnóstico en VIH y Sífilis-Capacitación cruzada para mejorar las estrategias locales-“	Septiembre 2009	Dirección de SIDA e ITS	OPS	Capacitación a profesionales de 6 provincias en consejería y testeo
Apoyo al VII Encuentro de Personas viviendo con VIH.	3, 4 y 5 de abril de 2009	Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH	ONUSIDA UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación e interpretación de necesidades y demandas por parte de los grupos y sectores participantes del encuentro. - Fortalecimiento del encuentro como un espacio de participación social y construcción de diálogo y objetivos comunes entre las personas de diferentes organizaciones comunitarias,

				instituciones y organismos participantes.
Atención integral de las mujeres que viven con VIH con énfasis en su salud sexual y reproductiva	2008-2009	Dirección de Sida y ETS con apoyo del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	UNFPA	8 reuniones en todo el país 281 participantes de equipos de salud, programas provinciales, sociedades científicas y redes de mujeres con VIH Edición y distribución de la guía en todo el país
Apoyo a la inserción social de personas refugiadas viviendo con VIH y sus familias	2008-2009	Fundación Comisión Católica Argentina para las Migraciones	ACNUR	- Apoyo a la inserción social de personas refugiadas viviendo con VIH y sus familias - Atención psicológica y social gratuita proveída
3. Vigilancia y Evaluación, información estratégica, intercambio de conocimientos y				

rendición de cuentas				
<p>Diagnóstico sobre la situación de las personas GTTTB en la Argentina y las condiciones de vulnerabilidad en relación con el VIH/SIDA</p>	<p>2008-2009</p>	<p>Dirección de SIDA e ITS y Programas Provinciales</p>	<p>PNUD, ONUSIDA, UNFPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación realizada en 14 centros urbanos de Argentina - Materiales producidos en los 14 sitios: 459 audios y desgrabaciones de entrevistas con sus respectivos registros de campo, 14 informes de relevamiento de circuitos de socialización GTB, 14 compendios de información periodística publicada en medios gráficos. - Análisis de los productos de las entrevistas y del relevamiento de la información: en proceso. - Encuentro nacional de cierre y publicación de

				resultados: pendiente.
Apoyo a la difusión de la situación de acceso de los usuarios de drogas al sistema de salud	Junio 2008	ONG Intercambios	UNODC	-Participación y espacio en el Congreso de Prevención de Sida de Brasil, para la presentación del estudio sobre “accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema público de Salud. La mirada de los trabajadores públicos de la salud “, a cargo de un representante de la ONG Intercambios. - Intercambio de experiencias sobre la situación de usuario de drogas entre países de la región.
Investigación: Relevamiento de Recursos Sociales y Sanitarios en Unidades	Diciembre 2008	FUNDESO y otras OSC, Ministerio de Justicia	ONUSIDA UNODC	- Evento de Cierre, publicación y presentación de

penales seleccionadas en Argentina				resultados - Abogacía y sensibilización de la situación de las Personas Privadas de Libertad en Argentina
Estudio de capacidades institucionales de las Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan con poblaciones vulnerables al VIH y personas que viven con VIH	2009	ONUSIDA		- Información cualitativa respecto de las capacidades institucionales de las diversas organizaciones ya sean de carácter publico o de la sociedad civil que trabajan en actividades de prevención, promoción de derechos u otro tipo de actividades con población con vulnerabilidad incrementada al VIH/SIDA en Argentina: población trans, hombre que tiene sexo con hombres,

				trabajadores/as sexuales, personas privadas de la libertad, usuarios de drogas y personas con VIH. - Los resultados de este estudio fueron utilizados como insumos para la elaboración de la propuesta de la novena ronda del GFATM.
Estudio de estimación de tamaño poblacional de Trabajadoras sexuales	2009	AMAR, Dirección de SIDA e ITS	OPS, ONUSIDA	- Estudio en proceso de implementación.
Índice de Estigma y Discriminación de personas viviendo con VIH – Argentina	2009	Fundación Huésped, Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata	ONUSIDA	- Reunión de presentación inicial del proyecto actores claves del gobierno, sociedad civil y agencias del SNU.
Apoyo para la realización de las Jornadas Nacionales de Salud Penitenciaria	Noviembre de 2009	Ministerio de Justicia - Servicio Penitenciario	UNODC	- Ponencia y presentación sobre el abordaje de la salud de las

		Federal – Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Publicas en materia de prevención y Control del trafico ilícito de estupefacientes, la delincuencia organizada transnacional y la corrupción sobre fiscalización y control del financiamiento de los denominados delitos complejos.		personas privadas de la libertad en España, a cargo del Director de Salud Penitenciaria de España en la Jornadas - Intercambio de experiencias entre Servicio Penitenciario Federal y Servicio Penitenciario Español
Apoyo a la difusión de los avances en salud penitenciaria implementados en el marco del Convenio Interministerial	Noviembre de 2009	Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Publicas en materia de prevención y Control del tráfico ilícito	UNODC	- Espacio y participación de un representante de la Comisión Nacional Coordinadora en el Foro LAC de Lima - Sensibilización,

		de estupefacientes, la delincuencia organizada transnacional y la corrupción sobre fiscalización y control del financiamiento de los denominados delitos complejos.		difusión e intercambio de experiencias sobre buenas prácticas en atención de la salud de personas privadas de la libertad.
Apoyo a la difusión de las características de la epidemia de VIH/Sida entre usuarios de drogas inyectables y no inyectables en Argentina	Noviembre de 2009	ONG Intercambios	UNODC	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio y participación para la presentación de resultados de investigaciones de seroprevalencia y comportamiento con foco en usuarios de drogas no inyectables, a cargo de un representante de la ONG Intercambios en el Foro de LAC. - Difusión de información

				estratégica sobre Usuarios de Drogas.
Talleres de <i>“FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE VIH A NIVEL SUBNACIONAL”</i>	2009.	Dirección de SIDA e ITS y Programas Provinciales	OPS, ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de la generación y utilización de información estratégica para mejorar el conocimiento, gestión y toma de decisiones en respuesta a la epidemia de VIH a nivel subnacional. - Armonización de los circuitos de recolección y análisis de la información producida por la notificación de casos de VIH y SIDA. - Presentación de los conocimientos que las provincias tienen sobre la situación de su epidemia. - Estandarización y armonización

				<p>de indicadores de monitoreo de la epidemia que sean compartidos por todas las jurisdicciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discusión de una posible agenda sobre vigilancia epidemiológica de segunda generación a nivel subnacional. - Mejoramiento en la calidad y construcción de los indicadores de nivel nacional y sub-nacional.
Asistencia técnica para apoyar la implementación de Procesos UNGASS, MEGAS, Estimaciones	2008-2009	ONUSIDA		<ul style="list-style-type: none"> - Taller Regional sobre Modos de Transmisión – realizado en Buenos Aires, noviembre de 2008 - Taller de Estimaciones y Proyecciones en VIH, para

				<p>capacitación de contrapartes nacionales de Argentina, realizado en Panamá en junio de 2009</p> <p>- Taller Regional de UNGASS para capacitación técnica de contrapartes nacionales y consultores involucrados en el proceso de reporte, realizado en Chile en septiembre de 2009</p> <p>- Asistencia técnica del proceso UNGASS: Consultora contratada Taller de inicio y validación del proceso</p> <p>- Asistencia técnica al proceso MEGAS: equipo consultor</p>
--	--	--	--	--

				contratado.
--	--	--	--	-------------

Durante los años 2008 y 2009 el Banco Mundial, en el marco del Proyecto Funciones Esenciales de Salud Pública, apoyo el desarrollo del Dirección de SIDA/ETS del Ministerio de Salud de la Nación, y los programas provinciales, a través del financiamiento reembolsable mediante operaciones de crédito al país. Este financiamiento fue dirigido acciones de fortalecimiento institucional a nivel nacional y provincial compra de reactivos y preservativos y actividades de salud pública en VIH y SIDA a nivel provincial.

Respecto a las medidas tomadas por el Sistema de Naciones Unidas para cumplir los objetivos del UNGASS, pueden mencionarse las siguientes:

1. Asistencia técnica y financiera para mejorar la calidad de la información estratégica disponible respecto de la epidemia, a fin de poder conocer mejor la epidemia. Para ello se realizaron talleres de capacitación; generación y apoyo de espacios de interacción y diálogo entre distintos actores; mejoramiento en la calidad y construcción de los indicadores de nivel nacional y sub-nacional.
2. Asistencia técnica y financiera para identificar las prioridades de acción, en base a la información estratégica obtenida para actuar en consecuencia. Ejemplos de ello son el apoyo y asistencia al desarrollo del Plan Estratégico Nacional Multisectorial y Planes Operativos a fin de fortalecer la respuesta al VIH/sida; los talleres de planificación operativa desarrollados en diferentes provincias del país; la asistencia técnica para el desarrollo y elaboración de la propuesta país, proceso ASAP.
3. Asistencia técnica y financiera a la ampliación de intervenciones que fortalezcan el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo; con un enfoque específico en las áreas prioritarias de planificación nacional y teniendo en cuenta

las poblaciones mas afectadas y vulnerables a la epidemia. En este sentido puede mencionarse el apoyo a proyectos específicos: Consulta nacional de trabajo sexual , VIH/SIDA y Derechos Humanos en Argentina; Apoyo a actividades destinadas a la inclusión en la agenda política y consecuente gestión para la reducción del estigma y la discriminación asociadas a efectos adversos – lipodistrofia - del tratamiento antirretroviral – Proyecto “Nuestros cuerpos hablan”; abogacía, sensibilización y visibilidad de situación de la población trans; y el apoyo a la visibilidad de la situación del Acceso Universal; asistencia a la elaboración de la propuesta país para la Ronda 9 del Fondo Mundial.

4. Apoyo específico al desarrollo de informe de progreso UNGASS que consta en asistencia técnico – financiera para la elaboración del informe y la validación del mismo a través de una consultoría que asista técnicamente el proceso y talleres de trabajo/ encuentros multisectoriales.

SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN:

En Argentina existe un sistema de vigilancia de casos de sida, el Registro Nacional de sida, creado tras la aparición de los primeros casos. A mediados de la década de los 90, muchas de las provincias contaban con su propio registro regional, constituyéndose de esta forma una red de información descentralizada, pero coordinada a nivel central en el registro nacional.

La modalidad de notificación cambió en nuestro país a partir del año 2001; hasta entonces, sólo se notificaban los casos de sida. A partir de ese año, también se implementó la notificación obligatoria de los diagnósticos de infección por VIH, aunque algunas jurisdicciones, como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se sumaron tardíamente.

Entre el 88 y el 100% de las notificaciones que remite cada jurisdicción corresponde a residentes del propio distrito, a excepción de la CABA, donde sólo el 43% de las notificaciones producidas corresponden a residentes de esa ciudad, el 50% se refiere a habitantes de la provincia de Buenos Aires, y el resto a residentes de otros distritos. Cabe aclarar que, para el análisis de los datos, las personas se agrupan según su lugar de residencia y no según el de notificación.

La información epidemiológica se presenta en tres niveles de agregación: nacional, regional y jurisdiccional. En relación con el nivel regional, se definieron siete zonas:

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- Gran Buenos Aires (GBA): regiones sanitarias V (cabecera en San Isidro), VI (cabecera en Lomas de Zamora), VII (cabecera en General Rodríguez) y XII (cabecera en La Matanza).
- Centro: regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires I, II, III, IV, VIII, IX, X y XI; Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

- NOA: Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero, Salta, Tucumán.
- NEA: Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones.
- Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis.
- Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Desde 2008, la Dirección de Sida y ETS creó el **Área de Estudios e Investigación**, constituyendo uno de los ejes estratégicos hacia el acceso universal: Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de la epidemia de VIH/SIDA a nivel del país, como de las provincias y municipios, desde sus particularidades.

En ese marco, se formularon como líneas estratégicas: desarrollar una plataforma de conocimientos, mejorar la calidad y profundidad de los datos epidemiológicos producidos, mejorar el conocimiento sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad, mejorar la notificación incluyendo al sector privado, mejorar el uso de la información en los procesos de decisión, universalizar y/o consolidar y sostener en el tiempo las redes de informatización de vigilancia epidemiológica, fortalecer la vigilancia de la resistencia de VIH a los antirretrovirales, favorecer la evaluación de impacto de las acciones, posibilitar y favorecer la producción de conocimientos a nivel provincial y local.

Durante el bienio que nos ocupa (2008 – 2009), se presentaron **dos boletines epidemiológicos** que aportan información actualizada sobre la situación del VIH/sida en el país.

Durante el 2008, se realizó una **investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión en el marco del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH/sida** que permitió por un lado, generar un diagnóstico sobre la respuesta preventivo-asistencial desde el sistema público de salud al VIH-sida y a algunas infecciones de transmisión sexual (ITS); y por otro elaborar una herramienta o

dispositivo de gestión, tendiente a generar un modelo de trabajo conjunto y participativo entre los actores involucrados a fin de prevenir nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Con el objeto de conocer mejor la epidemia en nuestro país, la Dirección de Sida y ETS, con la colaboración de OPS y ONUSIDA, desarrolló un trabajo de sistematización y análisis de los estudios disponibles producidos en el país durante los últimos diez años, que pueden encuadrarse bajo el rótulo de “**vigilancia epidemiológica de segunda generación**”. Se considera como tales a los estudios que permiten conocer mejor la distribución del VIH en diversas subpoblaciones vulnerables, caracterizar a las personas recientemente infectadas, describir las prácticas prevalentes en los distintos colectivos, y los factores sociales y biológicos asociados con la transmisión del VIH.

Finalmente, y a fin de mejorar el conocimiento de la epidemia, se están desarrollando **talleres de fortalecimiento de la vigilancia** con los referentes de epidemiología de los programas de sida provinciales, cuyo producto, en parte, se refleja en la disminución de la subnotificación registrada en los datos.

Por lo anterior, el Área de Estudios e Investigación genera un importante volumen de información actualizada que permite a través del cruce de indicadores diseñar distintos planes de acción y monitorear la evolución de la infección. A través de estos relevamientos permanentes se pueden realizar mejoras constantes en el diseño de programas puntuales así como también la mejora continua en la adquisición de insumos según la evolución de los casos monitoreados.

No obstante, se plantean las siguientes brechas y desafíos:

Brechas y desafíos (1)

Se debe reducir la sub-notificación, fomentando los sistemas de búsqueda activa en las provincias, en Instituciones Penitenciarias y en Prepagas.

- La DSyETS se propone trabajar en conjunto con las distintas jurisdicciones para evaluar la magnitud e impacto de cada uno de estos factores y, en consecuencia, mejorar la calidad y oportunidad de la notificación.

Brechas y desafíos (2)

Implementar un sistema en red e introducir sistemas de control de calidad que permitan aumentar la calidad de la información de los registros provinciales y del registro nacional.

Brechas y desafíos (3)

Revisión de los estudios de prevalencia en grupos específicos realizados en los últimos años y realización de nuevos estudios como:

- Determinación de las diferenciaciones regionales respecto a afectación, en mayor o menor grado de poblaciones en situación de vulnerabilidad,
- Análisis de la evolución de la infección en las personas con VIH,
- Prevalencia e incidencia de las co-morbilidades (mayor sobre-vida, efectos adversos de las terapias, situación socio-sanitaria y económica) y su relación tanto con lo antes expuesto como con la mortalidad específica o asociada al VIH.

CITAS

1- Weller, Silvana; Adaszco, Ariel; Huergo, Mariela; Sotelo, Juan (2009): “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación; UBATEC.

Publicado en el Boletín oficial números 31805 del 21 de diciembre del 2009 y el 31809 del 28 de diciembre del 2009. Argentina.

2-Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

3-Durán, Adriana (2009): “Proceso de elaboración del reporte UNGASS 2010”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Los cuadros que siguen corresponden también a este trabajo.

4-Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

5-Durán, Adriana (2008): “Vigilancia de segunda generación en Argentina”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Los cuadros que siguen corresponden también a este trabajo.

6- Bianco, Mariño, Re (2008): “Violencia hacia las mujeres y feminización del VIH/sida en Argentina”. FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer). Argentina.

7- Bianco, Mariño, Re (2008): “VIH/sida + Violencia. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y VIH en el Mercosur. La situación en Argentina”. FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer). Argentina.

8- Vila, Galante y otros (2008). "HIV seroprevalence and other blood borne and sexually transmitted infections among coca paste users from Buenos Aires, Argentina". INTERCAMBIOS. Presentado al Congreso Mundial de Sida / México 2008. Argentina.

9- Fundación Huésped (2009): "Estado de situación en territorio. Resultados Almirante Brown, Florencio Varela, Moreno, Morón, San Fernando". Fundación Huésped. Argentina.

10- Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH (RedLa+); Fundación Henry Ardila, Colombia; Organización Panamericana de la Salud (OPS); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida Latinoamérica (ONUSIDA) (2009): "Servicios de atención integral para personas viviendo con VIH-Sida en 3 países del Cono Sur". Argentina.

11- AMMAR (2008): "Primer Consulta Nacional de Trabajo Sexual, VIH/sida y derechos humanos". AMMAR; Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

12- Red Argentina de Mujeres Viviendo con vih-sida (2009): "Relevamiento Nacional y Planificación Estratégica 2010/2011. La Salud Integral de Mujeres Viviendo con VIH". Red Argentina de Mujeres Viviendo con vih-sida; ONUSIDA. Argentina.

13- Ralon, Pando, Fassano, Naveira, Parga, De Lisa, Barros, Verón, Rossi, Salomón, Vila (2009): "Seroincidencia y seroprevalencia de VIH en usuarios de drogas en Argentina". Intercambios y otros. Presentado al Congreso Nacional de Sida. 2009. Argentina.

14- Pené, Sotelo, Khoury, Muiños, Romero, Baudracco, Freyre (2006): "Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans (Travestis/Transexuales/Transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo". UBATEC. Argentina.

15- Weller, Silvana; Adaszco, Ariel; Huergo, Mariela; Sotelo, Juan (2009): "¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de

salud”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación; UBATEC. Argentina.

Publicado en el Boletín oficial números 31805 del 21 de diciembre del 2009 y el 31809 del 28 de diciembre del 2009.

16- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2007): “Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Período 2008 – 2011”. Argentina.

17- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Presentación JURE”. Argentina.

18-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008), informes de gestión. Argentina.

Página web de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

19- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

20-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008), informes de gestión. Argentina.

Página web de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

21- Página web de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

22- Weller, Silvana; Adaszco, Ariel; Huergo, Mariela; Sotelo, Juan (2009): “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación; UBATEC. Argentina.

Publicado en el Boletín oficial números 31805 del 21 de diciembre del 2009 y el 31809 del 28 de diciembre del 2009.

23- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2009): “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales y trans en la Argentina”. Proyecto de investigación e informe de avance. Argentina.

24- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2009): “Talleres Fortalecimiento de la vigilancia de VIH a nivel subnacional”. Argentina.

25- Weller, Silvana; Adaszco, Ariel; Huergo, Mariela; Sotelo, Juan (2009): “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación; UBATEC. Argentina.

Publicado en el Boletín oficial números 31805 del 21 de diciembre del 2009 y el 31809 del 28 de diciembre del 2009.

26- Gestos, FEIM y otros (2008): “UNGASS. Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. Informe Argentina”. Argentina.

27- Grupo de Mujeres de la Argentina; Foro de VIH, mujeres y familia (2009): “Metas e indicadores seleccionados para monitoreo UNGASS 2010”. Argentina.

28- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS – Argentina. Enero de 2006 – diciembre de 2007”. Argentina.

29- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL CONSULTADO

-Adaszco, Ariel (2009): “Monitoreo y notificación de la respuesta del sector de la salud al VIH/sida. Notificación anual 2009”. Área de Estudios e Investigaciones, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-AMMAR (2008): “Primer Consulta Nacional de Trabajo Sexual, VIH/sida y derechos humanos”. AMMAR; Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Barrón y otros (2008): “Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres”, Fondo Mundial. UBATEC. Argentina.

-Bianco, Mariño, Re (2008): “Violencia hacia las mujeres y feminización del VIH/sida en Argentina”. FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer). Argentina.

-Bianco, Mariño, Re (2008): “VIH/sida + Violencia. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y VIH en el Mercosur. La situación en Argentina”. FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de La Mujer). Argentina.

-Bloch, Claudio (2009): “Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires”. Ministerio de Salud de la Nación, OPS. Argentina.

-Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina (2008). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina Nro 26. Año XII (noviembre de 2009). Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Comas, Fabro, Seiffer (2008): “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS”, Fondo Mundial. 2008. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2007): “Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Período 2008 – 2011”. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS – Argentina. Enero de 2006 – diciembre de 2007”. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Presentación JURE”. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2008), informes de gestión. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2009): página web. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2009): “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales y trans en la Argentina”. Proyecto de investigación e informe de avance. Argentina.

-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2009): “Talleres Fortalecimiento de la vigilancia de VIH a nivel subnacional”. Argentina.

-Durán, Adriana (2008): “Vigilancia de segunda generación en Argentina”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Durán, Adriana (2009): “Proceso de elaboración del reporte UNGASS 2010”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Durán, Adriana (2009): “Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia. Área de Estudios e Investigaciones, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

-Fundación Huésped (2009): “Estado de situación en territorio. Resultados Almirante Brown, Florencio Varela, Moreno, Morón, San Fernando”. Fundación Huésped. Argentina.

-Gestos, FEIM y otros (2008): “UNGASS. Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. Informe Argentina”. Argentina.

-Gestos, FEIM y otros (2010): “UNGASS. Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. Informe Argentina”. Argentina.

-Grupo de Mujeres de la Argentina; Foro de VIH, mujeres y familia (2009): “Metas e indicadores seleccionados para monitoreo UNGASS 2010”. Argentina.

-Jorrat, Jorge Raúl (2008): “Actitudes, información y conductas en relación con el vih/sida en la población general”. UBATEC. Argentina.

-Méndez Diz, Camarotti, Schwarz (2008): “Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión de VIH/SIDA”. Fondo Global. Argentina.

-ONUSIDA (2009): “Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010”.

-Pené, Sotelo, Khoury, Muiños, Romero, Baudracco, Freyre (2006): “Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans (Travestis/Transexuales/Transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo”. UBATEC. Argentina.

-Ralon, Pando, Fassano, Naveira, Parga, De Lisa, Barros, Verón, Rossi, Salomón, Vila (2009): “Seroincidencia y seroprevalencia de VIH en usuarios de drogas en Argentina”. Intercambios y otros. Presentado al Congreso Nacional de Sida. 2009. Argentina.

-Red Argentina de Mujeres Viviendo con vih-sida (2009): “Relevamiento Nacional y Planificación Estratégica 2010/2011. La Salud Integral de Mujeres Viviendo con VIH”. Red Argentina de Mujeres Viviendo con vih-sida; ONUSIDA. Argentina.

-Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH (RedLa+); Fundación Henry Ardila, Colombia; Organización Panamericana de la Salud (OPS); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida Latinoamérica (ONUSIDA) (2009): “Servicios de atención integral para personas viviendo con VIH-Sida en 3 países del Cono Sur”. Argentina.

-Salomón (2008): “Determinación de seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones de Hombres que tienen Sexo con Hombres, Trabajadoras Sexuales, Usuarios de Drogas y embarazadas”. Centro Nacional de Referencia para el Sida. Argentina.

-Vila, Galante y otros (2008). “HIV seroprevalence and other blood borne and sexually transmitted infections among coca paste users from Buenos Aires, Argentina”. INTERCAMBIOS. Presentado al Congreso Mundial de Sida / México 2008. Argentina.

-Weller, Silvana; Adaszco, Ariel; Huergo, Mariela; Sotelo, Juan (2009): “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud”. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación; UBATEC. Argentina.

Publicado en el Boletín oficial números 31805 del 21 de diciembre del 2009 y el 31809 del 28 de diciembre del 2009.

ANEXO I
PARTICIPANTES EN LAS REUNIONES PREPARATORIAS DEL INFORME
UNGASS

Claudio Bloch (Dirección de Sida y ETS)
Máximo Diosque (Dirección de Sida y ETS)
Juan Carlos Nadalich (Dirección de Sida y ETS)
Laura Recoder (Dirección de Sida y ETS)
Adriana Durán (Dirección de Sida y ETS)
Ariel Adaszco (Dirección de Sida y ETS)
Rubén Mayorga (ONUSIDA)
Gabriela de la Iglesia (ONUSIDA)
Clarisa Brezzo (ONUSIDA)
Marcelo González (CREFOR)
Gerardo Casas (CREFOR)
Elena Reynaga (AMMAR)
Jorgelina Sosa (AMMAR)
Alex Freire (FALGBT)
Lorenzo Vargas Cornejo (INTILLA – LACASSO)
Teresita Espinoza (ICW Latina)
Susana Vázquez (ICW Latina)
Marcela Romero (ATTTA)
Mabel Bianco (FEIM)
Andrea Mariño (FEIM)
Estela Carrizo (Red de PVVS Mar Del Plata)
Marcela Alsina (Red Bonaerense)
Fabián Salguero (Red Bonaerense)
María Eugenia Guilligan (Red de Mujeres viviendo con VIH)
José María Di Bello (Cruz Roja)
Kurt Frieder (Huésped)
Carola Lew (UNODC)

Jorgelina Schmidt (Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva)
Manuel Irizar (PNUD)
Beatriz Martínez Egozcué (PNUD)
Martha Miravete (Grupo Mujeres Argentinas – Observatorio Encierro)
Sebastián Díaz (Observatorio Encierro – DDHH)
Antonio Linardi (Foro Argentino de ONG)
Mario Burgos (Foro Argentino de ONG)
Liliana Formica (RADANAL)
Gerardo Mitre (FUNDAMIND)
María Mujica (FUNDAMIND)
María del Carmen Allende (El logro de volver a vivir)
Osvaldo Lanari (El logro de volver a vivir)
María Cristina Bobadilla (El logro de volver a vivir)
Lorena Di Giano (Redar Positiva)
Gustavo Granella (Redar Positiva)
Martín Lettieri (ACNUR)
Sergio Maulen (UNFPA)
Verónica Russo (RADAUD)
Marcelo Vila (OPS/OMS)
Luis Escoto (OPS/OMS)
Lorena Ferreti (ICW Global)
Luis Orlando Pérez (Banco Mundial)

ANEXO II

Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva

“Sociedad Civil Luchando por Derechos”

**Informe Argentina
- Febrero 2010 -**

Este informe fue realizado en el marco del proyecto Monitoreo de las Metas de UNGASS en Salud Sexual y Reproductiva “Sociedad Civil Luchando por Derechos” coordinado por GESTOS Brasil y con el apoyo de Fundación Ford.

INTRODUCCIÓN

Este es el segundo informe de monitoreo y evaluación que realiza la sociedad civil argentina sobre las metas vinculadas al VIH/sida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que el país se comprometió a cumplir en la “Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida” (UNGASS, por su sigla en inglés), celebrada en 2001.

El informe fue elaborado por el **Foro UNGASS Argentina**, coordinado por la **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)**, en el marco del proyecto internacional “MONITOREO DE LAS METAS UNGASS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA” que lidera la organización Gestos, de Brasil, y conformado por trece entidades no gubernamentales de los ámbitos de la salud, el movimiento de mujeres, las trabajadoras sexuales, las trans, gays y lesbianas, las mujeres viviendo con VIH/sida, las y los jóvenes, y las mujeres en situación de encierro. La segunda etapa de este proyecto internacional se realiza en nueve países del mundo: Argentina, Bélize, Brasil, Chile, Nicaragua, Perú y Uruguay de América Latina; Sudáfrica, Kenya y Uganda de África; India, Indonesia y Tailandia de Asia; y en Ucrania de Europa del Este.

El resultado del monitoreo en Argentina, que será incorporado al informe oficial que el país entregue al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), muestra **pocos avances y muchas situaciones sin cambios respecto del primer monitoreo**, realizado en 2008 y presentado como informe sombra a ONUSIDA al que presentó oficialmente el Gobierno ante ese organismo internacional.

La falta de integración, coordinación y/o articulación entre las políticas y los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con los de VIH/sida en todas las jurisdicciones del país es **la principal deuda pendiente que el país mantiene a través del tiempo**.

Cerca de la mitad de las personas con VIH/sida en el mundo son mujeres y la feminización de la epidemia es una realidad en aumento. Sin embargo, los planes de

lucha contra VIH/sida no registran acciones específicas para las mujeres. A su vez, la política en salud sexual y reproductiva de las mujeres no incorpora particularmente la prevención de la epidemia, si bien la Ley 25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable lo incorpora, ni tampoco especifica la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Por estas razones, este monitoreo se centra en las metas que involucran concretamente la salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes y mujeres adultas.

El objetivo central es incidir para que los gobiernos, a nivel nacional y provincial, implementen las propuestas sugeridas por la sociedad civil organizada para enfrentar la feminización del VIH/sida y garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

A su vez, este monitoreo señala las deudas pendientes y las posibilidades para saldar los compromisos asumidos en relación con estos temas, así como pone a disposición datos procedentes de las organizaciones de la sociedad civil participantes, que de otra manera están dispersos y poco accesibles. También es una estrategia para contribuir a que las mujeres conozcan sus derechos, los reclamen si están siendo vulnerados y puedan ejercer su ciudadanía más plenamente.

Cada una de las metas monitoreadas fue evaluada de cerca por las organizaciones intervinientes a través de pedidos de informes, estudios cuali y cuantitativos y, sobre todo, a partir de las propias experiencias de sus miembros, como usuarias de los diferentes servicios públicos.

Argentina tiene un marco normativo muy apropiado respecto al acceso de todas las personas a su derecho a la salud. Sin embargo, el país no logra garantizar en los hechos la provisión de atención adecuada a todas las personas. El monitoreo registró una vez más graves problemas en la respuesta a la epidemia, especialmente un fuerte predominio de la respuesta medicalizada; demoras y problemas en la distribución de insumos de la Nación a las provincias; el retraso en implementar la Ley de Educación Sexual Integral; la falta de participación de las y los adolescentes y jóvenes, y su no consideración como sujetos de derecho; la situación de desprotección de muchas niñas, niños y adolescentes que viven con VIH/sida y/o son huérfanos a causa del sida, vivan o no con el VIH/sida; la ausencia de un enfoque integral sobre la violencia contra las mujeres como un factor más de riesgo ante el VIH, entre otros aspectos.

En este contexto, se destacan los avances logrados en la disminución en la transmisión vertical del virus y en la reciente redacción de un Protocolo nacional de atención a víctimas de violencia sexual, que aun no está concluida.

El informe del monitoreo está organizado en tres partes: La Sección I incluye un panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH /sida, con información estadística sobre la epidemia y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La Sección II desarrolla las trece metas monitoreadas, anunciando los indicadores definidos para evaluar las políticas y acciones implementadas por el país para disminuir la epidemia y su impacto en las mujeres, y contrastando con los aportes de las organizaciones que participaron.

La Sección III identifica las fortalezas, brechas y deficiencias de Argentina para la promoción de la salud sexual de las mujeres, especialmente de las que viven con VIH, y para la prevención de la epidemia entre las mujeres. Finalmente, se proponen recomendaciones para alcanzar una respuesta más integral de la epidemia, que incluya la salud sexual y reproductiva como eje articulador y central.

SECCIÓN I

PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS Y DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE VIH/SIDA

SITUACION GENERAL Y DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

La población argentina asciende a 39.745.613 habitantes según estimaciones del INDEC para el año 2008; con una distribución de 51% (20.280.308) de mujeres y 49% (19.465.305) de varones.⁶ La estructura de edades, resultante del Censo 2001⁷, revela que las personas menores de 15 años alcanzan el 28,3% del total de habitantes, la franja poblacional entre los 15 y los 64 años condensa el 61,8%, y los grupos de 65 años y más años totalizan el 9,9%. El 89,5% de los habitantes del país reside en áreas urbanas.⁸

Persiste la considerable desigualdad entre los grupos de menores y mayores ingresos; que se refleja en la distancia entre los ingresos del decil de mayores ingresos y el decil de más bajos ingresos, que se sitúa en alrededor de 30 veces. La población bajo la línea de pobreza alcanzó en aglomerados urbanos en 2009 el 13,9%; en tanto que la población bajo la línea de indigencia llegó al 4,0% en el mismo período.⁹

El desempleo, uno de los problemas con mayor crecimiento durante la década de las reformas estructurales, evidenció desde 2004 en adelante una disminución progresiva. La actual tasa de desempleo se sitúa en 9,1%.¹⁰ La tasa de desocupación por sexo indica la presencia de desigualdades de género persistentes en el mercado laboral;

⁶ INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico N° 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.

⁷ INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

⁸ La clasificación utilizada por el INDEC reconoce como zona urbana a aquellas localidades con 2000 y más habitantes. Fuente de datos: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

⁹ INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Datos consolidados para 31 aglomerados urbanos de 6 regiones del país para el primer semestre 2009.

INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico N° 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.

¹⁰ INDEC. Encuesta permanente de Hogares (EPH). Dato para 3er trimestre 2009. La EPH se toma regularmente en aglomerados urbanos.

en tanto para el primer trimestre del 2009 la tasa de desocupación femenina es del 9,8% superando a la tasa de desocupación masculina que se sitúa en 6,3%.¹¹

La salud y el medio ambiente sano han sido incorporados a la Constitución Nacional como derechos en 1994¹². No obstante ello, existe una escasa cultura de exigencia, demanda y monitoreo por parte de toda la población sobre los servicios de salud.

Las distintas jurisdicciones: nacional, provinciales y municipales, así como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tienen por mandato la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Con el objetivo de coordinar las políticas de salud, que albergan tal diversidad de actores y escenarios a nivel país, a partir del año 2002 el Ministerio de Salud fortaleció el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los Ministerios o Secretarías de salud de todas las provincias y CABA; que aún continúa funcionando.

Por su parte, el gobierno nacional se encuentra habilitado para la sanción de normas en materia sanitaria. En razón de esta competencia, por ejemplo, en 1995 se reguló por decreto nacional¹³ el Programa Médico Obligatorio (PMO) que incluye las prestaciones mínimas a las que están obligados los subsectores que conforman el sistema nacional de salud.

El sistema de salud argentino está constituido por tres subsectores: el público, el de obras sociales y el privado; evidenciando una gran fragmentación y superposición de servicios que tiende a profundizarse.

El subsector público brinda cobertura de salud a prácticamente la mitad de la población del país.¹⁴ En él convergen las funciones de regulación y provisión

¹¹ Bianco, Mabel y Mariño, A. "VIH/SIDA + VIOLENCIA. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida. Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR. Informe Nacional Argentina. FEIM. Buenos Aires. 2009.

¹² La misma reforma otorgó jerarquía constitucional a a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo en sus Artículos 14 bis y 75 inciso 23 incluye la obligación del Estado de garantizar la seguridad social médica de los ciudadanos.

¹³ Decreto Nacional 492/95. La normativa sufrió modificaciones a través de decretos y resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Msal). En 2000, por Resolución 939 fue modificado integralmente. En 2002, en el marco de la emergencia sanitaria producida por la crisis de 2001, por decreto 486/2002 se suspendió su vigencia; creándose por Resolución 201/2002 el Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Por Resolución 304 de 2004 se amplían nuevamente las coberturas.

¹⁴ **De acuerdo a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001, el 52% del total de la población tenía cobertura de salud a través de los subsectores de obras sociales y/o privado o mutual; el restante 48,1% se encontraba bajo la cobertura del subsector público.**

directa de servicios del estado nacional y los estados provinciales y municipales. Garantiza los servicios básicos y la asistencia esencial mediante prestaciones gratuitas. Es financiado por los impuestos federales, provinciales y tasas municipales.

El subsector de la seguridad social, conformado por múltiples obras sociales asociadas a distintas ramas de actividad laboral, está destinado a atender a: trabajadores en relación de dependencia (incluyendo el personal de Fuerzas Armadas y de Seguridad), jubilados y pensionados, y trabajadores independientes que optan por el sistema, y a sus grupos familiares; con cuyos aportes, sumandos a subsidios estatales, se financia.

Por último, el subsector privado se financia con los aportes de los afiliados a seguros o planes de medicina pre paga. Vale destacar que su actividad no cuenta con regulación sanitaria específica, dirimiéndose los conflictos de cobertura en el marco de las asociaciones y derechos de los consumidores.

En atención a la adhesión del país a la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (año 2000), el subsector público es el que participa con mayores esfuerzos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) atinentes al sector salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida, la Tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades.

SITUACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La tasa global de fecundidad estimada para el período 2005-2010 es de 2,3 hijos por mujer.¹⁵

La tasa de natalidad fue del 18,8‰ para el año 2008.¹⁶ En ese año, el total de nacimientos fue de 746.460; el 15,5% correspondió a madres menores de 20 años. Casi la totalidad de estos nacimientos (99,4%) ocurrieron en un establecimiento de salud y

¹⁵ INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico N° 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.

¹⁶ Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.

fueron atendidos por personal capacitado (médicos o parteras); el 56,1% fue atendido en establecimientos del subsector público.¹⁷

La tasa de mortalidad materna ha tenido un leve descenso respecto de 2006 situándose en 4.0 por 10.000 nacidos para 2008. El 21,0% (62) del total de defunciones maternas del año 2008 fue producto del aborto en condiciones inseguras. A pesar del desarrollo de los servicios asistenciales públicos y privados y del alto nivel institucional que se registra desde hace más de tres décadas, aún la tasa de mortalidad materna es elevada y las causas que conducen a la muerte materna en Argentina son mayoritariamente reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y el parto.¹⁸

El cáncer uterino representa aproximadamente el 10% de la mortalidad femenina por cáncer. De acuerdo a datos del año 2008¹⁹, se registraron en Argentina 2.514 muertes por tumor maligno de útero, de las cuales el 41% (1013) corresponde a tumores malignos de cuello uterino. Este valor probablemente sea mayor en tanto para 1.151 (46%) de las defunciones por cáncer uterino no se especifica su localización.

La tasa de mortalidad infantil a nivel país fue del 12,5‰ en el año 2008 (manteniéndose en el nivel relevado en 2006); correspondiendo el 8,3‰ a muertes neonatales y el 4,2‰ a muertes postneonatales.²⁰

SITUACION EN VIH/SIDA

La epidemia de VIH/sida en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982; sin embargo “sabemos hoy que en Argentina tenemos una epidemia concentrada, (...) que significa que la prevalencia de VIH en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es menor al 1%, y que existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. Distintos estudios han determinado estas cifras en los siguientes

¹⁷ Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.

¹⁸ Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.

¹⁹ Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009. Las muertes imputadas a tumores malignos de cuerpo uterino representan el 13% del total de defunciones por tumores malignos de útero.

²⁰ Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.

colectivos: travestis-transexuales (34%), homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%), usuarios de drogas (5%) y trabajadores sexuales (5%)”.²¹

Las estimaciones realizadas en base a la información recogida hasta 2008 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y la DSyETS muestran que aproximadamente 134.000 (128.000 a 140.000) personas viven con VIH/sida en Argentina, de las cuales el 50% desconocerían su situación serológica.²²

La información acumulada para el período 1982-2008²³, da cuenta de la notificación de infecciones para **75.009** personas; de las cuales **37.998** (51%) presentaron al menos un evento definidor de sida, ya sea al momento del diagnóstico o en una instancia posterior.²⁴ Se estima que 56.000 personas se encuentran en tratamiento o seguimiento en los tres subsectores de salud; de ellas, el 69% se encuentra bajo cobertura del subsector público. De acuerdo con el registro de la medicación distribuida, 28.168 personas recibieron tratamiento antirretroviral provisto por la DSyETS durante 2008.²⁵

La tasa de incidencia de casos de sida, probablemente por la incorporación de la terapia antirretroviral de alta eficacia en 1996, ha descendido continuamente desde ese período hasta situarse en 4 por 100.000 habitantes en 2007. La revisión de las tasas de incidencia de infección por VIH²⁶ indica que la misma se sitúa en 10,2 casos por 100.000 habitantes²⁷ para el año 2008; con la notificación de 4.067 nuevos casos de infección en ese año. El seguimiento de las notificaciones indica que anualmente son notificados entre 5 y 6 mil nuevos diagnósticos de infección por VIH.²⁸

La vía de transmisión predominante son las relaciones sexuales desprotegidas tanto para varones como para mujeres. Para los primeros, el análisis de las notificaciones de infección por VIH para el trienio 2005-2008 indica que el 48%

²¹ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina”. Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.

²² Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud “Boletín sobre el SIDA en Argentina”. Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²³ 1982 es el año de notificación del primer caso de Sida en el país.

²⁴ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina”. Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.

²⁵ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina”. Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.

²⁶ La notificación obligatoria de casos de infección por VIH data de 2001. Antes sólo eran de notificación obligatoria los casos de sida, se definen por criterios clínicos, por de la presencia de alguna/s enfermedad/es marcadoras.

²⁷ En este aspecto, se presentan disparidades regionales, que están relacionadas con la organización de la respuesta, los contextos sociales, legales y culturales y la situación demográfica y social. Tres regiones o zonas del país presentan tasas de infección por VIH superiores a la media nacional: CABA (15,0 por 100.000 habitantes), Buenos Aires (11,1 por 100.000 habitantes) y Patagonia (13,4 por 100.000 habitantes); por debajo se ubican: NOA (9,5 por 100.000 habitantes), Centro (8,9 por 100.000 habitantes), Cuyo (8,3 por 100.000 habitantes) y NEA (6,3 por 100.000 habitantes). DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina”. Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.

²⁸ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina”. Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.

adquirió la infección por relaciones sexuales heterosexuales y el 34%, por relaciones sexuales con otros varones; estableciendo un peso relativo de 82% de infecciones adquiridas por esta vía. En el grupo de varones se releva desde hace dos años un crecimiento del peso de las relaciones sexuales desprotegidas con otros varones como vía de transmisión. Para las mujeres, el 87% de las infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas con varones. En todas las regiones las mujeres infectadas con el VIH tienen menor nivel de instrucción que los varones.²⁹

En los últimos años la epidemia evidenció una feminización. La primera mujer enferma se diagnosticó en 1987, y la razón hombre/mujer fue de 92/1. Para 2008, la razón es de 1,6 hombres por cada mujer en los casos de infección por VIH. La razón hombre/mujer presenta variaciones en grupos edad; en el grupo de 15 a 24 años se sitúa a nivel país en 0,9, mientras que en el intervalo de 35 a 44 años, es 2,2.

La extensión de la infección por VIH hacia las mujeres, especialmente en edad fértil, conlleva el riesgo de transmisión del virus por vía vertical a sus hijos/as. La notificación de casos de infección por esta vía descendió desde el bienio 1995/1996 por el impacto en la universalización de la oferta de test diagnóstico y aplicación del protocolo ACTG076. Para el año 2008 se reportaron 113 casos de infección por VIH por vía perinatal, que representan el 2,8% del total de notificaciones de casos de infección.³⁰

La evolución de la tasa de mortalidad por sida es similar a la evolución de la tasa de incidencia de diagnóstico de sida, con un pico en el año 1996 que descendió desde la incorporación del tratamiento ARV de alta eficacia y se estabilizó hacia 1999. En el año 2007, la tasa de mortalidad por VIH/sida fue de 36,2 por millón de habitantes; registrándose un incremento de 2 puntos con respecto al año 2005.

Una característica del país es la marcada diferencia en el valor de los indicadores señalados tanto en el campo de la salud sexual y reproductiva como del VIH/sida, entre las distintas jurisdicciones que lo componen; esta diferencia da cuenta de la relación de desigualdad en relación con el acceso a bienes y servicios sociales. Las regiones del Noreste y Noroeste del país son las que presentan

²⁹ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, N° 26, Noviembre 2009.

³⁰ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, N° 26, Noviembre 2009.

indicadores más críticos. Así también, cabe destacar el escenario de alta vulnerabilidad legado de las últimas décadas y que aún muestra sus efectos.

POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE VIH/SIDA

Con la creación, en 2003, bajo dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), por ley 25673/02, Argentina avanzó hacia la superación de la tradición pro natalista fuertemente anclada en el país; que aún conserva una presencia significativa.³¹

La inclusión de la provisión gratuita de anticonceptivos con consejería y a solicitud de los/as usuarios/as constituye un avance en el acceso universal a métodos de cuidado para la regulación de la fecundidad, hasta ese momento sólo garantizada a quienes podían acceder a ellos en el mercado.

En este sentido, la ley además dispone que las prestaciones contempladas, incluida la provisión de métodos anticonceptivos, debe ser cubierta por los prestadores de los subsectores de obras sociales y privado en las mismas condiciones que las prestaciones mínimas fijadas en el PMO.

Son objetivos del PNSSyPR: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; b) Disminuir la morbilidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

³¹ La historia nacional reconoce más prohibiciones y restricciones que fomento a políticas y acciones relacionadas con distintas formas de planificación familiar. En la década de los sesenta, con el desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, especialmente los hormonales en forma de píldoras, se desarrollaron actividades en los distintos niveles (Público y de la Seguridad Social). En 1974 el gobierno nacional aprobó el Decreto N° 659/74 prohibiendo toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales públicos y en la Seguridad Social, y estableció la venta de anticonceptivos con receta triplicada, como los psicotrópicos. En 1978, el gobierno militar aprobó el Decreto N° 3938, el mismo reitera y ratifica lo establecido en el Decreto N° 659/74. Recién en 1986 éste último Decreto se deroga y se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos. Sin embargo, a pesar de crearse la norma técnica a fines de los '80, no se desarrollan estas actividades.

Asimismo, establece que el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Si bien la Ley N° 25673 excluía la anticoncepción quirúrgica y la educación sexual se planteaba sólo para escuelas del sistema público, con posterioridad se sancionan leyes que reconocieron la anticoncepción quirúrgica (agosto de 2006) incluyéndola en el PNSSyPR, y la educación sexual en todos los establecimientos educativos públicos y privados (octubre de 2006).³²

Por la organización federal de Argentina, las provincias son las principales responsables de la implementación del programa. La mayoría de las jurisdicciones han sancionado leyes similares a la 25673; cuyos contenidos resultan dispares. Algunas solamente han adherido a la ley nacional y otras han sancionado leyes específicas. También resulta dispar el compromiso de participación en la implementación del programa; que se refleja, entre otros indicadores, en la disponibilidad y facilitación del acceso a todos los métodos anticonceptivos que prevé el ordenamiento jurídico vigente.

Durante el período, el PNSSyPR pasó de tener entidad autónoma dentro del Ministerio de Salud de la Nación a incorporarse nuevamente como programa del área de Maternidad e Infancia. Este pasaje reafirma la orientación predominante en los servicios de salud y el ámbito sanitario en general, que prioriza los aspectos reproductivos por sobre el ejercicio de la sexualidad no vinculada a la procreación.

La legislación es restrictiva respecto al aborto y su interpretación es aún más restrictiva. Si bien está despenalizado en caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer y en caso de violaciones, no se registran casos en que se efectuaran abortos en hospitales públicos. Desde hace unos cinco años, existen muchas situaciones que encuadran como no punibles, sin embargo, en caso de solicitar esta prestación en hospitales públicos existe una tendencia a solicitar autorización legal y hay un rechazo sistemático a practicarlo.

Argentina es uno de los primeros países de América Latina en contar con una legislación para enfrentar la epidemia y proteger los derechos de las personas con

³² Ley Nacional 26130 que garantiza la anticoncepción quirúrgica para varones y mujeres en establecimientos sanitarios con el consentimiento informado del/la solicitante mayor de 21 años. La ley Nacional 26150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación con alcance efectivo a los establecimientos educativos de todos los niveles tanto públicos como privados.

VIH/sida. En 1990, se sanciona la Ley Nacional N° 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En 1992, de acuerdo a la Ley N° 23798, se creó el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA e ITS (PNLRHS). En 2007, el PNLRHS adquirió jerarquía de dirección en la estructura del Ministerio de Salud de la Nación; bajo la denominación de Dirección de Sida y ETS (DSyETS).

Dos leyes nacionales³³ disponen, en el marco de las prestaciones reconocidas en el PMO, que los prestadores de los subsectores de obras sociales y privados deben cubrir la atención integral de la infección por VIH, incluida la provisión de ARV.

La DSyETS, en el marco que la ley 23798 fija para la lucha contra el sida, administra el 100% de los tratamientos ARV³⁴ (incluyendo los destinados a la prevención de la transmisión vertical del VIH), medicación para enfermedades oportunistas³⁵ y cubre los estudios de monitoreo de infección (Medición de carga Viral, Recuento de CD4 y Test de Resistencia), a las personas con VIH que se encuentran bajo cobertura del sistema público de salud.

Además, incluye entre sus acciones la provisión a las jurisdicciones provinciales y la CABA de: preservativos, reactivos para la detección de VIH y sífilis destinados a mujeres embarazadas, medicación para el tratamiento de ITS y sucedáneo de leche materna para los hijos/as de mujeres madres que viven con VIH. La provisión de estos insumos es producto de complejos arreglos institucionales, cuyos orígenes se remontan a los primeros acuerdos firmados en 1997, que promovían responsabilidades compartidas en la cobertura de las personas con VIH pero dejan en el Ministerio de Salud nacional las mayores responsabilidades.

³³ Ley 24455 de 1995 y Ley 24754 de 1996.

³⁴ En relación con la provisión gratuita de ARV, cabe señalar que a fines de 1997, ante el incumplimiento de la provisión de medicamentos por parte del Ministerio de Salud de la Nación, ocho ONGs iniciaron un juicio, abogando por el acceso al tratamiento para las PVVS. La jueza interviniente dio lugar al recurso de amparo, estableciendo que el Ministerio en 48 horas debía cubrir la provisión en casos de denuncia. Esto continúa vigente hasta la fecha. Con posterioridad, las ONGs obtuvieron la victoria judicial; el fallo fue apelado en segunda instancia y luego ante la Corte Suprema de Justicia, que en el 2000 reiteró la sanción al Ministerio de Salud.

³⁵ En 1994, el Ministerio de Salud y Acción Social, en su Resolución N°169, estableció el "vademécum básico para la atención de pacientes de VIH" que fija los ARV y no ARV que forman parte de la cobertura brindada por el sistema público de salud. Con los avances en el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas propuestas de tratamiento ARV se incorporaron nuevos medicamentos, con la aprobación del Comité Técnico Asesor de la DSyETS.

La vigilancia epidemiológica del VIH/sida es también competencia del Ministerio de Salud de la Nación. En 2001, el país incorporó la notificación de casos de infección por VIH a la vigilancia epidemiológica; hasta ese momento la notificación obligatoria alcanzaba sólo a los casos de sida.

En relación también con la provisión de fármacos ARV, desde el año 2002 Argentina ha liderado la renegociación de precios de medicamentos para VIH/sida en la región³⁶. Además, en 2001 y 2003 se dictaron sendas resoluciones en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación relativas a la obligatoriedad de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad de los fármacos ARV.

Tanto el PNLRHS como la DSyETS alentaron la elaboración y difusión de Normas, Guías y Recomendaciones Terapéuticas relacionadas con distintos aspectos de la epidemia. Actualmente se dispone de Normas, Recomendaciones Terapéuticas y/o Guías para: Transmisión Perinatal del VIH/sida (1997, actualizada en 2002), Tratamiento Antirretroviral- (2007); Salud, VIH/sida y sexualidad trans: Atención de la salud de personas travestis y transexuales (2008); Tratamiento y Profilaxis de las Infecciones Oportunistas y otras infecciones relevantes en Personas Viviendo con VIH/sida (PVVS); Tratamiento de [Sífilis](#) en la embarazada y el recién nacido; Manejo de las ITS y Atención Integral de mujeres con infección por VIH (2009).

En la actualidad, el país cuenta con un Plan Estratégico Nacional definido para el período 2008-2011 (Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo); elaborado en 2007 y revisado en 2008. En su elaboración han participado organismos de gobierno, representaciones de la sociedad civil, del sector académico y de los organismos internacionales de la cooperación asociados al ONUSIDA con actuación en el país.

RELACIÓN ENTRE LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA, SSyR Y CONTROL DE LAS ITS

No existe una relación entre estos programas nacionales. Si bien la ley de creación del PNSSyPR tiene entre sus objetivos y acciones el diagnóstico y prevención del

³⁶ El país se ha convertido en referente regional en la negociación de precios de ARV llevada a cabo en Perú en el año 2003, que permitió que 10 países de la región latinoamericana hayan podido acceder a precios hasta un 90% por debajo de lo que se estaba pagando; dado que tenía los menores precios de la subregión.

VIH/sida y otras ITS, y la DSyETS tiene entre sus lineamientos estratégicos la articulación con la política de SSyR, **la desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/sida se confirma en la mayoría las jurisdicciones.**

A nivel nacional, las iniciativas de articulación son aún incipientes. **Recién desde mediados de 2009 se inició el trabajo coordinado en la elaboración del protocolo de atención de la violencia sexual y en actividades de prevención; pero aún no se avanzó en la capacitación conjunta y/o separada de los profesionales, que continua siendo escasa.**

La relación entre anticoncepción y VIH se reconoce en una publicación reciente (agosto de 2009) de la DSyETS, dedicado a la atención integral de las mujeres que viven con VIH; ésta constituye el primer documento de recomendaciones a los equipos de salud que aborda específicamente esta temática. Sin embargo, aún no se ha difundido suficientemente entre los responsables de los programas provinciales de VIH/sida y, menos aún entre los prestadores del PNSSyPR; aspecto clave para lograr su efectiva incorporación en los servicios de atención.

En los programas o servicios públicos, se percibe una distancia entre los servicios de infectología, que se ocupan y “concentran” la atención y tratamiento de las personas con VIH, y aquellos que atienden la SSyR. Estos no trabajan de manera articulada, por lo tanto no abordan el tema de manera integral, aún cuando se reconoce la necesidad de hacerlo de manera conjunta.

SECCIÓN II

METAS UNGASS

Meta 37 – Liderazgo de los gobiernos respecto a epidemia de VIH/sida

“Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/sida que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y a la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; implica la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes (...)”

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó la situación y avances de la efectiva participación de mujeres y jóvenes en los procesos de toma de decisión respecto de las políticas nacionales en relación con el VIH/sida. Incluyó, además, una revisión de la participación de los representantes de los colectivos de mujeres, jóvenes y adultas, mujeres viviendo con VIH/sida, mujeres lesbianas y transgéneros en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas a reducir su vulnerabilidad frente al VIH.

Participación de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas en VIH

Respecto del Informe 2008, sigue sin contemplarse la participación sistemática de organizaciones de la sociedad civil en los procesos decisorios respecto de la política gubernamental; a excepción de su presencia en el Comité Técnico Asesor.³⁷

“La participación de los movimientos de mujeres o grupos de mujeres, se reduce a instancias específicas de la planificación del Programa Nacional de Sida, espacio único de interlocución entre gobierno y sociedad civil donde se puede incidir en políticas específicas en VIH/sida y Mujer; los/as jóvenes no se encuentran incluidos en las planificaciones.(...) no se ha logrado conformar en forma efectiva una instancia multisectorial en donde gobierno y sociedad civil logren consensos que permitan la inclusión de la sociedad civil en espacios de toma de decisiones, quedando esta instancia bajo el organismo gubernamental exclusivamente.” (Red Bonaerense de PVVS). Vale aclarar que esta situación alcanza a las mujeres integradas a redes y OSC's que nuclea MVVS.

Los Procesos de Planificación Estratégica Nacional (PPEN) iniciados en 1999 resultan el ámbito de encuentro de actores gubernamentales y de la sociedad civil para la generación de consensos para la acción. El PPEN actual fue elaborado en 2007 y revisado durante 2008 y 2009.³⁸

Hacia finales de 2008, la DSyETS, con el apoyo de las agencias de la cooperación multilateral, alentó procesos de programación operativa anual relacionados con el PPEN en algunas de las jurisdicciones con mayor presencia de la epidemia. Estos espacios, localmente convocados, contaron con la participación de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil. **La convocatoria no contempló específicamente colectivos de mujeres y jóvenes sino a las organizaciones y colectivos con presencia jurisdiccional en relación con la atención de la epidemia. En todos los casos participaron de estos encuentros representantes de personas viviendo con VIH.**

³⁷ El Comité Técnico Asesor fue creado por Resolución Ministerial N° 866/02 con la finalidad de prestar asesoramiento técnico a la Dirección Ejecutiva. Está integrado por un representante de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Organismos de Gobierno y Sociedades Científicas.

³⁸ El Proceso de Planificación Estratégica Nacional (PPEN) actual fue por convocado por la DSyETS conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estas organizaciones promovieron “la realización de un *“Proceso de actualización de la Respuesta Estratégica al VIH/sida e ITS en Argentina”* para el período 2008-2011, a fin de sustentar y dar continuidad a las acciones realizadas hasta el momento, así como acortar las brechas visualizadas (...), tanto en el ámbito nacional como en los ámbitos provinciales y locales en relación con la epidemia.” Documento del PPEN.

El proceso de elaboración de las “Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH”³⁹ impulsado por la DSyETS es reconocido como una instancia de participación por parte de las mujeres viviendo con VIH. Las Guías constituyen las primeras recomendaciones elaboradas específicamente para la atención de mujeres que viven con VIH que no toman como eje principal la prevención de la transmisión vertical e incluyen cuestiones relacionadas con derechos reproductivos. El proceso de consulta se desarrolló durante 2008 con reuniones regionales, en las que participaron referentes de los programas provinciales y municipales de VIH, representantes de sociedades científicas, equipos de salud y representantes de OSC’s.

“Participaron activamente mujeres VIH+, mujeres trabajadoras sexuales. No fuimos invitadas al diseño del proyecto, fuimos invitadas a los talleres regionales en diferentes partes del país; validamos el vocabulario más adecuado y menos estigmatizante. Lo importante fue la oportunidad que tuvimos de fundamentar la mala atención que recibíamos las mujeres usuarias de los servicios frente a los equipos de salud (...)” (RedAR +)

El Mecanismo Coordinador País (MCP), implementado en el país en 2002 ante la aprobación del Programa del Fondo Global, no integraba a organizaciones de mujeres⁴⁰.

En relación con otras estructuras gubernamentales de nivel nacional y la posibilidad de diseño y monitoreo de acciones y políticas, en el ámbito del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)⁴¹, se crearon Foros de la Sociedad Civil. En esta línea se han conformado Foros dedicados a Género, VIH/sida y Diversidad Sexual, entre otros.

³⁹ Las “Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH” surgieron del consenso realizado en el marco de un proyecto nacional implementado por la Dirección de Sida y ETS y UNFPA durante el año 2008. Incluyen recomendaciones relacionadas con: Seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH, Vacunación en adultos infectados con VIH, Opciones anticonceptivas para personas con VIH, Consideraciones en relación con el tratamiento antirretroviral en la población femenina, Recomendaciones para la profilaxis antirretroviral en embarazadas; y Anexos dedicados a: Consulta preconcepcional en mujeres con VIH, Tratamientos recomendados para ITS, Reproducción en el marco de la infección por VIH y Aspectos legales.

⁴⁰ Bianco, M., Mariño, A. y otros: “Participación de la Sociedad Civil en el Mecanismo Coordinador País del Fondo Global para Sida, Tuberculosis y Malaria en Argentina”, 2008. La investigación se realizó en el marco del proyecto “Rol de la Sociedad Civil en el Mecanismo Coordinador País”, realizado con el apoyo de la Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento (ITPC/CIAT) en siete países: Cambodia, Cameron, Uganda, India, Jamaica, Rumania y Argentina. En Argentina, FEIM fue responsable del estudio durante el año 2008.

⁴¹ El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) es un organismo descentralizado creado mediante la [Ley Nº 24.515](#) en el año 1995. Desde el mes de marzo de 2005, por Decreto Presidencial Nº 184, se ubicó en la órbita del [Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación](#). Las acciones del INADI están dirigidas a todas aquellas personas cuyos derechos se ven afectados al ser discriminadas por algún motivo. Sus funciones se orientan a garantizar para esas personas los mismos derechos y garantías de los que goza el conjunto de la sociedad, es decir, un trato igualitario.

En el área de transgéneros no se relevaron posibilidades de incidir en el diseño o participar de manera sistemática del monitoreo de políticas que colaboren en reducir su vulnerabilidad.⁴²

En relación con el Informe 2008, si bien se incorporó a las OSC en acciones puntuales, no se releva una incorporación sistemática y amplia de organizaciones de mujeres y jóvenes en las discusiones y consensos sobre la acción en VIH/sida. En base al diagnóstico de afectados/as con mayores prevalencias de infección por VIH, las MVVS, ya sea por redes propias y por su participación en redes de personas con VIH, las transgéneros y trabajadoras sexuales han logrado ser convocadas en algunas en instancias de planificación, diseño de recomendaciones de atención y/o acciones programáticas. La incorporación de la perspectiva de género como eje transversal a la acción en VIH/sida es un desafío pendiente.

Meta 52 - Prevención

“Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención donde se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministro de sangre no contaminada y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual.”

⁴² IGLHRC informa sobre el monitoreo y acciones de incidencia necesarios para posibilitar el cumplimiento en el ámbito de los servicios de salud de las normativas de niveles provinciales y municipales que garantizan el derecho de transexuales y travestis a ser llamados por su nombre de elección. Un ejemplo: en 2008, lanzó una acción de alerta por la negativa un funcionario municipal del conurbano bonaerense que “ha rechazado una ordenanza que exige a los trabajadores y profesionales en los hospitales del municipio de respetar la identidad de género llamando a trans, travestis, transexuales o los pacientes por sus nombres elegidos. (IGLHRC)

La revisión de los avances en relación con esta meta relevó: componentes preventivos de la política nacional de VIH/sida relacionados con salud sexual y reproductiva; estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH en jóvenes entre 15 y 24 años de edad, incluyendo su cobertura y efectividad, con especial énfasis en las estrategias informativas y educativas y en campañas; acceso y disponibilidad de condones (masculino y femenino) y lubricantes para mujeres adultas y jóvenes; obstáculos para el acceso de mujeres a servicios e insumos preventivos; disponibilidad y accesibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS en efectores de atención primaria de la salud y disponibilidad de estadísticas y campañas en relación con ellas; y existencia de acciones de monitoreo gubernamental regulares sobre las acciones en SSyR, VIH/sida e ITS y de generación de información confiable y disponible al respecto.

Componentes preventivos de la política nacional en VIH/sida y SSyR

El PPEN 2008-2011 establece entre sus objetivos estratégicos: *garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente a la infección: personas en situación de pobreza (PSP), personas usuarias de drogas (PUD), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), gays, trabajadoras sexuales (TS), personas en situación de encierro (PSE), trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres y pueblos originarios.*

En el desarrollo de las líneas estratégicas se identifican acciones y contenidos relacionados con la transmisión sexual y vertical del VIH. Entre ellas: intensificar la prevención de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita; implementar y apoyar programas sobre educación sexual, prevención de ITS y VIH en población en situación de vulnerabilidad social y económica; establecer programas y proyectos conjuntos sobre salud sexual y prevención del VIH e ITS para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en una alianza efectiva entre Salud y Educación; garantizar la periodicidad de la comunicación masiva y focalizada de prevención del VIH, teniendo en cuenta las distintas situaciones y singularidades de las personas y garantizar a la población la

accesibilidad a los preservativos, teniendo en cuenta las distintas especificidades, perfeccionando la política y las estrategias de distribución de preservativos.

Cabe destacar que en el objetivo estratégico relacionado con la atención integral de personas con VIH, no se referencia una sola línea estratégica relacionada con la salud sexual y reproductiva; aunque se contempla el relacionamiento con otras áreas gubernamentales, específicamente la de prevención y tratamiento de la tuberculosis.

Por otra parte, la política nacional relacionada con el VIH/sida incluye entre sus ejes estratégicos la promoción y accesibilidad al preservativo y herramientas preventivas; en este caso, menciona entre otras acciones la articulación con las políticas de salud reproductiva y maternidad e infancia.

La inclusión de la búsqueda de articulación con las políticas de salud reproductiva es un aspecto novedoso respecto de anteriores formulaciones de la política nacional de VIH/sida. Durante 2009, ambos programas trabajaron en la redacción del Protocolo Nacional de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, que aún se encuentra en su fase de diseño. Sin embargo, se observa que más allá de actividades puntuales no hay una articulación integral que atraviese las acciones desarrolladas por ambos programas.

Adolescentes

No se relevan, tal como sucediera en el Informe 2008, estrategias específicas para el trabajo con adolescentes y jóvenes impulsadas desde el sector público de salud. Si bien los/as jóvenes son incluidos como grupo destinatario de acciones de prevención de la infección por VIH, las acciones y estrategias preventivas emprendidas no contemplan especificidades para el trabajo con ellos/as. *“En cuanto a las políticas nacionales, se ve una clara omisión por parte del Estado puesto que no tiene ninguna estrategia para abordar a (...) los/las adolescentes y jóvenes entre 14 y 30 años.”* (JOACYA). Gran parte del trabajo preventivo con adolescentes y jóvenes es sostenido por OSC's; incluyendo la provisión regular de preservativos masculinos y lubricantes en lugares amigables.

Como se informara en 2008, el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación y los Ministerios de Educación provinciales y de la CABA

aún no implementan de manera extendida y suficiente el Programa Nacional de Educación Sexual Integral creado por la ley nacional 26150, sancionada en 2006.⁴³

“No existen estrategias para reducir el aumento del VIH para los/as jóvenes. Si bien desde 2006 existe la Ley de Educación Sexual Integral para que (...) tengan acceso a la información y educación sobre el VIH, aún no se implementó efectivamente en todas las provincias, por lo cual no se garantiza el cumplimiento de este propósito.”
(RedNac)

Cabe señalar el caso de algunas jurisdicciones, como la de la Ciudad de Buenos Aires, que en 2007 había iniciado junto con OSC's algunas acciones destinadas a los y las adolescentes escolarizados, pero en 2008, con el cambio de la gestión de gobierno, éstas se redujeron e incluso para el año 2010 ha programado una disminución del presupuesto para ejecutar este tipo de actividades.

La omisión gubernamental en la implementación efectiva del Programa de Educación Sexual Integral excluye del acceso a información y formación en un tema prioritario a niñas, niños y jóvenes, vulnerando sus derechos.

Existe consenso entre las organizaciones informantes en considerar las campañas: insuficientes, esporádicas y de alcance limitado. El trabajo de difusión/sensibilización se basa principalmente en la entrega de folletería y preservativos, ya sea de manera continuada y sistemática o en eventos masivos realizados en fechas conmemorativas. *“Las campañas específicas últimamente se basaron en la distribución de folletería, en sitios puntuales, pero no logran implementarse a través de distintos medios por lo cual siempre el mensaje transmitido queda fuera del alcance de muchos/as jóvenes (...)”* (RedNac.) *“Las campañas de comunicación para difundir la política de la Dirección de Sida y las herramientas preventivas son nulas. La difusión es brindada a través del sitio web y/o de las organizaciones que conocen los recursos. No hemos identificado campañas provinciales o locales de durabilidad e impacto.”* (RedAR+).

⁴³ Como parte de las acciones tendientes a la implementación del Programa, la DSyETS y el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, han desarrollado materiales para el trabajo de los/as docentes con adolescentes en escuelas medias. Los mismos constan de 4 láminas referidas a Métodos anticonceptivos; Reproducción y Embarazo; ITS; Sexualidad y Derechos de los jóvenes. *“En todas ellas, haciendo énfasis en la bipolaridad reduccionista hombre/mujer se ha omitido la existencia de otras poblaciones que por omisiones y/o discriminación son unas de las más expuestas al VIH (diversidad sexual); por otra parte no está trabajado el tema del derecho al “NO” en las relaciones sexuales.”* (Intilla)

Insumos Preventivos

Preservativos masculinos y lubricantes están disponibles para su entrega gratuita en centros de atención y hospitales del sistema público de salud. La DSyETS, (preservativos masculinos y lubricantes) y el PNSSyPR, (preservativos masculinos) son las fuentes principales de provisión de estos insumos. La provisión se realiza, mayoritariamente, por la vía de los respectivos programas provinciales de VIH/sida y SSyR.

A su vez, la DSyETS provee preservativos a OSC's y redes para su distribución gratuita; modalidad de trabajo que replican la mayoría de los programas provinciales de VIH/sida. Las organizaciones involucradas en la distribución son de distinto carácter; se incluyen las que nuclean a trabajadoras/es sexuales, trans, gays, mujeres, jóvenes, personas con VIH, como así también comedores comunitarios, sociedades de fomento, organizaciones barriales, clubes, entre otras. Esta estrategia responde a uno de los ejes centrales tanto del PPEEN como de la política de la DSyETS: la accesibilidad a los preservativos. En esta línea se promueve la generación de redes de distribución/entrega organizadas en torno a puntos fijos de distribución, que garanticen a los/las usuarios/as la posibilidad de acceso continuado en diversos lugares.

Una investigación⁴⁴ realizada por la DSyETS relevó que sólo 6 jurisdicciones adquirieron preservativos para su distribución entre la población; la mayoría de los programas provinciales de VIH/sida sólo cuentan con los insumos provistos por la DSyETS; similar es la situación para los programas provinciales de SSyR.

Se han reportado dificultades con la logística de distribución entre los programas provinciales y los efectores de las jurisdicciones; en especial los situados fuera de las ciudades capitales y períodos (cortos) sin disponibilidad de insumos. Adicionalmente, de acuerdo a la variación de demanda, los preservativos que se reciben desde la DSyETS pueden resultar insuficientes en algunas jurisdicciones. *“Las mujeres jóvenes y mayores tienen **disponibilidad** en los centros de atención primaria y en algunas asociaciones civiles para acceder a condones masculinos y lubricantes. Durante el año hay carencias no muy prolongadas. Con lo que no se cuenta es con **fácil acceso** para*

⁴⁴ DSyETS: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. 2008. Disponible en www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigacion-hiv.pdf

adquirir estos elementos.” (Fundación Huésped- testimonio de un médico infectólogo de Jujuy)

El preservativo femenino no se encuentra disponible para su entrega en efectores del sistema público de salud en todo el país.⁴⁵ Su inclusión como insumo preventivo de distribución gratuita es una de las propuestas realizadas; considerando especialmente los efectos de la violencia de género. “(...) *atendiendo a los efectos de la violencia de género en el crecimiento de la epidemia entre mujeres y pensando en promover acciones que posibiliten que las mujeres no dependan de la decisión masculina para la prevención, creemos que es necesaria la distribución del preservativo femenino*”. (AMMAR)

En este sentido, desde la DSyETS se ha comenzado a implementar un proyecto relacionado con el uso del preservativo femenino. “*Con el apoyo de UNFPA, la Dirección Nacional de Sida está planificando una prueba piloto relacionada al uso del preservativo femenino; se ha convocado para la participación de la misma a organizaciones de la Sociedad Civil y al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, este último ha tenido una débil participación relacionada a la dificultad que tienen los diferentes Programas del Ministerio de Salud de la Nación en articular acciones en conjunto.*” (RAMVIHS)

Si bien los preservativos masculinos (y otros métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción quirúrgica) se encuentran disponibles y garantizada por ley su entrega gratuita, se reportan obstáculos múltiples para el acceso a los mismos; en especial para los/as jóvenes.

El acceso, tanto a preservativos como a otros métodos anticonceptivos, se ve obstaculizado por el predominio de valoraciones de orden moral, de actitudes prejuiciosas y prescriptivas respecto del ejercicio de la sexualidad por parte del personal de los efectores de salud.

En una encuesta realizada en la provincia de Entre Ríos en el marco del monitoreo de los servicios de salud reproductiva, los jóvenes consultados/as respondieron que “*nunca o casi nunca van al centro de salud porque no les gusta como*

⁴⁵ La única experiencia de provisión gratuita de preservativos femeninos en el país se realizó en 2004-2005, en el marco del Proyecto Argentina del Fondo Mundial, mediante la entrega a OSC's ejecutoras de proyectos. No se cuenta con evaluaciones de efectos e impactos de su entrega a las destinatarias de esos proyectos.

los tratan allí, entre otras cosas hablaron de que no respetan su privacidad y los acusan de promiscuos/as e irresponsables.” (RedNac). Jóvenes de otras localidades tienen similar consideración sobre la atención recibida. Otro de los principales obstáculos para el acceso a preservativos y otros métodos anticonceptivos por parte de los/las jóvenes deviene de la vigencia del paradigma tutelar sobre los menores (que imputa al Estado y a los padres la posibilidad de decidir sobre cuestiones atinentes a desarrollo) en las prácticas de un gran número de efectores e integrantes de los equipos de salud y del desconocimiento por parte de los mismos del marco legal vigente.

El decreto reglamentario de la ley 25673 (PNSSyPR) define taxativamente que los/las **adolescentes de 14 y más años pueden acceder a la consulta médica y a la provisión de anticonceptivos sin necesidad de presencia adulta**. Sin embargo, *“si bien la cobertura de preservativos masculinos y lubricantes es gratuita a través del sistema público, las mujeres jóvenes continúan teniendo restricciones para obtener en cantidad suficiente y de modo gratuito a preservativos masculinos y lubricantes en los servicios de salud, ya que aún estando reconocido como derecho por ley 25.673, que pueda concurrir libremente a partir de los 14 años, se les continúa exigiendo acompañamiento de sus padres o adulto responsable”* (RedNac).

Cuestiones programáticas y burocráticas ligadas al manejo de los recursos de los programas obstaculizan claramente el acceso, no sólo de los jóvenes, sino de toda la población usuaria de servicios.

Entre las primeras se encuentra el requisito exigido en algunos servicios (sin necesidad ni sustento programático) **de presentar documento nacional de identidad y firmar planillas de entrega en el caso de los preservativos entregados por el PNSSyPR,**⁴⁶ Si bien el PNSSyPR, desde 2007, definió que la entrega de preservativos debía hacerse a libre demanda y sin registro nominalizado, la práctica referida subsiste en la gran mayoría de los efectores de salud; especialmente en los de primer nivel de atención.

Un ejemplo de las acciones necesarias para garantizar el libre acceso: *“En octubre de 2009, la Fundación Huésped realizó un pedido formal al Sub- Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de de*

⁴⁶ Se equipara la provisión de preservativos a la de otros métodos anticonceptivos; que requieren de registro nominalizado de entrega para constituir un padrón de usuaria/os bajo programa.

Buenos Aires y al Programa Nacional de Salud Sexual para que la entrega de preservativos no sea nominalizada. El reclamo fue resuelto con un acuerdo, por el que a partir de ese momento sólo se consignara la cantidad entregada pero no a quién se entregó. Esta resolución fue comunicada en una reunión con referentes regionales de Salud Reproductiva, a los que además se les dio en mano una nota que aclaraba este punto. Este acuerdo facilitará el acceso y distribución de los preservativos para quienes lo soliciten, en especial a los y las adolescentes y jóvenes, ya que pueden hacerlo en forma anónima.” (Fundación Huésped)

Infecciones de transmisión sexual

La disponibilidad de diagnóstico y tratamiento de las ITS en el primer nivel de atención es diferencial según zonas del país y jurisdicciones. La DSyETS provee insumos para el diagnóstico de sífilis y blenorragia y tratamiento para la mayoría de las ITS; cuenta con Recomendaciones para el tratamiento de sífilis en la embarazada y el recién nacido. La prescripción de prueba diagnóstica para detección de sífilis en mujeres embarazadas se incluye como parte de los controles pre natales.

No existen campañas de alcance masivo dirigidas a la prevención de ITS. La DSyETS ofrece solamente a través de su página web materiales de difusión relativos a las ITS e incluye información sobre ellas en los materiales relativos al VIH/sida.

Los efectores de salud deben notificar obligatoriamente algunas de las ITS al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE); para el caso de la sífilis, adicionalmente deben notificar a la DSyETS. **Sin embargo, no todos los profesionales y efectores cumplen debidamente con la notificación.**

En relación con la efectividad de las acciones tanto relativas a la prevención del VIH/sida como de otras ITS, los reportes de estudios de distinto alcance⁴⁷ indican que aún subsisten entre los jóvenes, tanto varones como mujeres, importantes niveles de

⁴⁷ Fundación Huésped- Perfil de la población destinataria del Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), VIH/SIDA e ITS en el Conurbano Bonaerense (Programa que implementa la Fundación). Estudio realizado en el marco del mismo Programa pero en la región NOA RedNac- Encuesta aplicada en campañas de sensibilización y promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención de VIH/sida e ITS para jóvenes y adolescentes en la ciudad de Villa Carlos Paz, Córdoba.

desconocimiento sobre el VIH/sida y otras ITS y desiguales niveles de adopción de prácticas de cuidado.

No se relevaron acciones de monitoreo regular de las acciones en SSyR, VIH/sida e ITS. Para el caso de las dos últimas se dispone de información epidemiológica que registra atraso y sub-registro.

Meta 53 – Prevención

Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH; todo ello en colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud.

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la existencia de servicios específicos de prevención para mujeres jóvenes y de barreras formales o informales para brindar servicios preventivos (incluyendo información e insumos) a adolescentes menores de edad; la disponibilidad de personal de salud capacitado para brindar consejería en prevención específica para mujeres y la existencia de iniciativas para capacitar a los equipos de salud en esta tarea y la disponibilidad de AHE⁴⁸ y tratamiento ARV para profilaxis post exposición sexual.

⁴⁸ Anticoncepción Hormonal de Emergencia

Servicios de prevención

Como en 2008, en el ámbito público, son escasos los efectores hospitalarios que cuentan con servicios de adolescencia; y de los que tienen muy pocos destinan parte de su tarea a brindar servicios preventivos en VIH/sida. Los servicios de ginecología/obstetricia raramente incorporan actividades preventivo-promocionales entre sus acciones.

Mayormente son las OSC's las que llevan adelante esta tarea; algunas veces, en el marco de las instituciones sanitarias por acuerdos con distinto nivel de formalización con los equipos de salud.

Las barreras relativas a brindar servicios de prevención a adolescentes y jóvenes son similares a las encontradas para el acceso a insumos de prevención. Los obstáculos encontrados conjugan, con variaciones jurisdiccionales, prejuicios y discriminación, intervenciones basadas en estereotipos de género, desconocimiento técnico específico y legal y valoraciones morales presentes en las prácticas de algunos integrantes de equipos de salud. *“La mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los/as adolescentes como grupo. Los centros de salud no disponen de acciones de consejería para adolescentes ni espacios especiales para su atención. La mayoría de las adolescentes mujeres que fue a parir a un hospital público no tuvo trato especializado.”* (RedNac)

La existencia de equipos capacitados para trabajar específicamente con mujeres y con jóvenes es deficitaria. Si bien se relevan algunos esfuerzos por avanzar en la capacitación de integrantes de equipos de salud en consejería, estos resultan asistemáticos e insuficientes.

“La actualización y capacitación del personal de salud es una deuda pendiente en las políticas de salud, mucho más cuando se trata de MVVS, quienes siguen siendo estigmatizadas por el personal de salud, y los servicios de consejería, llegando incluso a sentir que por vivir con VIH, no tienen derecho a tener una vida sexual plena. (...) Es para destacar que en algunos servicios de salud existen fuertes prejuicios sobre la sexualidad de las mujeres que viven con VIH.” (Red Bonaerense de PVVS)

La estrategia mayormente utilizada por las organizaciones es la identificación y fortalecimiento de relaciones con profesionales capacitados y sensibilizados y con servicios amigables, y la derivación hacia ellos de la población con la que trabajan. Esta estrategia resulta limitada, tanto por la escasez de dichos profesionales y servicios, como por los alcances poblacionales y territoriales acotados. **Por otra parte el efectivo goce de derechos depende únicamente de cuestiones de compromiso personal de los integrantes de los servicios de salud; sin poder avanzar en estrategias inclusivas de promoción y efectivo ejercicio de derechos;** y menos aún en políticas públicas universales y no discriminatorias.

Protocolos de atención a víctimas de violencia sexual

A la fecha de esta publicación, no existe en Argentina un protocolo nacional que normalice la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual y que especifique la provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) para prevención de embarazos, de la Profilaxis Post Exposición para prevención del VIH y la atención psico-social. Sin embargo, tal como fue mencionado, durante el 2009 el PNSSyPR y la DSyETS elaboraron una versión de protocolo nacional, sobre la que han expresado su opinión algunas OSC's. Según nos informaron responsables de esas direcciones, actualmente se encuentra en la fase última de diseño y será publicado y difundido en 2010.

La AHE es provista por el PNSSyPR como parte de los métodos anticonceptivos brindados por el programa; su distribución fue aprobada por Resolución Ministerial en 2007, siendo su disponibilidad en los servicios de salud desigual debido a mitos y prejuicios sobre su carácter anticonceptivo o abortivo y a los mismos problemas de logística que afectan a la disponibilidad de preservativos en los efectores de salud alejados de las ciudades capitales se presentan para los métodos anticonceptivos provistos por el PNSSyPR. Cabe considerar que la alternativa que ofrece el método de Yuspe tampoco tiene uso extendido; estando los anticonceptivos orales disponibles en los efectores.

Respecto a la profilaxis ARV, por disposición del entonces PNLRHS de 2001, los efectores deben contar con un kit preventivo para un mes de tratamiento. Generalmente

este insumo, de estar efectivamente disponible, lo está en los efectores hospitalarios y no en los centros de atención primaria. En algunos lugares del país, el acceso a esos efectores significa recorrer grandes distancias.

La aplicación de la profilaxis post exposición pareciera tener mayor presencia en situaciones de violencia sexual que en la atención de accidentes (rotura del preservativo o relaciones sexuales sin protección) que expongan a las mujeres, varones y trans.

La profilaxis post exposición *“no está a disposición en caso de solicitarlo una mujer o joven que concurre a la consulta por haber mantenido relaciones sexuales sin protección.”* (Red Bonaerense de PVVS). *“Identificamos en forma aislada protocolos de profilaxis pos exposición en algunas localidades que han alcanzado un gran trabajo de articulación y han realizado un sistema de referencia en abusos sexuales, generalmente estas redes son intersectoriales lideradas por mujeres militantes.”* (RedAr+)

Meta 54 – Prevención

“Para 2005 reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre para hijo y dando acceso a tratamiento a mujeres y bebés infectadas por el VIH y brindando acceso a tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos lactantes, así como intervenciones eficaces para las mujeres infectadas por VIH, que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención.

El cumplimiento de esta meta relevó: disponibilidad de información, consejería y pruebas de detección de VIH en los servicios públicos y privados que atienden mujeres

embarazadas; ofrecimiento y disponibilidad de tratamiento para prevenir la transmisión vertical, apoyo psicosocial y orientación para la alimentación de sus hijos/as y sucedáneos de leche materna. Orientaciones anticonceptivas para mujeres con VIH; política nacional respecto del aborto y percepción de la opinión pública respecto del derecho de una mujer con VIH a interrumpir la gestación.

Transmisión Vertical

Desde 1996, el país estableció la oferta de testeo a mujeres embarazadas y tratamiento ARV destinado a prevenir la transmisión perinatal del VIH. La ley nacional 25543 ratifica la obligatoriedad de los profesionales médicos de ofrecer el test diagnóstico a las mujeres embarazadas bajo normas de asesoramiento y confidencialidad. El tratamiento está disponible, al igual que la leche de fórmula, para los/as hijo/as de madres que viven con VIH hasta que cumplan seis meses de edad.

Se presentan desigualdades y disparidades jurisdiccionales respecto de la disponibilidad de diagnóstico oportuno y asesorado; asociados a la extensión desigual de las redes de laboratorios, a la capacidad de procesamiento de muestras de los mismos y al escaso desarrollo que se releva para las actividades de consejería.

La ausencia o el bajo nivel de desarrollo de la consejería relacionada con el test diagnóstico es un problema relevado no sólo en relación con mujeres embarazadas sino en relación con otros/as usuarios/as de los servicios de salud. *“En el único caso que se da prioridad en la oferta del test de VIH a mujeres es cuando están embarazadas, siguiendo el modelo de mujer envase y buscando evitar la transmisión vertical.”* (RAMVIHS)

“Desde el año 1997, se aplica un protocolo a toda mujer embarazada que concurre a la consulta por primera vez, ofreciendo el test de VIH con consejería previa. Si el resultado es positivo se implementa el protocolo de profilaxis, para prevenir la transmisión vertical. (...) habiendo mejorado en los últimos años esta metodología y debemos reconocer que es uno de los métodos más fuertes implementados en todos los niveles de atención a nivel nacional; el problema es cuando la mamá no llega a los controles y va directamente a tener al bebé, enterándose en el parto de su diagnóstico.” (Red Bonaerense de PVVS)

Respecto de la provisión de sucedáneos de la leche materna, se presentan en ocasiones problemas relacionados con la logística de distribución desde los efectores de nivel central provinciales hacia efectores del resto de las jurisdicciones.

Salud sexual y reproductiva de las MVVS

La oferta anticonceptiva para mujeres viviendo con VIH y el abordaje de los cuidados en salud sexual en general se presenta como un tema altamente conflictivo y atravesado, en ocasiones, por prejuicios y actitudes estigmatizantes y discriminatorias por parte del personal y los servicios de salud, sumando padecimientos innecesarios a las mujeres que viven esto en “silencio” por la dificultad de encontrar interlocutores que puedan considerar sus necesidades y deseos.

El único avance reconocido en este sentido es la elaboración de la mencionada “Guía para la atención integral de mujeres con infección por VIH”; que incluyeron por primera vez aspectos ligados al seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH, opciones anticonceptivas para personas con VIH, consulta preconcepcional en mujeres con VIH, tratamientos recomendados para ITS, reproducción en el marco de la infección por VIH y aspectos legales⁴⁹.

Sin embargo, el impacto de estas recomendaciones aún no ha cristalizado en la atención de los servicios de salud; donde es persistente la indicación del uso del preservativo como el único método para PVVS y la doble protección no se promueve ni trabaja regularmente. Un estudio realizado por FEIM (2009)⁵⁰ indica que de 65 MVVS entrevistadas que utilizan algún método anticonceptivo, apenas 13 usan doble protección, principalmente preservativo asociado a pastillas anticonceptivas; mientras que casi la totalidad de las MVVS utilizan sólo preservativo. “*En este grupo prevalece el uso de preservativo porque es el método que se indica en las relaciones sexuales en el caso de MVVS, prevaleciendo por su condición de prevención del VIH más que por su condición de anticonceptivo. Por eso, en esta variable también se*

⁴⁹ Vale destacar que el contenido del Anexo legal alienta una postura protectora y promotora de derechos sexuales y reproductivos de las MVVS.

⁵⁰ Bianco, Mabel y Mariño, A. “VIH/SIDA + VIOLENCIA. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida.. Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR. Informe Nacional Argentina. FEIM. Buenos Aires. 2009.

registran diferencias con la tendencia observada en otros estudios en la población general (...)” (FEIM:2009)

Se observa, entonces, que el consejo médico no contempla la diversidad de las necesidades de las PVVS; las cuales pueden referir el interés de tener hijos o presentar dificultades reales (que muchas MVVS expresan) para conseguir que sus compañeros acepten siempre el uso del preservativo. *“Por lo general todavía existe un rechazo a hablar de métodos anticonceptivos (salvo el preservativo) o de su salud sexual y reproductiva con mujeres que viven con VIH. Cualquier consulta al servicio de Planificación Familiar ya sea para cuidarse o para quedar embarazada, se deriva inmediatamente a Infectología. (...) Te sugieren abstenerte de tener hijos y muchas veces se juzga fuertemente la decisión de tenerlos. (...) No se habla del concepto de doble protección. Poco se explica sobre el correcto uso del preservativo ni se informa sobre la reinfección.”* (Red Bonaerense de PVVS)

“En cuanto a recomendaciones de métodos anticonceptivos, no hay muchas oportunidades para poder hablar abiertamente de la vida sexual de las mujeres positivas, ni siquiera un médico especializado en ginecología para que pueda realizar un chequeo general (...).” (RedAR+)

“La orientación anticonceptiva para las MVVS de parte de los profesionales de la salud se limita al uso del preservativo masculino en todas las relaciones sexuales. (...) Desde la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida impulsamos la doble protección debido a que muchas mujeres no logran negociar el uso del preservativo con sus parejas o ellas deciden no usarlo. No es bien visto por parte de los servicios de salud que las MVVS solicitemos píldoras anticonceptivas o DIU, nos dicen por ejemplo que el DIU baja las defensas, o que las píldoras están contra indicadas con la medicación ARV. Existe violencia institucional hacia las MVVS de parte de los servicios de ginecología y obstetricia al momento de solicitar otros métodos anticonceptivos y manifestar el deseo de tener hijas/os.(...). Las MVVS necesitamos programas de planificación familiar donde se tenga en cuenta no sólo a la mujer sino también a nuestra pareja. (...) A algunas de nuestras compañeras les han ofrecido la ligadura de trompas para evitar que tengan hijas/os.” (RAMVIHS)

En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud se observa que del total de la muestra, el 23% de las mujeres usan el preservativo como método anticonceptivo, el

17,5% la píldora y el 8% el DIU. “Es importante remarcar que sólo una mujer encuestada utiliza DIU, lo que puede deberse a la resistencia de los/as profesionales a indicar ese método en las MVVS debido a la creencia errónea de la producción de co-infecciones agregadas y/o posibles infecciones que puede causar el uso del DIU en las MVVS (UNGASS 2008, IPAS 2006) (...) Respecto a la ligadura tubaria, dos mujeres (en un total de cuántas? Es la misma muestra?) la refieren, esto refleja una mayor proporción del uso de este método que en la población general, lo cual coincide con hechos registrados (Bianco, Ré y Acerbo 2000) y evidencia como en las MVVS hay una tendencia de los/as profesionales del sector salud a indicar la ligadura tubaria como forma de prevenir la transmisión del VIH a los/as hijos/as, algo inconcebible con la disminución de la transmisión vertical con la prevención con antirretrovirales. (...)” (FEIM, 2009)

Es evidente que **existe un prejuicio implícito: no se considera razonable que una MVVS tenga hijos, por lo tanto, existe la tendencia (no declarada pero real) a desalentar el embarazo y en algunos casos la actividad sexual de las MVVS.** (FEIM, 2006). **Por ello, la elaboración de la Guía de Atención Integral para mujeres que viven con VIH es reconocida por las MVVS como un avance en la instalación de la temática en la agenda de atención al VIH/sida.**

Continúa siendo restrictivo el acceso a la fertilización asistida. “En el caso de las parejas serodiscordantes existe en un solo hospital de CABA un protocolo para inseminación asistida y lavado de esperma.” (RAMVIHS).

“(...) se ignora además el conocimiento técnico legal que efectivamente manejan los equipos y efectores de salud, aunque se pueda llegar a vislumbrar que la falta de información adecuada pueda operar como una posible causa del problema, ya que un conocimiento correcto y acabado de las herramientas ético-legales debería facilitar el efectivo goce del derecho a la planificación familiar y reproducción libre, esclarecida y responsable” (Fundación Huésped)

Aborto

Respecto del aborto el país continúa con su política restrictiva. “Hay muchas mujeres que viven con VIH que no pueden negociar el preservativo con sus parejas y no

acceden a ningún método anticonceptivo, teniendo embarazos no deseados; sin saber a donde recurrir, comienzan una procesión para buscar en forma clandestina la realización de un aborto ”(Red Bonaerense de PVVS). Esta situación tiene impacto negativo sobre la salud de las mujeres, especialmente de las MVVS: “(la penalización) obliga a mujeres en situación de pobreza a prácticas caseras para provocar el aborto poniendo en riesgo su vida. En el caso de las MVVS el riesgo es mayor dependiendo del recuento de CD4” (RAMVIHS)

La realización de los abortos considerados no punibles encuentra resistencias en el ámbito de los servicios públicos de salud y los/as integrantes de los equipos de salud continúan apelando a la innecesaria autorización judicial ante las solicitudes que se les presentan por parte de las mujeres.⁵¹

“(…) continúan repitiéndose en Argentina dificultades en cuanto a la interpretación que se hace desde los sectores médicos y jurídicos (...), lo que ha llevado en repetidas ocasiones a que muchas mujeres sean judicializadas o privadas del acceso al Aborto No Punible (ANP) que contempla la ley.” “Las dificultades para acceder al aborto legal no sólo son padecidas por mujeres con discapacidades, que han sido violadas. Existen numerosos casos de mujeres para quienes la continuación del embarazo significa un riesgo para su vida y/o su salud, y, a pesar de constituir esa circunstancia también una causal de aborto legal admitida por ley, es casi imposible obtener el acceso a servicios de salud que lo efectivicen.” (CDD)

Como se planteaba en 2008, respecto a la atención post aborto, cabe señalar que las MVVS viven la misma suerte que el resto de las mujeres de la Argentina. La no atención humanizada post aborto y según normativa vigente afecta a todas las mujeres, vivan o no con el VIH/sida. Esto significa que en general todas las mujeres deben reclamar esta atención en los hospitales públicos.

⁵¹ En el período 2008-2009 se han presentado situaciones conflictivas masivamente difundidas respecto de la dificultad de acceso a la realización de abortos no punibles en efectores públicos de salud; que han dejado al descubierto los múltiples mecanismos que operan para impedir a las mujeres el efectivo ejercicio de este derecho. Estas se suman a situaciones ya relevadas en años anteriores. Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba relevó situaciones de restricción y/o negativa al acceso a APN en efectores públicos en de distintas partes del país: Buenos Aires (2005 y 2007), Buenos Aires (2007) Rosario (Enero 2006, 2009), Mendoza, (Agosto 2006, 2008, 2009), Corrientes (Noviembre, 2006), Entre Ríos (2007), Mar del Plata (Enero 2007), y Santa Fe (Mayo 2007, 2008, 2009), entre otros.

Durante el período, la provincia de Santa Fe sancionó una ley de adhesión al protocolo nacional de atención post aborto; que se suma a los protocolos propios existentes en la CABA y la Provincia de Buenos Aires desde mediados de 2007.

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró Guías para su atención que difundió en enero de 2008 y que aún no se implementaron. *“En relación a casos de Aborto no punible (ANP) en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en diciembre de 2007 se trabajó en una resolución ministerial la distribución de la Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles al sector salud, que indica los procedimientos clínicos y quirúrgicos recomendados por la OMS para la interrupción de un embarazo, incluido el aborto con medicamentos. El documento apunta a clarificar la aplicación de la ley penal, “no es necesaria la autorización judicial” en los casos en que las mujeres solicitan un aborto en los términos permitidos por la ley, cabe aclarar que a raíz del cambio de gestión ministerial este documento nunca logró convertirse en resolución Ministerial (...).”* (CDD)

Meta 59 - Derechos humanos

“Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/sida, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que promuevan el adelanto de las mujeres y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten las mujeres para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH”

La revisión del cumplimiento de la meta relevó existencia de: políticas y programas gubernamentales destinados a la promoción de los derechos de las mujeres y de organismo coordinador; incluyendo análisis de efectividad, fortalezas y

debilidades de su implementación; acciones de fortalecimiento de mujeres desarrolladas en conjunto con el Programa de VIH/sida o con el Programa de Salud Reproductiva y obstáculos y facilitadores de la implementación. Estrategias para promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto del sexo seguro; incluyendo evaluación de cobertura, efectividad y adecuación al contenido de las relaciones de género. Estrategias gubernamentales específicas para fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres en lo que respecta a asuntos de su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS. Estrategias específicas de protección de los derechos de las mujeres trabajadoras y de las mujeres trabajadoras con VIH; de reportes de acoso laboral para las mujeres Viviendo con VIH.

Políticas y programas destinados a la promoción de los derechos de las mujeres

En términos formales el país cuenta con iniciativas fragmentadas, aisladas e incluso, en ocasiones, contradictorias respecto de la promoción de los derechos de las mujeres. **Estas iniciativas no logran ganar escala territorial ni poblacional y tienen escasa visibilidad pública.**

Como en 2008, se continúa en una situación de escasos avances respecto de la efectiva implementación de políticas y acciones relacionadas con la promoción y protección de los derechos de las mujeres. Si bien el país cuenta con un marco normativo-legal que, por vía de la ratificación de pactos, tratados y convenciones internacionales, de su incorporación con rango constitucional a la Constitución sancionada en 1994 y de la sanción legal de iniciativas generadas en el nivel nacional, protege y promueve derechos de mujeres y niñas, su **efectiva implementación es aún una deuda pendiente.**

Las características de los contextos nacional y provinciales, la disponibilidad de recursos tangibles e intangibles para la gestión, la presencia de criterios no siempre compartidos y especialmente el nivel de compromiso político con la institucionalización de mejoras en la situación de las mujeres resultan en un dispar avance en el territorio nacional respecto del efectivo goce de derechos por parte de las mujeres. **Se releva la escasez o ausencia de servicios de atención tanto en aspectos asistenciales como promocionales, que trabajen efectivamente con las mujeres el ejercicio de**

derechos. En ocasiones, las mismas prácticas institucionales son visualizadas como vulneradoras de los estos derechos. “(...) *las pocas experiencias exitosas de atención amigable están ligadas a las acciones de sensibilización que llevamos adelante desde la sociedad civil y que muchas veces derivan en acuerdos con profesionales puntuales y pocas veces en acuerdos institucionales que perduren en el tiempo.*”(AMMAR)

Promoción de derechos de las mujeres y programas de VIH/sida y de Salud Reproductiva

La fragmentación y a veces, superposición de las acciones vinculadas a la promoción de derechos de las mujeres, se extiende a las acciones que implementan en sus respectivos ámbitos de competencia la DSyETS y el PNSSyPR, especialmente en los aspectos referidos al trabajo conjunto. En este sentido poco parece ser el adelanto o la mejora respecto de lo evaluado en 2008.

Tal lo planteado en la **META 52**, existe en la formulación de la política de VIH/sida la intencionalidad de articular acciones con el PNSSyPR, al menos en la definición de contenidos relacionados con la promoción del sexo seguro, pero la “*desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/sida es una constante en todas las jurisdicciones y en todos los niveles, Municipales, Provinciales y Nacional y es difícil obtener un espacio de participación en la planificación de acciones*” (Red Bonaerense de PVVS). “*En Argentina existen datos limitados en cuanto al riesgo principal y a los factores de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. Esto se debe principalmente a la inexistencia de estrategias de prevención del VIH basadas en el género dentro del programa gubernamental de prevención del VIH, en su lugar, los mensajes y las intervenciones son comunes a toda la población*” (RAMVIHS)

Responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto del sexo seguro

Continúa, tal como se planteara en 2008, la ausencia de estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro. No obstante ello, estas estrategias se visualizan como necesarias tanto desde los/as jóvenes como desde las MVVS.

“No existen estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro. Hay una cantidad de publicaciones y programas a niveles locales y nacional que hablan y llevan adelante un discurso con respecto al sexo seguro pero en la práctica seguimos viendo que la mayor vulnerabilidad la tienen la mujer y su subordinación.” (Red Bonaerense de PVVS). *“Es muy importante incorporar a los varones para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo referido a la sexualidad, la procreación y la planificación familiar. Para lograr cambios en este sentido es necesario romper el mito que considera la reproducción y sus procesos como tema exclusivo de las mujeres y enfatizar el papel de los varones como autores, protagonistas y responsables junto con la mujer. En el ámbito de los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva, este cambio debe comenzar con la creación de un espacio para las parejas, ya que hablar de ‘responsabilidad compartida’ carece de sentido si se excluye al varón y sólo se considera a la mujer en compromiso de embarazo, teniendo en cuenta además, que los servicios de salud reproductiva existentes han ido reproduciendo esta concepción de brindar un espacio exclusivamente para mujeres”.* (RedNac)

Fortalecimiento de la capacidad de decisión de las mujeres sobre su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS.

Las escasas acciones emprendidas respecto del fortalecimiento de mujeres para el ejercicio de derechos, no incluyen estrategias ni acciones eficaces para fortalecer la capacidad de decisión respecto de la salud sexual en perspectiva integral (cuidados anticonceptivos más prevención de VIH y otras ITS). Esta omisión resulta preocupante toda vez que son las mujeres quienes, generalmente, deben asumir solas las decisiones respecto de las relaciones sexuales protegidas. *“La toma de decisión respecto de las relaciones sexuales protegidas o no, estuvo a cargo de las mujeres en un 58.4%, siendo acompañadas por sus parejas sólo el 22.8% (...).”* (FEIM:2009)

“Hay algunas estrategias que el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Sida están llevando adelante, como una publicación específica hacia mujeres, folletos y alguna idea de introducir el preservativo femenino como otro método de prevención; pero estas estrategias no llegan ni alcanzan a toda la población y como sabemos el VIH

y las ITS afectan generalmente a los sectores más pobres y vulnerables.” (Red Bonaerense de PVVS)

El mismo estudio desarrollado por FEIM en relación con MVVS y violencia de género revela la necesidad de emprender acciones urgentes para fortalecer y acompañar la capacidad de decisión de las mujeres: *“La violencia hacia las mujeres dentro de la pareja se manifiesta también en el obstáculo para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos por parte de sus parejas. Aún cuando una mujer pueda tener acceso a información sobre preservativos y MAC (métodos anticonceptivos), dentro de una relación violenta no tiene capacidad para pedir o negociar su uso, incluso en muchos casos el intento de negociación desencadena abusos físicos, verbales y sexuales por parte de su pareja.”* (FEIM:2009)

La situación resulta agravada si se considera que *“Ninguna de las entrevistadas refirió haber usado el preservativo como método de protección previo al diagnóstico de VIH/sida. (...) La mayoría de las entrevistadas nunca recibió asesoramiento ni orientación acerca del uso del preservativo previo al diagnóstico (...). La falta de información u orientación acerca de las formas de transmisión del VIH, de la sexualidad y del uso del preservativo (...) fue señalada por las mujeres como la principal razón para su falta de cuidado.”* Aún cuando logran avanzar en la decisión de adoptar prácticas de cuidado basadas en el uso del preservativo, se presentan obstáculos: *“Muchas de las mujeres señalaron las dificultades encontradas al momento de implementarlo con sus parejas, evidenciando que la utilización del preservativo no sólo depende de la información a la cual se acceda sino de la posibilidad de apropiarse de la misma a partir del empoderamiento de la mujer y la conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos.”* (FEIM: 2009)

Derechos laborales de las mujeres

La protección de derechos laborales reconoce por igual a varones y mujeres; en consonancia con los lineamientos internacionales brindados por OIT se alienta la no discriminación y la igualdad de trato y oportunidades. Como se mencionara, en la órbita del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social funciona la CIOT. **La ley organizadora del derecho laboral para los/as trabajadores/as formales reconoce**

protecciones específicas para las mujeres en situación de maternidad (durante el embarazo y el período de lactancia); penando económicamente a los empleadores en caso de despido y contemplando la reserva obligatoria de puestos de trabajo.

No obstante ello, una gran mayoría de las mujeres trabajadoras no se encuentra contemplada en este régimen laboral, que en gran medida trabajan en el sector informal y especialmente en el servicio doméstico.

No se relevaron instrumentos de protección específica para las mujeres que viven con VIH (tampoco para los varones). La prohibición de incluir el test diagnóstico no consentido por iniciativa de los potenciales empleadores/as resulta una protección que busca promover la incorporación al mercado de trabajo; la existencia de una ley antidiscriminatoria protege el ingreso y la permanencia de los/as trabajadores/as que viven con VIH en sus empleos. Ambas medidas resultan de carácter general, aplicables a la situación laboral y de cumplimiento muy irregular por parte de los/as empleadores/as, el mismo Estado como empleador no lo respeta.

En relación con el ámbito laboral RAMVIHS explica: *“Durante el invierno del 2009 y debido a la epidemia de la Gripe A en nuestro país, se dio licencia a mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas; lamentablemente la gran mayoría de las mujeres viviendo con VIH, que tienen trabajo, no pudo gozar de este beneficio debido a que no develan su diagnóstico en sus lugares de trabajo por causas relacionadas al estigma y la discriminación.”*

Una protección adicional que deriva de la incorporación al mercado formal de trabajo es la posibilidad de contar con cobertura médico social de la Seguridad Social mediante la afiliación a una Obra Social. Por ley sancionada en 1995, éstas tienen la obligación de cubrir los tratamientos ARV y de eventos oportunistas sin costo adicional para las personas que viven con VIH. Además, están obligadas a mantener la confidencialidad respecto del status serológico de sus afiliados/as.

No se cuenta con datos sobre acosos laborales para las MVVS, no obstante los relatos de las personas con VIH, incluyendo las MVVS, dan cuenta de situaciones de discriminación laboral basadas en la condición de seropositividad; que se presentan tanto por la realización de test no consentidos y no incorporación ante resultados positivos como por despidos al conocerse su condición de VIH positivo. “(...) Nos

encontramos que la mayor cantidad de mujeres que trabajan lo hacen en espacios donde sus derechos son vulnerados y explotados, con bajos salarios, sin cobertura social y si su diagnóstico es conocido por el empleador se abusan de diferentes maneras argumentando que es el único trabajo que podrá tener, se han registrados abusos físicos, sexuales, verbales, o de echarlas del trabajo sin reconocer ni siquiera el salario de lo trabajado.” (Red Bonaerense de PVVS)

Meta 60 - Derechos humanos

“Para 2005 poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de cuidados de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género”

La revisión del cumplimiento de la meta relevó: la existencia de directivas gubernamentales para educación que busquen promover la igualdad entre los sexos y su cobertura y efectividad. El abordaje de las desigualdades de género en los programas educativos gubernamentales para el VIH/sida. La existencia de barreras legales o tradicionales que limiten a las mujeres jóvenes para obtener cuidados en SSyR y tratamiento ARV.

Educación Sexual Integral

Pese a que desde 2006 el país cuenta con la ley 26150 que crea el Programa de Educación Sexual Integral, aún no se ha implementado a nivel nacional por lo que aún no se puede evaluar el impacto de las acciones. Si bien el Ministerio de Educación de la Nación ha elaborado el programa y los contenidos, las provincias aún no lo están implementando. La Ciudad de Buenos Aires que había iniciado acciones en 2007, en

2009 ha sufrido un importante retroceso. Atento en 2008, en México, los ministros de Educación y de Salud de los países de la región firmaron un acuerdo para implementar la educación sexual. En Argentina los avances han sido escasos. La falta de decisión política del gobierno nacional y de la mayoría de los gobiernos provinciales, sumado a la fuerte presión de los sectores conservadores religiosos o no, constituye el principal obstáculo.

Si en el ámbito educativo no se relevaron avances significativos en relación con la promoción de la igualdad de género y la consideración y el respeto por la diversidad, en el ámbito de los programas de VIH y SSyR y de los servicios de salud los avances tampoco son significativos, especialmente en el espacio de las prácticas del sistema sanitario. *“El abordaje de género es más una postura individual de parte de los profesionales, aunque reconocen que hay acciones recientes que contemplan las desigualdades de género.”* (CDD)

Barreras al acceso a servicios de SSyR y VIH/sida

Existe consenso en reconocer, tal como se planteara en las **METAS 52, 53 y 54**, que los obstáculos para el acceso a servicios de prevención, promoción y asistencia en VIH/sida y SSyR no derivan de los marcos legales. El país cuenta con legislación protectora de derechos en relación con el acceso de medicamentos, insumos anticonceptivos, anticoncepción quirúrgica, diagnóstico y tratamiento de VIH y otras ITS; adhirió y/o sancionó leyes y otras normativas legales garantes de derechos (civiles, sociales, políticos, humanos e inclusive los de cuarta generación, la identidad entre ellos).

“Las leyes contemplan el acceso de las mujeres jóvenes al cuidado de su salud sexual y reproductiva pero son las normas socioculturales, enraizadas en los servicios y en los mismos efectores de salud, las que muchas veces imponen límites a este acceso en la práctica” (Fundación Huésped)

Los obstáculos se vinculan con cuestiones de prejuicio, estigma y discriminación; cuestiones administrativo-burocráticas de los programas y efectores; razones de

logística de insumos; deficiente capacitación de los equipos de salud en temas propios de su disciplinas y en temas legales; concurrencia de diferentes niveles de gobierno; ausencia de controles y monitoreo sistemático que permitan corregir los aspectos restrictivos de los servicios de salud y educativos, entre otros.

Una parte importante de ellos fueron listados en el análisis de las metas 52, 53, 54 y 59. Se agregan a éstos la “transfobia” o rechazo a las personas trans relevada en el ámbito educativo⁵²; y las “*reglamentaciones que criminalizan a las MTS; los códigos contravencionales y los códigos de convivencia están fundados en el estigma y la discriminación (...)*” (AMMAR). La criminalización alcanza también a las transgéneros. En relación con los códigos contravencionales, un estudio de IGLHRC respecto de las legislaciones provinciales identificó que aún en ocho jurisdicciones provinciales⁵³ el travestismo se encuentra penalizado por los Códigos de Faltas o Contravencionales.

Meta 61- Derechos Humanos

“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por las mujeres de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/sida, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación, y otras formas de violencia sexual, el maltrato y el tráfico de mujeres y niñas”

La revisión del estado de situación y avances en el cumplimiento de la meta relevó: la cobertura y efectividad de las iniciativas gubernamentales para impedir la violencia de género; la disponibilidad de protocolos y recursos para la atención de víctimas de violencia sexual; la existencia de campañas (incluyendo su efectividad y

⁵² “Las personas trans no terminan la escuela secundaria producto de la transfobia existe en esos ámbitos” (ATTTA)

⁵³ Las jurisdicciones son: La Rioja, Neuquén, Catamarca, San Juan, Santa Cruz, Formosa, Santa Fe y Santiago del Estero.

pertinencia de contenidos) y la implementación de acciones de monitoreo gubernamental y de la sociedad civil sobre las acciones relativas a impedir la violencia contra mujeres y niñas y la explotación sexual.

Violencia contra las mujeres

Como se menciona en la **META 59**, el país cuenta con un marco normativo-legal que promueve la erradicación de la violencia de género, protege y promueve derechos de mujeres y niñas y penaliza la trata de personas, a la vez que busca asistir y proteger a las víctimas. Sin embargo, **su efectiva implementación a nivel nacional es aún una deuda pendiente.**

El marco legal vigente referenciado en el Informe 2008, se amplió en marzo 2009, con la sanción de la ley nacional 26485 sobre Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. La norma establece al Consejo Nacional de la Mujer (CNM) como el organismo encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la ley; y le confiere, entre otros mandatos, acciones de diseño y monitoreo de un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres; desarrollo de servicios preventivos-asistenciales y registro y monitoreo de situaciones de violencia contra las mujeres y acciones implementadas. Crea asimismo, un Observatorio de Violencia contra las Mujeres. El CNM se encuentra realizando rondas de consulta para la reglamentación de la norma pero **aún no se ha reglamentado a un año de la sanción de la Ley.**

Los programas de prevención y asistencia actualmente vigentes resultan insuficientes; al igual que las campañas⁵⁴ destinadas a sensibilizar e instalar la temática en la agenda pública. Han sido las OSC's, particularmente las incorporadas al movimiento de mujeres, las que han logrado durante el período instalar y sostener en la agenda pública la magnitud que cobra la violencia contra las mujeres, tanto en lesiones como en muerte de mujeres a causa de la violencia de género.

El CNM si bien implementa algunas actividades de asistencia técnica y capacitación a organizaciones de gobiernos provinciales y municipales **no ha logrado**

⁵⁴ Durante 2009, el gobierno nacional desarrolló la campaña Otra vida es posible. <http://www.vivirsinviolencia.gov.ar/>

liderazgo en la temática ni trabajar en la definición de políticas proactivas para erradicar la violencia de género o al menos mitigar sus impactos.

Resultan prácticamente inexistentes las acciones destinadas a abordar la relación violencia contra las mujeres y VIH/sida. Desde 2008, FEIM desarrolló un estudio para explorar la existencia de situaciones de violencia en mujeres que viven con VIH/sida y la vinculación entre ambos⁵⁵; sus principales hallazgos indican que 9 de cada 10 MVVS padeció algún tipo de violencia (en general, varias formas de violencia asociadas) a lo largo de su vida, y que el 80% padeció violencia antes de su diagnóstico de VIH; dejando de manifiesto **la condición de mayor vulnerabilidad frente al VIH/sida de las mujeres víctimas de violencia.**

La atención de la problemática como así también el desarrollo de normativas, la disponibilidad de servicios de prevención y asistencia y de otros recursos es desigual en el territorio nacional; incluso dentro de las jurisdicciones provinciales, las grandes ciudades tienden a concentrar los escasos recursos existentes. En 2008, comenzó a funcionar la Oficina de Atención a la Víctima dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación; pero su accionar se extiende sólo al territorio de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas jurisdicciones disponen de: comisarías destinadas a recibir y atender denuncias relacionadas con la violencia de género (Comisarías de la Mujer); dependencias ministeriales, programas u oficinas para la atención de la violencia contra las mujeres; al igual que algunos municipios. La realidad, cobertura y calidad de los servicios es muy dispar y con baja cobertura.

La ausencia de un sistema de información sobre la situación de violencia contra las mujeres y de monitoreo de acciones se mantiene sin modificaciones.

Desde la sociedad civil, especialmente desde las organizaciones que trabajan con el movimiento de mujeres y desde las MVVS, se procura sostener algunas acciones de monitoreo de la situación y de las acciones de respuesta.

Un aspecto central relativo a la protección de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual es la exposición a embarazos e infección por VIH y otras ITS, cuya

⁵⁵ El estudio, cuanti-cualitativo exploratorio y descriptivo se realiza en países del MERCOSUR. En Argentina comprendió la aplicación de una encuesta a 101 mujeres viviendo con VIH, mayores de 18 años que reciben asistencia en servicios de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires y del área norte y oeste del conurbano bonaerense, en la Provincia de Buenos Aires.

atención resulta insuficiente, es el tratamiento adecuado y oportuno en el ámbito de los efectores sanitarios. Como se mencionó anteriormente, **hasta el momento no se conoce un protocolo nacional para la Profilaxis Post Exposición que unifique los criterios de atención.**

Las dificultades en la aplicación de los protocolos existentes, cuando los hay, son similares a los planteados en la **Meta 54**. Si bien la AHE está incorporada por resolución ministerial entre los métodos distribuidos para su provisión gratuita por el PNSSyPR y la medicación ARV está disponible (en virtud de la normativa emanada desde el Programa Nacional en 2001), su utilización en los servicios de salud no es uniforme. No obstante identificarse avances en la cantidad de efectores que aplican profilaxis post exposicional; **su aplicación efectiva y oportuna aún depende de factores como la capacitación de los equipos de salud, la disponibilidad de recursos y el adecuado funcionamiento de las redes asistenciales para garantizar la provisión de insumos en tiempo y forma.**

Trata de personas

Un tema que ingresó recientemente en la agenda pública, vía el accionar de madres, familiares de víctimas y referentes sociales, es el de la trata de personas y la explotación sexual. Renombrados casos sucedidos en el país han llevado a la luz pública la existencia de redes de prostitución infantil y turismo sexual con niños/as y adolescentes.

Las acciones gubernamentales en este sentido son recientes y se van incluyendo progresivamente en las agendas de distintas agencias gubernamentales. Durante el período monitoreado, se sancionó la ley 26.364 que legisla sobre Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas.

Los organismos estatales a quienes le compete abordar esta problemática (el Consejo Nacional de la Mujer, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), no han desarrollado políticas activas de alcance nacional. Desde mediados de 2009 funciona una Brigada contra la trata en el ámbito del Ministerio de Justicia, Seguridad y

Derechos Humanos de la Nación, pero no ha logrado impactar en la identificación de traficantes ni en la recuperación de víctimas.

Si bien continúa en funcionamiento el Programa Las Víctimas contra las Violencias⁵⁶ (dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación), que incluye entre sus objetivos la lucha contra el maltrato, la explotación y la prostitución infantil; sus acciones se desarrollan sólo en la Ciudad de Buenos Aires.

Meta 62 – Reducción de la vulnerabilidad

“Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que expongan al riesgo de infecciones por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar a los factores que hacen particularmente vulnerables a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todos los tipos de explotación sexual de mujeres, niños y niñas, inclusive con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar”

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la situación y avances relacionados con programas y acciones específicas de represión al tráfico de mujeres; la participación de mujeres en espacios de diseño y evaluación de las iniciativas

⁵⁶ En este marco de implementación funcionan tres Brigadas móviles, de Violencia sexual, familiar y de niños/as (contra explotación sexual), conformadas por psicólogos y trabajadores sociales que trabajan en conjunto con personal policial. El contacto con el Programa para solicitar asistencia se realiza mediante una línea telefónica gratuita con alcance en territorio de la CABA. De acuerdo con su presentación institucional, con la implementación de las Brigadas móviles y la sanción de las leyes de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que desarrolle sus relaciones interpersonales y de Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas, el Programa alcanzó sus objetivos programáticos

destinadas a promover la inclusión de mujeres de grupos vulnerables y la existencia de mecanismos de monitoreo transparentes y públicos relacionados con las acciones gubernamentales orientadas a la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables.

En consonancia con lo planteado en la **Meta 61**, la sanción de la Ley 26364 constituye una de las acciones específicas relacionadas con la represión de la trata de mujeres. En su articulado establece las disposiciones penales y procesales aplicables a la trata de personas; distinguiendo para ello las situaciones que alcanzan a personas mayores y menores de 18 años (límite etario establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y por la ley nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes).

La incorporación reciente de la temática en la agenda pública y la tarea todavía pendiente de dimensionar y caracterizar adecuadamente el problema y las respuestas nacional y jurisdiccionales, no permiten valorar aún la efectividad de las medidas adoptadas.

En relación con la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables en las políticas de lucha contra el VIH, como se refiriera en la **Meta 37**, la incorporación de la perspectiva de género en el diseño de estrategias de desarrollo es tarea por afrontar. Este escaso nivel de desarrollo, que deriva en la ausencia de políticas y programas que efectivamente promuevan la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables, impacta en la ausencia de comités y/o espacios de diseño y evaluación de tales políticas y programas; a la vez que no promueve el monitoreo de impacto inclusivo en relación con mujeres y niñas de las políticas y programas vigentes.

“Las acciones son escasas y no se conocen ningún monitoreo realizado de forma pública, ni mucho menos la formación de un comité de planeamiento y evaluación.” (JOACYA)

Extendiendo la consideración del imperativo de inclusión para grupos más vulnerables independientemente de su adscripción de género, RedAR+ considera:

“En cuanto a la inclusión de grupos de vulnerabilizados en el planeamiento de acciones, se perciben muchas iniciativas desde sectores nacionales provinciales y

municipales, generalmente esta inclusión es más una conquista de los grupos más militantes. En ocasiones podemos identificar que algunos grupos son utilizados por los gobiernos como emblema para demostrar la inclusión. Desconocemos acciones de monitoreo transparentes sobre recursos utilizados. Las mesas participativas muchas veces quedan en las buenas intenciones, la demanda de los grupos es urgente y los tiempos burocráticos infinitos, más aún cuando la política a ser diseñada no cuenta con recursos necesarios” (RedAr+).

Meta 63 - Reducción de la vulnerabilidad

“Para 2003, establecer y/o reforzar estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/sida; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/sida”

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la adecuación del concepto de familia implicado en las estrategias de involucramiento familiar a la realidad de los grupos más vulnerables; la inclusión de perspectiva multicultural en los programas sociales y la adecuación a la perspectiva inclusiva y de respeto a las diferencias en los programas educativos escolares sobre VIH.

Se reconocen diversos modelos de familia, pero no siempre se condice con las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables (familias desmembradas, familias monoparentales, abuelos u otros familiares a cargo de los niños/as y adolescentes, familias ensambladas).

El aspecto más desatendido, independientemente del modelo familiar que se reconozca, es la dificultad y escaso acompañamiento con que se enfrentan los/as referentes adultos de los grupos familiares vulnerables en cuestiones relativas a su propia sexualidad y a los cuidados en salud sexual y reproductiva. Diversos estudios, incluido el desarrollado por FEIM en relación con MVVS, dan cuenta de la desinformación, creencias erróneas, dificultades de acceso a información, servicios e insumos preventivos y prácticas ineficaces en relación con la prevención del VIH/sida y embarazos que refieren no sólo los/as adolescentes sino también la población adulta. En este contexto, la posibilidad de los referentes adultos de involucrarse activamente en la promoción de prácticas saludables en relación con los niños/as y adolescentes integrantes de sus grupos familiares se complejiza; en tanto les carga responsabilidades que se pretende asuman con escasas herramientas y escaso o nulo apoyo de los efectores sociales, educativos y sanitarios.

La perspectiva multicultural es una deuda pendiente en la formulación de programas sociales; incluidos los relativos a la prevención del VIH/sida y la promoción de SSyR. En la **META 64** se presentan los hallazgos relativos a las acciones destinadas a integrantes de pueblos originarios.

El análisis de las **METAS 52 y 60** indica la **escasa o nula incorporación de la perspectiva inclusiva y de respeto de las diferencias en los programas educativos escolares; particularmente en relación con la diversidad sexual**. La escasa o nula inclusión de la perspectiva de género tanto en programas educativos como sociales y sanitarios obstaculiza la inclusión plena de las mujeres jóvenes y adultas.

Meta 64 - Reducción de la vulnerabilidad

“Para 2003, elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación, para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de la infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no”

La revisión de esta meta alcanzó: el relevamiento de programas o acciones específicas de protección de la salud sexual y reproductiva de las MVVS y/o miembros de los grupos más vulnerables para la infección por VIH (mujeres privadas de libertad e integrantes de minorías étnicas) y a la identificación de barreras que limiten el acceso de mujeres de grupos vulnerables a cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV. Adicionalmente se relevó el desempeño gubernamental en relación con los aportes presupuestarios para el trabajo con poblaciones más vulnerables frente al VIH.

La revisión de las **Metas 37, 53 y 59** brindó información significativa respecto de acciones o programas destinados a proteger la salud sexual y reproductiva de las MVVS y/o mujeres miembros de grupos vulnerables.

En relación con la posibilidad efectiva de ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, las MVVS y mujeres integrantes de grupos vulnerables (entre ellas las MTS) encuentran más obstáculos que acciones positivas por parte de los efectores públicos de salud y proveedores de servicios. El diseño de las acciones programáticas en salud sexual y reproductiva y atención de la niñez y la adolescencia toman escasamente en cuenta la protección y promoción de derechos y cuidados en los grupos más vulnerables.

En relación con mujeres y jóvenes integrantes de pueblos originarios, la implementación de acciones de protección de la salud sexual y reproductiva se refieren como acotadas y dificultadas por razones socio culturales, incluyendo el idioma.

“Existen programas en los cuales los efectores de salud van a la comunidad y visitan casa por casa controlando la salud de la familia, en especial de los niños. En estas ocasiones se les entregan preservativos a las mujeres como método anticonceptivo. Los preservativos se los dan a las mamás que acaban de tener bebés, les dicen ‘tomá, no te quedes embarazada de nuevo’”. (Fundación Huésped- testimonio de integrantes de la comunidad Ava Guarani de Orán - Salta)

“Los más jóvenes no acceden a los preservativos en los centros de salud por desconocimiento y vergüenza. No hay una atención específica para los jóvenes (...) A los jóvenes se les tienen que informar sobre el preservativo, como prevenir...” (Fundación Huésped- testimonio de integrantes de la comunidad Ava Guarani de Orán - Salta)

“Hemos observado que en nuestra población existe un alto porcentaje de trabajadoras inmigrantes y trabajadoras pertenecientes a pueblos originarios como el Wichí, eso nos ha hecho ver la necesidad de desarrollar materiales en idioma Wichí y Guarani ya que muchas de ellas hablan muy poco o casi nada el castellano, y menos aún lo leen” (AMMAR).

Se mantiene casi sin cambios el hallazgo del Informe 2008 respecto de la atención de pueblos originarios. “El sistema de salud no cuenta en todos los casos con abordajes de intervención socio sanitaria que tengan en cuenta las representaciones y prácticas culturales propias de las comunidades involucradas, no se plantean estrategias de educación para la salud que tengan en cuenta la construcción cultural del proceso salud- enfermedad, lo cual se traduce en la dificultad para acceder al sistema por parte de estas poblaciones.”

Esta exclusión y/o contacto dificultado con los servicios de salud agrava aún más la situación sanitaria en la que se encuentran la mayor parte de los grupos y comunidades pertenecientes a pueblos originarios. Durante el período, tampoco se diseñaron acciones específicas para el trabajo preventivo-asistencial con comunidades

pertenecientes a pueblos originarios, esperables luego de la realización del estudio comportamental realizado en 2005.⁵⁷

En relación con las mujeres privadas de libertad, durante el período (julio 2008) se firmó el Convenio Marco Salud en Cárceles⁵⁸ entre el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud; y los acuerdos complementarios relativos a la implementación de acciones en Prevención de las adicciones, Prevención y lucha contra el VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual y enfermedades vinculadas, salud sexual y procreación responsable y en el área materno infantil, salud integral de la mujer, la niñez y la adolescencia.

El convenio marco y los convenios complementarios promueven la responsabilidad del Ministerio de Salud por el cuidado de la salud de detenidos/as en la órbita del Servicio Penitenciario Federal; separando ésta de la atención exclusivamente penitenciaria, en concordancia con las recomendaciones internacionales.

Un relevamiento implementado por OSC's en 2007 y 2008, en cárceles de varones adultos y jóvenes y mujeres del Servicio Penitenciario Federal y de los Servicios Penitenciarios de Santa Fe, Buenos Aires, Mendoza y Córdoba, expone: "(...) *[es necesario] proponer que articulaciones ministeriales como las propuestas se extiendan y repliquen a todas las jurisdicciones del país, promoviendo una participación cada vez más activa del sistema público de salud en la atención médico-sanitaria de detenidos y detenidas.*"(ONUSIDA: 2008)⁵⁹

El mismo estudio y otros anteriores realizados con participación de OSC's reconocen el carácter restrictivo del acceso a prestaciones médico sanitarias en el ámbito de las unidades carcelarias; agravado en el caso de las penitenciarias que albergan mujeres. **Estas restricciones alcanzan tanto a prestaciones preventivas como asistenciales relacionadas con la salud sexual y reproductiva como con la infección por VIH y se mantienen a la largo del tiempo.**

⁵⁷ Desde el PNLRHS, en el marco del Proyecto "Sistema de Vigilancia de Segunda Generación" se realizó en 2005 el "Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Aborigen". El trabajo, de carácter cualitativo, procuró determinar la tendencia de los principales factores de riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo, que acompañan la transmisión del VIH en Argentina.

⁵⁸ El acuerdo fue suscripto por iniciativa del Comité Científico Asesor en materia de control de tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja, convocado por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos en 2007.

⁵⁹ ONUSIDA Argentina: "Cárceles y VIH/Sida. Relevamiento de recursos sociales y sanitarios en unidades penales seleccionadas en Argentina". Buenos Aires. 2008. El relevamiento fue implementado por FUNDESO Buenos Aires y FUNDESO Córdoba, Grupo de Mujeres de la Argentina, Coordinadora de Trabajo Carcelario de Rosario y un grupo de docentes colaboradores de la cárcel de jóvenes adultos de Mendoza.

“Las actividades de prevención desarrolladas se identificaron como parciales y se detectaron dificultades en relación con el acceso a insumos específicos: preservativos, diagnóstico bajo normas de confidencialidad, voluntariedad, oportunidad y devolución de resultados; y en menor medida provisión de cloro para la desinfección de equipos de inyección y tatuaje. Se identificaron situaciones de riesgo que debían ser atendidas: sexo no permitido, forzado o voluntario, practicado en forma clandestina tanto con visitas como con otros/as detenidas y personal; uso de drogas que disminuyen la capacidad de cuidado; frecuente realización de tatuajes con elementos precarios no esterilizados y dificultades en el acceso y disponibilidad de atención médica y psicológica que permitan trabajar con detenidos y detenidas, el fomento de prácticas de cuidado y de diagnóstico oportuno.” (ONUSIDA: 2003)⁶⁰

“Las mujeres en encierro no sólo sufren el encierro en si, sino también la falta de asistencia médica, que es un derecho del ser humano (...), el VIH/sida ha ido avanzando a pasos agigantados en los últimos años en el encierro (...), la falta de asistencia psicológica primordial para poder atender la situación de las niñas que viven con VIH y dar contención a sus madres en el encierro y por último, la falta de asistencia social.” (GMA)

Durante el período, se aprobó una ley⁶¹ que amplía las condiciones por las que detenidos/as pueden solicitar el reemplazo del encierro carcelario por el arresto domiciliario. Entre éstas se incluyen la situación de mujeres que cursan embarazo, sean madres de niños/as menores de 5 años, y/o tengan una persona con discapacidad a su cargo.

La iniciativa consideró especialmente la situación denunciada por OSC's y órganos de control de la situación penitenciaria respecto de las condiciones de vida de las mujeres en las penitenciarias y de los hijos/as de hasta 4 años alojados con ellas.⁶²

⁶⁰ ONUSIDA Argentina: **Cárceles y VIH/SIDA**. Avances en la prevención y en el mejoramiento de la asistencia en VIH/SIDA en cárceles de Argentina. Buenos Aires. 2004. El documento presenta la sistematización de intervenciones de prevención en VIH/sida de 7 OSC's y OG's, implementadas en cárceles de varones y mujeres de la Región Metropolitana Buenos Aires, Rosario, Santa Fe y Córdoba. El documento de 2008 actualiza la información relevada en este proyecto. Las OSC's participantes fueron CIPRESS (Santa Fe), CEADS (Rosario), Fundación La luciérnaga (Córdoba) entre las ejecutoras y GMA, y Fundeso como parte de un comité de evaluación y seguimiento externo; las OG's participantes fueron SEDRONAR, el entonces PNLRHS y el Ministerio de Justicia, Seguridad y DDHH de la Nación

⁶¹ Ley nacional 26472 sancionada en diciembre de 2008 que modifica tanto la Ley de Ejecución de la pena privativa de Libertad N° 24660 (que rige la vida en prisiones en casi todas las jurisdicciones del país) como el Código Penal. La modificación normativa se originó en tres iniciativas legislativas.

⁶² Entre ellas, que en 2007 se produjo en la unidad penitenciaria de la provincia de Buenos Aires que alberga mujeres con hijos el fallecimiento de un niño menor de un año a causa de deficiencias en la atención médica brindada en la

Informes del Comité contra la Tortura de la Provincia de Buenos Aires, del que participa GMA, dan cuenta acabada de la gravedad de la situación.

Han sido mayormente algunas OSC's quienes han desarrollado actividades preventivas; con alto grado de dificultad en tanto la institución carcelaria no resulta un ámbito permeable al respeto y a la promoción de derechos.

Las normas⁶³ que rigen la vida en las prisiones argentinas se revelan restrictivas y con impacto negativo sobre la salud de los/as detenidos/as, en tanto que al penalizar administrativamente el uso de drogas y los intentos de mantener relaciones sexuales no autorizadas, obstaculizan que los/as detenidos/as consulten oportunamente ante situaciones de riesgo a las que se ven expuestos/as; y que la Administración implemente medidas de reducción de riesgos y daños ante la infección por VIH; incluida la provisión ampliada de preservativos. No se relevaron otros obstáculos legales para el acceso de cuidados en SSyR y en VIH/sida por parte de las mujeres de grupos vulnerables.

Los obstáculos legales encontrados para el acceso de cuidados en SSyR y en VIH/sida por parte de las mujeres de grupos vulnerables ya han sido descriptos en las **METAS 52, 53, 54, 59, 60 y 61**. Estos adquieren algunas formas particulares para algunos grupos de mujeres pero encuentran, en general, orígenes comunes.

unidad. El fallecimiento dio lugar a un recurso de amparo que obligó al estado provincial a garantizar las condiciones de alojamiento y acceso a servicios médicos, sociales y educativos de los niños/as alojados con sus madres. El GMA tuvo una participación destacada en la denuncia pública de este hecho.

⁶³ Ley de Ejecución de la pena privativa de libertad (24660) que rige en la mayoría de las jurisdicciones del país y el Reglamento Disciplinario respecto de la vida en prisión.

“Para 2003, elaborar y para 2005 poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/sida, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a la vivienda, buena nutrición, y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, tráfico y pérdida del derecho de sucesión”

El monitoreo del cumplimiento de esta meta se orientó a relevar el alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños/as infectados y afectados por el VIH y de programas educativos dirigidos a la misma población.

Respecto de la atención de niños/as afectados por el VIH, la situación no sufrió modificaciones respecto del informe anterior. El gobierno nacional, ya sea a través de los organismos con competencia en el tema VIH/sida como de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), continúa sin implementar estrategias uniformes de apoyo a niños/as con VIH/sida y/o niños/as afectados por la epidemia. **Entre las deudas pendientes se encuentra el relevamiento que permita dimensionar y caracterizar el universo de niños/as y adolescentes afectados directamente o indirectamente por el VIH.**

La información epidemiológica disponible permite afirmar que la mayoría de ellos/as, que adquirieron la infección por vía vertical, pertenecen como sus núcleos familiares a sectores de pobreza. En este sentido, tanto su problemática específica como la posibilidad de acceso y goce de prestaciones y bienes y servicios sociales quedan

subsumidas y sujetas a las condiciones de atención de la población en situación de vulnerabilidad social.

La tendencia a la desinstitucionalización en la atención de la niñez promovida por la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la modalidad frecuente de crianza y cuidado de niños/as huérfanos o con figuras parentales ausentes por parte de núcleos familiares ampliados, **indica la necesidad de extender y profundizar las líneas de apoyo monetario y no monetario a estos grupos familiares extensos; considerando la ampliación de las líneas de trabajo de fortalecimiento familiar y comunitario.**

La asunción de responsabilidades de crianza y cuidado por parte de estos grupos familiares encuentra, en numerosas ocasiones, obstáculos de orden legal y programático para garantizar el acceso a prestaciones sociales⁶⁴. La ausencia de las figuras parentales exige la tramitación de la “tutela” o “guarda” legal de los niños/as y adolescentes ante las autoridades judiciales. Las dificultades en el acceso al sistema judicial, las demoras en la resolución de los trámites, obstaculizan, entonces, la incorporación a un conjunto importante de prestaciones disponibles.

En la práctica, esta situación sobrecarga a las familias de responsabilidades sobre el cuidado y crianza restándole importantes oportunidades de apoyo a estos grupos ya inscriptos en situaciones de vulnerabilidad y exclusión.⁶⁵ Entre ellos, especialmente, a adultos/as mayores incluidos en los sectores de pobreza, toda vez que en la mayoría de los casos son los abuelos/as de los niños/as y adolescentes quienes asumen o participan activamente en el cuidado y la crianza. Si bien, en los últimos años, se han logrado avances en la inclusión previsional de los adultos/as mayores y mejoras relativas en el monto de jubilaciones y pensiones, estos resultan claramente insuficientes para garantizar su propia manutención y la de los niños/as y adolescentes a su cargo. Adicionalmente, las condiciones de salud de estos, ya sea por razones propias de la edad como por sus condiciones de vida cotidiana dificultan la realización de las

⁶⁴ Ejemplos de éstas resultan: planes de seguridad alimentaria, pensiones asistenciales, percepción de salario familiar e incorporación a la cobertura de seguridad social en el caso de adultos/as responsables del cuidado y crianza que se encuentren empleados y/o integrados al sistema previsional, percepción de la Asignación Universal por hijo para el caso de adultos/as desempleados o incorporados a la economía informal.

⁶⁵ En atención a la situación de desprotección social que atraviesan muchos de los grupos familiares que incluyen niños/as viviendo con VIH, el Proyecto Argentina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a instancias de algunas OSC's que trabajan con ellos, impulsó en 2008 una línea de trabajo específica. La misma incluía la provisión de equipamiento familiar y materiales de construcción para refacción de viviendas y la promoción de la lectura como modalidad de trabajo promocional con niños/as y adolescentes afectados.

extensas gestiones y trámites. En este sentido no se han relevado apoyos específicos para acompañar la inclusión de niños/as y adolescentes en programas y prestaciones; apoyos que son brindados, generalmente, por los servicios sociales de efectores de salud, agencias municipales y otras agencias gubernamentales y OSC's, con dispar nivel de desarrollo.

Aún cuando el acceso se encuentre resuelto y las prestaciones disponibles, la dispersión y fragmentación de las intervenciones sanitarias y sociales, gestionadas por distintas agencias gubernamentales generalmente de más de un nivel de gobierno y, en ocasiones, por OSC's, complejizan y dificultan su apropiación y goce por parte de los/as niños/as y sus responsables adultos. Así, la gestión de medicación y controles refiere a los efectores sanitarios; la obtención de prestaciones alimentarias a agencias de los gobiernos locales; y la gestión de prestaciones monetarias a agencias del área social del gobierno central.

Para las situaciones de aquellos/as niños/as y adolescentes en las que no es posible la contención y crianza en el ámbito familiar y comunitario, el ordenamiento legal prevé instancias de cuidado alternativo como familias sustitutas y amas externas, la institucionalización en hogares públicos y/o gestionados por OSC's y la adopción.

Las disputas entre el antiguo paradigma del “patronato de menores” vigente hasta la sanción de la Ley 26061 y los postulados adecuados a la Convención sobre los Derechos del Niño del marco normativo vigente, deriva aún hoy en intervenciones judiciales basadas en el prejuicio, el estigma y la discriminación relativos al VIH/sida; que consideran su presencia tanto en los niños/as como en las figuras parentales o integrantes del grupo familiar como situación de “riesgo material o moral”.

Un aspecto poco atendido, en la escasa inclusión que el VIH/sida ha tenido en la currícula escolar y la formación docente, es la **promoción de prácticas no discriminatorias en el ámbito escolar hacia los/as niños/as con VIH y la generación y sostenimiento de climas escolares favorecedores de su inclusión**. Todavía es frecuente escuchar los relatos de madres, padres, abuelos o familiares de niños/as con VIH referidos a sus dudas respecto de la obligatoriedad de develar el status serológico de los/as niños/as y los obstáculos que encuentran al momento de buscar apoyo de los referentes escolares adultos para acompañar la situación de sus niños/as.

En el ámbito sanitario, algunas OSC's reconocen como deuda pendiente la investigación y desarrollo en torno a las fórmulas pediátricas de ARV. También es poco extendido el trabajo tanto de efectores sanitarios como de OSC's respecto del develamiento diagnóstico y el acompañamiento de niños/as y adolescentes que viven con VIH.

En este tema, se presenta con mayor gravedad, el escaso o nulo desarrollo de acciones preventivo/promocionales y asistenciales que trabajen la relación sexualidad-VIH/sida con adolescentes ya relevado en las **METAS 52 y 53. Resulta necesario incluir y fortalecer acciones relacionadas al asesoramiento y promoción de cuidados en las relaciones sexuales tanto para evitar la reinfección, la infección de otros/as y el embarazo no planificado.**

Meta 68 - Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos

”Para 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH/sida y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/sida en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/sida en todos los planes de la sociedad, especialmente en las mujeres y personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados y su función en las familias afectadas por el VIH/sida, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/sida en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos”

La revisión del cumplimiento de la meta relevó: la disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto socio económico del VIH sobre las mujeres.

No se han producido modificaciones en relación con la inexistencia de estudios implementados por el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipales sobre el impacto socio económico de la epidemia de VIH.

El desarrollo de estudios relacionados con la población afectada por el VIH se centra especialmente en la vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación. En esta línea se dispone de información desagregada por edad y sexo; con el sesgo, en la vigilancia epidemiológica por notificación de casos, derivado de la inclusión de la población trans en el grupo de varones de acuerdo con su identidad civil y en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres en relación con los agrupamientos relacionados con vías de transmisión.

Una aproximación a la situación de las MVVS que refleja su menor participación en el mercado laboral indica que *“estudios realizados por la CEPAL estiman que las mujeres son las más afectadas por el desempleo debido a que las actividades que sufren en mayor medida los efectos de la desaceleración o recesión económica registran una alta participación femenina (CEPAL 2008). Sin embargo, atento en este estudio se consideran mujeres que viven con el VIH, podemos hipotetizar que esta menor participación laboral en relación al total de la población femenina, está vinculada a los altos niveles de discriminación laboral que experimentan las personas viviendo con VIH en Argentina, el vivir con el virus es aún hoy motivo de despido laboral o de no contratación (FEIM: 2009).*

En 2007, en el marco del Proyecto Argentina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, se desarrolló un Estudio Nacional sobre la Situación Social de Personas Viviendo con VIH/sida. El mismo analizó cuanti y cualitativamente datos sobre 841 personas con VIH, en tratamiento a causa de la infección, residentes en todas las regiones del país.

La ausencia de estudios sistemáticos sobre el impacto socio económico del VIH en la vida de las mujeres (y de los varones y trans) impresiona ser subsidiaria de dos dificultades u obstáculos que operan en distintos planos. La dificultad de incorporar la

perspectiva de género en el análisis de la situación socio económica y en las intervenciones diseñadas para mitigar los impactos de la pobreza y la exclusión en la vida de las personas, las familias y las comunidades; y de la dificultad en interpretar la epidemia del VIH/sida y otros padecimientos crónicos como problemas complejos y multidimensionales; no atados sólo a la esfera sanitaria.

Meta 72 - Investigación y Desarrollo

“Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo”

La revisión de esta meta continuó centrada en relevar: la existencia de investigaciones específicas sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, la inclusión suficiente de mujeres en los ensayos clínicos y protocolos de desarrollo de nuevos fármacos ARV, la existencia de incentivos para favorecer su participación y la incorporación libre, informada y consentida en investigaciones clínicas; y revisar la participación de mujeres en Comités de Ética.

En el período monitoreado no se relevaron estudios alentados por la DSyETS ni por otros organismos gubernamentales dedicados a la historia natural del VIH en el cuerpo femenino.

“El Dr. Maglio⁶⁶ señala que hasta el momento no se ha evaluado ninguna investigación específica sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, aunque las mujeres son frecuentemente incluidas en estudios clínicos.” (Fundación Huésped)

⁶⁶ El Dr. Ignacio Maglio es coordinador y miembro del Comité de Bioética (COB) de la Fundación Huésped. El COB funciona desde el año 1998 y desde sus comienzos funcionó como un comité de ética independiente en Investigación. Allí se evalúan los aspectos éticos y científicos de ensayos clínicos farmacológicos y no farmacológicos realizados en la institución y en otros centros derivados para su análisis al COB.

“No se han realizado estudios para determinar la cantidad de mujeres incluidas en investigaciones clínicas; de todas formas hemos evaluado gran cantidad de estudios en donde mujeres con VIH/sida han sido incorporadas, esto permitiría suponer que existen datos suficientes para realizar análisis desagregados por sexo. Pero no así en estudios comportamentales, hasta el momento el COB⁶⁷ no ha evaluado estudios comportamentales relacionados a la infección por el VIH en los que estén incluidas mujeres que viven con VIH”. (Fundación Huésped).

Los criterios para la selección e inclusión de sujetos en el marco de investigaciones clínicas figuran en el protocolo de la investigación, que siempre debe ser aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y por un Comité de Ética, en lo que respecta a criterios de inclusión y exclusión, como sexo y edad, entre otros.

Se reitera para el período la nula participación de representantes de las MVVS en los Comités de Ética que deben participar en la aprobación de los protocolos.

“A pesar de que en el COB de Fundación Huésped incluye miembros mujeres, no hay personas con VIH que lo integren, esto ocurre también en otros comités de ética de similares características”. (Fundación Huésped)

La inexistencia de estudios tanto clínicos como comportamentales, aplicados sólo a mujeres, lleva aparejada la inexistencia de incentivos especiales para su inclusión.

“En los estudios clínicos las mujeres no son tratadas de manera diferente al resto de los sujetos de investigación y no se observan incentivos especiales para las mujeres que participan en ensayos clínicos.” (Fundación Huésped)

En relación con la incorporación consentida, libre y esclarecida, la herramienta reconocida es el consentimiento. *“En nuestro país todos los potenciales participantes de un estudio clínico deben suscribir previamente a su incorporación un consentimiento libre y esclarecido. Los comités de ética tienen la obligación de aprobar, supervisar y hasta suspender los estudios para garantizar la protección, integridad y derechos de los sujetos de investigación. Del mismo modo, la agencia de regulación nacional (ANMAT) también supervisa e inspecciona los sitios de investigación para garantizar la*

⁶⁷ Comité de Bioética (COB) de la Fundación Huésped

seguridad y eficacia de los medicamentos y procedimientos de los estudios” (Fundación Huésped)

Sin embargo, en la práctica se ha convertido en un trámite burocrático; las mujeres firman los consentimientos sin recibir la suficiente información sobre los alcances y consecuencias de las investigaciones clínicas.

La percepción de esta situación indicó a la ANMAT, en 2008, la necesidad de revisar el procedimiento y la herramienta para la firma del consentimiento libre y esclarecido.

Como en 2008, cabe mencionar que las disposiciones mencionadas se cumplen siempre y cuando se trate de un laboratorio que adecue su trabajo a las normas vigentes, cumpla con criterios internacionales, respete las auditorías internacionales y nacionales, controle y monitoree sus centros de investigación. En esto, cabe la responsabilidad de los organismos gubernamentales competentes de monitorear estas acciones.

SECCIÓN III

Fortalezas identificadas para la promoción de la salud sexual de las mujeres, especialmente de las mujeres viviendo con VIH y para la prevención de la epidemia entre mujeres

La revisión del cumplimiento de las METAS UNGASS que vinculan SSyR y VIH/sida permite reconocer algunas fortalezas, entendidas como aspectos facilitadores y/o logros en relación con su alcance.

- La existencia de un marco legal, cuyo perfil se orienta a la garantía de derechos humanos, sociales y ciudadanos. En él se incluyen: los pactos, convenciones y protocolos a los que adhirió el país y que gozan de jerarquía constitucional; la consagración constitucional de la salud como derecho; las leyes de Sida, de creación del PNSSyPR, de creación del Programa de Educación Sexual Integral, de ligadura tubaria y vasectomía, de Protección Integral de Derechos de Niños/as y Adolescentes, de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres, de represión y asistencia a la víctimas de la trata de personas, entre otras.

Su existencia ofrece argumentos a la solicitud y el reclamo por una mejor, más oportuna y más respetuosa atención de cuestiones relacionadas con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida y la violencia contra las mujeres; especialmente para colectivos particularmente afectados por la epidemia: las personas que viven con VIH, las mujeres y los niños/as y adolescentes.

No obstante ello, las dificultades de los efectores sanitarios, sociales y educativos para adecuar sus prácticas a la legislación vigente (como se releva en la sección II) resultan indicadores de la vigencia del paradigma patriarcal y tutelar sobre mujeres y niños/as y adolescentes, de arraigados estereotipos de género y de la orientación fuertemente pro natalista del país.

- La provisión garantizada por ley de insumos preventivos, tales como preservativos, métodos anticonceptivos, sucedáneo de leche materna y de tratamiento (ARV, estudios de monitoreo de infección). **Garantía legal extendida a la población cubierta por todos los subsectores del sistema de salud. Se parte así de la base material ineludible para promover el efectivo acceso y ejercicio de derechos relacionados con el cuidado de la salud.**
- La existencia y el desarrollo de una red sanitaria de alcance nacional; **en la que los efectores del subsector público tienen una relevancia particular por ser la más extendida. Su presencia también impacta sobre el desarrollo de la base material para avanzar en acciones de prevención y asistencia, toda vez que éstas requieren necesariamente de los servicios de salud.**

En relación a los actores que participan de la construcción de la respuesta nacional:

- La existencia de un importante número y diversidad de organizaciones de la sociedad civil, especialmente las organizaciones, grupos y redes de personas con VIH (varones y mujeres) y las organizaciones de mujeres, enriquece la respuesta. **Su participación (no exenta de contradicciones, conflictos, tensiones y desarticulaciones), ofrece espacios de interlocución para los/as afectados/as y para las instancias de gobierno desde la proximidad con las necesidades y la cotidianeidad de los colectivos de los que forman parte; y aporta liderazgo y acompañamiento a las acciones de promoción y protección del efectivo ejercicio de derechos.**
- Durante el período analizado, se han relevado avances de pequeña escala promovidos por la autoridad gubernamental en VIH/sida respecto de la incorporación de la temática de SSyR. **Los espacios de consulta abiertos a MVVS y TS para la elaboración de una Guía que por primera vez integra a las recomendaciones para la atención integral de las MVVS, cuestiones de SSyR (cuidados anticonceptivos incluida la doble protección, aspectos reproductivos), sin poner el eje central en la prevención de la transmisión vertical del VIH; el planteo de una prueba piloto respecto del uso del preservativo femenino y la propuesta de normatización de la**

atención de víctimas de violencia sexual a la que convocó, además de OSC's y MVVS, al PNSSyPR son pistas de algún cambio respecto de la voluntad de promover el relacionamiento entre VIH/sida y SSyR. Sin embargo, todavía esto es muy insuficiente, las acciones deben ser extendidas y profundizadas.

Respecto de los logros alcanzados en evitar la extensión de la epidemia, el nivel de desarrollo alcanzado en la implementación del protocolo de prevención de la transmisión vertical y la reducción en las infecciones de niños/as por esta vía, se reconoce como la principal fortaleza del trabajo preventivo.

No obstante ello, cabe destacar que el nivel de desarrollo alcanzado resulta un indicador tanto de la tendencia pro fatalista que acompaña el accionar de los servicios de salud y que redundando en la alta valoración de las acciones del área materno infantil en detrimento de la atención de otras necesidades y realidades de las mujeres; como el atravesamiento del paradigma patriarcal y tutelar sobre mujeres y niños/as.

Brechas y deficiencias identificadas respecto de una perspectiva de atención del VIH/sida que incluya la SSyR como eje articulador

- **El VIH/sida y los aspectos no reproductivos de la salud sexual no forman parte de las prioridades de la agenda política** y en consecuencia no cuentan con el apoyo político-económico necesario para incorporarse en los programas de respuesta a la epidemia; en especial entre aquellos colectivos que no se incluyen entre los más afectados de acuerdo a los diagnósticos de prevalencia; entre ellos las mujeres.

El desigual desarrollo de los programas y acciones de VIH/sida y SSyR en las distintas jurisdicciones, el escaso número de jurisdicciones que destinan parte de su presupuesto sanitario a la adquisición de insumos como preservativos y otros métodos anticonceptivos, y la desigual implementación de la legislación nacional y jurisdiccional que incorpore los adelantos en materia de derechos humanos, incluidos los derechos

sexuales y reproductivos y los derechos de niños/as y adolescentes resultan indicadores claros en este sentido.

- **Lógicas programáticas en salud fragmentadas, que se traducen en la falta de integración, articulación y coordinación de las acciones que desarrollan ambos programas y los efectores y equipos de salud a ellos relacionados.** La fragmentación atenta contra la construcción de una perspectiva de análisis e intervención que considere la interrelación VIH/sida y SSyR.

Influye en la fragmentación, además de la modalidad de organización de los servicios de salud, la centralización de la atención del VIH/sida en servicios especializados (generalmente de infectología), con sede hospitalaria, orientados a la instauración y sostenimiento y avances de la TARV; y por otro lado, por las acciones en salud sexual básicamente orientadas al cuidado reproductivo y al binomio madre-hijo, muy valoradas como acciones propias de efectores del primer nivel de atención.

El sesgo reproductivo de los servicios de SSyR, el escaso interés y acompañamiento de las necesidades reproductivas incluida la maternidad en MVVS, relevada como práctica frecuente en numerosos servicios de salud y la escasa incorporación de la doble protección, tanto en los servicios dedicados al VIH/sida como en los de SSyR, genera pocos puntos de contacto entre ambas áreas de la atención sanitaria. Agravado por la pertenencia a distintos niveles de atención del sistema de salud de hospitales y centros de atención primaria genera pocos espacios y puntos de contacto entre los servicios de infectología que actúan a nivel hospitalario y los servicios de salud sexual que trabajan en el primer nivel de atención.

La confluencia en los efectores de salud de las propuestas programáticas relacionadas con VIH/sida y SSyR (y de sus vacíos de articulación), sin acompañarse de marcos conceptuales, legales y procedimentales claros y coherentes influye también en la fragmentación. Y en el mismo sentido, el establecimiento de relaciones bilaterales burocrático administrativas de los equipos de salud con cada uno de los programas, que no encuentran espacios de interlocución compartidos y menos de articulación y coordinación.

La **escasa promoción de la doble protección en caso de mujeres y jóvenes;** especialmente de aquellos/as que viven con VIH resulta un indicador claro del impacto

negativo de la fragmentación y escasa interrelación con que se abordan las temáticas de VIH/sida y cuidados sexuales y reproductivos.

- **Propuestas programáticas en salud, educación y desarrollo social que no logran transversalizar el VIH/sida ni la equidad de género;** promoviendo intervenciones fragmentadas e incluso, en ocasiones, contradictorias en sus contenidos. En algunos casos se relevan articulaciones bilaterales entre programas y áreas, generalmente debidas a características personales, que deberían ser profundizadas y ampliadas como modalidad funcional regular.

- **Prácticas sanitarias y educativas que desconocen e incumplen el marco normativo vigente, incluida la perspectiva de derechos humanos.**

La revisión del cumplimiento de las metas describe, entre ellas: los escasos avances en la implementación del Programa de Educación Sexual Integral; las dificultades de las mujeres para acceder a la ligadura tubaria por decisiones restrictivas de algunos equipos de salud que sobreagregan requisitos a la sola autorización bajo consentimiento informado de mujeres y varones mayores de edad; la obstaculización del acceso autónomo de adolescentes y jóvenes a servicios e insumos de VIH/sida y SSyR, mediante la solicitud de autorización y/o presencia de adultos/as responsables; el escaso respeto a la privacidad y confidencialidad en la atención; la discriminación relevada en la atención a MVVS; las restricciones impuestas a las MVVS al acceso a cuidados anticonceptivos no basados exclusivamente en el uso de preservativo; las restricciones al acceso a insumos y servicios de prevención y atención del VIH/sida impuestas a mujeres y varones alojados en unidades carcelarias; y la prácticamente nula atención en los efectores públicos de salud a las solicitudes de abortos no punibles previstos en la legislación vigente.

Por acción u omisión todas ellas actúan vulnerando derechos reconocidos por el marco normativo vigente e impactan negativamente sobre la salud y el ejercicio de ciudadanía de las mujeres y los jóvenes.

- **Acciones preventivas tanto en el campo del VIH/sida y otras ITS como de la salud sexual con escaso desarrollo desde el sector público de salud.** Estas resultan insuficientes, fragmentadas y asistemáticas; no incluyen de manera extendida la consejería y el asesoramiento tanto en salud sexual como en VIH/sida y otras ITS y

omiten la diversidad de situaciones que se reúnen bajo la categoría de población general prioritariamente utilizada. La asunción de esta categoría como organizadora de la información epidemiológica y las acciones preventivo- asistenciales omiten la diversidad de colectivos y situaciones que se reúnen en ella; especialmente en relación con los jóvenes y las mujeres.

- **Escasos o nulos servicios preventivos y asistenciales destinados a mujeres y adolescentes y jóvenes.** El desarrollo de la epidemia como así también los avances en relación a las intervenciones en salud sexual y reproductiva, incluido el análisis del contexto poco favorecedor del acceso a atención e insumos preventivos, indican la necesidad de contar con servicios o al menos con equipos de salud entrenados en el trabajo con mujeres y jóvenes; que contemplen el impacto de la desigualdad de género y de los principios tutelares sobre la salud de mujeres y jóvenes. **La ausencia se extiende a servicios o equipos entrenados en el trabajo con mujeres y adolescentes y jóvenes que viven con VIH.**

- **Equipos de salud escasamente entrenados para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de las MVVS y de los adolescentes y jóvenes VVS.** La promoción del uso del preservativo (como cuidado ante la preinfección y la infección a otros más que como cuidado anticonceptivo) como única forma de cuidado desatiende la realidad de las mujeres sometidas a situaciones de violencia y la subordinación de las mujeres especialmente en las relaciones sociales y sexuales. El escaso manejo en los equipos de salud de las posibilidades terapéuticas ante el deseo **de embarazo en MVVS y VVVS limita y restringe el ejercicio del derecho a la maternidad y la paternidad de las personas que viven con VIH.** Asimismo, la escasa consideración prestada a la doble protección en el caso de los adolescentes y jóvenes, así como las/los expone a embarazos no planificados o a la infección con el VIH y las ITS.

- **Monitoreo de acciones y de la calidad de atención, incluyendo en este el cumplimiento de preceptos legales y normas procedimentales, prácticamente inexistentes.** El seguimiento de acciones programáticas se realiza en el caso de VIH/sida y otras ITS por vigilancia epidemiológica; ésta se ve seriamente afectada por el subregistro y la subnotificación por parte de equipos de salud, efectores y áreas ministeriales. El desarrollo de la investigación promovida por la DSyETS respecto del

diagnóstico de situación en efectores y programas provinciales realizada en 2008⁶⁸ avanza en la evaluación local de servicios y acciones. Las acciones de evaluación o seguimiento se centran en registro de provisión de insumos a los programas jurisdiccionales y OSC's en el caso de la DSyETS. En el PNSSyR el monitoreo y evaluación se ve muy dificultado por el diferente e insuficiente registro de datos sobre la población atendida, las prestaciones y la cobertura alcanzada.

- **Escasez de información epidemiológica sistematizada relacionada con jóvenes y mujeres, tanto en VIH/sida como salud sexual y reproductiva;** que dificulta la toma de decisiones respecto de las acciones a emprender en relación con ellos/as y colabora en invisibilizar su situación y sus particularidades y diversidades.
- **Heterogénea implementación y nivel de desarrollo de los programas y las acciones jurisdiccionales de VIH/sida y SSyR.** Influenciada por la valoración política de las temáticas en los contextos jurisdiccionales que redundan en la asignación de recursos materiales y no materiales. Una característica marcada es la concentración de servicios entrenados en VIH/sida y atención de violencia en las capitales provinciales; otra, la presencia de problemas de logística para garantizar la disponibilidad de insumos preventivos provistos por el gobierno central, en todos los efectores de las redes sanitarias jurisdiccionales.
- **Escaso desarrollo de programas y servicios que contemplen las realidades y necesidades específicas de la población GLTTBI.** Algunas jurisdicciones han avanzado en la reglamentación del derecho a la identidad de género en relación con la población trans; su cumplimiento es desigual. En 2008, la DSyETS produjo un documento destinado a equipos de salud centrado en la atención de salud de la población de travestis y transexuales; primer documento desde el área gubernamental que trabaja específicamente la temática. Esto no se tradujo en normas para los servicios. El PNSSyR se reduce en la atención de mujeres, es nulo o casi nula o casi la atención de hombres y más aún de la población LGBTT.
- **Las acciones de apoyo para las familias que albergan niños/as y adolescentes afectados por el VIH, incluidos los huérfanos, son prácticamente nulas.** Su ausencia impresiona ser subsidiaria de la escasa atención que ha tenido en la evolución de la

⁶⁸ ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. 2008. Disponible en www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigacion-hiv.pdf

epidemia la situación de niños/as y adolescentes infectados por el VIH, así como de los huérfanos por el sida. El impacto económico, social y afectivo del VIH/sida en la vida de niños/as y adolescentes de sectores pobres se ve agravado por las dificultades en el acceso de bienes y servicios sociales que afectan a gran parte de la población en situación de pobreza independientemente de su condición serológica.

Recomendaciones

El monitoreo reitera la observación anterior sobre la insuficiencia y/o inadecuación de las políticas y acciones estatales en el campo del VIH/sida y la SSyR dirigidas tanto a garantizar los derechos ciudadanos, sociales y humanos de la población; especialmente los derechos de las mujeres y los jóvenes acerca de su sexualidad y su reproducción, como a proveer los servicios básicos para asegurar su acceso y la oportunidad de las intervenciones. En este sentido las recomendaciones son similares, sólo que expresan una reiteración a no considerarlas, que es preocupante.

Por ello, recomendamos:

- **Otorgar al VIH/sida y a la atención de las cuestiones de salud sexual la importancia que se deriva de su impacto sobre el ejercicio de la ciudadanía y la salud pública** y actuar en consecuencia, tanto en la asignación de recursos presupuestarios como en la adecuación de políticas y de prácticas y procedimientos en todos los sectores incluidos los servicios de salud a la normativa legal vigente.
- **Promover una respuesta multisectorial a la epidemia del VIH/sida** y a los derechos sexuales y reproductivos, que garanticen a toda la población su vigencia.
- **Promover una revisión conceptual y metodológica de las líneas programáticas propuestas por los programas de VIH/sida y SSyR**, así como la coordinación de actividades entre ambos programas, especialmente a nivel de los efectores de salud, a fin de elevar la eficacia, la integralidad y el impacto de sus acciones.

- **Promover la plena vigencia y respeto de derechos humanos de las personas en las intervenciones sanitarias, sociales y educativas** relacionadas con el VIH/sida y otras ITS y la SSyR. Incluidos especialmente: el derecho a recibir atención integral e insumos preventivos y de tratamiento en forma gratuita y oportuna; el derecho de los adolescentes y jóvenes a recibir información y educación sexual integral así como atención e insumos preventivos sin requerir la presencia de adultos; el derecho de las mujeres a la ligadura tubaria sin otros requisitos que los que marca la ley, el derecho de las mujeres a acceder a la realización de los abortos no punibles; el derecho al reconocimiento de la identidad de género a la población trans; el derecho de las mujeres y niños/as víctimas de violencia a recibir atención oportuna, integral y adecuada en un marco de respeto y cuidado, entre otras.
- **Adoptar, difundir y aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual**, respetuoso de derechos, que incluya la provisión de AHE, profilaxis ARV y de ITS y atención psico-social.
- **Incorporar la perspectiva de género en el diseño de programas sanitarios, educativos y sociales**, así como la participación de OSC's de mujeres, adolescentes y jóvenes.
- **Desarrollar de manera sistemática y orgánica la interlocución con las organizaciones de la sociedad civil involucradas en el trabajo en VIH/sida y SSyR** con el fin de incorporar sus puntos de vista y sus expertices para ampliar y mejorar la respuesta.
- **Implementar de manera efectiva y extendida el Programa de Educación Sexual Integral**, en tanto constituye un derecho de los/as niños/as, adolescentes y jóvenes y una instancia pertinente y adecuada para evitar la expansión de la epidemia, el incremento de la presencia de otras ITS y de embarazos no planificados y abortos en condiciones inseguras.
- **Atender la situación y necesidades de los niños/as y adolescentes afectados por el VIH/sida, incluidos los huérfanos**, y de sus grupos familiares en el diseño de políticas de infancia y adolescencia y en el diseño de programas sociales.
- **Ampliar la disponibilidad de servicios y prestaciones dedicados a la atención del VIH/sida y de la SSyR**; creando servicios y/o capacitando equipos de

salud para la atención de mujeres y jóvenes, incluyendo mujeres y jóvenes viviendo con VIH; extendiendo la presencia territorial en las jurisdicciones con alta concentración de servicios en las ciudades capitales e incorporando acciones de asesoramiento y consejería tanto en SSyR y VIH/sida.

- **Generar, extender, fortalecer y sostener en el tiempo las instancias de capacitación de los equipos de salud de efectores de distintos niveles de atención en relación con el VIH/sida, otras ITS y SSyR** en un marco de integración conceptual y metodológica. Las instancias de formación deben prestar especial atención a incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos, sociales y ciudadanos como parte integrante de las acciones en salud.

- **Mejorar la calidad de los servicios y prestaciones.** Para ello resulta necesario el desarrollo de acciones de evaluación y monitoreo que incluyan la perspectiva de los/as destinatarios.

Las acciones anteriores deben considerar el derecho a la salud a partir de criterios de accesibilidad, universalidad, justicia, integralidad, participación, respeto por la diversidad y efectivización de derechos, tanto en acciones de prevención, como de atención y promoción de la salud.

- **Crear y fortalecer instancias de reclamo ciudadano** por la obstrucción del ejercicio de derechos y prácticas discriminatorias en el ámbito educativo, laboral y sanitario; incluyendo el desarrollo de instancias específicas de reclamo y protección en relación con derechos sexuales y reproductivos.

- **Promover la sensibilización y capacitación permanente de decisores políticos,** responsables de servicios de salud, OSC's, redes y organizaciones comunitarias en la perspectiva de género, para promover el acceso de las mujeres, especialmente las MVVS, a servicios de atención integrales adecuados a sus necesidades, recursos e intereses. Así también, promover y fortalecer las instancias comunitarias de difusión, capacitación y sensibilización de todas las mujeres (y particularmente las MVVS) acerca de sus derechos.

- **Promover la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos y comparables** a nivel nacional, que tengan en cuenta la perspectiva de género y que

incorporen la participación de organizaciones de mujeres, de adolescentes y jóvenes y otros grupos vulnerables.

- **Diseñar e implementar sistemas de monitoreo y evaluación de acciones, resultados e impactos en relación con el VIH/sida y la SSyR** que contemplen: la integralidad, la participación de instancias gubernamentales de distintos niveles y competencias y de las organizaciones de la sociedad civil y los/as propios usuarios/as, la diversidad de colectivos poblacionales y la oportunidad en la generación de información.
- **Diseñar e implementar registros consistentes y unificados en relación con eventos claves en VIH/sida y SSyR; incluyendo situaciones de violencia contra las mujeres y contra los niños/as.**
- **Desarrollar programas para la atención de LGTTBI desde una perspectiva de género y derechos humanos.**
- **Propiciar una participación más activa del sistema sanitario estatal en el cuidado de la salud de mujeres y varones privados de libertad, basados en la perspectiva de género y de Derechos Humanos.**

ANEXO I

Organizaciones participantes

Asociación de Mujeres Meretrices de la República Argentina (AMMAR) – Nacional

Asociación Civil Jóvenes Adolescentes Comprometidos y Activos (Jo.A.CyA.) –
Provincia de Misiones.

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)- Córdoba

Comisión Internacional por los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC).

Fundación Huésped

Grupo de Mujeres de Argentina, integrante del Observatorio Argentino de Prisiones.

ICW Argentina

INTILLA Asociación Civil- Buenos Aires

Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (RAMVIHS)

Red Argentina Positiva (RedAR+)

Red Bonaerense de PVVS- Buenos Aires

Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC)

Coordinación y compilación del Informe:

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

