



Dirección General de la Salud  
Departamento de Programación Estratégica en Salud  
Área Salud Sexual y Reproductiva  
Programa Nacional ITS-VIH/Sida

## **Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012**

### **Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011 Uruguay - Informe 2012**

# **URUGUAY**

31 de marzo de 2012

Período de Cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011

## **PROLOGO**

*Transcurridos 30 años de epidemia de VIH, se celebró la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida en Nueva York en el año 2011. Nuevos compromisos son asumidos por los Estados Miembros para alcanzar los objetivos establecidos en esta Declaración Política sobre el VIH/Sida y el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, detener y empezar a revertir el curso de la epidemia del VIH/sida para el 2015.*

*Los compromisos asumidos requieren maximizar los esfuerzos para lograr una respuesta eficaz y sostenible ante el VIH/sida y que necesariamente requiere el involucramiento de diversos actores y una fuerte participación de la Sociedad Civil.*

*Una epidemia que reconoce fuertes determinantes sociales, económicos y culturales que hacen a la vulnerabilidad de las personas ante la infección, exige de esfuerzos articulados que generen las sinergias imprescindibles para el logro de los objetivos concretos y medibles enunciados en esta Declaración. Es así que este informe se construye de forma participativa y aporta una mirada multisectorial a la situación y estado de la respuesta a la epidemia en el contexto político, normativo, socio-económico y sanitario del País.*

*Se presentan los indicadores que permiten dar seguimiento a la respuesta basados en datos aportados por diferentes sectores estatales y no estatales, entre ellos destacamos los aportes de los subsectores público y privado del SNIS, las Organizaciones no Gubernamentales, Organizaciones y grupos de Personas que Viven con VIH, otros Ministerios e instituciones gubernamentales.*

*La recopilación de la información requirió de varios meses de trabajo, apoyado por ONUSIDA, y aportó insumos relevantes para la actualización del Plan Estratégico Nacional en ITS-VIH/Sida (2012-2016) donde se reformulan y fortalecen las acciones estratégicas dirigidas a profundizar los logros y superar las debilidades identificadas.*

*Este informe da continuidad a los informes precedentes y representa un gran esfuerzo colectivo para recopilar la información, sistematizarla y analizarla de forma transparente. Este documento da cuenta del seguimiento de indicadores específicos, pero fundamentalmente permite comprender la situación nacional y guiar las políticas para la consecución de los objetivos planteados.*

**Prof. Dr. Leonel Briozzo**

**Subsecretario del Ministerio de Salud Pública**

**Presidente de la CONASIDA-MCP**

**AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**Ministro Salud Pública**

Dr. Jorge Venegas

**Sub Secretario MSP**

Prof. Dr. Leonel Briozzo

**Director de la Dirección General de la Salud**

Dr. Yamandú Bermúdez

**Directora del Departamento Estratégico en Salud**

Dra. Ana Noble

**Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva**

Dra. Leticia Rieppi

**Equipo Responsable del Informe**

**Coordinación**

Dra. Susana Cabrera

Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida

**Equipo Técnico**

T. Social Ingrid Gabrielzyk

Asesora del Programa Nacional ITS-VIH/Sida

Soc. Ana Sosa

Consultora ONUSIDA

**Período de Cobertura:** enero de 2010 – diciembre de 2011

**INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES ASISTENTES A LOS TALLERES PREPARATORIOS Y DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE PROGRESO GLOBAL 2012.**

16 de diciembre 2011

26 de marzo 2012

Dr. Leonel Briozzo. Sub Secretario MSP

Dra. Leticia Rieppi. Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Susana Cabrera. Responsable Programa Nacional ITS/VIH Sida

Ministerios:

Ministerio de Defensa

Ministerio del Interior

Representantes Nacionales:

Diputada Berta Sanseverino

Diputada Daniela Paysée

Instituciones prestadoras de salud

Subsector público:

Área Salud Sexual y Reproductiva – ASSE

Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas

Centro Nacional Obstétrico Pediátrico VIH – Sida

Hospital de la Mujer - Centro Hospitalario Pereira Rossell

Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina

Subsector privado:

Servicio Médico Universal

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa

División Salud- Intendencia Municipal de Montevideo

Agencia Nacional de Investigación e Innovación

Organizaciones de la sociedad civil:

ASEPO

FRANSIDA

Compañeros de las Américas

Red de PVVS de la Frontera Uruguay-Brasil

IELSUR

Red Uruguaya de Personas Viviendo con VIH- Redla

Esperanza y Vida (Artigas)

ATRU

Agencias:

ONUSIDA

UNFPA

## **Aportaron información para la medición de los indicadores**

### **Instituciones prestadoras de salud (sub sector público y privado)**

Subsector público:

BPS (Servicio de Salud del Banco de Previsión Social)  
Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo)  
HOSPITAL MILITAR (Montevideo)  
SANIDAD POLICIAL (Montevideo)  
Servicio Enfermedades Infecto Contagiosas (Montevideo)

Subsector privado:

Asociación Médica Cooperativa Maldonado AMECOM (Maldonado)  
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (Montevideo)  
Asociación Médica San José AMSJ (San José)  
Cooperativa Asistencia Médica Cerro Largo CAMCEL (Cerro Largo)  
Cooperativa Asistencia Médica Durazno CAMEDUR (Durazno)  
Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando CAAMEPA (Canelones)  
Cooperativa Médica de Asistencia Soriano CAMS (Soriano)  
Casa de Galicia (Montevideo)  
Cooperativa Asistencial Médica de Rivera CASMER (Rivera)  
Centro Asistencial Sindicato Médico del Uruguay CASMU (Montevideo)  
Cooperativa Médica de Cerro Largo COMECEL (Cerro Largo)  
Cooperativa Médica de Flores COMEFLO (Flores)  
Cooperativa Médica de Rocha COMERO (Rocha)  
Cooperativa Médica Artigas (Artigas)  
Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral CRAMI (Canelones)  
Hospital Británico (Montevideo)  
Médica Uruguaya MUCAM (Montevideo)  
Organización Asistencia Médica Cooperativa Colonia ORAMECO (Colonia)  
Sociedad Médico Quirúrgica De Salto (Salto)  
Servicio Médico Universal (Montevideo)

## **Participaron en la elaboración del ICPN**

### **ICPN PARTE A**

Ministerio de Salud Pública  
Ministerio del Interior  
Ministerio de Desarrollo Social  
ASSE  
Parlamento

### **ICPN PARTE B**

ASEPO  
IELSUR  
ATRU  
AMISEU  
OVEJAS NEGRAS  
ICW Uruguay  
Red de Personas Viviendo con VIH Redla+  
IDES  
Compañeros de las Américas  
MYSU  
FRANSIDA  
Espacio Participativo de Usuarios de la salud  
Movimiento Nacional de Usuarios de los servicios de salud pública y privada  
Regional Norte de Red Uruguaya de PVVS  
Red de PVVS de la Frontera Uruguay-Brasil  
Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa  
ONUSIDA  
UNFPA  
UNICEF

## Lista de acrónimos.

AMEPU	Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay
AMISEU	Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay (HSH y VIH)
ANEP/CODICEN	Administración Nacional de Educación Pública - Consejo Directivo Central.
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
A. SS y R	Área de Salud Sexual y Reproductiva
ARV	Antirretroviral(es)
ASEPO	Asociación de Apoyo al Sero Positivo
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
ATRU	Asociación Trans del Uruguay
CIEI-SU	Centro de Investigación y Estudios Interdisciplinarios en Sexualidad del Uruguay.
CHLA-EP	Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.
CONASIDA-MCP	Comisión Nacional de Sida –Mecanismo de Coordinación País.
DLSP	Departamento de Laboratorio de Salud Pública
DPES	Departamento de Programación Estratégica en Salud
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud
DIGESA	Dirección General de la Salud.
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal.
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres con VIH/Sida.
IDES	Instituto de Investigación y Desarrollo
IELSUR	ONG defensora de los derechos humanos (asesoramiento jurídico)
INAU	Instituto del Niño/niña y Adolescente del Uruguay.
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INLATINA	Iniciativa Latinoamericana
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JND	Junta Nacional de Drogas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MSP	Ministerio de Salud Pública
MEGAS	Medición de Gasto en Sida
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
ONG	Organización No Gubernamental

ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PEN	Plan Estratégico Nacional
PIT/CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores.- Convención Nacional de Trabajadores
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PN.ITS-VIH/SIDA	Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida
PPL	Personas Privadas de Libertad
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVV	Personas Viviendo con VIH
REDUTRASEXTRASIDA	Red Uruguaya de Trabajadoras/es Sexuales Trabajando en Sida
SEIC	Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TS	Trabajadores sexuales
TRANS	Incluye travestís, transexuales, transgénero
UDI	Usuario de drogas inyectables
UDELAR	Universidad de la República
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer



# INDICE

## **CAPITULO I. SITUACIÓN ACTUAL..... 11**

1.1. Proceso de elaboración del informe.	12
1.2. LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA.	12
1.3.1. SOBRE EL MARCO LEGAL VIGENTE.	15
1.3.2. Sistema de Salud y progresos en la implementación de la Reforma de la Salud	16
1.3.3. EL PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/SIDA/DPES/DIGESA/MSP.	22
1.3.4. INTERACCIONES DEL PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/SIDA EN LA ESTRUCTURA DEL DPES/DIGESA/MSP.	23
1.4. TABLA GENERAL DE DATOS DE INDICADORES INFORME MUNDIAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA.	25

## **CAPITULO II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA. ....43**

2.1. CIFRAS DE PREVALENCIA Y TIPO DE EPIDEMIA.	43
2.2. LA POBLACIÓN MÁS JOVEN Y EL VIH-SIDA.	45
2.3. LAS MUJERES Y EL VIH.	46
2.4. LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.	46
2.5. LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE.	47
2.6. LA SITUACIÓN DE LAS POBLACIONES MÁS EXPUESTAS.	48
2.6.1. PROFESIONALES DEL SEXO VARONES Y TRANS.	48
2.6.2. HOMBRES QUE TIENE RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES.	49
2.6.3. OTRAS POBLACIONES DE MAYOR EXPOSICIÓN EN URUGUAY.	50
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.	50
USUARIOS DE DROGAS.	52
MUJERES PROFESIONALES DEL SEXO.	54
2.7. POBLACIÓN GENERAL	56
2.7.1. EN POBLACIÓN GENERAL DE 18-65 AÑOS A NIVEL NACIONAL.	56
2.7.2. Población General: Jornada Nacional de la Promoción del Diagnóstico	61
2.7.3. EN POBLACIÓN JOVEN DE 15 A 24 AÑOS A NIVEL NACIONAL.	62
2.7.4. EN POBLACIÓN JOVEN DE 14 A 19 AÑOS EN MONTEVIDEO.	66
2.8. LA SITUACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH.	68
2.9. LA VIGILANCIA DE LOS TIPOS VIRALES PREVALENTES.	70

## **CAPITULO III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.....71**

3.1. LOGRAR QUE LA POBLACIÓN URUGUAYA INCORPORE PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ITS Y VIH.	71
3.2. LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH Y EL MANEJO DE LAS ITS.	72
3.3. LOGRAR QUE LOS RECIÉN NACIDOS EN URUGUAY ESTÉN LIBRES DE VIH Y DE SÍFILIS CONGÉNITA.	73
3.4. DISMINUIR LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA AL INTERIOR DE	

LA SOCIEDAD URUGUAYA.	74
3.5. POTENCIAR EL SISTEMA DE VIGILANCIA E INFORMACIÓN QUE PERMITA EL DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD.	75
<b><u>CAPITULO IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS .....</u></b>	<b><u>78</u></b>
<b><u>CAPITULO V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.....</u></b>	<b><u>83</u></b>
5.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ENCONTRADOS.	83
5.2. ACCIONES CORRECTIVAS.	85
<b><u>CAPITULO VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS .....</u></b>	<b><u>90</u></b>
<b><u>CAPITULO VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....</u></b>	<b><u>106</u></b>

## CAPITULO I. SITUACIÓN ACTUAL.

---

### 1.1. Proceso de elaboración del informe.

El proceso de redacción del presente informe se llevó a cabo mediante reuniones multisectoriales, en las que participaron el equipo del Programa Nacional ITS-VIH/Sida, del Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva, autoridades del MSP, integrantes de la CONASIDA-MCP, representantes de organizaciones de la sociedad civil (OSC), y el equipo conjunto de las Naciones Unidas.

Se partió de una reunión de presentación, en la cual se brindó orientación acerca del proceso de reporte 2012 y se compartió información acerca de los informes anteriores y situación inicial respecto a los principales indicadores a reportar.

Durante el proceso de recolección de información y elaboración del informe, se propició una participación más activa de la sociedad civil, a fin de que el punto de vista de sus representantes fuera incorporado en la redacción del informe descriptivo dado su rol clave en la cualificación de los datos cuantitativos.

Se compartió información, directrices, se sensibilizó en los indicadores y se asesoró en los encuentros mantenidos para la elaboración del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), buscando sensibilizar a la sociedad civil en los procesos de reporte país sobre la epidemia y su respuesta y en la necesidad de su mayor involucramiento.

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 elaboraron la parte B del mismo índice.

Se destaca especialmente el trabajo comprometido de la sociedad civil en esta instancia de elaboración del ICPN. Las OSC unificaron sus puntos de vistas y evaluaciones en un cuestionario único a partir de reuniones (una para la elaboración y otra para la validación) e intercambios vía mail. Ese proceso conjunto habla de un proceso de sensibilización de la sociedad civil frente a la necesidad de consolidar esfuerzos y negociar opiniones para mejorar el reporte de este Índice.

Las mayores dificultades durante la elaboración del informe se observaron a dos niveles: 1) en la participación de representantes estatales en la elaboración del ICPN parte A que requirió de entrevistas individuales y luego instancias de validación, y, 2) el escaso involucramiento de las instituciones prestadoras de salud que si bien aportaron los datos requeridos para la elaboración del informe, no evidencian un conocimiento cabal del proceso de reporte y su importancia, lo que

redundó en una escasa participación en las instancias intersectoriales.

## 1.2. La situación de la epidemia.

- En Uruguay la epidemia presenta un patrón de tipo "concentrado" (la prevalencia en población general es menor al 1% y es mayor a 5% en las poblaciones más expuestas, como trans, profesionales del sexo, usuarios de drogas, varones que tiene relaciones sexuales con varones y personas privadas de libertad).
- El número acumulado de casos de VIH y Sida desde el año 1983 al año 2010 es de 13.979.<sup>1,2</sup>
- La tasa de notificación de casos VIH sigue un lento y sostenido crecimiento, alcanzando en el año 2010, 25,56 por 100.000 habitantes. La tasa de notificación de Sida se situó en 7.36 por 100.000 habitantes, permaneciendo estable desde el año 2008.
- El número acumulado de fallecidos a diciembre de 2010 era de 2.489.
- La mortalidad por Sida tuvo un aumento sostenido hasta el año 2005, desde entonces ha permanecido prácticamente constante, correspondiéndose con una tasa de mortalidad específica por Sida de 5 por 100.000 habitantes.
- La relación Hombre:Mujer disminuyó en forma constante estabilizándose en los últimos 10 años donde permanece en una cifra aproximada de 2:1 (en el 2010: para VIH, 1.3; para Sida, 2.4).
- Existe un predominio de casos de VIH en el grupo comprendido entre 24 y 34 años de edad, mientras que los casos de Sida predominan en el grupo entre 35 y 44 años.
- La vía de transmisión predominante y en aumento es la sexual.
- La tasa de infección por VIH por 10.000 nacidos vivos ha mostrado una reducción constante situándose en el año 2010 en 0.85. Sin embargo la tasa de transmisión vertical en el Sector público, en el año 2010 se ubicó en 6.6% valor mas de 3 veces superior a lo deseable.
- Según la distribución geográfica, la mayor tasa de notificación de casos se concentra en Montevideo (correspondiendo al 74% del total de notificados), siguiendo algunos departamentos fronterizos con Brasil (Artigas y Rivera) y aquellos con mayor movimiento

---

<sup>1</sup> Sí bien la vigilancia de VIH/Sida en Uruguay se realiza desde los inicios de la epidemia, en el año 1994 se incluye el VIH en el Código Nacional de Enfermedades de Denuncia Obligatoria. Decreto 146/94

<sup>2</sup> Informe de Situación Nacional de VIH/sida. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Programa ITS/Sida; DEVISA; DLSP. Uruguay, diciembre 2011

turístico (Maldonado y Rocha).

### **1.3. Respuesta política y programática.**

En el período 2005-2010, el Gobierno profundiza los cambios iniciados en el período anterior, definido como de corte progresista con una agenda orientada a la construcción de la ciudadanía plena y a la gestión de política de Estado en Educación, Salud y Derechos Humanos.

En 1987, por el Decreto N° 345/87 se crea el Programa Nacional de Sida. En el 2002, se incorpora el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pasando a denominarse Programa Prioritario de ITS/Sida.

Desde el año 2010, el Programa Nacional ITS-VIH/Sida (PNITS-VIH/Sida) integra el Departamento de Programación Estratégica en Salud, actualmente en la órbita de la Dirección General de la Salud.

Son funciones del PNITS-VIH/Sida:

- Ejercer la rectoría en la respuesta a las ITS, VIH y Sida, elaborando pautas y normas de carácter nacional y diseñando estrategias basadas en evidencia en articulación con los diferentes actores involucrados para dar una respuesta efectiva a la epidemia.
- Promover políticas Públicas Saludables con los componentes educativos y comunicacionales
- Monitoreo y evaluación de las estrategias definidas en la respuesta nacional, permitiendo optimizar la planificación orientada al logro de resultados.
- Difusión de la situación nacional, acciones estratégicas de la planificación programática y su impacto

Las directrices que lo sustentan son:

- Implementar una política de estado en ITS-VIH/Sida alineada con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- Garantizar la atención integral de la salud de las personas con ITS-VIH/Sida.
- Desarrollar normativas e intervenciones desde una perspectiva de género, etnia, edad, y diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los Derechos Humanos, con prioridad a quienes se hallan en situación de vulnerabilidad social-económica-cultural.

- Promover la descentralización en la promoción de la salud, prevención y atención.
- Incrementar la eficiencia programática a través de alianzas estratégicas intersectoriales
- Promover la participación de los usuarios del SNIS, incluyendo en ellos a las PVVs.

La Comisión Nacional del Sida-Mecanismo Coordinador País (CONASIDA-MCP) organismo de participación intersectorial que propone acciones y da seguimiento a la respuesta al VIH/Sida fue constituida por Decreto del Poder Ejecutivo en el año 2008, si bien su existencia y funcionamiento se había iniciado en el año 2005.

Está presidida por el Subsecretario del MSP y la integran: la Dirección General de la Salud, (representada por el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), los Ministerios de Defensa, del Interior y de Desarrollo Social; el Instituto Nacional de Niñez y Adolescencia en Uruguay; la Administración Nacional de Educación Pública; la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; el Parlamento Nacional (Comisiones de Salud del Senado y Diputados); la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República; la Convención Nacional de Trabajadores; ONG; Grupo de Personas con VIH; y por el Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida: ONUSIDA, PNUD, UNIFEM, OIM, UNESCO, UNFPA, UNICEF, OPS, Oficina de Coordinador Residente de Naciones Unidas Uruguay. En el 2011 se incorporó un representante de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.

En el artículo 1º de definen las competencias de la CONASIDA-MCP: “a) constituirse en Consejo Consultivo de Coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto al VIH/Sida en el marco del acceso universal a la atención integral, trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH/Sida; b) Proponer y colaborar en la ejecución de actividades sistemáticas, a realizar en conjunto con las instituciones involucradas, que potencien la respuesta nacional ante el VIH/Sida; c) Promover la participación directa de representantes de organizaciones especializadas y con trayectoria en VIH/Sida; d) Promover la participación directa de representantes de las organizaciones de personas con VIH.”

En el artículo 7º se definen los cometidos del Plenario de Delegados, donde se destacan: “ejercer la función ejecutiva de la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida y, lograr decisiones por consenso, velando por la adecuada gestión del Plan estratégico Nacional de las ITS-VIH/Sida, de

acuerdo a la normativa vigente en materia de ejecución financiera y modalidades de gestión”.

En su artículo 9º se explicita que la CONASIDA podrá presentar Proyectos de Financiación en el marco del Plan Estratégico Nacional. En el caso de proyectos en el marco del Fondo Global de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la CONASIDA actuará como Mecanismo Coordinador País.

La CONASIDA-MCP aprobó y validó el Plan Estratégico Nacional (2006-2010) y el Marco de Resultados elaborado en 2010-2011 que constituye el esqueleto del PEN 2012-2016.

Facultada por su decreto de creación para presentar proyectos de financiación y otros proyectos que se inserten en o sean complementarios a los objetivos del PEN, la CONASIDA se abocó durante el período 2007-2009 a la presentación de proyectos al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La propuesta presentada a la Ronda 10, *“Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay”*, fue aprobada en diciembre del 2010 por el FM, firmado el acuerdo de subvención en diciembre del 2011 iniciándose su ejecución en el 2012.

### **1.3.1. Sobre el marco legal vigente.**

La ordenación de un marco jurídico de referencia a los determinantes sociales, sanitarios, educativos y de Derechos Humanos vinculados a la epidemia ha constituido un gran avance en los últimos años. Los instrumentos legales aprobados por el Poder Legislativo con mayor relevancia para la respuesta política programática en el período 2008-2011, son:

- **Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).** Es el fondo único de financiamiento de la prestación de asistencia médica a un colectivo de trabajadores y jubilados. Se establece en su Artículo 5 que los beneficiarios pueden optar entre la asistencia en el sector público o privado. Regula el financiamiento y ayuda a brindar las condiciones de sostenibilidad económica a la Reforma de la Salud. Durante el período 2009-2011 se ha incrementado el número de colectivos con derecho a este Seguro Nacional de Salud, que incorpora a cónyuges, profesionales, jubilados, empresas unipersonales. Se prevé de esta forma que para el año 2015, 2.500.000 uruguayos ingresen al FONASA, mientras que al inicio de la Reforma este número ascendía a 1.500.000.
- **Ley 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se crea**

**como servicio descentralizado.** Esta ley crea el servicio descentralizado y sustituye al órgano desconcentrado del mismo nombre. Regula su dirección y administración, determina su competencia nacional, establece sus cometidos de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de salud de los habitantes, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud y de desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes del país, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se destaca en su Artículo 4 el cometido de contribuir, mediante planes adecuados al cambio de prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.

- **Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).** Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Establece los principios rectores del sistema dentro de los cuales se destacan: a) la promoción de la salud, b) la intersectorialidad de las políticas de salud, c) el acceso universal, d) la orientación preventiva, e) la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, f) la calidad integral de la atención, g) el respeto a los derechos de los usuarios, h) la participación social de trabajadores y usuarios.
- **Ley 18.335 Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.** Su aprobación resultó de extrema importancia pues constituye el marco regulatorio entre los prestadores y pacientes o usuarios de los servicios de salud. Establece en su Artículo 2 que pacientes y usuarios tiene derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social. Constituye un poderoso elemento legal para amparar a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y en mayor riesgo, legislando contra la discriminación y garantizando las condiciones de acceso universal desde dentro mismo del sistema de salud.
- **Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.** El Estado por primera vez garantiza las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales



y reproductivos de toda la población. Además de establecer estos derechos, promueve políticas nacionales, diseña programas y organiza servicios para desarrollarlos. Se destacan sus principios: a) universalización en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); b) garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones, la formación adecuada de los recursos humanos de la salud y la incorporación de la perspectiva de género; c) capacitar a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena. Como objetivos específicos se consideran: a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes en esta materia, b) prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas, c) promover el parto humanizado, d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño, e) fortalecer las prestaciones en salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias; f) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y g) prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas. Para el cumplimiento de dichos objetivos se encomienda al Ministerio de Salud Pública que: a) dicte normas para la atención integral en SSR de niños, niñas y adolescentes, b) capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes, c) impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR, d) implemente acciones de vigilancia y control de la gestión, e) promover la captación precoz del embarazo, f) implementar en todo el territorio nacional la normativa denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", promover que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción. También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad. Se destaca la directa mención al VIH/Sida y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1, 2, 3 y 4, donde encomienda al MSP: a) la promoción en todos los servicios de SSR la educación, información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables, y los métodos eficaces de prevención de las ITS, b)

proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto, c) impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad y d) investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/Sida y otras ITS en diferentes poblacionales, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas. Merece especial destaque en la norma, la incorporación del Artículo 7, que incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el Artículo 11 bis, donde legaliza el derecho de todo niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. Merece aclaración que el proyecto de ley original recibió el veto presidencial en el Artículo referido a la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que algunos actores sociales aún continúan el debate de la temática. La legislación está actualmente en revisión, siendo votada afirmativamente en la Cámara de Senadores y actualmente en discusión en la Cámara de Diputados.

- **El Decreto del Poder Ejecutivo, 293/010, reglamenta la Ley 18.426, precisando las características de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva que garanticen desarrollar los objetivos de la Ley.** En su artículo 2º destaca que las prestaciones de estos servicios tienen como propósito mejorar la calidad de vida y relaciones personales además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las ITS. En su artículo 3º describe las características de estos servicios como: a) *universales*; b) *amigables*, a fin de disminuir las barreras de acceso en particular respecto a grupos vulnerable y socialmente excluidos; c) *inclusivos*, contemplando a mujeres, varones y trans; d) *igualitarios*, respetando la diversidad de las personas y evitando cualquier tipo de discriminación; e) *integrales*, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social; f) *multidisciplinario*; g) *ético*, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas; h) *calificado*, según las necesidades de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; i) *confidencial*.

- **Decreto del Poder Ejecutivo, 001-3-6712/2010, respecto al acceso universal de los métodos anticonceptivos.** En referencia a la provisión de preservativos, establece la obligatoriedad a los prestadores del SNIS, sin costos para usuarios/as del sector público y con un copago mínimo para privados, de una cuponera conteniendo 12 vales para 15 preservativos masculinos por mes.
- **Ley 18.437 Ley General de Educación** que en su Capítulo IV referido a los principios de la educación estatal determina en su Artículo 18 la igualdad de oportunidades o equidad, haciendo especial destaque en la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual y en su Capítulo VI define las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación, entre las que destacamos la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.
- **Decreto N° 87/008. Creación de la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).** Dicho organismo se establece como consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en políticas públicas vinculadas al VIH/Sida. Se constituye como un espacio amplio de participación de multiplicidad de actores relevantes involucrados en la lucha contra el VIH/Sida y funciona en forma sostenible como ámbito de generación y validación de políticas específicas orientadas al VIH/Sida.

Las siguientes leyes y decretos aprobados durante el período que cubre el informe tienen un alcance más específico. Su relevancia está dada por los avances que significan en materia de derechos humanos para aquellas personas o grupos de personas que además de sufrir con mayor intensidad el peso de la epidemia VIH/Sida, no tienen todos los elementos legales que permitan el ejercicio pleno de sus derechos. Afectan principalmente a las mujeres, varones que tienen sexo con varones, trans y personas con VIH (PVVs).

- **Ley 18.620 Ley de Reconocimiento al Derecho de la Identidad de Género, Cambio Registral de Nombre y Sexo.** Establece que toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su identidad de género, estableciendo mecanismos para garantizar esta identidad con la denominación registral de nombre y

sexo.

- **Ley 18.590 Modificación de las Disposiciones Relativas a la Adopción en el Código de la Niñez (Ley 17.823).** Estas modificaciones, especialmente la del Artículo 2, permiten acceder a la adopción a parejas en unión concubinaria, entre otras modificaciones que promueven el mejor beneficio del niño o niña adoptado.
- **Ley 18.561 Prevención y Sanción del Acoso Sexual en Ámbito Laboral y Docente.** Tiene el objetivo de prevenir y sancionar el acoso sexual en tanto constituye forma grave de discriminación y desconocimiento del respeto de la dignidad de las personas.
- **Ley 18.473 Ley de Testamento Vital de Paciente Terminal Oposición al Tratamiento y Derecho.** Establece que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos médicos, salvo que con ello afecte la salud de terceros. Garantiza el derecho, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible, a expresar en forma anticipada la voluntad de oponerse a la prolongación de su vida si esto es en detrimento de la calidad de la misma.
- **Ley 18.331 Protección de Datos Personales y Recurso de "Habeas Data".** Consagra el derecho a la protección de los datos personales, y hace extensiva la ley a los ámbitos público o privado. Se destaca en su Artículo 9 el principio del consentimiento informado previo, que debe documentar la voluntad expresa del titular de los datos al registro y utilización de los mismos. Por otra parte el Artículo 10 regula la confidencialidad de los datos.
- **Ley 18.381 Derecho de Acceso a la Información Pública.** Considera el acceso a la información pública como un derecho de todas las personas sin discriminación de ningún tipo y que se ejerce sin necesidad de justificar las razones por las cuales se solicita la información. La presente ley obliga a crear y mantener registros de manera profesional de manera que el derecho de acceso se pueda ejercer en plenitud, a la vez que regula la privacidad y confidencialidad de los datos. Esta ley, en conjunto con la de "Habeas Data" brinda transparencia a la atención en salud, posibilitando que los usuarios del sistema puedan utilizar los datos de sus historias clínicas en mejor beneficio y provecho de su salud así como participar de los procesos de monitoreo y

evaluación.

En el año 2010 el PN.ITS-VIH/SIDA publicó el documento “Marco Normativo en relación al VIH/Sida en Uruguay”, con la finalidad de contar con un documento del marco jurídico actualizado, con énfasis en la legislación que garantiza el ejercicio de los derechos en personas en situación de vulnerabilidad y en PVVs.

### **1.3.2. Sistema de Salud y progresos en la implementación de la Reforma de la Salud.**

Los ejes de la Reforma de la Salud se basan en tres líneas principales: cambio en el modelo de financiamiento, cambio en el modelo de gestión y cambio en el modelo de atención.

Para llevar adelante estos cambios, durante el período 2005-2010 se promulgaron las tres leyes fundamentales que constituyen la Reforma de la Salud: **Creación del Fonasa** (18.131), **Ley de Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado-ASSE** (18.161): **Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud-SNIS** (18.211).

La actual administración del Ministerio de Salud Pública (2010-2015) se propone como desafío, en el marco de la segunda fase de la Reforma de la Salud, profundizar algunos aspectos específicos de las políticas de salud y de la consolidación del sistema. Los objetivos políticos planteados para esta segunda etapa de la reforma sanitaria, son a grandes rasgos: la consolidación de los logros en materia de cobertura e ingreso de los nuevos colectivos al FONASA, la profundización de la participación social en el SNIS, y la profundización de cambios en el modelo de atención.

Se propone un modelo de atención integral basado en las necesidades de la población, fortalecido en el Primer Nivel de Atención (PNA) donde se priorice la promoción y prevención considerando los determinantes del entorno, con capacidad de diagnóstico oportuno, capacidad resolutive, con enfoque de género y con énfasis en equidad, la eficacia de las acciones y la eficiencia y sustentabilidad del sistema.

En marzo del 2010, se creó el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), apostando a la construcción de la agenda nacional de prioridades y como forma de lograr una mayor eficacia en las acciones propuestas a nivel de la política sanitaria impulsada por el Ministerio.

En este marco se encuentra el Área de Salud Sexual y Reproductiva, integrando los Programas ITS-VIH/Sida, Violencia y Salud, Salud Integral de la Mujer y Varón.

La agenda del DPES de prioridades en salud está constituida por los siguientes Planes Nacionales: Salud Rural; Salud Perinatal y de la Primera Infancia; Salud Escolar; Adolescencia y Juventud; Salud de Adultos/as; Salud de Adultos/as Mayores; Salud Sexual y Reproductiva.

### **1.3.3. El Programa Nacional ITS-VIH/Sida/DPES/DIGESA/MSP.**

La conducción de la respuesta nacional está a cargo del Programa Nacional de ITS-VIH/Sida (PNITS-VIH/Sida), en el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) en la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA).

Desde el año 2010, el Programa Nacional ITS-VIH/Sida con el apoyo de ONUSIDA ha profundizado el proceso de fortalecimiento de la Respuesta Estratégica a las ITS-VIH/Sida. A continuación reseñamos brevemente estos antecedentes:

- Construcción y actualización de una Base de Datos y Referencias para el diseño de una estrategia basada en evidencias
- Elaboración de un documento de Marco de Resultados donde se presentan las intervenciones, líneas de acción, efectos directos, líneas de base existentes y brechas identificadas de información
- Actualización del Plan Estratégico Nacional (PEN) sustentado en 5 ejes estratégicos: 1) Promoción y Prevención; 2) Atención Integral; 3) Entorno; 4) Fortalecimiento institucional y organizacional; 5) Monitoreo y Evaluación.

Este plan estratégico es de compromiso con las personas y busca la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH, mejorar la calidad de la atención de las PVVs, así como del entorno. Tiene el cometido de implementar políticas públicas pautadas por la ética, el respeto a la diversidad sexual, racial, étnica, la igualdad de género y la priorización de la población socialmente vulnerable y más expuesta a las ITS y el VIH.

Busca, colaborando en la construcción de ciudadanía plena, mejorar la calidad de vida de las PVVs y de las poblaciones más expuestas a la epidemia.

Durante el período 2009-2011 el PNITS-VIH/Sida ha:

- Establecido la rectoría en la respuesta a la epidemia y promovido la articulación de actores e iniciativas.
- Elaborado pautas, normativas y recomendaciones de carácter nacional.
- Promovido políticas públicas saludables.

- Monitoreado y evaluado la aplicación de las normativas vigentes y el cumplimiento de las prestaciones implementadas por los efectores de salud.
- Enfocado, a partir de sus objetivos principales, la respuesta en las poblaciones más expuestas, quienes sufren de forma desproporcionada el peso de la epidemia.

En diciembre del 2010 fue aprobado por el Fondo Mundial el Proyecto “*Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay*”. El acuerdo de subvención fue firmado en diciembre del 2011 para dar inicio en el 2012. Tiene como Receptores Principales (RP) al Ministerio de Salud Pública (que conformó la Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial) y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación (ANII). Este proyecto fortalece la respuesta nacional con acciones de prevención orientadas a dos poblaciones vulnerables: población de travestis, transgénero y transexuales, y población de hombres que tienen sexo con hombres y hombres gay. Las metas propuestas en este proyecto son:

- *Promover el acceso universal a la prevención, diagnóstico y atención de VIH e ITS y coinfección VIH-TB de la población gay, de otros HSH y Trans (incluyendo trabajadores sexuales y personas privadas de libertad), con base en evidencias y en un marco de derecho a la salud*
- *Fortalecer las organizaciones y colectivos de HSH y Trans del país para contribuir a su integración social y consolidar un entorno favorable para el control de la epidemia*
- *Promover un entorno social favorable hacia la plena inclusión social y el ejercicio pleno de la ciudadanía de las poblaciones de HSH y Trans que disminuya su vulnerabilidad a las ITS y VIH*
- *Consolidar un sistema de información nacional oportuno, relevante y transparente, que contribuya con evidencia actualizada a la respuesta nacional*

#### **1.3.4. Interacciones del Programa Nacional ITS-VIH/Sida en la estructura del DPES/DIGESA/MSP.**

En el DPES se constituyen además del Área de SS y R y sus programas, las áreas de: Promoción de Salud y Prevención, Ciclos de Vida y Enfermedades Crónicas Prevalentes. Es así que las líneas de acción del Programa se articulan con otras Áreas y Programas, así como con otros

sectores intraministeriales y otras instituciones y estas intervenciones transversales se reflejan en el PEN.

El Área de SS y SR, suscribe a los Protocolos de Cairo 1994 y Beijing 1995. Tiene el objetivo de fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a SS y R. Promueve la equidad de género y la construcción de ciudadanía en mujeres y niñas. Destaca entre sus poblaciones objetivo a aquellas mujeres más expuestas a ITS-VIH (profesionales del sexo, migrantes, privadas de libertad), varones y diversidad sexual. Durante este período ha incorporado el despistaje de la violencia doméstica como meta prestacional.

Se han realizado cursos de capacitación a los trabajadores de salud e implementación en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Equipos de Referencia de Violencia y Salud.

Se abocó a la protocolización de diferentes directrices entre las que se destacan: Guías para la Instalación de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva; Normas de Atención a la Mujer Embarazada; Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio; Anticoncepción; Climaterio; Diversidad Sexual; Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer.

La articulación del PNITS-VIH/Sida con otras Áreas es la construcción participativa de diferentes planes como el Plan de Impacto de Sífilis Congénita, el Plan Perinatólogo, El Plan de Salud Rural.



**1.4. Tabla general de Datos de Indicadores Informe Mundial de avances en la lucha contra el sida. (Período de cobertura enero - diciembre 2010)<sup>3</sup>**

<b>OBJETIVO</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente/Cobertura</b>	<b>Valor</b>	<b>Observaciones</b>
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	<b>POBLACIÓN GENERAL</b>			
	1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	<i>Prácticas de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes.</i>  <i>Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP y el Programa Adolescente de DIGESA-MSP</i>	<b>33.7%</b>	Ver apartado 2.4.1.
	1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	<i>Prácticas de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes.</i>  <i>Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP y el Programa Adolescente de DIGESA-MSP</i>	<b>36.9%</b>	
	1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	<i>Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH- sida</i>  <i>Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del</i>	<b>16.5%</b>	Ver apartado 2.4.1.

<sup>3</sup> El período de cobertura para la medición de los indicadores fue en enero – diciembre de 2010. Los estudios comportamentales presentados como fuentes de los indicadores del objetivo 1 principalmente, fueron realizados en los años 2007 y 2008.

	MSP		
	Cobertura: Nacional Año de realización: 2007 Muestra: 1502 casos entre 18 y 49 años		
1.4 Porcentaje de personas adultas 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*	Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH sida  Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP  Cobertura: Nacional Año de realización: 2007 Muestra: 1502 casos entre 18 y 49 años	<b>67,6%</b>	Ver apartado 2.4.1.
1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH sida  Equipos Mori / Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP  Cobertura: Nacional Año de realización: 2007 Muestra: 1502 casos Rango etario: 18 y 49 años	<b>17,8%</b>	Ver apartado 2.4.1.
1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*	Sistema Informático Perinatal. MSP	<b>0,03</b>	Ver apartado 2.4.1.
<b>PROFESIONALES DEL SEXO</b>			
1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención		<b>Sin datos</b>	
1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2007	<b>76,4%</b>	

	Muestra: 313 TS Rango etario: 18 a 65 años		
1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2007 Muestra: 313 TS Rango etario: 18 a 65 años	<b>25,9%</b>	
1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2007 Muestra: 313 TS Rango etario: 18 a 65 años	<b>19,3%</b>	
<b>HSH</b>			
1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH		<b>Sin datos</b>	
1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2008 Muestra: 309 HSH Rango etario: 18 a 62 años	<b>45,9%</b>	Ver apartado 2.4.1.
1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2008 Muestra: 309 HSH Rango etario: 18 a 62 años	<b>26,2%</b>	Ver apartado 2.4.1.

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para el 2015	1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR.  Cobertura: Montevideo Año de realización: 2008 Muestra: 309 HSH Rango etario: 18 a 62 años	<b>9%</b>	
	2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año		<b>Sin datos</b>	Ver apartado 2.4.1.
	2.2 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual		<b>Sin datos</b>	Ver apartado 2.4.1.
	2.3 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó		<b>Sin datos</b>	Ver apartado 2.4.1.
	2.4 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados		<b>Sin datos</b>	Ver apartado 2.4.1.
	2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH		<b>Sin datos</b>	Ver apartado 2.4.1.
Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el	3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para	Numerador: Reporte de prestadores de salud (5 del subsector privado, 20 del subsector público)  Denominador: Spectrum	<b>84%</b>	Ver apartado 2.4.1.

número de muertes maternas relacionadas con el sida	reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil			
	3.2 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	Centro Nacional de Referencia Obstétrico – Pediátrico VIH/Sida	<b>100%</b>	
	3.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	Spectrum	<b>3,4%</b>	Ver apartado 2.4.1.
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015	4.1 Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica*	Numerador: Reporte de prestadores de salud (5 del subsector privado, 20 del subsector público) Denominador: Spectrum	<b>47,2%</b>	Ver apartado 2.4.1.
	4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica	Datos de AMECOM, Asoc. Española, Universal, CHPR, CASMU, MUCAM, SEIC, Hospital Policial, Hospital Militar	<b>65%</b>	Ver apartado 2.4.1.
Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosis	<b>33%</b>	
Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y	6.1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	MEGAS año 2008	<b>14.106.353</b> <b>(dólares americanos)</b>	La última medición del gasto en sida en Uruguay se realizó en 2008

<b>medios</b> <b>Objetivo 7.</b> <b>Facilitadores y sinergias</b> <b>esenciales con los</b> <b>sectores de</b> <b>desarrollo</b>	7.1 Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y vigilancia y evaluación)	Formulario ICPN A y B		Ver ICPN A ICPN B
	7.2 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses			Ver apartado 2.4.1.
	7.3 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	<i>Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del sida en Uruguay.</i> <i>Unicef. Compañeros de las Américas. ASSE, PPITS/SIDA MSP.</i> <i>Cobertura: Montevideo, Canelones, Artigas, San José, Rocha</i> Año de realización: 2008 Muestra: 116 Rango etario: 3 a 17 años Entre 10 y 14 años: 33 <i>Entre 10 y 14 años con doble orfandad: 1</i>	<b>100%</b>	Ver apartado 2.4.1.
	7.4 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo			Ver apartado 2.4.1.

### 1.4.1. PROFUNDIZACIÓN DE ALGUNOS INDICADORES

**Indicadores: 1.1; 1.3; 1.4; 1.5; 1.12; 1.13**

En el marco del Día Nacional de la Lucha contra el VIH/Sida, el 29 de julio del 2011, se realizó por primera vez una jornada nacional de promoción del diagnóstico de VIH. Los objetivos de la jornada fueron: sensibilización de la población y de los equipos de salud en la temática del VIH; promover el acceso al diagnóstico; contribuir a la reducción del estigma y la discriminación vinculados al VIH-Sida; contribuir en la formación de recursos humanos en el área de la salud en la oferta de la prueba diagnóstica de VIH con consejería.

Se aplicó una encuesta anónima autoadministrada en cuatro sitios de Montevideo donde la actividad estuvo liderada por equipos de Salud de la Universidad de la República. El número de personas que respondieron al menos parcialmente fue de 687.

La información relevada en esta jornada se reporta como complemento a los valores reportados en los indicadores señalados, aunque es importante mencionar que esta consulta no es representativa de la población general o más expuesta. El elevado número de parejas sexuales, la baja proporción de uso de preservativos especialmente en la población general y el elevado porcentaje de HSH, habilita la hipótesis de que al menos parte de la población que concurrió a realizarse la prueba se percibían con riesgo de infección.

*Indicador 1.1 Conocimiento sobre la prevención del VIH (mujeres y varones entre 15 y 49 años)*

Preguntas	SI	NO	NS/NC	TOTAL
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?	170	3	2	175
¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	174	0	1	175
¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?	13	151	11	175
¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?	5	167	3	175

*Indicador 1.3. Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses*

Numerador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses: 274

Denominador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años: 521

Valor: 52,6%

*Indicador 1.4 Porcentaje de personas adultas 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*

Numerador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y declara haber usado preservativo durante la última relación sexual: 107

Denominador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses: 274

Valor: 39,05%

*Indicador 1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

Numerador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años que se hizo prueba de VIH y conoce su resultado (no especifica período): 237

Denominador: Número de personas consultadas entre 15 y 49 años: 521

Valor: 45,4%

## **HSH**

*Indicador 1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina*

Numerador: Número de HSH que declara haber usado preservativo en su última relación: 35



Denominador: Número de hombres que tuvieron relaciones sexuales con otro hombre en los últimos 6 meses: 71

Valor: 49,3%

*Indicador 1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

Numerador: Número de HSH que se sometió a una prueba de VIH y conoce su resultado (no específica período): 41

Denominador: Número de HSH consultados: 71

Valor: 57.7%

**Indicador 1.6** El porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH ha sido estimado de acuerdo a las Directrices teniendo en cuenta los reportes al Servicio Informático Perinatal (SIP) del MSP. Como forma de cotejar esta información se procedió a comparar este valor (0,03) con los datos del Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) del MSP. Según el reporte de DEVISA en el 2010 hubo 127 notificaciones de VIH entre 15 y 24 años (62 varones, 61 mujeres y 4 sin dato de sexo). Si se toma como numerador a este valor y como denominador a la estimación para ese año de población entre 15 y 24 años en el país: 526.516 personas de ambos sexos, se obtiene una prevalencia de VIH entre 15 y 24 años de 0,024. Con respecto a las mujeres se obtiene la misma prevalencia.  $(61/258.251=0,023)$ .

### **Indicadores 2.1 a 2.5.**

Tal cual ya se ha manifestado en otros informes reportados por el Uruguay el cambio en el patrón de consumo de drogas en Uruguay hace que la utilización de drogas inyectables tenga una muy baja prevalencia. Según la 4ta Encuesta Nacional de Hogares, de la Junta Nacional de Drogas (JND), realizada en 2007 el uso de drogas inyectables es declarado por el 0.3% de la población investigada. En el 2011 se realizó nuevamente esta encuesta pero al cierre de este informe no se cuenta con los datos oficiales ya que los mismos serán divulgados en abril de 2012. Igualmente se

ha adelantado por parte de la JND que esta prevalencia no ha cambiado y sigue siendo marginal.

**Indicador 3.1.** El porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil en el CHPR (donde se concentran 8 de cada 10 embarazadas reportadas) asciende al 95%.

**Indicador 3.3** El porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en el año 2010 en el Centro Nacional de Referencia Obstétrico Pediátrico VIH/Sida es mayor que el reportado por Spectrum situándose en el 6.6%.

Numerador: 5

Denominador: 76

#### **Indicador 4.1.**

Los datos para la elaboración del Numerador fueron aportados por los prestadores de salud que se enumeran al pie, 5 del subsector público y 20 del subsector privado<sup>4</sup>.

**Tabla. Cantidad de pacientes en TARV según sub sector de salud**

Sub sector de Salud	Cantidad de adultos en TARV	Cantidad de niños en TARV	Total
PRIVADO	964 (38%)	8 (8%)	972 (36%)
PUBLICO	1597(62%)	89 (92%)	1686(64%)
<b>Total</b>	2513 (100%)	97 (100%)	2658 (100%)

Para el denominador se toma la estimación proporcionada por Spectrum versión 4.47.

<sup>4</sup> *Subsector público:* BPS (Servicio de Salud del Banco de Previsión Social); CHPR (Montevideo); HOSPITAL MILITAR (Montevideo); SANIDAD POLICIAL (Montevideo); SEIC (Montevideo)

*Subsector privado:* AMECOM (Maldonado); ASOCIACIÓN ESPAÑOLA (Montevideo); ASOCIACIÓN MEDICA SAN JOSÉ (San José); CAMCEL (Cerro Largo); CAMEDUR (Durazno); CAAMEPA (Canelones); CAMS (Soriano); CASA DE GALICIA (Montevideo); CASMER (Rivera); CASMU (Montevideo); COMECEL (Cerro Largo); COMEFLO (Flores); COMERO (Rocha); COOPERATIVA MEDICA ARTIGAS (Artigas); CRAMI (Canelones); HOSPITAL BRITANICO (Montevideo); MUCAM (Montevideo); ORAMECO (Colonia); SOCIEDAD MÉDICO QUIRÚRGICA de SALTO (Salto); UNIVERSAL (Montevideo).

Vale la pena mencionar que este indicador presenta una significativa reducción.

Es de destacar que en el reporte del año 2010, se tomó como denominador una fórmula aplicada previamente: pacientes con infección VIH avanzada que requieren tratamiento = casos de Sida vivos al 31/12/2009 x 1.30 (se estimó un subregistro de 30% del total de casos de Sida notificados), ya que en ese momento se consideró la fórmula más apropiada dadas las discordancias que existían entre Spectrum y el Departamento de Epidemiología.

	2008	2010
<b>Numerador</b>	2511 (por encuestas)	2658 (por encuestas)
<b>Denominador</b>	3018 (cálculo x DEVISA)	5.630 (por Spectrum)
<b>Indicador</b>	83.2%	47.1%

**Indicador 4.2.** Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica

En este reporte se ha logrado mejorar la medición del indicador incorporando datos provenientes de otros prestadores de salud. En el informe de 2008 se obtuvo información de uno sólo: Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC). Para el presente informe se obtuvo información de : Asistencial Médica Cooperativa Maldonado (AMECOM) Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Servicio Médico Universal, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Centro Asistencial Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Médica Uruguaya (MUCAM), Hospital Policial, Hospital Militar y SEIC. Esto proporciona una cobertura de más de un 92% de los prestadores de salud que proveen de TARV.

**Tabla. Cantidad de pacientes en TARV que iniciaron tratamiento en 2010 y lo continuaron durante doce meses (según sub sector de salud).**

Sector de Salud	Cantidad de pacientes que iniciaron TARV en 2010	Cantidad de pacientes que continuaron durante 12 meses	Porcentaje
PRIVADO	91	86	94,5
PUBLICO	283	157	55,5
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>243</b>	<b>65</b>

**Indicador 7.1.** Según el Observatorio Nacional Sobre violencia y criminalidad Uruguay dependiente del Ministerio del Interior en el año 2010 se registraron 11.364 denuncias.

Las directrices para el reporte de este indicador indican que debería utilizarse encuestas nacionales o internacionales para su medición. En el año 2012 se realizará en el Uruguay la primera encuesta sobre prevalencia de violencia doméstica. Se entiende que el país ha realizado importante esfuerzos para la identificación y divulgación de la violencia doméstica que se detallan a continuación.

### ***Abordaje de la violencia doméstica en Uruguay***

En julio del año 2002 el Parlamento uruguayo aprobó la Ley N° 17.514 o Ley de Violencia Doméstica, que expresa: *“Declárese de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica.”* Asimismo, *la Ley describe las manifestaciones de violencia doméstica, constituyan o no delito: la violencia física, psicológica o emocional, sexual y patrimonial.*

Esta Ley ofrece el marco jurídico específico y es objeto de políticas públicas, ya que obliga al Estado a tomar medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia doméstica, así como fomentar el apoyo integral a las víctimas.

La Ley creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, que comienza su actividad en el año 2003 y tuvo a su cargo la elaboración del Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. Todos los departamentos del país cuentan con Comisiones Departamentales, para dar cumplimiento a nivel local al Plan Nacional. Se constituyen como un

espacio de articulación y coordinación de los programas y recursos existentes en los distintos departamentos y contribuyen a brindar respuestas integrales a nivel nacional.

El Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica (2004-2010) tuvo como objetivo general diseñar y gestionar políticas públicas específicas para la erradicación de la violencia doméstica en el ámbito nacional, liderando los procesos que garanticen la protección, prevención y promoción de derechos.

El Plan establece acciones para los distintos organismos del Estado que tienen responsabilidad en el abordaje de la violencia doméstica.

En el año 2010 en el Ministerio de Salud Pública se crea el Programa Violencia y Salud. Las principales normas en el Sector Salud son los decretos 494/2006 que establece las obligaciones de las instituciones y personal de salud en relación a la detección de rutina y atención a situaciones de violencia doméstica tanto en la esfera pública como privada y la 299/2009.

Los lineamientos de la Política de Salud para atención al tema de la violencia hacia la mujer se establecieron en el documento Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer – Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud. La normativa vigente ubica el problema de la violencia física, psicológica y sexual hacia las mujeres como un grave problema de salud pública, cuya manifestación más frecuente en Uruguay es la Violencia Doméstica. Establece la obligación de las instituciones públicas y privadas de salud de atender a las mujeres beneficiarias de sus servicios que presenten este problema y describe qué procedimientos son obligatorios.

En tal sentido es obligación que todas las instituciones tengan un equipo de referencia en violencia doméstica, que se encargará de organizar la atención y apoyar al personal para que pueda asumir su rol en dar respuesta al problema. Se plantea que todo el personal de salud debe responder según su función específica: indagar de rutina, dar primera respuesta, evaluar riesgo, seguir en lo pertinente a su rol, solicitar apoyo. El equipo de referencia es el encargado de atender las situaciones de riesgo grave de salud o vital. No es obligatoria la denuncia policial ni judicial, pero las instituciones de salud están habilitadas a realizar la denuncia si considera que es una medida de protección imprescindible.

Desde el MSP se desarrolló una estrategia de apoyo a la implementación a través de un espacio de formación e interacción para los Equipos de Referencia de Salud y Violencia Doméstica,

creados por la reglamentación. En marzo de 2011 esta Red estaba conformada por 72 equipos distribuidos en 10 departamentos.

En 2007 el Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay (INAU) publicó el Protocolo de intervención para situaciones de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes. Y en abril 2008 se elaboró conjuntamente entre el Ministerio del Interior y el Inmujeres la Guía de procedimiento policial, actuaciones en violencia doméstica contra la mujer. Esta guía busca establecer los criterios y procedimientos comunes a desarrollar por parte de la Policía frente a situaciones de violencia doméstica hacia las mujeres. En noviembre 2010 se presentó la guía actualizada y se aprobó el Decreto n° 317/010 que reglamenta la Ley n° 18.315 para la actuación policial en violencia doméstica.

La Secretaria de la Mujer de la Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con un programa por una ciudad habitable y segura, libre de violencia de género, dirigido a mujeres montevidéanas, con especial hincapié en las mujeres de sectores populares de la periferia, y a varones agresores que voluntariamente demandan apoyo psicosocial. El programa tiene un servicio telefónico de atención a mujeres víctimas de violencia de alcance Nacional que da escucha, orientación y derivación.

A nivel de Poder Judicial se destaca:

- La existencia de 4 Juzgados especializados en Violencia Doméstica, con designación de recursos humanos y financieros (aunque aún insuficientes para una acertada cobertura).
- Establecimiento de turnos judiciales en todo el país para la atención de situaciones de urgencia en violencia doméstica.
- Capacitación, a nivel nacional, a operadores del sistema público, con énfasis en el sistema judicial, policial y de salud.
- Sensibilización en todo el país, a través de campañas, material de difusión, capacitaciones, etc.
- Instalación de Comisiones Departamentales de Lucha contra la violencia doméstica en los 19 departamentos del país.
- 13 Servicios de Atención a Mujeres en Situación de Violencia Doméstica en 13 departamentos.

Asimismo, se ha avanzado en la recolección y procesamiento de datos a nivel nacional desde el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior que contribuye a la visibilización del delito específico de violencia doméstica.

El Sistema de Información en Género del Inmujeres aporta datos de las mujeres que consultan en alguno de los trece Servicios Especializados de Atención en Violencia Doméstica.

En cuanto a la situación de la violencia contra las mujeres en Uruguay, según datos del Ministerio de Interior, de noviembre 2009 a octubre 2010 fueron asesinadas 35 mujeres por violencia doméstica. En el mismo periodo del año anterior las mujeres asesinadas fueron 23. Se estima que aproximadamente cada 10 días se mata o se intenta matar a una mujer por violencia doméstica.

Las denuncias que recibieron el Ministerio del Interior por violencia doméstica en todo el país fueron 13.709, siendo el segundo caso denunciado después del hurto. Del vínculo del agresor con la mujer, el 50% mueren a manos de sus parejas actuales o de sus ex parejas, mientras que el riesgo de que ésta sea asesinada por un desconocido es de un 7%. En lo que tiene que ver con edades, predominan las mujeres jóvenes que no supera los 50 años. El 71% de los hombres que asesinan a una mujer por violencia doméstica se quita la vida.

Los Servicios Especializados en Atención a Mujeres en Situación de Violencia Doméstica del Inmujeres en 2010 recibieron 1484 consultas. Los motivos de consulta de las mujeres que acceden a estos servicios, muestran que en su gran mayoría buscan información y orientación general, asesoramiento jurídico y atención psicológica.

Desde la Intendencia de Montevideo el registro de llamadas atendidas en la línea 08004141 para el 2009 fueron de 4.958 llamadas de Montevideo y 1.410 del resto del país.

El Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia del INAU atendió en Montevideo y Canelones a 267 niñas y a 236 niños, mediante un abordaje y tratamiento individual, familiar y comunitario en el periodo de 2007 al 2009.

En 2010 el Poder Judicial ha tramitado en los Juzgados especializados en materia de violencia doméstica en Montevideo 6.003 casos. En el interior del país los Juzgados letrados que incluyen expedientes de violencia doméstica y en materia del código de la niñez y la adolescencia tramitaron 9003 expedientes.

Uruguay cuenta con 34 organizaciones de la sociedad civil que trabajan en materia de violencia doméstica con el apoyo de la Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual. La mayoría de estas organizaciones trabajan bajo distintas modalidades de convenios con instituciones estatales que dan atención a las mujeres en situación de violencia.

**7.3 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos de 10 a 14 años de edad.** Este indicador se reporta solo para el caso de niños/as huérfanos (PARTE A de acuerdo a la Directrices) y a partir de la encuesta realizada en el marco del estudio "*Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del sida en Uruguay*". En esta encuesta de un total de 116 casos solo hay un caso de niño/a entre 10 y 14 años con orfandad doble, por lo cual no es un dato demasiado significativo.

En tanto en ese rango de edad y con orfandad materna o paterna existen 33 casos, de los cuales 31 están escolarizados, lo cual representa un 94%.

No se dispone en el país de estadísticas que den cuenta del número de niños en edad escolar primaria o secundaria con ambos progenitores vivos que asisten a la escuela, ya que la información no está desagregada de acuerdo a criterios que así lo posibiliten.

#### **7.4 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico<sup>5</sup>**

**Pobreza por ingresos:** Entre los años 2001 y 2004 se registra un aumento de casi 15 puntos porcentuales en la proporción de personas que integran hogares bajo la Línea de Pobreza (de 25% a 39,7%) y aumenta en 13 puntos porcentuales la incidencia de la pobreza en los hogares (de 17% a 29,6%).

A partir de 2005, la incidencia del fenómeno comienza a disminuir, alcanzando los valores más bajos del período en el año 2010. En ese año el 12,6% de los hogares –tanto del total país, como

---

<sup>5</sup> MIDES (2011) Informe MIDES Seguimiento y evaluación de programas 2009-2010



de las localidades mayores de 5000 habitantes- se encontraban bajo la línea de pobreza. La proporción de personas viviendo en hogares bajo la línea de pobreza se ubicó en 18.7% para las localidades de 5.000 y más habitantes y en 18.6% para el total país, representando un descenso de 21 puntos porcentuales si se lo compara con los datos relevados en el 2004.

Más allá de la tendencia favorable, de acuerdo a estimaciones realizadas a partir de la Encuesta Continua de Hogares, en el año 2010 en Uruguay continuaba habiendo más de 148 mil hogares cuyos ingresos eran insuficientes para costear una canasta básica.

**Pobreza por necesidades básicas insatisfechas:** el 69,1% de los hogares uruguayos no presentan ninguna Necesidad Básica Insatisfecha. Un 30,9% presenta al menos una necesidad básica insatisfecha, un 19,8% presenta una única NBI, un 7% presenta 2 NBIs y un 4,1% 3 o más. Según estos datos, se estima que en el Uruguay viven algo más de 1 millón 330 mil personas en hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha. Casi 4 de cada 10 personas integran hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha.

#### **Principales apoyos recibidos por los hogares más pobres:**

**Asignaciones Familiares vinculadas al Plan de Equidad** (Banco de Previsión Social y Ministerio de Desarrollo Social)

La evolución de los beneficiarios fue aumentando sostenidamente: desde 230.155 menores para enero de 2008 hasta los 412.707 menores para diciembre de 2010. En cuanto a la cantidad de hogares, abarca desde 95.493 hogares para enero del 2008 hasta unos 186.680 a diciembre de 2010.

**Tarjeta Uruguay Social** La población objetivo es coincidente con la del programa de atención a la emergencia social (PANES), haciendo énfasis en los hogares con menores y/o embarazadas.

#### *Cobertura Bruta*

Por cobertura bruta del programa se entiende el cociente entre la cantidad de beneficiarios y el total de la población objetivo. De acuerdo al primer y segundo criterio estimado a partir de la ECH (hogares indigentes y 1,25 indigencia), vemos que la cobertura supera ampliamente el 100% de la población objetivo. Para el tercer criterio (hogares pobres), la cobertura se sitúa al 74% de la población objetivo. En el cuarto criterio (población vulnerable socio-económicamente según Índice de Carencias Críticas) la cobertura actual supera el doble de la población objetivo, establecida según dicho criterio.

### **Complemento Alimentario Programa de Enfermos Crónicos (PAEC) Instituto Nacional de Alimentación (INDA)**

Este programa tiene la finalidad de contribuir a mejorar la situación alimentaria nutricional de personas con enfermedades crónicas, en tratamiento, cuya situación socio-económica sea desfavorable, a través de la entrega mensual de un complemento alimentario.

Según el informe presentado por el INDA para este reporte en el año 2010 se habilitó a 9.067 personas a retirar este complemento y en el año 2011 a 9.240 personas. Se aclara que los datos son del total de personas habilitadas a retirar el beneficio, no de las que efectivamente lo hicieron. La canasta se entrega mensualmente en Montevideo y cada dos meses en el interior.

### **Pase libre de transporte para personas viviendo con VIH (Intendencia Municipal de Montevideo)**

La IMM a través de la Unidad de Beneficios Sociales otorga el beneficio de libre tránsito para el transporte colectivo de Montevideo a aquellas PVVs que por su situación socioeconómica no pueden acceder al mismo.

Hasta lo que va del año 2012 se ha otorgado este beneficio a 991 personas que viven con VIH.

## CAPITULO II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA.

---

Uruguay es un país de 177.958 km<sup>2</sup>, con una población de 3.251.526 habitantes según los datos preliminares del último censo realizado entre setiembre y diciembre de 2011. El 95% de la población vive en centros urbanos de más de 5.000 habitantes y casi la mitad (40%) lo hace en la ciudad capital, Montevideo.

### **2.1. Cifras de prevalencia y tipo de epidemia.**

La epidemia de VIH/Sida en Uruguay, que registró el primer caso en 1983, mantiene una prevalencia menor a 1% en la población general y se concentra en las poblaciones más expuestas y vulnerables donde alcanza cifras mayores a 5%. Estas características de prevalencia de la infección VIH definen a la epidemia como tipo II o concentrada.

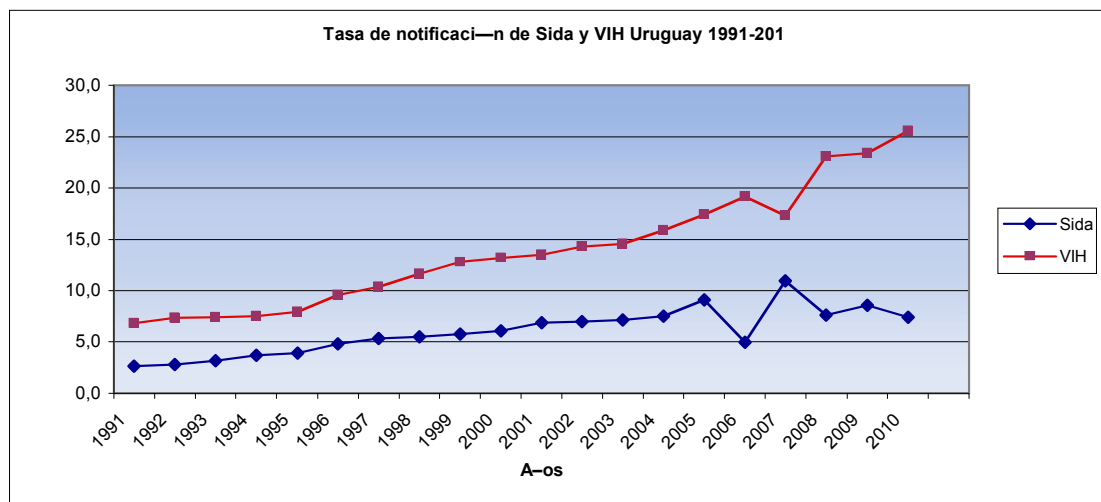
La vigilancia epidemiológica de VIH está a cargo de DEVISA (Departamento de Vigilancia en Salud). En los últimos años se ha venido trabajando la vigilancia activa, estimulando una notificación oportuna por los equipos de salud. Durante el año 2010, DEVISA junto al Programa Nacional ITS-VIH/Sida trabajaron en conjunto en la elaboración de nuevos formularios de notificación. Se modificaron los formularios de adultos de notificación de VIH y de pasaje a estadio Sida. En el formulario de VIH se recogen además de edad, sexo, procedencia, variables de nivel educativo, motivo de la realización de la prueba, vías de transmisión con discriminación de prácticas, estadio clínico. También se realizaron modificaciones en el formulario de notificación de niños recogiendo datos de profilaxis de transmisión vertical.

Además se implementó un sistema de notificación online y desde DEVISA se realizaron capacitaciones en servicios asistenciales para este nuevo sistema de notificación, plenamente implementado en junio del 2011.

La ordenanza N° 624 del 11 de noviembre de 2010, viene a apoyar este fortalecimiento de la Vigilancia, y, establece la obligatoriedad de las variables a reportar para la solicitud del test confirmatorio de VIH, al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP). Estas estrategias están mostrando una lenta mejoría en la calidad de los datos.

Desde el inicio 1983, hasta diciembre del 2010, se han notificado un total acumulado de 9.835 casos de VIH y 4.144 casos de Sida. Sí bien desde los inicios de la vigilancia en Uruguay se notifican por separado casos de VIH y Sida, la mayor proporción de casos se notifican como VIH y se estima que existe un subregistro de notificación de Sida del orden de 30%. El número total de fallecidos en este período asciende a 2.489. De esta manera en Uruguay existen según la notificación de casos, 11.490 Personas que Viven con VIH. Dado que existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos, que oscila entre 40% y 45%, se estima que la cifra real de PVV asciende aproximadamente a unas 15.000 personas.<sup>6</sup>

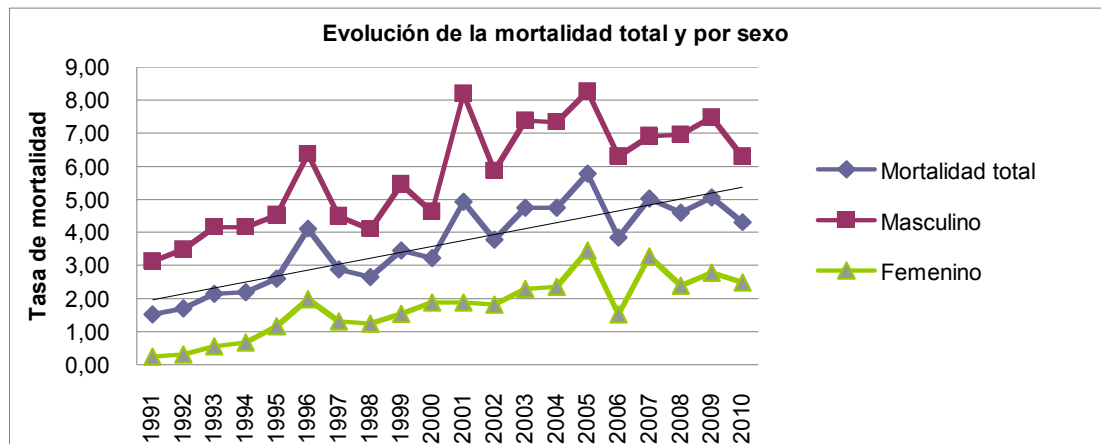
El año 2010 se caracterizó por presentar las tasas más altas de notificaciones de VIH de todo el periodo analizado, con cifras de 25,56 por 100.000h. La tasa de notificación de Sida se situó en 7.36 por 100.000 habitantes, permaneciendo estable desde el año 2008.



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/Sida Dirección General de la Salud División Epidemiología Programa ITS/Sida- DEvisa - DLSP

<sup>6</sup> Coteló A, et al. 1er Congreso Uruguayo de Infectología. Montevideo, 2009. Abstract 006. Cabrera S, et al. 6th IAS. Roma, 2011. Abstract CDB028

La mortalidad por sida tuvo un aumento sostenido hasta el año 2005, desde entonces ha permanecido prácticamente constante, correspondiéndose con una tasa de mortalidad específica por sida de 5 por 100 mil habitantes.



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/Sida Dirección General de la Salud División Epidemiología Programa ITS/Sida- DEVISA - DLSP

Mientras que el ascenso en las tasas de notificación de VIH puede responder a mayor oferta de la prueba, la tasa de notificación de Sida y la de mortalidad tienden a estabilizarse en años recientes. Sí bien en Uruguay el acceso al tratamiento antirretroviral está normatizado por resolución ministerial,<sup>7</sup> las cifras anteriores alertan sobre posibles obstáculos en la accesibilidad, dificultades en la captación y permanencia en los servicios lo que se suma a una elevada proporción de diagnósticos tardíos.

## 2.2. La población más joven y el VIH-Sida.

En relación a la edad, el VIH-Sida es una enfermedad que afecta a personas jóvenes, con una mediana global de 33 años para VIH y de 38 años para Sida, presentando diferencias en ambos sexos. Existe un predominio de casos de VIH en el grupo de 24 a 34 años, y al analizar los casos de Sida este predominio se encuentra en el grupo de 35 a 44 años.

En el grupo de 15 a 34 años continúan predominando las notificaciones de VIH en el sexo femenino y en los grupos de edades mayores a 35 años predominan las notificaciones de casos de sexo masculino. Una de las hipótesis que podría explicar este hecho, es que a esas edades, el

<sup>7</sup> Resolución N°171/1997, define el acceso universal de medicamentos antirretrovirales a todas las personas viviendo con el VIH que lo requieran, tanto en el sub sector público como el sub sector privado.

varón comienza a tener un mayor contacto con el sistema de salud por otros motivos, generándose una oportunidad para el testeo en VIH. Mientras que entre mujeres el embarazo ofrece la oportunidad de testeo a edades más tempranas.

### **2.3. Las mujeres y el VIH.**

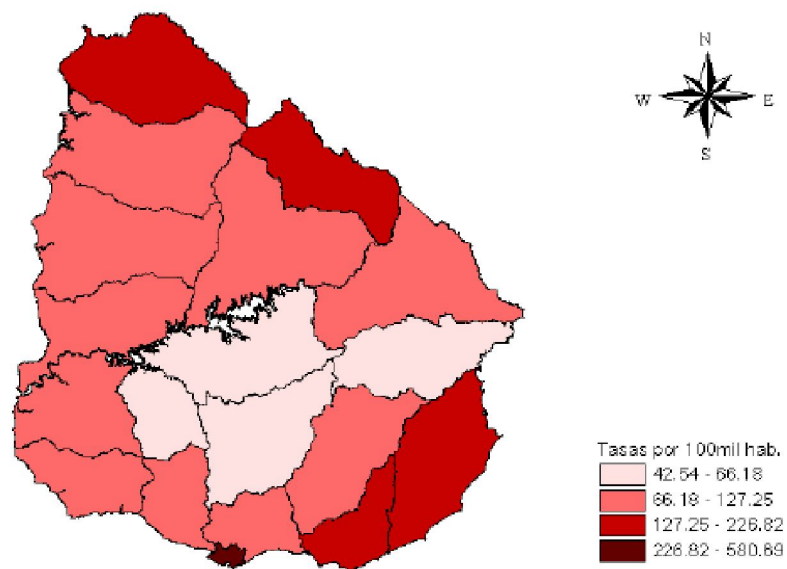
La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante estabilizándose en los últimos 10 años donde permanece en 2:1. Debe precisarse que la mayor oferta de la prueba a mujeres embarazadas previo consentimiento informado, establecida por el Decreto 158/997 del Poder Ejecutivo pudo influir en el aumento en el número de mujeres notificadas respecto a los varones en las franjas etarias más jóvenes.

Entre 1991 y 2010 se registraron 9.210 notificaciones de casos de VIH de los cuales el 60% corresponden a personas del sexo masculino (N=5577) y el 39% a casos del sexo femenino (N=3585).

### **2.4. La territorialización de la epidemia de VIH/Sida.**

Geográficamente la epidemia se distribuye en la población urbana, concentrándose en la capital Montevideo (73% de los casos notificados de VIH o Sida y 27% en el resto del país urbano). En el resto del país, las mayores tasas de notificación se observan en los departamentos fronterizos con Brasil y en los departamentos de mayor desarrollo turístico, Maldonado y Rocha.

La tasa media nacional acumulada de casos de VIH/Sida notificados a DEVISA/MSP desde 1991 al 2010, es de 305 casos/100.000 habitantes, en tanto para la capital Montevideo asciende a 577 casos/100.000 habitantes. También se registran tasas elevadas en los departamentos limítrofes con el sur de Brasil (150 casos/100.000 habitantes en Artigas y 222 casos/100.000 habitantes en Rivera). Los departamentos de la costa atlántica de destino turístico también presentan cifras elevadas con tasas de 185 casos/100.000 habitantes en Rocha y 226 casos/100.000 habitantes en Maldonado.



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/Sida Dirección General de la Salud División Epidemiología Programa ITS/Sida- DEVISA - DLSP

## 2.5. Las formas de transmisión predominante.

En cuanto a las vías de transmisión, existe un subregistro muy significativo. En el año 2010 un 55% de las notificaciones no presentaban este dato. En este contexto la vía de transmisión sexual sigue siendo la predominante, responsable del 41.5% de los casos de VIH/Sida en el 2010, la vía sanguínea representó un 3.1% de las transmisiones y la materno infantil un 0.6%. Restringiendo el análisis a los casos con vía de transmisión reportada ( $n = 380$ ), la distribución de vías de transmisión fue la siguiente: sexual, 94%; sanguínea, 7% y materno infantil, 1.3%.

Según casos notificados a DEVISA acumulados desde el inicio de la epidemia, en la infección por el VIH predomina la transmisión sexual 65%, seguida por la transmisión sanguínea 19% (de ellos el 98% por compartir los implementos que se utilizan en el consumo de drogas) y la transmisión madre-hijo representa el 2,6%. Dentro de la transmisión sexual, 75.3% se notificó en heterosexuales y 27.6% en varones que tienen relaciones sexuales con varones.

La transmisión por sangre, debido a los altos estándares de seguridad hematológica que presenta el país, está prácticamente limitada a los usuarios de drogas inyectables.

La introducción de la pasta base de cocaína ha determinado cambios en los patrones de consumo de drogas. Ha disminuido notablemente el uso de drogas inyectables y la principal forma de consumo de cocaína es por inhalación. El uso heroína no es prevalente en el país.

Este cambio en los patrones de consumo ha determinado que los casos de nuevas infecciones por VIH en usuarios de drogas inyectables entre 2001 y 2010 disminuyeron en más de un 90%.

## **2.6. La situación de las poblaciones más expuestas.**

Si bien Uruguay padece una epidemia concentrada, el estudio epidemiológico de las poblaciones más expuestas ha comenzado recientemente. Se han realizado durante 2007 y 2008 estudios de 2<sup>da</sup> Generación (sobre conocimientos, prácticas complementados con estudios de prevalencia) en profesionales sexo masculino y trans así como en varones que tienen relaciones sexuales con varones. La actualización de conocimientos en estas poblaciones será obtendrá mediante nuevos estudios a realizarse en el marco del Proyecto del FM.

Los estudios serológicos realizados en mujeres profesionales del sexo y usuarios de cocaína (inyectable e inhalada) deben ser actualizados pues datan de 6 a 9 años atrás.

### **2.6.1. Profesionales del sexo varones y trans.**

Con el antecedente del censo realizado en 2006 y 2007 en profesionales del sexo masculinos callejeros (PITS-SIDA, ATRU, OPS) donde se relevaron 1721 profesionales del sexo, se firmó en 2008 un convenio entre Pro-fundación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública para la realización de un estudio de 2<sup>da</sup> Generación, serológico de VIH y una encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas (CAPs) dentro de la población de profesionales del sexo masculinos censada.

Se estudiaron 313 casos de profesionales del sexo masculinos que ejercían su actividad en calle. El análisis posterior de los datos expone la vulnerabilidad al VIH y el peso desproporcionado de la epidemia en esta población:

- La mayoría eran jóvenes (media de edad 30 años con un desvío estándar de 10 años).
- Un tercio de los encuestados vivía en situación de calle.
- Solamente uno de cada 5 terminó la enseñanza secundaria.
- La prevalencia del consumo de drogas es muy elevada.



- El uso consistente del preservativo en las relaciones sexuales comerciales fue de 84%.
- La prevalencia de la infección por VIH fue de 19.3%. Si se analizaron en forma separada las subpoblaciones trans (profesionales del sexo con aspecto femenino), y profesionales del sexo masculinos, se reveló una diferencia en la prevalencia muy significativa (trans 36.54%, taxi-boys 8.15%)

### **2.6.2. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres.**

Durante el año 2010, se llevó a cabo un estudio de estimación de tamaño de la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres en Montevideo y Área Metropolitana, revelando un población estimada de 2.689. La metodología implementada fue una técnica de captura-recaptura de entrega de un “objeto único” y fue llevado adelante por la Asociación Interdisciplinaria aire.uy, Instituto de Estadística de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Facultad de Ciencias Sociales y las ONGs Fransida y Colectivo Ovejas Negras, coordinado por el PITS-VIH/Sida y con apoyo de ONUSIDA.

Durante el año 2008 se realizó por primera vez un estudio epidemiológico específico en la población de varones que tienen relaciones sexuales con varones. Consistió en una encuesta de comportamiento, prácticas y actitudes (CAPs) así como un estudio serológico de VIH.

La importancia del estudio radica en que los varones que tienen o han tenido relaciones sexuales con varones representan el 3% de la población nacional.

El estudio comprendió una muestra de 309 casos contactados en calle y discotecas. Se realizó con una metodología similar a la utilizada en la encuesta a profesionales del sexo masculino. Del análisis de sus resultados se destaca:

- El promedio de edad fue de 26 años, con un desvío estándar de 8 años.
- El nivel educativo no difería de la población general de referencia.
- Las relaciones sexuales heterosexuales de forma ocasional o frecuente se reportaron en 43% de los casos.
- Menos de la mitad de los casos (44%) se realizó la prueba de VIH alguna vez en su vida.
- La prevalencia del VIH fue de 9%.

### 2.6.3. Otras poblaciones de mayor exposición en Uruguay.

#### Personas privadas de libertad.

Existe evidencia que las personas privadas de libertad (PPL) se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH. En el año 2007-08, un estudio de 2<sup>da</sup> generación en la cárcel de varones del Departamento de Canelones, se tomó una muestra probabilística de 161 PPL. Los resultados más destacables se resumen a continuación:

- Consumo de drogas por franjas etarias: 92.6% (18 a 29 años); 82.7% (30 a 44 años); 42.9% (45 años o más)
- 15% referían relaciones sexuales solo con varones y 1% con varones y mujeres
- Uso de condón durante las visitas conyugales: casi nunca, 63%; a veces, 15%; siempre, 22%
- Uso de condón con otras PPL: casi nunca, 42%; a veces, 29%; siempre, 29%
- Trato discriminatorio: por personal penitenciario, 29.2%; por otras PPL, 13.7%
- Situaciones de violencia: por personal penitenciario, 33.5%; por otras PPL, 14.3%.
- El 30.4% refirió que le realizaron la prueba de VIH durante la reclusión y en el 100% fue voluntaria.
- Las cifras de prevalencia encontradas fueron: VIH, 5.5%; virus de hepatitis B (antígeno s), 0.

En el año 2008, se realizó un estudio de 2<sup>da</sup> generación similar al anterior en la cárcel de mujeres de Montevideo, se tomó una muestra probabilística de 121 PPL. Los resultados más destacables se resumen a continuación:

- Consumo de drogas por franjas etarias: 91.3% (18 a 29 años); 85.3% (30 a 44 años); 55.6% (45 años o más)
- 27% referían relaciones sexuales con varones y mujeres
- Uso de condón durante las visitas conyugales: casi nunca, 59%; a veces, 18%; siempre, 33%
- Trato discriminatorio: por personal penitenciario, 28.9%; por otras PPL, 28.9%
- Situaciones de violencia: por personal penitenciario, 26.4%; por otras PPL, 27.3%.
- El 46.3% refirió que le realizaron la prueba de VIH durante la reclusión y en solo en el 76.8% fue voluntaria.

- Las cifras de prevalencia encontradas fueron: VIH, 2%; virus de hepatitis B (antígeno s), 2%.

El Censo Nacional de Reclusos realizado por el Ministerio del Interior y el Departamento de Sociología de la UdelaR, realizado entre junio y setiembre del 2010, relevó el total de la población carcelaria en ese momento, 8.492 PPL, de las que 323 (3.8%) se negaron a proporcionar información. De los datos relevados surgió que: el 19.4% habían recibido información de ITS, 70.2% declararon uso de condón alguna vez, 52% manifestaron que tenían acceso a condones, 33% recibían visitas conyugales, 4.8% tuvieron al menos una ITS, 1.7% declararon vivir con VIH. Debe mencionarse que un 9% de los censados no respondió esta pregunta.

El sistema penitenciario ha sido declarado por parte del gobierno en “emergencia humanitaria”. Incluye aproximadamente a 9.000 personas privadas de libertad (PPL). El 80% de las PPL tiene entre 20 y 50 años de edad. El sistema, a pesar de varios intentos de reforma, aún presenta serios problemas sanitarios. Las cárceles están ocupadas por encima de su capacidad. La infraestructura inadecuada y algunas carencias en materia de Derechos Humanos han determinado que desde el año 2005 el gobierno haya definido como prioritario solucionar la situación de las cárceles. El Proceso de Reforma del Sistema Penitenciario se inicia en el año 2005 y se definieron 3 fases con sus respectivos objetivos: 1) humanizar y dignificar las condiciones laborales de los funcionarios y las condiciones de reclusión, en particular en materia de alojamiento, alimentación y atención médica; 2) unificación del sistema penitenciario ubicando a todos los establecimientos bajo la misma jurisdicción, unificando la política penitenciaria; 3) creación de un nuevo escalafón, “S”, de cargos civiles para sustituir a la policía como personal penitenciario. Estas 3 fases se han puesto en marcha y se han obtenido varios logros: aumento de salarios a personal de cárceles, aumento de las plazas en un 79%, aunque aún sigue habiendo una brecha entre las necesidades y las disponibles, cierre progresivo de cárceles en Jefaturas de Policía del interior del país, regionalización de establecimientos penitenciarios, apertura de un establecimiento para mujeres y sus hijos. Respecto a la segunda fase fue creado el Instituto Nacional de Rehabilitación y de la tercera fase se destaca que en el año 2010 comenzaron los primeros cursos de Operadores Penitenciarios (escalafón “S”).

Desde el punto de vista de la organización y gestión del sistema de salud, también se está en un proceso de cambio. La firma de un convenio del Ministerio del Interior con la Administración de

Servicios de Salud del Estado (ASSE), establece la incorporación progresiva de la atención de las PPL en este sistema, que actualmente ya alcanza al 90% de la población carcelaria.

La coinfección de tuberculosis y VIH es otro aspecto que debe considerarse como prioritario en las prisiones. Los casos de coinfección por tuberculosis y VIH dentro de las PPL presentan una frecuencia 50 veces mayor que en la población general, según datos de la Comisión de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).

### **Usuarios de drogas.**

Estudios realizados en usuarios de drogas inyectables que datan de 2004, reportan una prevalencia de 18.5% de la infección VIH en este grupo. Los usuarios de cocaína no inyectada presentan una prevalencia de la infección VIH de 9,5% (2003-2004).

El riesgo asociado al uso de cocaína se mantiene, aunque parece haber cambiado la forma de transmisión prevalente. Con anterioridad era principalmente por compartir material de inyección contaminado mientras que ahora probablemente se deba a la disminución de la percepción del riesgo frente a la exposición sexual del virus asociada al consumo de drogas.

En Uruguay, según datos expandidos de la 4ta Encuesta Nacional de Hogares, de la Junta Nacional de Drogas, realizada en 2007, casi 10% de la población (230.000 personas) presenta dependencia y abuso al alcohol, y existen 28.000 consumidores de marihuana, 6.500 consumidores de cocaína, y 3.000 consumidores de pasta base de cocaína que presentan signos de dependencia. El rango de edad de mayor frecuencia de consumo problemático de sustancias es de 19 a 34 años.

Estas cifras deben analizarse en el contexto de las vulnerabilidades que plantea el consumo de drogas frente a la infección VIH. La magnitud del riesgo aumenta cuando se observa que el mayor consumo de drogas y la mayor prevalencia de la infección por VIH comparten similares franjas etarias.

El uso de drogas inyectables es declarado por el 0.3% de la población investigada, manteniéndose respecto al 2001 la prevalencia marginal de esta práctica. Asimismo, no se presentan casos de intercambio de jeringas.

La Cuarta Encuesta Nacional y Quinta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, se realizó en el año 2009 en las ciudades iguales o mayores de 10.000

habitantes con un muestreo por conglomerados y bi-etápico estratificado.<sup>8</sup> Se incluyeron 115 centros de enseñanza obteniéndose 4.305 encuestas. Se destacan los principales resultados:

- sólo el 5% de los jóvenes escolarizados no ha probado alcohol antes de llegar a los 18 años
- no hubo diferencias significativas entre varones y mujeres ni Montevideo e interior del país
- La edad promedio de inicio de consumo de alcohol se ubicó entre los 12 y 13 años
- Uno de cada tres estudiantes tuvo uno o más episodios de abuso de alcohol en los últimos 15 días
- El consumo de tabaco experimental y habitual, correspondió al 46% y 21% de las mujeres y al 41% y 15% de los varones, respectivamente
- El 16.2% habían experimentado con marihuana y el 42% de los que consumieron lo hicieron antes de los 15 años
- De cada 10 estudiantes que experimentaron con marihuana alguna vez en la vida, 4 la siguen consumiendo
- El 4% de los estudiantes consumió alguna vez cocaína, siendo el consumo en varones el doble que en mujeres
- 3 de cada 10 que han consumido cocaína lo hacen en forma frecuente
- El consumo experimental de inhalantes, pasta base, alucinógenos y éxtasis es marginal en estudiantes de enseñanza media y en ningún caso llega al 3%

Están pendientes estudios comportamentales y serológicos en esta población que permitirán enfocar los esfuerzos de prevención, atención y apoyo. Está previsto la realización durante el año 2012 del *“Estudio seroprevalencia de VIH/Sida y conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana”* (PAF B –UNAIDS Programme Acceleration Funds). Esta investigación será liderada por el Ministerio de Salud Pública (PN.ITS-VIH/SIDA) y la Junta Nacional de Drogas y cuenta con el apoyo de la CONASIDA-MCP, ONUSIDA y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Asimismo el consumo abusivo de alcohol constituye la principal preocupación de la Junta Nacional de Drogas y los esfuerzos durante 2012 estarán concentrados en dar solución a lo que ya es considerado un problema de conducta que cruza todas las capas sociales y franjas etarias. La

---

<sup>8</sup> Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia. Julio 2011. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas.

JND, instaló un comité técnico que trabaja actualmente en el análisis de la normativa vigente vinculada a la distribución y venta de alcohol con el objetivo de presentar, en un plazo de dos a cuatro meses, un nuevo proyecto de ley.

### **Mujeres profesionales del sexo.**

Como otras poblaciones de difícil acceso, la caracterización de la epidemia en las profesionales del sexo en nuestra región ha sido limitada. En 2002, la prevalencia en esta población era inferior a 1%.

El trabajo sexual en Uruguay está reglamentado y regulado pero en los últimos años se ha observado un marcado aumento de la actividad informal, especialmente en la modalidad de casas de masajes. Son necesarios nuevos estudios serológicos y encuestas de comportamiento, actitudes y prácticas que permitan conocer con mayor fidelidad el curso de la epidemia en este grupo.

**Tabla. Estimaciones de tamaño de los principales grupos de población afectados por la epidemia.**

<b>Grupos de población</b>	<b>Tamaño de la población</b>	<b>Fuente de los datos</b>	<b>Año de la estimación</b>
Población total del país	3.251.546	I. N. E	2011 <sup>9</sup>
Mujeres mayores de 25 años	1.106.738	I.N.E.	2010
Mujeres entre 15 y 24 años	258.251	I.N.E.	2010
Hombres mayores de 25 años	966.351	I.N.E.	2010
Hombres entre 15 y 24 años	268.265	I.N.E.	2010
Niñas entre 0 y 14 años	370.067	I.N.E.	2010

<sup>9</sup> En el año 2011 se realizó el Censo Nacional por el Instituto Nacional de Estadísticas, el mismo finalizó en el mes de diciembre. Los datos desagregados por edad y sexo serán con difundidos con posterioridad a la entrega de este informe. Por tal motivo las cifras corresponden a proyecciones realizadas por el INE. La población total del país sí ha sido difundida y es la que se presenta.

Grupos de población	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Niños entre 0 y 14 años	386.912	I.N.E.	2010
HSH entre 18 y 65 años	36,478	Estimación MSP – Investigación Prácticas y Comportamientos Población General – MSP/Equipos Mori	2008
Usuarios de cocaína no inyectable	23,156	Encuesta de Hogares JND	2006
Usuarios de drogas inyectables	4,352	Informe UNGASS.- PPITS/Sida-MSP	2007
Trabajadoras sexuales en calle	3,135	Estimación en base a Censo TS Femeninas- PPITS-SIDA/MSP- AMEPU	2006
Trabajadores sexuales	4,378	Estimación en base a Censo TSM y Trans - PPITS-SIDA/MSP, ATRU	2006
PPL hombres	7779	Primer Censo Nacional de Reclusos. Ministerio del Interior. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR	2010
PPL Mujeres	713	Primer Censo Nacional de Reclusos. Ministerio del Interior. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR	2010
Niños en situación de calle	1,887	INAU	2007
Mujeres embarazadas (nacimientos en servicios de salud por año)	41818	MSP- Sistema Informático Perinatal	2010

## **2.7. Población general**

### **2.7.1. En población general de 18-65 años a nivel nacional.**

Durante 2007 y 2008 se realizaron también estudios comportamentales en la población general, con la finalidad de establecer una medida inicial del grado de información, actitudes y conocimiento de la población general, para mejor monitoreo de la epidemia de VIH/Sida y orientar las políticas nacionales. En el estudio “Encuesta Sobre Actitudes y Prácticas de la Población Frente al VIH/SIDA” llevado adelante por Equipos MORI para el PPITS/SIDA, se encuestaron, entre noviembre-diciembre del 2007, 1509 personas entre 18 y 65 años, residentes en localidades de más de 10.000 habitantes y sus resultados más relevantes se resumen a continuación y se muestran en los gráficos siguientes.

- 69% de las personas identificó en primera instancia a las relaciones sexuales o relaciones sexuales sin condón, como una vía de transmisión del VIH. Las otras vías de transmisión, son menos recordadas. La sanguínea es identificada solo en el 5%, y la transmisión perinatal no se menciona.
- El 80% identificó al preservativo como principal insumo de prevención del VIH y en el 90% se mencionó el contar con parejas exclusivas por ambas partes
- El 60% de quienes tuvieron relaciones sexuales en el último año, no utilizó preservativos en su última relación sexual.
- El 93% reconoció que aún teniendo aspecto saludable una persona puede estar infectada por el VIH.
- En cuanto a creencias erróneas: 48% de los encuestados desconocía que el control médico precoz durante el embarazo de la mujer con VIH, y con el tratamiento adecuado, se reduce la transmisión del VIH de madre a hijo; 29% no sabía o creía que la picadura que el VIH se transmite por picadura de mosquitos y 17% por compartir el mate con personas con VIH
- Otra creencia errónea que se observa es que aún cuando la mayoría de las personas (88%) identifica a la sífilis como una enfermedad de transmisión sexual y el 84% identifican el preservativo como forma de prevención, 3 de cada 10 personas creen que la sífilis no existe más.
- En cuanto al diagnóstico de la infección por el VIH: un poco menos de 6 de cada 10 declaró haberse realizado la prueba de VIH “alguna vez en la vida” y el 83% de quienes se la

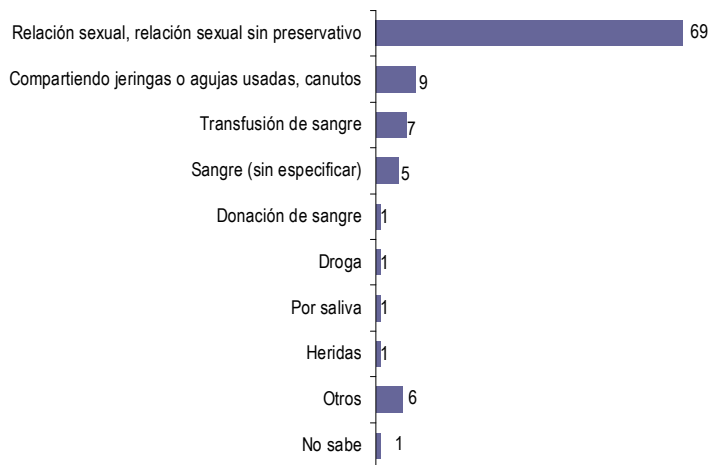


realizaron en los últimos meses conoce el resultado.

- En cuanto al inicio de las relaciones sexuales: se ubica a los 16 años, con escasas diferencias entre varones y mujeres.
- En cuanto a discriminación: el 30% de la población afirma que mantendría en secreto si un familiar tuviera el VIH lo que puede indicar temor a la discriminación social existente y un 28% no mandaría su hijo a una escuela donde tuviere compañeros/as de clase con infección por el VIH.

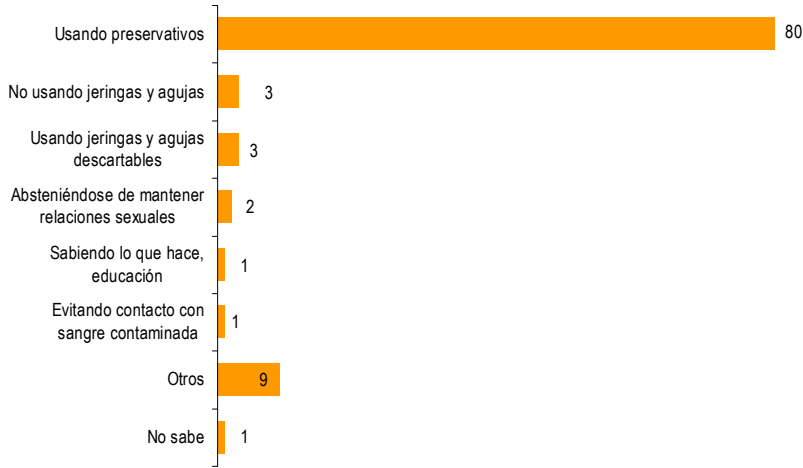
#### **Conocimiento sobre Formas de Infección con el Virus del VIH (primera mención) (%)**

---



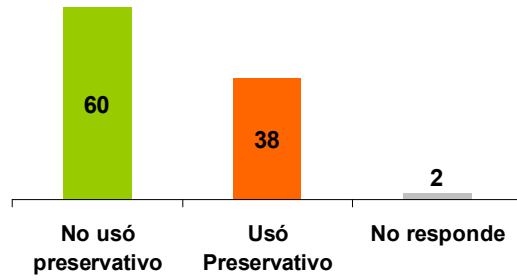
Base: Total de Entrevistados. Preg. ¿PODRÍA DECIRME UD. TRES FORMAS POR LAS CUALES UNA PERSONA PUEDE INFECTARSE CON EL VIRUS DEL SIDA?

**Conocimiento sobre formas por las cuales una persona puede protegerse del virus del VIH (primera mención) (%)**



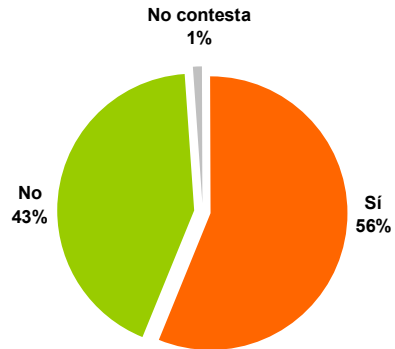
Base: Total de Entrevistados Preg. ¿PODRÍA DECIRME UD. TRES FORMAS POR LAS CUALES UNA PERSONA PUEDE PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA?

**Uso de preservativo (para quienes tuvieron relaciones sexuales en el último año)**



Base: entrevistados que tuvieron relaciones sexuales en el último año  
 Preg.: EN SU ULTIMA RELACION SEXUAL ¿USO CONDON Y/O PRESERVATIVO

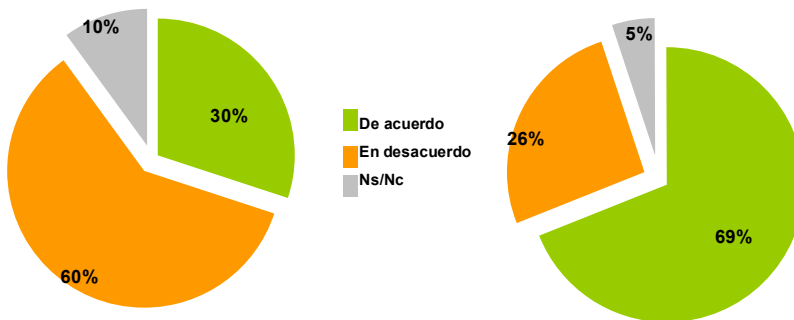
### ¿Se hizo alguna vez el test de VIH? (%)



Base: Total de entrevistados. Preg.: Se hizo alguna vez el test del VIH? No queremos saber el resultado, solo si alguna vez en su vida se hizo un test de VIH

### VIH / SIDA y discriminación (%)

*“Si un miembro de mi familia fuese infectado por el virus del SIDA, yo mantendría eso en secreto .”*



*“Si tuviera un hijo lo mandaría a la escuela donde sabe que hay compañeros de clases portadores del VIRUS DE SIDA ”*

(\*) No se identificaron diferencias significativas en las respuestas según Montevideo Interior

### **2.7.2. Población General: Jornada Nacional de la Promoción del Diagnóstico.**

En el marco del Día Nacional de la Lucha contra el VIH/Sida, el 29 de julio del 2011, se realizó por primera vez una jornada nacional de promoción del diagnóstico de VIH. Los objetivos de la jornada fueron: sensibilización de la población y de los equipos de salud en la temática del VIH; promover el acceso al diagnóstico; contribuir a la reducción del estigma y la discriminación vinculados al VIH-Sida; contribuir en la formación de recursos humanos en el área de la salud en la oferta de la prueba diagnóstica de VIH con consejería.

Como actividades preparatorias se realizaron talleres de consejería y entrenamiento en la realización de pruebas rápidas donde participaron 203 personas integrantes de equipos de atención de todo el país. Se creó una planilla de datos y una encuesta y en cada lugar se implementó la referencia adecuada cuando era necesario (frente a resultados reactivos de la prueba rápida) o la extracción de muestra para ELISA y confirmatorio según protocolo nacional, en el mismo sitio.

Se notificó la realización de 3.056 pruebas, correspondiendo el 69.3% a Montevideo y el resto a los departamentos del interior del país.

Se obtuvo datos, mediante la planilla de recolección, de 1523 personas, correspondiendo el 55.7% de los test realizados a mujeres y la edad media y su desvío fue de  $38 \pm 15$  años (mediana 35 años, rango 14 a 84 años). El 56.2% de las personas respondieron que era la primera vez que se realizaban la prueba.

Hubo 26 pruebas reactivas, 2 correspondieron a falsos positivos (7.7%). Esto arroja una prevalencia global de 0.78%. En Montevideo fueron reactivas y confirmadas 21 (prevalencia de 0.99%) y en el interior 3 (0.32%). Vale aclarar, que el hecho de no tratarse de una muestra probabilística, no permite tomar estos resultados como generalizables. Corresponden a cifras de prevalencia en población que concurrió voluntariamente a realizarse la prueba.

Se aplicó una encuesta anónima autoadministrada en 4 de los sitios en Montevideo donde la actividad estuvo liderada por equipos de Salud de la Universidad de la República. El número de personas que respondieron al menos parcialmente fue de 687 de un total de 780 pruebas realizadas. Los principales resultados se muestran a continuación:

- a) El 47.7% se realizó alguna vez la prueba de VIH y conoce el resultado

- b) El promedio de parejas sexuales en el último año fue de 2.8
- c) El 1.1% declararon uso de drogas inyectables y/o uso de pasta base de cocaína
- d) El 21.6% (71/328 varones) declararon relaciones sexuales con varones (37 de los mismos declararon relaciones sexuales con varones y mujeres)
- e) En cuanto a conocimientos y prácticas: 92.7% respondieron que **SI** puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH usando preservativos en todas las relaciones sexuales; 15.3% respondieron que **SI** puede transmitirse el VIH por picaduras de mosquitos; 8.3% respondieron que **SI** puede transmitirse el VIH por compartir mate o alimentos.
- f) A pesar del elevado porcentaje que conoce que el uso de preservativos reduce el riesgo de transmisión, sólo un 36% declararon su utilización en la última relación sexual

Del total de encuestados, 521 correspondieron al grupo entre 15 y 49 años, destacándose los siguientes hallazgos:

- a) El 45.4% se realizó alguna vez la prueba de VIH y conoce el resultado
- b) El 52.6%, respondió que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- c) El 39% de las personas que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses declaró haber usado preservativo en la última relación sexual
- d) En cuanto a conocimientos y creencias erróneas: 97.1% respondieron que **SI** puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH usando preservativos en todas las relaciones sexuales; 99.4% respondieron que **SI**, una persona de aspecto saludable puede tener el VIH; 7.4% respondieron que **SI** puede transmitirse el VIH por picaduras de mosquitos, y 6.3% no sabe/no contesta; 2.9% respondieron que **SI** puede transmitirse el VIH por compartir mate o alimentos.

Los 71 varones que declararon relaciones sexuales con otros varones, pertenecían al grupo etario entre 15 y 49 años. De la encuesta se destaca:

- a) 49.3% expresó haber utilizado preservativos en la última relación sexual con otro varón.
- b) El 57.7% declaró que se realizó alguna vez la prueba de VIH y conoce el resultado

Nuevamente aquí no se pueden extraer conclusiones generalizables por las consideraciones realizadas anteriormente. El elevado número de parejas sexuales, la baja proporción de uso de preservativos especialmente en la población general y el elevado porcentaje de HSH, sugiere que

al menos parte de la población que concurrió a realizarse la prueba se percibía con riesgo de infección.

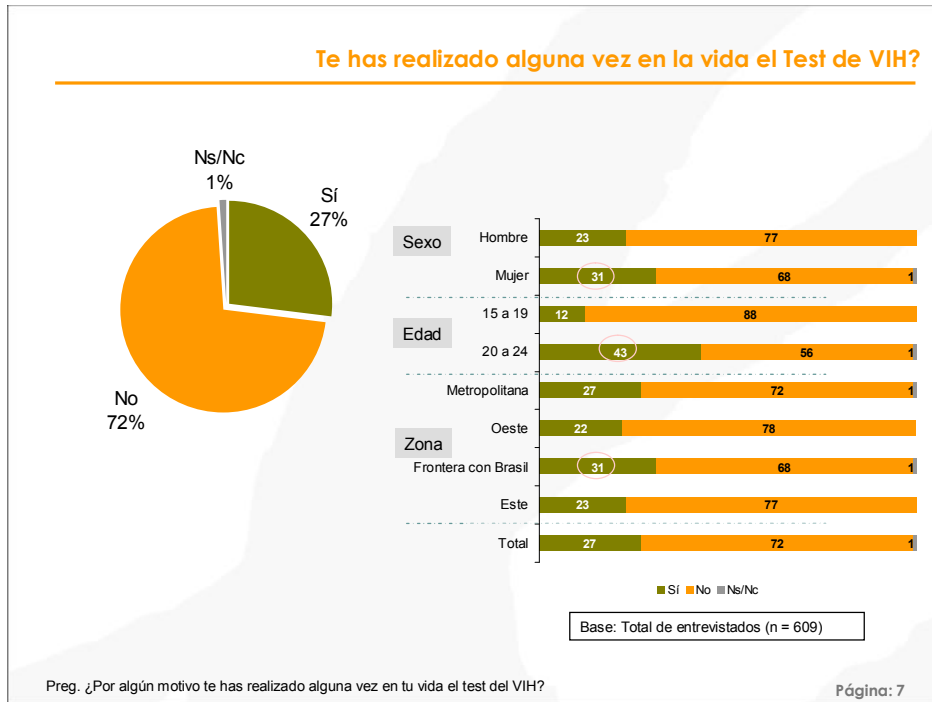
### **2.7.3. En población joven de 15 a 24 años a nivel nacional.**

Durante el 2008 se realizó el estudio “**Prácticas de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes**” elaborado por Equipos MORI para el Programa Prioritario de ITS-SIDA del Ministerio de Salud Pública en coordinación con el Programa Adolescente de DIGESA-MSP y el apoyo asesor de GTZ/CICT.

La investigación procuró evaluar el conocimiento y prácticas de salud sexual y reproductiva (SS y R), VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como el uso de drogas a nivel de la población adolescente y joven comprendida entre los 15 y 24 años de edad.

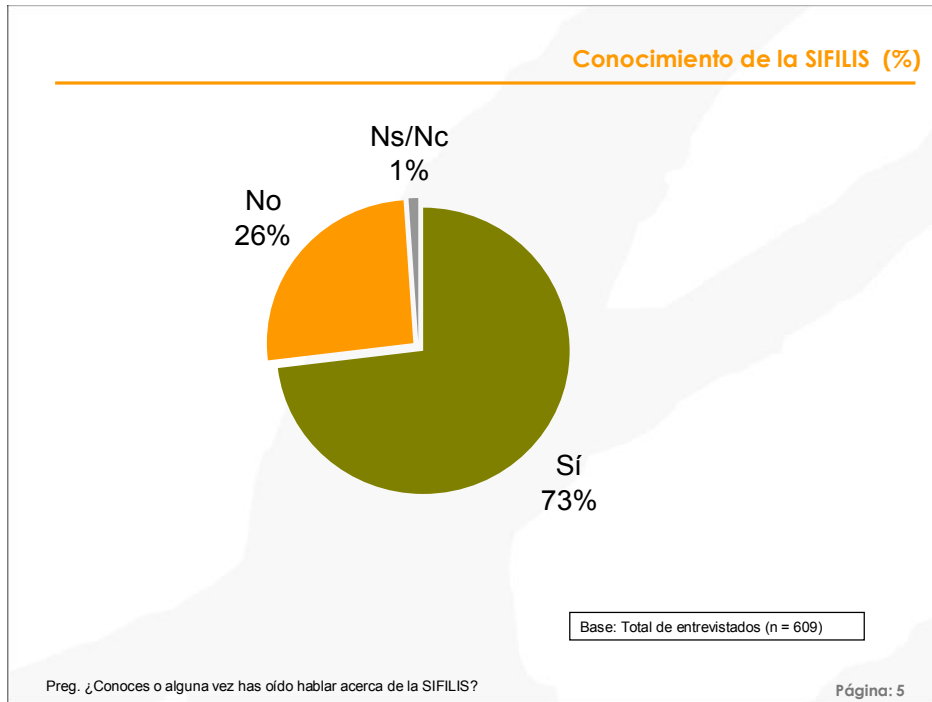
En resumen se pudo observar:

- el mantener relaciones sexuales se identifica de forma espontánea como la principal forma de adquirir el VIH. El compartir jeringas, agujas usadas, o canutos es visualizada como una segunda vía de infección del virus y seguida de esta, se encuentran las menciones vinculadas a transfusiones sanguíneas.
- En el estrato de nivel socioeconómico bajo, la infección del virus a través de compartir jeringas, agujas usadas, o canutos adquiere un mayor peso relativo.
- El preservativo se posiciona como la forma más importante para prevenir la infección por el VIH. En concordancia con lo anterior “usar jeringas y agujas descartables” también es percibida como una forma de prevenir el virus así como también el “no compartir jeringas o agujas usadas”.
- En cuanto a creencias erróneas de las formas de adquirir el VIH: una cuarta parte de los entrevistados señaló que es posible infectarse con el VIH por medio de picadura de mosquito y un 16% no sabía; casi una quinta parte de los entrevistados afirmó que se puede contraer el virus por compartir mate. Las mayores carencias de información están en la población más joven (15 a 19 años), entre los residentes de la frontera con Brasil y los residentes de la zona este.
- Poco más de uno de cada cuatro jóvenes (27%) declaró que se había realizado el test de VIH alguna vez en la vida.



- Se observaron algunas tendencias que sugieren la existencia de actitudes discriminatorias frente a las personas portadoras del VIH. Con la frase “*si tuviera un hijo lo mandaría a la escuela donde se que hay compañeros/as de clase portadores del virus del SIDA*”, casi la mitad de los entrevistados estuvieron en desacuerdo. O también la frase “*si un miembro de mi familia estuviese infectado por el virus del SIDA, yo mantendría eso en secreto*”, con la cual un 46% estuvo de acuerdo. Las respuestas varían según el vínculo o grado de cercanía con la persona portadora. En los casos en que se trata de un familiar o un compañero de estudio o de trabajo el nivel de tolerancia o aceptación es mucho mayor que en los casos donde la persona portadora no mantiene un vínculo cercano con el entrevistado.

Respecto a otras infecciones de transmisión sexual, la encuesta incluyó algunas preguntas relacionadas a la Sífilis. En primer lugar, el sondeo mostró una elevada proporción de jóvenes (casi una cuarta parte) que no conocía o nunca había oído hablar de ella.

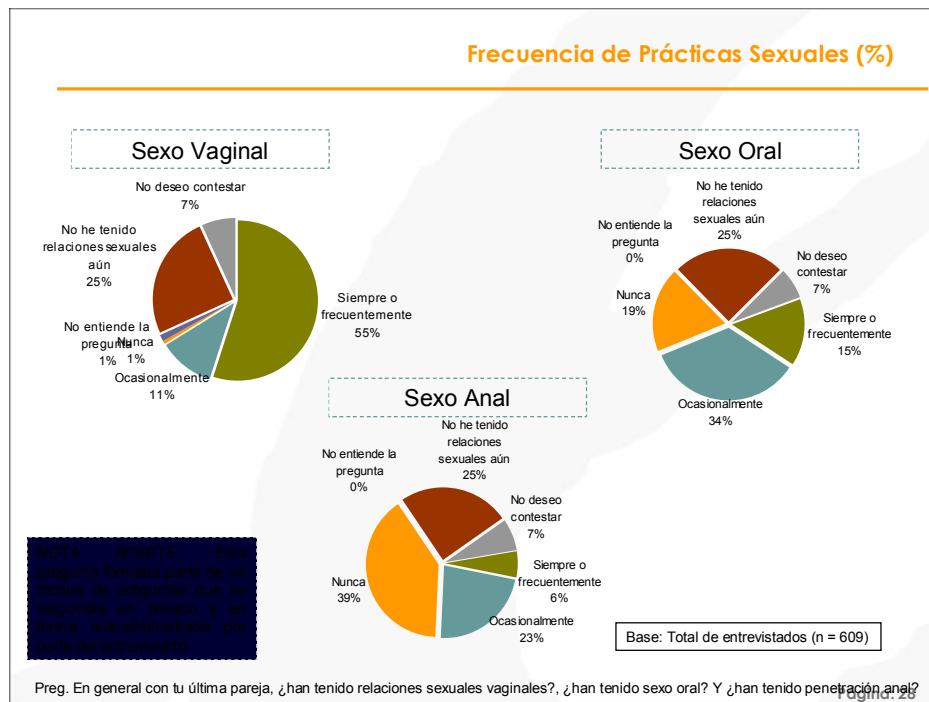


- El desconocimiento fue mayor entre los más jóvenes y las personas de sexo masculino.
- Entre las personas que identificaron la sífilis existieron dudas respecto a si es posible curarla mediante el uso de antibióticos y a si es posible prevenirla mediante el uso de preservativo. Además, una proporción importante (casi uno de cada diez jóvenes) afirmó que es una enfermedad que ya no existe.
- Casi la mitad de los entrevistados respondieron que nunca llevan consigo un preservativo. Este dato se encuentra incidido fundamentalmente por las respuestas de la población femenina donde el 66% afirmó nunca llevar un preservativo consigo. Esta baja incidencia en principio no tendría su origen en la dificultad de conseguirlo ya que más del 90% de los jóvenes consideró que es muy fácil o fácil conseguir un preservativo.
- Padres y amigos constituyeron los principales referentes de los jóvenes frente a las dudas sobre la sexualidad y dentro de los primeros, principalmente la madre. Fuera del entorno más cercano, el liceo se posicionó en el primer lugar a través del cual se informaban o consultaban ante dudas acerca de la sexualidad.
- La proporción de hombres y mujeres que ya había tenido su primera relación sexual fue muy similar (77% y 74% respectivamente).



- Entre los que ya se habían iniciado sexualmente, la edad de inicio promedio fue a los 15,5 años. Más precoz en hombres que en mujeres y en los residentes en el interior. También se encontraron diferencias por nivel socio-económico ya que mientras entre el grupo de jóvenes de estrato alto un 25% declaró haberse iniciado a los 15 años o antes, en el medio y bajo la proporción superó el 50%.
- En el 63% de los casos el inicio sexual fue principalmente con el novio/a, un 12% con una pareja ocasional y un 5% con una trabajadora sexual. Para las mujeres fue significativamente mayor el peso del inicio sexual con su novio (87%).
- Cerca de un 10% de la población no utilizó métodos de barrera en su primera relación sexual. En el caso del indicador de la última relación sexual, esta cifra alcanzó al 17% de la población joven encuestada.
- El preservativo fue señalado como el método de prevención más utilizado. Su uso estuvo vinculado principalmente a prevenir un embarazo. Se encontraron diferencias en cuanto al método utilizado en la primera y última relación sexual ya que en la primera relación el 85% usó preservativo y en la última relación sexual este porcentaje cayó a 51% incrementándose el uso de otros métodos, principalmente el uso de anticonceptivos orales.
- Un 67% de los jóvenes consumió alcohol en los últimos 30 días y un 87% declaró que consumió alguna vez en la vida. Si se tiene en cuenta, la frecuencia de consumo se observa que un 40% declaró que lo hace una o más de una vez por semana.
- Un 13% de los jóvenes entrevistados declaró consumir marihuana al menos una vez por semana, convirtiéndose en la droga más consumida por los jóvenes. Le siguieron la cocaína (un 4% declaró haber consumido en la última semana), las píldoras tranquilizantes con 2%, pasta base de cocaína con 1% y píldoras excitantes.
- Respecto a las prácticas sexuales la gran mayoría de los jóvenes se declaró como heterosexual (95% en el caso de los hombres y 93% en el caso de las mujeres). Por otro lado, un 1% de la población que se declaró como gay (tanto en hombres como en mujeres). Definimos a la población gay como aquellas personas que declaran que se sienten atraídas solo por personas del mismo sexo y nunca por el sexo opuesto.

- En cuanto al tipo de prácticas sexuales: un 55% del total de entrevistados declaró mantener sexo vaginal siempre o frecuentemente, un 15% declaró mantener sexo oral siempre o frecuentemente y un 6% mantener sexo anal siempre o frecuentemente.



#### 2.7.4. En población joven de 14 a 19 años en Montevideo.

Durante el año 2011 bajo la dirección del Área de Salud Sexual y Reproductiva-MSP, equipos MORI ejecutó la investigación “Estado de la situación sobre la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en el Uruguay”, con el apoyo de Bayer. El objetivo general fue describir el proceso por el cual se efectiviza la maternidad adolescente no planificada, indagando en el componente causal del mismo. Los objetivos específicos fueron: a) indagar en las habilidades sexuales de las adolescentes para cuidar su cuerpo y su salud sexual y reproductiva lo cual supone caracterizar las prácticas sexuales de las adolescentes así como el conocimiento y uso de los métodos de prevención del embarazo; b) identificar mecanismos protectores que puedan sustentar políticas sanitarias, mediante un enfoque de riesgo.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Desde el año 1996 al 2010, descendió el número de nacimientos de madres adolescentes aunque a menor ritmo que los nacimientos totales. La tendencia de la maternidad adolescente respecto al total de nacimientos es

Se diseñó una muestra probabilística estratificada por zonas y nivel socio-económico. Adicionalmente se realizó un rastreo de adolescentes madres e embarazadas dentro de las zonas sorteadas en la muestra. Entre agosto y setiembre del 2011, se realizaron 501 encuestas, 349 adolescentes NO madres o embarazadas y 152 madres/embarazadas.

Los resultados principales referidos a la prevención de ITS se resumen a continuación:

- Aproximadamente 2 de cada 3 adolescentes (63%) declaran que su embarazo NO fue planificado, aumentando a 86% en los segmentos socioeconómicos medio y alto y entre las más jóvenes (14-15 años) donde llega al 78%.
- Entre las no embarazadas el 47% no había tenido relaciones sexuales
- La edad promedio de la primera relación sexual fue menor entre embarazadas respecto a no embarazadas, 14.9 años Vs. 15.4 años.
- 87% de las no embarazadas y 80% de las embarazadas han utilizado preservativos alguna vez
- La utilización de preservativo masculino en la primera y última relación sexual, descendió en ambos grupos. En no embarazadas fue de 78% y 54% y en embarazadas fue de 70% y 34%. Es de destacar que el no uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual en no embarazadas y embarazadas fue de 8% y 17%, mientras que en la última relación sexual fue de 7% y 40%, respectivamente.
- Entre el 71% y 78% (embarazadas y no embarazadas) declararon haber tenido clases sobre Educación Sexual
- Un elevado porcentaje saben que pueden obtener preservativos u otros métodos anticonceptivos gratis o a precios rebajados en instituciones de salud (87% de embarazadas y 76% no embarazadas), sin embargo el porcentaje que los pidió es muy bajo (15% de no embarazadas y 41% de embarazadas)

---

ascendente aunque oscilante, con los picos más elevados en 1997 y 2008 (17%)

## **2.8. La situación de niños y niñas con VIH.**

Desde 1998 se ofrece a cada embarazada la posibilidad de realizarse la prueba del VIH. La consejería previa y posterior a la prueba es una instancia de gran valor para la prevenir la infección y favorecer el autocuidado de la madre y del niño/a. Si bien el cumplimiento de esta normativa es un gran adelanto en la prevención de la transmisión madre-hijo, su efectividad depende que los embarazos sean controlados y los partos institucionalizados. Uruguay presenta un alto índice de partos institucionalizados y la mayor parte de las mujeres embarazadas concurren a controles prenatales.

Está protocolizada la PTMI y en casos de embarazos no controlados, está disponible la prueba rápida para VIH.

El VIH en los menores de 15 años puede ser adquirido por vía sanguínea, sexual o vertical. La transmisión vertical es por lejos la principal vía de transmisión de VIH en niños a nivel mundial, regional y en nuestro país. En los últimos 6 años se observa un descenso en el número de niños infectados a nivel nacional.

Promedialmente y considerando los casos notificados acumulados la transmisión vertical se sitúa en el orden de 2.6% de seroconversión de los niños/as expuestos y se asocia a un fenómeno similar de los casos de sífilis congénita. Estas cifras corresponden a acumulados desde el inicio de la epidemia.

Pero la situación se mantiene aun preocupante en el subsector público, según datos reportados a DEVISA, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, con una población de mayor riesgo socioeconómico y donde se registra la mayor cantidad de nacimientos a nivel nacional, en el 2010 la tasa de transmisión vertical fue de 4.8%. (3 niños infectados/69 embarazadas CHPR)

Por su parte el Centro Nacional de Referencia Obstétrico Pediátrico VIH/Sida ha notificado para el año 2010 una transmisión vertical de 6.6% (5 niños infectados/ 76 embarazadas de varios centros de salud incluido el CHPR)

Con respecto a los niños huérfanos por el sida, en el año 2010, se publicó la investigación *“Conocer para intervenir. Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del Sida en Uruguay”*, a cargo del equipo de la Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH/Sida y el apoyo del P.ITS-VIH/Sida, UNICEF y la Organización Compañeros de la Américas. Desde la creación de esta unidad en el CHPR, en 1990, al año 2009 se habían asistido 1.286 niños hijos de madres VIH positivas, de los cuales aproximadamente un 15% resultaron

infectados.

Se identificaron a partir de la base de datos del Centro a 672 familias de las cuales pudieron ser contactadas 308. De ellas 110 familias con 116 niños en situaciones de orfandad por el VIH/sida (67 infectados y 49 no infectados), finalmente fueron incluidas en el estudio. Se evaluaron dimensiones sociales, psicológicas y de salud. Se destacan los resultados más relevantes:

- Mediana de edad 10 años (rango de 2 a 17 años)
- 59% niñas, 41% varones
- el 70% de los huérfanos con VIH tenían más de 8 años y el 89% de los huérfanos VIH negativos tenían menos de 12 años (revelando la eficacia de las intervenciones para reducción de la TV en los últimos años)
- 71% de los huérfanos vivía con un miembro de la familia con infección por VIH y el 86% vivía con un miembro de su familia biológica
- Prevalcieron la orfandad materna y la doble
- 18.5% sufrieron abandono
- El 14% estaban institucionalizados (INAU-Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) y el 81% de ellos estaban infectados
- La mayoría de los hogares se situaban bajo la línea de pobreza
- La mayoría de los niños asistían a un centro educativo pero tenían alta tasa de repetición (52.6%)
- La utilización de beneficios sociales fue muy baja a pesar de su disponibilidad siendo el más utilizado la canasta de alimentos proporcionada por el Instituto Nacional de Alimentación (56.3%)
- El nivel nutricional fue adecuado en el 98% de los niños no infectados y en el 81% de los infectados
- El 49.2% de los infectados tuvo alteraciones de su examen físico (significativamente superior a los no infectados,  $p < 0.05$ ): caries, alteraciones neurológicas.
- El 93% de los niños cumplían con el esquema de vacunación, sin diferencias entre infectados y no infectados y el 98.7% tenían control médico en el último año.
- El 91% de los infectados y el 35% de los no infectados tuvieron al menos una hospitalización
- El 85% de los niños con VIH recibían TARV y 56 de 57 presentaban carga viral

indetectable o menor a 20.000 copias/mL. 87% tuvieron una valoración de buena adherencia al TARV.

- El 64% de los niños con VIH y el 86% de los no infectados presentaron un desarrollo psicológico adecuado
- Síntomas de depresión fueron identificados en 4 niños infectados
- 34 de 37 niños infectados tenían conocimiento de su estado serológico

## **2.9. La vigilancia de los tipos virales prevalentes.**

Uno de los principales problemas que plantea el VIH es su variabilidad genética. Esta capacidad de mutar que presenta el virus tiene implicancias directas en la posibilidad de conducir en forma exitosa los tratamientos antivirales y el conocimiento y vigilancia de la epidemiología molecular es piedra angular de una política racional de antivirales.

Uruguay presenta un panorama complejo en este aspecto. El tipo viral predominante es VIH-1, con casos excepcionales reportados de infección por VIH-2. Circula como en el resto de América el subtipo B y la influencia de la epidemia en el sur de Brasil determina también la presencia de cepas de subtipo C y marcada presencia de cepas recombinantes BF1. Otras cepas virales recombinantes registradas son la CRF38\_BF1, también presente en Argentina, y la CRF38\_BF1\* que hasta la fecha solo se ha detectado solo en Uruguay<sup>11</sup>.

La epidemiología molecular de los patrones de resistencia virales es un punto importante en la política de antivirales de la respuesta nacional a la epidemia. Los estudios de resistencia a antivirales comenzaron a realizarse en octubre del año 2007. Los resultados disponibles han aportado amplia información sobre el patrón de mutaciones de resistencia así como del perfil genotípico de VIH-1 circulante en nuestro país:

- La prevalencia de subtipo B es de 45.6%
- La prevalencia del recombinante BF1 es de 50.9%, con una presencia importante de CRF12\_BF y de el novel recombinante definido como CRF38\_BF1
- El resto de los subtipos identificados se distribuyen de la siguiente manera: F, 1.16%; C, 1.16%; A1, 0.58% y D, 0.58%.

---

<sup>11</sup> Ruchansky D, Casado C, Russi JC, Arbiza JR, Lopez-Galindez C, et al. Identification of a new HIV Type 1 circulating recombinant form (CRF38\_BF1) in Uruguay. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2009; 25: 351-6

## **CAPITULO III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH/sida.**

De acuerdo al PEN, y en conjunto con múltiples instituciones y programas se han logrado significativos avances en la respuesta nacional a la epidemia de VIH/Sida. Estos avances se encuentran agrupados en los 5 grandes objetivos del PEN (2006-2010). Tal cual fue previamente enunciado, durante el período 2010-2011 se realizó una evaluación de la evidencia disponible y se elaboró un Marco de Resultados. Actualmente se está culminando la elaboración del PEN 2012-2016, que ya ha sido validado por la CONASIDA. Por lo que en este informe mantenemos la estructura del anterior, agregando aquellos logros del período 2010-2011.

### **3.1. Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de la salud y prevención de ITS y VIH.**

- Se han desarrollado estrategias que promueven el acceso a la información, facilitando el acceso a preservativos así como la difusión de su uso correcto. La compra de preservativos del Ministerio de Salud se realiza a través de UNFPA y ascendió a 11 millones en el año 2010. El MSP provee de forma gratuita a los prestadores públicos de salud, ONGs, para uso en campañas de promoción y educación.
- Según lo establecido en la Ley de Protección a la SS y SR, los prestadores de salud deben proveer a los/as usuarios/as que lo solicitan, 15 preservativos por persona por mes
- En el año 2011, se inició la provisión de preservativos al sistema penitenciario, en el marco de la Ley de Protección a la SS y SR (aproximadamente 1 millón de preservativos cada 6 meses)
- Se mantiene la distribución de preservativos femeninos en profesionales del sexo femeninas. En el año 2010 el MSP adquirió 70.000 preservativos femeninos.
- Se colocaron máquinas expendedoras de preservativos en sitios de concurrencia de jóvenes en Montevideo que se suman a las máquinas instaladas en los servicios del PNA.
- Se ha fortalecido la educación sexual en el sistema educativo formando parte explícita de los lineamientos curriculares de los diversos sectores del sistema educativo formal:
  - Educación primaria: constituye un eje transversal en el nuevo diseño curricular
  - Educación secundaria: existe la figura del Docente Referente de Educación Sexual, para cada una de las instituciones de todo el país.

- Educación Técnico Profesional: talleres curriculares de dos horas semanales en 1º y 2º año del ciclo tecnológico (64 escuelas técnicas de todo el país)
- Formación Docente: seminario curricular obligatorio en el Núcleo de Formación Profesional Común del plan 2008, para formación de maestros, profesores y maestros técnicos de todo el país.

Hasta el momento existen 2.450 docentes formados en el sistema educativo; 3293 egresados de los institutos de formación docente y un total de 823.709 estudiantes de los diversos subsistemas que han recibido educación sexual curricularmente.

### **3.2. Lograr el acceso universal a la salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS.**

El Programa Nacional ITS-VIH/Sida ha elaborado un conjunto de directrices y guías, orientadas a adecuar el marco institucional y la praxis de los trabajadores de la salud. Estas recomendaciones, directrices y guías, que retoman el rol rector y de contralor del MSP tienen como fin mejorar la atención de salud y la calidad de vida de las PVVs y ajustan la buena práctica a los avances en materia de reconocimiento normativo de los Derechos Humanos y los adelantos médicos científicos respecto a la atención, tratamiento y apoyo a las PVVs. En el proceso de elaboración de muchas de ellas han participado un conjunto de profesionales médicos de la Universidad de la República, del propio Ministerio de Salud Pública, sociedades científicas, otros Programas del MSP y organizaciones que trabajan en el campo de VIH/Sida, incluyendo a organizaciones de PVVs entre otras.

- Guías y Directrices actualizadas en el período 2010-2011
  - Guías de Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización en adultos/as.
  - Guías de Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización en niños/as (en revisión).
- Promoción de la realización de la prueba de VIH y la consejería en el Primer Nivel de Atención.
- Realización de la primera jornada nacional de promoción del diagnóstico que generó un importante impacto en medios de prensa, contribuyendo a la sensibilización de la población en la temática VIH/Sida



Respecto a la atención integral dos temáticas merecen ser profundizadas: la cobertura del TARV y la respuesta coordinada al VIH y la TB. Existen aún deficiencias y obstáculos para la gestión eficiente de ambos problemas por lo que serán abordados en el Capítulo 5, “Principales Problemas y Acciones Correctivas”.

### **3.3. Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y de sífilis congénita.**

El Programa Nacional de ITS-VIH/Sida ha enfatizado en que se priorice la atención integral de la mujer embarazada con especial énfasis en la captación precoz del embarazo y la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas para prevenir la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH.

Durante los años 2010-2011, como fue mencionado previamente, se consideró una prioridad por parte del MSP el diseño de estrategias que profundizaran las acciones emprendidas en el período anterior para la eliminación de la sífilis congénita, problema sanitario emergente en el país. Este proceso fue liderado por el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Del trabajo integrado y participativo del Programa Nacional ITS-VIH/Sida, Programa Salud de la Mujer, Programa Niñez, DEVISA, Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Unidad de Información Nacional en Salud (UINS) y profesionales docentes de Facultad de Medicina, se obtuvieron varios productos:

- Plan de Impacto para la eliminación de la Sífilis Congénita.
- Actualización de los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el embarazo, varones, mujeres y trans en el Primer Nivel de Atención (PNA), priorizando el uso de pruebas rápidas tanto de sífilis como VIH en mujeres embarazadas no controladas o en su primer contacto con el sistema de salud en el PNA y en poblaciones con sospecha de ITS y en poblaciones con riesgo de pérdidas de seguimiento. Estos algoritmos promueven el tratamiento inmediato de la sífilis, independientemente de continuar con el flujograma diagnóstico, así como la captación de la/s pareja/s sexuales.
- Actualización del algoritmo diagnóstico y terapéutico de sífilis congénita.
- Plan de monitoreo con indicadores de: a) control de embarazo, b) sífilis materna, tratamiento y tratamiento de contactos sexuales, c) VIH en el embarazo y tratamiento. Como indicadores de impacto: tasa de incidencia de sífilis congénita y transmisión vertical de VIH.
- Adopción de la nueva versión de carné perinatal del SIP para Latinoamérica e incorporación de variables específicas para nuestro país respecto al diagnóstico de sífilis

en el recién nacido.

- Creación de un nuevo formulario de notificación de sífilis congénita y de un sistema de notificación online a DEVISA.
- Propuesta de una ordenanza respecto a las pautas a seguir en el control del embarazo, con énfasis en diagnóstico de sífilis y VIH y con obligaciones especiales para aquellos prestadores de salud con una prevalencia de mal control obstétrico mayor al 15% (15% de embarazos con 4 o menos controles).<sup>12</sup>
- Guía clínica de sífilis en el embarazo y sífilis congénita, a publicar en marzo del 2012.

### **3.4. Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH/Sida al interior de la sociedad uruguaya.**

Como lo señalan los estudios de creencias, prácticas y comportamientos realizados en la población general, aún es posible observar en diferentes ámbitos de la actividad nacional la persistencia de prácticas de discriminación respecto de las personas que viven con VIH.

Durante el año 2011 se llevó adelante el “*Estudio sobre estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH*” (PAF A – UNAIDS *Programme Acceleration Funds*). Este estudio surge como propuesta de la CONASIDA-MCP y en el marco de las acciones de asistencia técnica y de cooperación del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida. (En el ítem “práctica óptima” se describe en mayor detalle)

Como principales productos se obtuvieron: una hoja de ruta consensuada para el tratamiento de situaciones de estigma y discriminación hacia PVVs, una propuesta de formulario de registro de denuncias por estigma y discriminación.

Esta investigación motivó una campaña publicitaria presentada el 1 de diciembre del 2011 durante la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el VIH/Sida, diseñada de forma honoraria por el Círculo Uruguayo de Publicidad, en el marco de sus actividades de responsabilidad social.

Durante el año 2011, a instancias de Organizaciones de colectivos LGBT, se iniciaron reuniones en centros de atención de salud en el PNA de ASSE y de la Intendencia de Montevideo, con participación de los equipos médicos y no médicos, Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria

---

<sup>12</sup> El llenado del carné y registro en el Sistema Informático Perinatal se ha definido como una meta prestacional, por lo tanto es obligatorio.

de la Facultad de Medicina y el apoyo de UNFPA para profundizar en aspectos relacionados a la atención libre de discriminación hacia dichos colectivos. El día 30 de noviembre del 2011, se realizó un taller intersectorial abierto a la comunidad en una policlínica periférica en Montevideo, co-organizado por el Programa Nacional ITS-VIH/Sida y el Servicio de Salud de la Intendencia, con apoyo del equipo conjunto de Naciones Unidas y con participación de representantes de organizaciones de los colectivos LGBT. El principal objetivo fue analizar de forma participativa los obstáculos y recomendaciones internacionales así como recoger opiniones acerca de cómo mejorar la accesibilidad y calidad de los Servicios de Salud a la diversidad sexual.

En el año 2012, está previsto incorporar la temática “Diversidad Sexual” en las capacitaciones de los Equipos Coordinadores de Referencia de SSR de todo el país.

### **3.5. Potenciar el sistema de vigilancia e información que permita el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud.**

Durante el período 2010-2011 se trabajó en conjunto con diferentes sectores encargados de la Vigilancia Epidemiológica y Sistemas Informáticos, lo que permitió confeccionar nuevas herramientas para la recopilación de datos, esencial para el monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH/Sida y otras ITS.

- a) Actualización de los siguientes formularios en conjunto con DEVISA:
  - Formulario de notificación de VIH de adultos incorporando variables de nivel educativo, motivo de realización de la prueba, vías probables de transmisión, estadio clínico
  - Formulario de notificación de VIH en niños incorporando datos de TARV en el embarazo, vía de parto, profilaxis en el niño, alimentación (suspensión de lactancia), estadio clínico además de otras vías de transmisión además de la vertical
  - Formulario de cambio de estadio de VIH a Sida por CD4 o enfermedad marcadora

Sí bien la notificación de casos confirmados de VIH se realiza sistemáticamente desde el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP), único laboratorio de referencia nacional en diagnóstico confirmatorio, lo que permite disminuir al mínimo el riesgo de subregistro, existía escaso registro de algunas variables esenciales para caracterizar la epidemia. La Ordenanza 624/10, establece la obligatoriedad del llenado del formulario de notificación con el envío de la muestra para test confirmatorio al DLSP.

En el DLSP en el sector Virología, se realiza el test de resistencia genotípico para todo el país en forma gratuita. Se realiza la vigilancia de genotipos virales y de la resistencia secundaria.

- b) Con el Departamento de Informática se realizó la incorporación en el Certificado de Recién Nacido Vivo de los datos: realización de test de VIH en el embarazo, resultado del mismo, TARV en el embarazo y/o parto. Este certificado se completa online en el 100% de las maternidades en el país y los datos de VIH se registran en el sistema informático pero no en la versión impresa que se entrega a la madre.
- c) Se adoptó la nueva versión del SIP que incluye datos de VIH en la mujer, resultados del test, datos de TARV.

Con las innovaciones antes mencionadas se espera: 1) mejorar la obtención de datos respecto a los diagnósticos de VIH/Sida, especialmente en vías de transmisión; 2) obtener datos que permitan conocer las cifras de prevalencia de transmisión perinatal a nivel nacional y realizar una aproximación a sus determinantes.

- d) En el año 2012 se dará continuidad a las acciones en Estigma y Discriminación, generando un formulario consensuado de registro de denuncias y seguimiento de las mismas. Se espera que información aportada sea de utilidad para el fortalecimiento de las estrategias en la lucha contra el Estigma y la Discriminación hacia las Vs.

Respecto a la sífilis, especialmente la sífilis en el embarazo y la sífilis congénita:

- a) Creación de un nuevo formulario de notificación de sífilis congénita y de un sistema de notificación online a DEVISA.
- b) Adopción de la nueva versión de camé perinatal del SIP para Latinoamérica e incorporación de variables específicas para nuestro país respecto al diagnóstico de sífilis en el recién nacido.

Durante este período no se han realizado estudios CAPs ni serológicos en poblaciones vulnerables en nuestro país. Está planificada la ejecución en el año 2012 del “*Estudio seroprevalencia de VIH/Sida y conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana*” (PAF B –UNAIDS Programme Acceleration Funds). En el proceso de preparación de esta investigación se realizó un taller de entrenamiento destinado a crear capacidades técnicas en

equipos de investigación en el uso de la metodología “*Respondent Driven Sampling*” (RDS). Este taller co-organizado por el Programa Nacional ITS-VIH/Sida y la Junta Nacional de Drogas, se realizó entre el 20 y 23 de junio del 2011 con el apoyo del Equipo Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/Sida. Posteriormente se realizó una convocatoria a presentación de propuestas para la ejecución del proyecto. La evaluación de las mismas y selección de la propuesta ganadora fue realizada en diciembre del 2011.

## CAPITULO IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

---

En primer lugar, se presenta como práctica óptima a las acciones realizadas en el marco del objetivo estratégico del PEN, *“Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH/Sida al interior de la sociedad uruguaya”*.

La ejecución del Proyecto PAF A (Programme Acceleration Funds) de ONUSIDA permitió una acción conjunta intersectorial del Área de Salud Sexual y Reproductiva, el Programa de Nacional ITS-VIH/Sida del Ministerio de Salud Pública, las organizaciones de personas viviendo con VIH (ASEPO, AMISEU, ICW, REDLA) y el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida de respuesta al estigma y discriminación de las personas con VIH y en la promoción de sus derechos.

En ese contexto, se realizó una investigación exploratoria, *“Estudio sobre estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH”*, desde mayo a agosto del 2011, a través de una consultora contratada, con el objetivo de identificar, sistematizar y caracterizar las denuncias sobre situaciones de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH/Sida, y también realizar recomendaciones tendientes a mejorar el abordaje, procesamiento y resolución de las mismas (Mapa de Ruta).

Desde el punto de vista metodológico la investigación tuvo un abordaje cualitativo y cuantitativo: a) se realizaron entrevistas en profundidad a diversas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el campo de VIH/Sida con el propósito de relevar modalidad de recepción, gestión y resolución de las denuncias; b) se relevaron datos cuantitativos de las denuncias recibidas durante el año 2010 por las organizaciones participantes (AMISEU, ASEPO, Red de Personas Viviendo con VIH/Sida, ICW); c) entrevistas con referentes de instituciones claves en la confección de un mapa de ruta para la gestión más efectiva de las denuncias (Dirección de Derechos Humanos del CODICEN, Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Comisión Honoraria contra la Xenofobia, el Racismo y toda forma de discriminación del Ministerio de Educación y Cultura, Comisionado Parlamentario Penitenciario).

Dentro de los resultados de la investigación se destaca que se identificaron los ámbitos donde ocurren las principales situaciones de discriminación:

- a) Salud: dificultades en el acceso al tratamiento y atención, falta de confidencialidad por parte del personal de salud médico y no médico
- b) Laboral: despidos injustificados o cambios de condiciones de empleo
- c) Educación: falta de confidencialidad por parte del cuerpo docente o autoridades en caso de conocer el estado serológico de la persona o suponerlo, restricciones impuestas en un contexto educativo por razón del estado serológico del o la afectado/a, padre o madre

Asimismo, se obtuvo un panorama del proceso de recepción, gestión y tratamiento de las denuncias por discriminación y estigma hacia PVVS.

Una de las conclusiones más relevantes de esta investigación, es el evidenciar que la modalidad de tratamiento que han implementado durante estos años las organizaciones de la sociedad civil ha sido mayormente efectivo a la hora de resolver ciertos casos de discriminación y estigma y ha suplantado las omisiones del Estado, pero pensando en una estrategia más operativa y que coadyuve a la erradicación de la discriminación y estigma en todos los ámbitos de la sociedad, la interinstitucionalidad y el involucramiento real de las esferas estatales es una premisa que no se puede seguir evadiendo. Esto justificó la necesidad de gestionar un mapa de ruta para las situaciones de discriminación y estigma hacia PVVS donde la mayor cantidad de actores (gubernamentales y de la sociedad civil) comprometan sus acciones y recursos.

En el marco de este estudio se destaca también el compromiso y la apertura al tema de los referentes de las distintas instituciones estatales que se han entendido como alianzas en la lucha contra la erradicación de la discriminación y estigma hacia PVVS y claves en la confección de un mapa de ruta para la gestión más efectiva de las denuncias. (Dirección de DDHH del CODICEN, Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social MTSS, Comisión Honoraria contra la Xenofobia, el Racismo y toda otra forma de discriminación MEC, Comisionado Parlamentario Penitenciario).

De esta investigación también se desprende que la totalidad de estas instituciones tienen como referentes principales a personas sensibilizadas en el tema VIH y DDHH y todas ellas han trabajado directamente con situaciones de estigma y discriminación hacia personas con VIH. Esta realidad no es un común denominador en otros temas, y no se ha dado quizás en otros momentos de la epidemia en nuestro país y por tanto es un momento institucional que debería ser

aprovechado para generar acciones más efectivas contra el estigma y la discriminación hacia las PVVS en los distintos ámbitos.

Por último, el Senado dio en el mes de setiembre de 2011 sanción definitiva a la Ley 18.806 complementaria a la Ley 18.446, que a fines de 2008 creó la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), votada por unanimidad. La representante nacional Daniela Payseé explicó durante el Taller de diálogo que ahora, la comisión de Derechos Humanos de la Asamblea General –presidida por ella- comenzará a funcionar con el fin de seleccionar a los miembros del INDDHH y discutir la integración del directorio.

El mapa de ruta consensuado en esta instancia es en la actualidad la primera herramienta con que se cuenta a nivel nacional donde se acuerdan las acciones a seguir en los ámbitos donde se producen la mayor parte de las situaciones de estigma y discriminación: sanitario, laboral, educativo y penitenciario.

Como complemento de esta investigación se decidió lanzar una Campaña de comunicación enfocada en combatir las situaciones de estigma y discriminación y la promoción del derecho a estudiar, el derecho a trabajar, el derecho a recibir una atención en salud, de las personas que viven con VIH. Se trata de lograr sensibilizar a los operadores y usuarios de educación y salud sobre las situaciones de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH (niños, niñas, adolescentes y adultos) y contribuir a su disminución y reforzar la inclusión social.

Con la plena colaboración honoraria del Círculo Uruguayo de Publicidad, en el marco de sus acciones de responsabilidad social, se realizó todo el proceso creativo de producción de la campaña de comunicación, la selección de mensajes y estéticas propuestas, la validación por parte del conjunto de actores involucrados. El lanzamiento de la campaña, 3 autoadhesivos y 3 afiches se realizó el Día internacional de lucha contra el SIDA, el 1 de Diciembre. Con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social, la campaña de difusión alcanzó todo el territorio nacional.

Seleccionamos esta investigación y las acciones subsiguientes como práctica óptima por las siguientes razones:



- Constituye una iniciativa de la CONASIDA-MCP que reafirma su liderazgo y capacidad de generar propuestas concretas e intersectoriales
- La capacidad de trabajo articulado de las Organizaciones de la Sociedad Civil y de Personas que Viven con VIH, demostrada a través de la participación activa y coordinada tanto en la fase de planificación, como ejecución, análisis crítico de la investigación y su difusión
- La generación de resultados que trascienden lo meramente descriptivo para impulsar acciones sustentadas en la evidencia generada
- El compromiso de los sectores donde se identificaron las mayores prevalencias de situaciones de discriminación, condición indispensable para avanzar en estrategias efectivas en la lucha contra el estigma y la discriminación
- El compromiso de una empresa privada en el marco de sus acciones de responsabilidad social asumiendo de forma honoraria la creación de la campaña publicitaria, en un hecho sin precedentes en la respuesta contra el VIH/Sida en nuestro país

Como otra práctica óptima se destaca el reconocimiento de la calidad de Monotributistas para las trabajadoras y los trabajadores sexuales, incluyendo las personas Trans, a través del Decreto E/ 363 del Ministerio de Economía y Finanzas de fecha 15.02.2011, por tratarse también de un proceso participativo y plural entre sectores de gobierno y el conjunto de las organizaciones sociales de los grupos vulnerables directamente involucrados.

La estrategia progresiva de sensibilización y ampliación de sectores públicos estratégicos como el Ministerio de Economía y Finanzas para buscar formas de cotización que contemplaran las reales condiciones socioeconómicas de los y las trabajadores sexuales, tal cual fuera la demanda las organizaciones sociales significó un proceso multisectorial de gran relevancia.

Dicha estrategia se enmarca en una apuesta de la actual administración de fortalecimiento de mecanismos y procesos de inclusión social, y formalización de diversos colectivos de trabajadores y trabajadoras que hasta este momento se encontraban desamparados por la seguridad social.

De ahora en más, los servicios sexuales contribuyen a la seguridad social, a través del monotributo, pudiendo el titular monotributista unipersonal obtener como prestaciones de actividad: cobertura opcional de salud para él/ella y para los hijos menores a cargo o mayores con discapacidad, lentes y prótesis, subsidio o licencia por enfermedad, subsidio transitorio por incapacidad parcial, asignación familiar ampliada. Y como prestaciones de pasividad: jubilación común, jubilación por edad avanzada, jubilación por incapacidad física, cobertura de salud para él/ella y para los hijos menores a cargo o mayores con discapacidad, si es beneficiario/a en actividad, préstamos, pensión por sobrevivencia, turismo social y otras posibilidades como acceso a soluciones habitacionales, etc.

## CAPITULO V.

### PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.

---

Las principales carencias en la respuesta nacional a la epidemia de VIH/Sida durante el período que cubre el informe se analizan en función del PEN 2006-2010, de algunos indicadores actualizados y de nuevas evidencias disponibles. Asimismo, se describen las acciones correctivas emprendidas en el período 2010-2011.

#### 5.1. Principales problemas encontrados.

**Objetivo 1.** Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de la salud y prevención de ITS y VIH.

1. No se han realizado intervenciones preventivas para poblaciones vulnerables en forma continua y con cobertura nacional.
2. Las organizaciones no gubernamentales que trabajan con poblaciones en situación vulnerable son relativamente pequeñas, con pocos recursos humanos y financieros. Se concentran en Montevideo y tienen escasa intervención en el resto del país.
3. Las campañas públicas han sido escasas en el tiempo y de impacto limitado y persisten entre la población creencias erróneas acerca de la transmisión del VIH.

**Objetivo 2.** Lograr el acceso universal a la salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS.

4. El diagnóstico de la infección VIH se realiza de forma tardía (40%-45% en estadio Sida en el sector público)
5. El acceso al TARV es tardío y con una cobertura limitada de acuerdo a las recomendaciones adoptadas por el país (umbral de CD4 350)
6. La permanencia en tratamiento a los 12 meses es baja en el sector público, traduciendo problemas de adherencia y deficiencias en la atención integral
7. Existen marcadas deficiencias en el abordaje de la coinfección TB/VIH: no se realiza sistemáticamente la búsqueda activa de TB en PVVs, existe una baja cobertura de profilaxis con isoniazida cuando está indicada, la cobertura de TARV en coinfectados

es muy baja (33% en el año 2010).

8. No existe una coordinación clara y sistematizada para que las PPL que viven con VIH reciban una continuidad en la atención

Los indicadores 4.1 y 4.2 se encuentran por debajo de los niveles deseables, esto sumado al tardío impacto sobre la curva de mortalidad, verificándose una meseta recién a partir del año 2005, alertan sobre obstáculos al acceso a una atención integral de calidad.

**Objetivo 3.** Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y de sífilis congénita.

9. A pesar de la alta cobertura nacional de atención prenatal (95%), hay dificultades para controlar la transmisión vertical del VIH y Sífilis. Hay deficiencias relacionadas con: a) la captación de embarazadas pertenecientes a los estratos más pobres de la población y de las parejas sexuales de embarazadas con ITS o VIH; b) la aplicación sistemática de la prueba rápida en casos de embarazos mal controlados; c) el compromiso del equipo de salud con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. La deficiencia de formación de recursos humanos en el primer nivel de atención y una escasa articulación con agentes comunitarios de salud son algunos impedimentos para el logro de este objetivo.

**Objetivo 4.** Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH/Sida al interior de la sociedad uruguaya.

10. El estigma y la discriminación sigue presente en la población uruguaya, tanto hacia PVVs como hacia los colectivos vulnerables.

**Objetivo 5.** Potenciar el sistema de vigilancia e información que permita el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud.

11. El control y monitoreo de la calidad de la atención de salud de las PVVs es difícil, porque la información sobre los usuarios es fragmentada y, a menudo, de difícil acceso. La obtención de indicadores requiere de recopilación de información de forma artesanal, mediante cuestionarios y planillas de datos que se envían a los prestadores de salud. No hay un sistema de registro único de pacientes que proporcione información de monitoreo de estrategias programáticas y su impacto.
12. Los estudios de 2ª generación son costosos y de difícil implementación y requiere siempre de apoyos externos ya que el Programa no dispone de recursos propios.

## 5. 2. Acciones correctivas.

Las características de la reforma de la salud en proceso, configura un marco institucional que propicia la puesta en marcha de acciones correctivas específicas, destacando:

- Fortalecimiento del primer nivel de atención para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios a la población de menores recursos.
- Inversión en la infraestructura de policlínicas y centros de salud comunitarios.
- Modelo de atención integral, con actividades que promueven estilos de vida saludables.
- Promoción de la participación de los usuarios en el Consejo Consultivo Nacional Intersectorial (Ley 18.335 Anexo 6), que integran representantes de todos los sectores, incluso los trabajadores de la salud.
- Organización de la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- Creación de un Fondo Único de Financiamiento (FONASA, Ley 18.131, Anexo 7) que establece la relación con los prestadores de salud (subsectores público y privado), la regulación y el control a través del Contrato de Gestión.
- Establecimiento de la contribución por cuota de salud per cápita y por metas asistenciales de salud.

A continuación se presentan de forma resumida las acciones específicas para resolver las deficiencias mencionadas, manteniendo el ordenamiento por objetivos.

**Objetivo 1.** Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de la salud y prevención de ITS y VIH.

- La ejecución del Proyecto *“Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay”*, contribuirá con seguridad a subsanar las deficiencias planteadas en los puntos 1 al 3 y parcialmente el 4, fortaleciendo la estrategia nacional ante el VIH/Sida. Este proyecto (Ronda 10 del FM) enmarcado en el PEN del Programa ITS/Sida, tiene dos receptores principales, el MSP (estatal) y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación-ANII (no

- estatal) y está dirigido a dos poblaciones vulnerables, HSH y trans. Las principales actividades a desarrollar son: fortalecimiento de las capacidades organizativas y de gestión de Organizaciones No Gubernamentales que potencien las actividades de promoción y prevención entre pares, realizar abogacía, diseñar proyectos y estrategias de incidencia política, implementar estrategias para el acceso a la prueba y fortalecer la captación efectiva por el sistema de salud así como la atención integral de las poblaciones referidas, realizar campañas de información y comunicación con énfasis en la promoción de salud, prevención, ejercicio de derechos y reducción del estigma y la discriminación.
- El fortalecimiento de la protección de la SS y SR, ha generado la creación y fortalecimiento de estos servicios, con un carácter integral, universal y accesible a toda la población. En el año 2012 se llevará adelante un plan de capacitación a equipos de salud para la atención integral de la diversidad sexual y para la promoción y prevención de ITS y VIH, con énfasis en la oferta de las pruebas diagnósticas con consejería.
  - Desde el Programa Nacional ITS-VIH/Sida, se realizó una actualización de los algoritmos diagnósticos de VIH y sífilis que incluye la implementación de pruebas rápidas en el lugar de atención con enfoque en poblaciones vulnerables.
  - Intervenciones y apoyo del Programa Nacional ITS-VIH/Sida a las direcciones departamentales de salud, ONG, organizaciones de base comunitaria y de PVVs
  - El Programa Nacional ITS-VIH/Sida integra la Comisión de Protección del Trabajo Sexual junto al Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU), Ministerio de Trabajo y representantes de dos ONG de trabajo sexual femenino, masculino y trans. Esta comisión trabaja en la promoción del acceso a los servicios de salud y los derechos ciudadanos de estas personas. Durante el año 2011 se trabajó en una propuesta para la modificación del decreto 480/003 regulatorio de la Ley 17.515 (Trabajo Sexual), donde se propone el pasaje del registro Nacional de Trabajo Sexual desde el Ministerio del Interior a la órbita del Ministerio de Salud Pública. Se realizó una consulta nacional con trabajadoras/es sexuales para difundir esta modificación y promover la capacidad organizativa a nivel nacional.
  - El Programa Nacional ITS-VIH/Sida lidera un grupo de trabajo intersectorial en PPL, que integran representantes de la asesoría del Ministerio del Interior, del Instituto Nacional de

Rehabilitación y del Comisionado Parlamentario en Cárceles. Durante el año 2011 se realizaron las siguientes actividades: 1) se generó un documento de recopilación de marco normativo, atención de salud y estudios de situación de las ITS/VIH en cárceles; 2) se inició la provisión de preservativos a PPL; 3) se realizaron las coordinaciones para la inclusión en la currícula de formación de operadores penitenciarios de temas de: SS y SR, diversidad sexual, género, vulnerabilidad y riesgo, ITS y VIH, estigma y discriminación.

**Objetivo 2.** Lograr el acceso universal a la salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS.

Respecto al punto 4, diagnóstico tardío:

- Como fue previamente referido la implementación del Proyecto del FM será esencial para ofrecer las condiciones de accesibilidad a la prueba a las poblaciones vulnerables objetivo.
- El PNA será fortalecido en sus capacidades en oferta de la prueba a poblaciones vulnerables a través de las capacitaciones a los equipos de SS y SR.
- En el 2012 se realizará una capacitación en uso de pruebas rápidas y su validación con apoyo de OPS-OMS. En nuestro país las pruebas rápidas de VIH y sífilis fueron validadas en embarazadas y a pesar de su amplia disponibilidad en el PNA no se han realizado evaluaciones de desempeño en otras poblaciones.

Respecto a los puntos 5 y 6, baja cobertura de TARV y baja permanencia en el régimen a los 12 meses:

- Se actualizaron las guías de TARV donde se propone la estandarización de regímenes de primera línea con planes sencillos y bien tolerados.
- Se ha propuesto una normativa que contribuya al cumplimiento de la guía y su auditoría.
- Uno de los principales obstáculos se encuentra en la centralización en un único centro de referencia de VIH el acceso al TARV en el sector público de ASSE (excluye Servicios de Uniformados). Esto genera una gran demanda asistencial que supera las capacidades y una atención fragmentada con los consecuentes retardos en los inicios de tratamiento y múltiples obstáculos para la permanencia y adherencia de las PVVs. Por otra parte, la población que se asiste en este sector, es la más vulnerable, mayoritariamente en

situaciones de pobreza, con una importante proporción de usuarios de drogas y falta de sostén familiar y social. Este tema fue planteado en la CONASIDA-MCP y se está trabajando con el nivel central de ASSE para promover la descentralización de la atención y fortalecimiento de los equipos de salud que necesariamente deben ser multidisciplinarios para garantizar un abordaje integral.

Respecto al punto 7, abordaje integral de la coinfección VIH-TB:

- Se elaboró una Guía de TB-VIH, la que se encuentra en revisión por expertos de OPS-OMS.
- Se conformó un grupo de trabajo intersectorial, Programa Nacional ITS-VIH/Sida, CHLA-EP, ASSE y Academia. Durante el año 2011 se realizaron algunas acciones: 1) taller de consejería y oferta de la prueba de VIH y conceptos básicos de TARV para referentes de TB; 2) elaboración de un formulario con datos para el monitoreo de ambas infecciones; 3) diseño de un plan de distribución de TARV en centros de la CHLA en Montevideo.
- Se está realizando abogacía ante las autoridades de Salud para la creación de un Grupo Coordinador Nacional de TB-VIH, que permita realizar la cogestión eficiente implementando acciones en prevención, atención integral y apoyo a PVVs con TB.

**Objetivo 3.** Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y de sífilis congénita.

- Se detallaron previamente las acciones realizadas que se encuentran contenidas en el Plan de Salud Perinatal y en el Plan de Impacto de sífilis, el plan de monitoreo y las normativas referidas.

**Objetivo 4.** Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH/Sida al interior de la sociedad uruguaya.

Respecto al punto 10, la permanencia de situaciones de estigma y discriminación hacia las PVVs:

- Como fue previamente referido, en el Proyecto del FM se encuentran acciones de fortalecimiento de las capacidades de ONG de poblaciones vulnerables comprendidas en el proyecto, así como campañas de difusión tendientes a la sensibilización de la población general en la temática.
- Se dará continuidad a las acciones emprendidas como resultado del Proyecto "*Estudio del*



*estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH*: creación de un formulario de denuncias consensuado, seguimiento a través de un comité con el registro de las denuncias y su resolución final, difusión de avances y resultados.

- Se dará continuidad al trabajo integrado con actores de la salud, ONG y apoyo del Equipo Conjunto de Naciones Unidas con el objetivo de promover la atención en salud integral, inclusiva y amigable a la diversidad sexual. En el mismo sentido contribuirá la capacitación a equipos de SS y SR ya mencionada.

**Objetivo 5.** Potenciar el sistema de vigilancia e información que permita el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud.

Respecto al punto 11, monitoreo de la calidad de atención a PVVs:

- En el período 2008-2009, se realizó el pliego técnico para la adquisición del sistema informático de atención, registro, educación y difusión (SIDA EN RED), que aún sigue sin implementarse por falta de presupuesto.
- Se está trabajando con el Departamento de Informática en la creación de una herramienta que permita el registro online por partes de las instituciones de variables referidas a TARV.

Respecto al punto 12, las limitantes en la ejecución de estudios de 2ª generación:

- Nuevamente aquí, la ejecución del Proyecto FM, contribuirá a actualizar el conocimiento ya que están planificados estudios CAPs y serológicos en poblaciones HSH y trans.
- Está previsto la realización del estudio previamente referido en usuarios de drogas en el año 2012, el que ya cuenta con financiación del PNUD.
- Se actualizó el formulario de recolección de datos de trabajadoras/es sexuales que se controlan en las policlínicas de ITS de todo el país.

## **CAPITULO VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.**

---

Las acciones del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida se enmarcan en la experiencia piloto de la reforma del SNU “Delivering as ONE”, y apuntan a ofrecer asistencia técnica y financiera para el fortalecimiento de la respuesta nacional a la epidemia de VIH, en estrecha coordinación con las autoridades nacionales y en diálogo con los diversos actores involucrados, siguiendo los principios de los TRES UNOS.

El Equipo Conjunto lleva adelante un proceso de armonización, coordinación y búsqueda de sinergias de las acciones de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA, considerando las 10 prioridades del Marco de resultados de ONUSIDA y teniendo como horizonte de trabajo brindar apoyo para el logro de las metas nacionales del acceso universal al apoyo, prevención, asistencia y tratamiento definidas en el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay (MANUD - UNDAF).

Esta contribución del Equipo Conjunto sobre SIDA se apoya en los principios de división de trabajo de las Agencias copatrocinadoras del ONUSIDA y su Secretariado, basada en las experticias de cada una, como modalidad eficiente de brindar apoyo a las prioridades estratégicas nacionales.

Durante el período de reporte, el Equipo Conjunto estuvo presidido por el Representante de UNICEF para Uruguay, función asumida en enero 2009, y se cuenta con los puntos focales de OPS, UNICEF, UNFPA, OIT, UNESCO, ONUMujeres, PNUD, UN CARES, UNODC y de la Oficina de la Coordinadora Residente.

A continuación se detallan las actividades desarrolladas y reportadas hasta la fecha de cierre de este informe:

## ONUSIDA

- **Desarrollo del Estudio sobre Estimación del tamaño de la Población de Hombres que tienen sexo con hombres para Montevideo y Área Metropolitana**

Uno de los principales desafíos identificados por el Programa Nacional de ITS/Sida – Ministerio de Salud Pública refirió a la producción de información estratégica sobre los grupos más vulnerables, de manera de disponer de insumos para el diseño de acciones de prevención, atención y apoyo más efectivas para alcanzar las metas del Acceso Universal. En este marco, se realizó el Taller de entrenamiento destinado a crear capacidades técnicas locales en el uso de metodologías de estimación de tamaño poblacional en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), así como en el desarrollo e implementación de protocolos que permitan estimar el tamaño poblacional de HSH Uruguay.

A partir de esta actividad, se conformó un único equipo de investigación integrado por técnicos de la Facultad de Ciencias Sociales, el Instituto de Estadística de la Facultad de Ciencias Económicas, AIRE.uy y de las organizaciones de la sociedad civil, Ovejas Negras y FRANSIDA, interactuando en forma permanente con los responsables del PITS/Sida y ONUSIDA. Se revisaron las metodologías disponibles para la estimación del tamaño de la población de grupos vulnerables para identificar las opciones factibles en el contexto de Uruguay y se tomó la decisión de aplicar la metodología del “Objeto Único” para conocer el número de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en Montevideo y el área metropolitana. El estudio permitió estimar la población de HSH que vive en Montevideo y su zona metropolitana (Pando, La Paz, Las Piedras, Ciudad del Plata y Ciudad de la Costa); caracterizar el patrón de circulación de los HSH entre los lugares en Montevideo y zona metropolitana y disponer de información cualitativa acerca de la autopercepción de los HSH y su comportamiento concomitante, en un gradiente cuyos extremos son la asunción y no asunción explícita de su orientación sexual. Apoyo para la extensión de los derechos de la seguridad social a trabajadores sexuales masculinos y Trans.

Como en el resto del continente, las personas Trans en Uruguay conocen altas prevalencias de VIH que reflejan las numerosas vulnerabilidades sociales, el estigma y la discriminación y otras violaciones de sus derechos humanos que deben enfrentar, en particular los numerosos

obstáculos que encuentran para acceder a la educación, el trabajo, la salud y otros servicios. Una situación que se agrava considerablemente si las personas Trans ejercen el trabajo sexual, formal o informal.

En ese sentido, las sucesivas conferencias de alto nivel 2001 y 2006 y sus respectivos compromisos asumidos consensuaron en desarrollar una respuesta integral a la epidemia del VIH Sida como estrategia efectiva para abordar la complejidad de los desafíos, que van más allá del sector salud. Esto implica el necesario compromiso y participación plena de todos los sectores e instituciones del Estado, de la sociedad civil organizada, de la cooperación internacional, para actuar conjunta y articuladamente en la generación de mejores condiciones para lograr el acceso universal a la atención en salud, el tratamiento, el apoyo y la prevención, para la población en general, pero, en particular, para las personas que viven con VIH y para los grupos más expuestos. Es decir, generar entornos sociales y políticos favorables, integradores, focalizando en los derechos y oportunidades para los grupos más expuestos a la epidemia y también más estigmatizados, como son los Gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, Personas Trans, trabajadores y trabajadoras sexuales y usuarios de drogas.

En 1995, el Banco de Previsión Social, a iniciativa del integrante del Directorio en representación del movimiento sindical PIT-CNT trabajando en estrecha coordinación con la organización de trabajadoras sexuales AMEPU, logró impulsar la Resolución de Directorio N 45-18/95 de fecha del 05.12.95 que les permitía acceder a todos los beneficios que brindaba el BPS a condición de estar registrada y autorizada a ejercer el trabajo sexual, dentro de las disposiciones reglamentarias vigentes en aquel momento.

Desde 2009, el Banco de Previsión Social de Uruguay, liderado por su Presidente, inició un proceso amplio de diálogo y trabajo conjunto con la pluralidad de las organizaciones de la Sociedad civil involucradas en la respuesta a la epidemia y el trabajo sexual (ATRU, AMISEU, KM 0, REDUTRASEX, ALPECSE, CIEI-SU, OVEJAS NEGRAS, AMEPU), con la asistencia técnica de ONUSIDA.

El primer paso fue la adecuación normativa realizada a través de la resolución de diciembre del

2009, cuando el Directorio, basándose en la propia definición de la Ley N° 17.515 de fecha del 4.7.2002, según la cual ““son trabajadores sexuales todas las personas mayores de dieciocho años de edad que habitualmente ejerzan la prostitución, recibiendo a cambio una remuneración en dinero o en especie” amplió la cobertura social vigente desde 1995, a toda persona ejerciendo el trabajo sexual sin distinción de identidad de género, abriendo el acceso a prestaciones como cobertura en salud, subsidio por enfermedad, jubilaciones, pensiones, asignación familiar, asistencia odontológica y oftalmológica, en pie de igualdad con cualquier otro trabajador/a cotizante al organismo previsional bajo la modalidad de inscripción como empresa unipersonal.

De esta manera, el artículo de la Resolución de Directorio N° 45-18/1995, de fecha 05.12.95, que determinaba “Declarar que quienes ejerzan la prostitución dentro de las disposiciones reglamentarias que autorizan tal ejercicio tienen amparo como trabajadoras no dependientes, por las leyes n° 12.138 y 12.380 , siendo titulares de todos los beneficios que brinda el BPS a sus afiliados” es modificado por la Resolución de Directorio N° 42-2/2009, de fecha 17.12.09, resolviendo “Declarar aplicable en lo pertinente el régimen establecido en la R.D.N° 45-18/1995, de 05.12.1995, a todas las personas, sin distinción de género, autorizadas a ejercer el trabajo sexual, en los términos, condiciones, requisitos y obligaciones establecidos en la ley n° 17.515, de fecha 04.07.2002, y normas reglamentarias, modificativas y concordantes”.

En segundo lugar, con el objetivo de lograr la más amplia difusión de los nuevos derechos adquiridos, el grupo de trabajo intersectorial elaboró conjuntamente con los servicios de comunicación del BPS un material informativo específico dirigido a las personas Trans (“En el trabajo sexual...muchas cosas están cambiando”) que fue lanzado en una Conferencia de Prensa en agosto del 2010, por parte del Presidente del BPS y representantes de las organizaciones de la sociedad civil involucradas.

El pleno reconocimiento en igualdad de condiciones, derechos y obligaciones del trabajador y trabajadora sexual, incluyendo las personas Trans, permitió continuar trabajando en conjunto para explorar formas de cotización más ajustadas a la realidad socio económica de estos grupos y también explorar oportunidades de capacitación laboral en otras actividades. Como fruto de estas gestiones, el BPS logró el reconocimiento de la calidad de Monotributistas para las y los

trabajadores sexuales, incluyendo las personas Trans, a través del Decreto E/ 363 del Ministerio de Economía y Finanzas de fecha 15.02.2011. Este tercer paso implicó la reducción significativa en los niveles de aportes personales, la consolidación del reconocimiento y la formalización laboral, con el consiguiente acceso a los beneficios y prestaciones sociales del BPS, todo lo que configura una acción estratégica de inclusión social y de promoción de la ciudadanía y derechos de los grupos más vulnerables. .

El presente proceso llevado adelante por el Banco de Previsión Social puede considerarse una contribución significativa para modificar las condiciones socio culturales que incrementan los riesgos de exposición al VIH de ciertos grupos poblacionales y para promover los derechos, ciudadanía y calidad de vida de trabajadores y trabajadoras sexuales, creando mejores condiciones para lograr el acceso universal a la prevención, atención y apoyo en VIH/Sida.

- **Elaboración de la propuesta país a la 10ª Ronda del Fondo Mundial “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral de VIH y Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”.**

Considerando la especificidad de la Ronda 10 del Fondo Mundial y la situación epidemiológica del país, las autoridades del Programa de ITS/Sida solicitaron apoyo para la elaboración de una propuesta de calidad ajustada a las prioridades y necesidades estratégicas del país. La asistencia técnica y financiera del Equipo Conjunto contribuyó con la elaboración y presentación en tiempo y forma de la propuesta país así como ofrecer apoyo en las consultas posteriores con el Fondo Mundial.

El Proyecto “*Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay*” fue aprobado en diciembre del 2010 y el acuerdo de subvención fue firmado en diciembre del 2011 para dar inicio en el 2012. La propuesta está orientada a las poblaciones más expuestas: personas trans (travestis, transgénero y transexuales), trabajadores sexuales masculinos y gays y otros hombres que tienen sexo con hombres. Los principales objetivos son:

- Promover el acceso universal a la prevención, diagnóstico y atención de VIH e ITS y coinfección VIH-TB de la población gay, de otros HSH y Trans (incluyendo trabajadores sexuales y personas privadas de libertad), con base en evidencias y en un marco de derecho a la salud
  - Fortalecer las organizaciones y colectivos de HSH y Trans del país para contribuir a su integración social y consolidar un entorno favorable para el control de la epidemia
  - Promover un entorno social favorable hacia la plena inclusión social y el ejercicio pleno de la ciudadanía de las poblaciones de HSH y Trans que disminuya su vulnerabilidad a las ITS y VIH
  - Consolidar un sistema de información nacional oportuno, relevante y transparente, que contribuya con evidencia actualizada a la respuesta nacional
- **Revisión del Plan Estratégico quinquenal a través de la metodología ASAP (ONUSIDA – Banco Mundial).**

La asistencia técnica y financiera de ONUSIDA junto al Banco Mundial permitió apoyar el proceso de sistematización y revisión de las evidencias científicas disponibles en relación al tratamiento, prevención, apoyo y atención al VIH (documentos, estudios, investigaciones), y la consecuente elaboración de una matriz de resultados, priorización y costeo para el Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida. Se obtuvieron dos documentos claves para la definición de la estrategia 2012 – 2016, difundidos luego entre los actores de la respuesta al VIH en Uruguay: Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia y Marco de Resultados y Estimación de costeo.

- **Revisión y fortalecimiento del Sistema de registro y vigilancia epidemiológica.**

En el marco del proceso de reestructura y fortalecimiento de la vigilancia del VIH/Sida en el país llevado adelante por el Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, se identificaron como principales desafíos consolidar una base de datos de toda la epidemia, analizar la información recolectada, de forma de brindar elementos consistentes para el establecimiento de las políticas de salud, y elaborar una estrategia de difusión de la información a los diferentes niveles.

La asistencia técnica y financiera de ONUSIDA actuando en conjunto con OPS permitió contribuir con el proceso de producción de información precisa y oportuna sobre ITS/Sida que permita a las autoridades ministeriales, establecer políticas de salud basadas en la evidencia. Se lograron los siguientes productos: revisión de la Base de Datos de la vigilancia del VIH/Sida, propuesta de formulario de notificación y propuesta de pautas de análisis y difusión de la información existente y evaluar el sistema de vigilancia.

- **Proceso de Análisis y Revisión de las metas e indicadores del Acceso Universal en Uruguay.**

El proceso de revisión de la situación del acceso universal en 2010, de los compromisos que se adoptaron en la Declaración de compromiso de 2001 y en la Declaración política de 2006, utilizando los datos sistematizados en el marco de presentación de informes para el UNGASS, se realizó en el semestre del 2010 con la asistencia de ONUSIDA. Un proceso altamente participativo que apuntó a avanzar en:

- el análisis y revisión de la información de los reportes de UNGASS y Acceso Universal en el periodo 2006 al 2010.
- el análisis de las variables y supuestos que favorecieron o limitaron el cumplimiento de los compromisos.
- la definición de un conjunto de indicadores que permitan medir adecuadamente el ODM 6 “Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades”, basando la selección en los indicadores de Acceso Universal
- la fijación consensuada de metas hacia 2015 (metas intermedias hacia 2013)
- la participación en reuniones de consenso de actores claves en la respuesta al VIH a nivel nacional de representación multisectorial.

Se logró el mapeo y análisis de los indicadores reportados en los informes de UNGASS y Acceso Universal en el periodo 2006 al 2010, incluyendo el análisis de consistencia de lo reportado en los informes Internacionales y la revisión de la calidad de información disponible; el análisis crítico de la información disponible, iniciando un proceso de estandarización de indicadores y selección de indicadores y metas aprobados por la instancia multisectorial técnica y la CONASIDA. De esta



manera se inició un primer paso en el proceso de construcción de capacidades hacia un Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

- **Elaboración de un diagnóstico de estudios y capacidades nacionales de Investigación y Evaluación, en el marco de la construcción de una agenda nacional de investigación para Uruguay**

En este período, la aprobación de la propuesta país presentada en la Ronda 10 del Fondo Mundial, así como el proceso de actualización del PEN a través de la elaboración del Marco de Resultados mostraron la necesidad de implementar la creación y fortalecimiento de un sistema de Monitoreo y Evaluación para medir la efectividad y eficiencia de la respuesta nacional al VIH. La implementación de una consultoría realizada con el apoyo de ONUSIDA permitió identificar y valorar la disponibilidad de estudios de investigación y evaluación, en particular aquellos vinculados a las áreas estratégicas clave del PEN así como definir un inventario preliminar de las capacidades locales para investigación y evaluación, en particular con foco en VIH. Se recogió las experiencias y apreciaciones de 15 informantes calificados a través de entrevistas de tipo abierto con secciones estructuradas a actores clave de la respuesta nacional al VIH e ITS y de cuestionarios destinados a valorar la capacidad de evaluación de las ONG vinculadas a la respuesta nacional.

El análisis puso de manifiesto algunos desafíos centrales para la respuesta nacional en el país: la falta de un sistema de M&E funcional que permita medir total o parcialmente el progreso de la respuesta nacional; la existencia de iniciativas y capacidades aisladas de M&E de proyectos o programas especiales; la dispersión de la información relevante en diversas bases de datos que no tiene armonizada la estructura para compartir la información; la necesidad sentida de una base de datos centralizada que permita el acceso a la información de manera rápida, ordenada y consistente; la existencia de varios conjuntos de indicadores (Marco de Resultados, Proyecto del Fondo Global y Metas de Acceso Universal), similares pero no armonizados; y la existencia de buenas prácticas en instituciones públicas y privadas para considerar como aportes significativos a la construcción del sistema de M&E.

- **Promoción de la equidad de género y la igualdad de derechos de niñas, adolescentes y mujeres con VIH.**

En el marco de la implementación de la “Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH”, se desarrolló el proyecto *Conoce tus Derechos*, con el objetivo de consolidar y ampliar el proceso de participación ciudadana e incidencia política de organizaciones sociales que trabajan con y por las mujeres y niñas viviendo con VIH/sida en Uruguay. El proyecto se apoyó en una alianza intersectorial articulando organizaciones de la sociedad civil (los capítulos uruguayos de 3 redes regionales: ICW Capitulo Uruguay, REDLA + y Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, y la asociación con foco en niñas y adolescentes FRANSIDA), el sector público (Área de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa ITS/Sida del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social. – MIDES) con el apoyo conjunto de PNUD y ONUSIDA.

Aprovechando los logros obtenidos en previas actividades se apuntó a profundizar el proceso de identificación y análisis del ejercicio, incumplimientos, obstáculos de los derechos desde una perspectiva de género, que derivan en el incremento significativo de vulnerabilidades frente al riesgo del VIH/Sida. El proyecto desarrolló una secuencia de actividades específicas para las niñas, adolescentes y mujeres (talleres y encuentros) para recuperar y valorizar las experiencias y competencias de las mujeres y adolescentes viviendo con VIH/Sida, caracterizar las situaciones que incrementan las vulnerabilidades frente al VIH/Sida en el ámbito cotidiano, familiar, social, laboral, educativo y salud, identificar y priorizar propuestas de focos temáticos para la campaña y, finalmente, diseñar colectivamente un conjunto creativo de mensajes.

Se produjeron 4 Folletos institucionales presentando cada una de las cuatro organizaciones de la sociedad civil, 4 Autoadhesivos orientados a las mujeres y 2 Autoadhesivos creados por las niñas y adolescentes. Estos materiales tienen como focos prioritarios de comunicación la prevención de la transmisión del VIH, la promoción de los derechos de las personas viviendo con VIH, el fortalecimiento de prácticas inclusivas, no discriminatorias ni estigmatizantes, en los ámbitos cotidianos (familiar, educativo, sanitario, laboral) y la calidad de vida. Los folletos institucionales apuntan a visibilizar el trabajo comunitario de las redes de mujeres viviendo con VIH, de manera

que cada mujer y cada joven, más allá de su lugar de residencia, pueda conectarse con sus pares y con la serie de recursos que el MIDES y el MSP y la sociedad civil ponen a su disposición para defender sus derechos y calidad de vida.

El conjunto de los productos de comunicación producidos por las mujeres y adolescentes viviendo con VIH fueron presentados en una Conferencia de Prensa organizada en el marco del Encuentro *Las redes de mujeres con VIH se presentan*, en el Día internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, el sábado 28 de mayo de 2011. Con el apoyo del MSP y MIDES, los folletos institucionales y los adhesivos lograron una cobertura nacional.

- **Elaboración de un Estudio sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH y producción e implementación de la campaña nacional de comunicación de promoción de los derechos de las personas con VIH.**

A expresa solicitud de la CONASIDA, el diseño y ejecución del Proyecto PAF A (Programme Acceleration Funds) de ONUSIDA se focalizó en ofrecer una respuesta a las situaciones de estigma y discriminación hacia las personas con VIH. Se desarrolló una acción conjunta intersectorial del Área de Salud Sexual y Reproductiva, el Programa de ITS-VIH/Sida del Ministerio de Salud Pública, las organizaciones de personas viviendo con VIH (ASEPO, AMISEU, ICW, REDLA) y el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para llevar adelante tres actividades prioritarias.

En primer lugar, se realizó una investigación exploratoria con el apoyo de una consultora contratada, que permitió identificar, sistematizar y caracterizar las denuncias sobre situaciones de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA, y también realizar recomendaciones tendientes a mejorar el abordaje, procesamiento y resolución de las mismas. Los principales resultados señalaron a los centros educativos y los servicios de salud como los espacios donde hay mayor discriminación.

En segundo lugar, se consensó un Mapa de Ruta preliminar para la recepción y gestión de las situaciones de estigma y discriminación, incorporando y articulando todos los mecanismos y procedimientos actualmente en vigor en el Uruguay así como el conjunto de actores involucrados (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Desarrollo Social, ANEP – CODICEN, PIT-CNT, entre otros).

En tercer lugar, considerando el diagnóstico obtenido, se procedió diseñar un proceso de elaboración de una Campaña de comunicación enfocada en combatir las situaciones de estigma y discriminación y la promoción del derecho a estudiar, el derecho a trabajar, el derecho a recibir una atención en salud, de las personas que viven con VIH. Se trató de lograr sensibilizar a los operadores y usuarios de educación y salud sobre las situaciones de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH (niños, niñas, adolescentes y adultos) y contribuir a su disminución y reforzar la inclusión social.

La colaboración honoraria del Círculo Uruguayo de Publicidad (entidad que reúne el conjunto de empresas de publicidad), en el marco de sus acciones de responsabilidad social, posibilitó llevar adelante un proceso creativo de calidad de producción de la campaña de comunicación, de creación y selección de mensajes y estéticas, en el marco de una dinámica participativa del conjunto de actores involucrados. El lanzamiento de la campaña, 3 autoadhesivos y 3 afiches se realizó durante el Día internacional de lucha contra el SIDA, el 1 de Diciembre. La acción conjunta del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social, lograron que la campaña de difusión alcanzara impacto en todo el territorio nacional.

- **Fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil.**

El fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil, en particular aquellas vinculadas con las personas con VIH y a los grupos más expuestos a la epidemia (Trans, gays y otros hombres que tienen sexo con hombres) ha sido una línea estratégica de trabajo desarrollada en todo este período del reporte.

La asistencia técnica y financiera de ONUSIDA ha permitido responder a varias demandas

recibidas, en particular referentes al fortalecimiento institucional (gestión de la personería jurídica de ONGs); impresión de materiales institucionales y promocionales; participación en encuentros de redes y foros regionales, participación en consultas técnicas subregionales sobre acceso a servicios para HSH; promoción de la visibilidad, los derechos, los enfoques educativos específicos para el colectivo LGBT mediante la acción cultural (Muestra internacional de cine, Llamale H), entre otras.

## **UNICEF**

- **Desarrollo de un estudio sobre Huérfanos y niños afectados por el VIH SIDA** En conjunto con ASSE, MSP y la ONG Compañeros de las Américas se llevó a cabo una investigación sobre la situación de huérfanos y niños afectados por el VIH SIDA en el Uruguay, publicación llamada “Conocer para intervenir Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del Sida en Uruguay”. El estudio permite conocer la situación de los niños, niñas y adolescentes afectados por la pérdida precoz de su madre y/o padre por causa del VIH SIDA y realiza una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas y de sus familias.
  
- **Fortalecimiento en Derechos y Ciudadanía de los y las Adolescentes con VIH** (En conjunto con las ONG FRANSIDA e INLATINA se desarrolló un trabajo con un grupo de adolescentes afectados por el VIH SIDA en apoyo a su proceso de inserción social, demanda de salud y prevención vinculadas al VIH SIDA llamado Su objetivo fue:
  - a. Promover el desarrollo de la identidad grupal, como quehacer indispensable, para favorecer la inclusión de los y las jóvenes en diferentes ámbitos sociales y educativos de participación y a la vez,
  - b. Identificar elementos concretos que permitan mejorar el diseño y la implementación de las políticas públicas que refieren a niñez, adolescencia y VIH-sida a partir de un abordaje integral y una reflexión acerca de la realidad de los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH-SIDA.

- **Identificación de las barreras en la prevención de la sífilis connatal y el VIH.** Participación de un estudio regional con la participación de la Universidad de Harvard, el Ministerio de Salud y UNICEF.

## UNFPA

### CON EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

- **Fortalecimiento de la estrategia nacional de aseguramiento de condones:** compra de preservativos a través de UNFPA con fondos de gobierno, logrando abastecer a todo el sector público, capacitación de equipos de salud en provisión de anticonceptivos incluyendo condones femeninos y masculinos y es sistema de logística.
- **Plan Nacional de lucha contra la Sífilis Congénita:** de 2009 a 2010 se brindó apoyo al MSP para el desarrollo de programas pilotos para combatir la SC, esto llevó a que el país cuenta desde 2010 con un Plan Nacional de Lucha contra la SC apoyado por UNFPA, con AT de Punto focal VIH. En 2010 se apoyó la estrategia de comunicación y elaboración de materiales para equipos de salud y usuarios/as. En 2011 se trabajó con OPS para consolidar las bases de datos provenientes de las diferentes maternidades del país a los efectos de generar una base de datos única a nivel nacional, transferencia del manejo de bases de datos a referentes locales del sector público y privado de los diferentes departamentos del país y desarrollo de la información 2011 en cortes cuatrimestrales para el monitoreo.
- **Fortalecimiento de capacidades en equipos de salud:** en 2010 y 2011 se apoyó el desarrollo de cursos para la implementación de la ley 18426 sobre SSR y su decreto correspondiente a la creación de servicios integrales de SSR, se trabajó la inclusión de los temas de ITS sida. Asimismo se desarrollaron capacitaciones a equipos de salud que trabajan con adolescentes en el primer nivel de atención. En 2011 se apoyó a Programa de ITS-VIH/sida para el desarrollo de talleres sobre test rápido de VIH, consejería, incluyendo a los médicos referentes de tuberculosis.
- **Consulta Nacional de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales, femeninas, masculinos y trans:** desarrollado por el Programa de ITS sida, participaron 70 trabajadoras/es de todo el país.

- **Elaboración de materiales:** en 2010 y 2011 se apoyó el diseño y elaboración de materiales educativos en temas de VIH e ITS (folletos, autoadhesivos, posters, guías amigables) y materiales de difusión (llaveros, condoneras, etc).

#### **CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR:**

- **Curricula formación policial:** La Escuela Nacional de Policía incorporó las temáticas de VIH, junto con las de SSyR y género en las currículas académicas del personal policial tras consultoría apoyada por UNFPA.
- **Curricula formación militar:** Durante el año 2009 se trabajó en el diseño programático y en la capacitación a instructores/as del Ministerio de Defensa Nacional, y se desarrolló un trabajo de la formación a alumnos/as de escuelas e institutos militares en el 2010.

#### **CON LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA**

- En 2010 se apoyó el diseño e implementación de los 2 proyectos sobre prevención de ITS sida y promoción de SSR en trabajadoras sexuales, desarrollados por la Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU) y la Red Uruguaya de Trabajadoras Sexuales trabajando en sida (REDUTRASEXTRASIDA). Se trató de un trabajo focalizado en la educación entre pares
- En 2011 se apoyó a AMISEU en el desarrollo de talleres sobre ITS, VIH y SSyR en el interior del país.
- En 2010 y 2011 se apoyó a la ONG Gurises Unidos para el desarrollo del Proyecto ECOS: Estrategias Comunitarias en Sexualidad, es un proyecto de promoción de SSyR y DDSSRR con énfasis en la participación adolescente, que incluye el abordaje de la prevención de ITS VIH.
- Observatorio Nacional en Género y SSyR: con apoyo de UNFPA, OPS y ONUMujeres se trabajó en 2010 en un estudio sobre prácticas y creencias de profesionales de la salud de a RAP. En 2011 se diseñó e implementó una encuesta en hogares sobre sexualidad y SSyR incluyendo componentes de IST VIH dirigida a mujeres de 15 a 49 años, representativa nacional.

## **OPS**

Las actividades desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud se sintetizan a continuación:

### **Cooperación Técnica Regional**

Misiones presenciales y de cooperación a distancia del Coordinador Subregional CONO SUR en VIH/Sida. Contraparte: Programa de ITS/Sida del MSP – Laboratorio Central

### **Apoyo Técnico**

Apoyo estadístico a la Vigilancia Epidemiológica en VIH/Sida. Contraparte: Programa de ITS/Sida y al Dpto. de Vigilancia Epidemiológica del MSP.

### **Apoyo a la Sociedad Civil.**

Actividades de Capacitación y talleres sobre Estigma y Discriminación en el interior del país, en conjunto con la ONG AMISEU.

### **Eventos**

La OPS realizó los siguientes eventos durante el 2010 y 2011:

- Encuentro Regional VIH/Sida y LGTB – Asunción
- Taller Regional Vigilancia Epidemiológica Montevideo. (MERCOSUR)
- Reunión Extraordinaria de la Comisión intergubernamental de VIH/Sida del MERCOSUR: VIH y cárceles. Foz de Iguacú

En el marco del Día Nacional y Mundial del Sida y como contraparte del PN.ITS/VIH-sida se realizaron insumos comunicacionales como banners y afiches. A su vez se desarrolló en el 2011 una conferencia del Dr. M. Vila en Acto Central (MSP) y en la Policlínica Yucatán (Intendencia Montevideo) y una Conferencia sobre Atención HSH y diversidad.



## **Participación en la CONASIDA y en reuniones del Equipo Conjunto VIH/Sida**

### **Encuestas e informes**

Durante del 2011 junto al PN.ITS/VIH-sida

- Cuestionario Regional sobre provisión de tratamiento ARV 2.0
- Informe Global sobre acceso universal
- Encuesta sobre las actividades de colaboración TB/VIH en las Américas

**TCC Fronteras (MERCOSUR)** Coordinación para la elaboración del TCC sobre VIH y Fronteras (ARG, BRA, PAR y URU). Referentes de OPS/OMS Regionales y Nacional y Programas Nacionales de VIH/Sida de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

### **Documentos y materiales**

En conjunto con el PN.ITS/VIH-sida

- Revisión e impresión de Guías sobre VIH (Consejería, Diagnóstico, Monitorización y Tratamiento)
- Revisión del Documento de OMS sobre Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS
- Difusión de la Guía Estrategia de Salud Global para el VIH/Sida 2011-2015
- Impresión de Guías TARV para Adultos
- Impresión de Guías para Consejería
- Revisión Guías de Pediatría

### **UN CARE**

Acciones preventivas para funcionarios de NNUU

## CAPITULO VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.

---

Durante el año 2011 el PNITS-VIH/Sida, a través de una consultoría con apoyo de ONUSIDA, realizó un diagnóstico de situación nacional en Monitoreo y Evaluación, con énfasis en VIH. Los principales hallazgos fueron compartidos en un taller, con participación de la CONASIDA-MCP y otros sectores gubernamentales y no gubernamentales. Además allí se presentaron experiencias exitosas en M&E de otras entidades estatales y no estatales.

El proceso de Reforma del Estado, ha sentado las bases de un sistema de presupuestación pública basado en resultados y con fuerte énfasis en materia de monitoreo y evaluación. A pesar que ha transcurrido más de una década, la implementación de un sistema de financiamiento y presupuesto basado en resultados presenta aún importantes desafíos. Se ha logrado institucionalizar y fortalecer el nuevo proceso, pero no todas las unidades ejecutoras han elaborado su estrategia, ni aplican herramientas adecuadas para diseñar y ejecutar sus proyectos. Esto dificulta objetivar la relación existente entre financiamiento y resultados. La mayor parte de las herramientas de monitoreo y evaluación se centran aún en lo presupuestario y salvo algunas excepciones, no hay un enfoque en el monitoreo y evaluación de los programas.

Dentro de la estructura estatal, el Área de Gestión y Evaluación del Estado (AGEV) de la oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) tiene como misión fundamental promover los procesos de mejora de la gestión y evaluación pública, mediante el asesoramiento y apoyo a los Organismos Públicos, de manera transversal y generando capacidades dentro de los mismos. Estos procesos están orientados a contar con sistemas que aporten información confiable y oportuna, apoyar la construcción de capacidades institucionales para elaborar e implementar los planes estratégicos, evaluar la gestión por resultados, elevar la eficiencia de la gestión y apoyar los procesos de mejora de gestión y calidad de atención a la ciudadanía y la gestión del cambio.

En referencia a las estructuras organizacionales con funciones de monitoreo y evaluación dentro del área de la salud, el MSP es el órgano rector a nivel nacional. Tiene a su cargo el control de la calidad integral de la atención en salud, tomando en cuenta el respeto a los principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios y coordina con AGEV las instancias de monitoreo y evaluación de las políticas públicas que implementa.

De manera similar a lo que ocurre en otras dependencias estatales, dentro del MSP, la cultura de monitoreo y evaluación es incipiente. La capacidad instalada y los recursos humanos en el área son escasos. La reforma de la salud, que asigna cápitales y recursos según metas prestacionales cumplidas incorpora el monitoreo y evaluación de los programas como elemento clave del sistema de salud. A pesar de lo anterior, aún persisten desafíos, ya que la infraestructura y los recursos humanos disponibles no alcanzan para satisfacer la demanda. A modo de ejemplo el Departamento de Vigilancia en Salud Pública (DEVISA) cuenta con 3 técnicos dedicados a la vigilancia epidemiológica, quienes llevan el registro de la notificación pasiva de los casos de VIH, de los casos de pasaje a sida y el registro de los casos de sífilis y hepatitis. Además son responsables de las estimaciones de la epidemia de VIH realizadas mediante el uso de modelos informáticos (Spectrum). Si bien hay un plan de capacitación en monitoreo y evaluación, la falta de partidas de presupuesto específicas dedicadas, dificulta el fortalecimiento de dicho plan de capacitación en M y E.

DEVISA tiene la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica de la epidemia de VIH. Registra los casos de VIH diagnosticados, los cuales son de notificación obligatoria, así como los de sífilis y hepatitis. La notificación de los casos de VIH se realiza desde el Laboratorio Central de Salud Pública, donde se centraliza la prueba confirmatoria de VIH. Esto se hace mediante el envío de un formulario preestablecido a DEVISA cada vez que se confirma un caso de infección por VIH.

El sistema de información referido a la tuberculosis está gerenciado por la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes. Si bien se comparten los datos entre una y otra institución, es posible mejorar el flujo de información entre ambas, especialmente en referencia a los casos de coinfección VIH y tuberculosis y cogestión de tratamientos.

Acerca de los insumos de prevención, el Área de Salud Sexual y Reproductiva suministra preservativos a: prestadores públicos de Salud, sistema penitenciario, ONG registradas en el PNITS-VIH/Sida. Estas organizaciones realizan la distribución activa de los mismos en las poblaciones en mayor riesgo de exposición al VIH. Debido a la debilidad de dichas organizaciones en sus procesos centrales, no se cuenta con registros confiables y reportes periódicos. Por otra parte, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) registra la distribución de los preservativos a través de los servicios de salud públicos. Las diferentes unidades ejecutoras envían reportes mensuales generados de manera automática por el programa de administración

de medicamentos y materiales (WinFarma).

Sobre el total de pruebas de VIH realizadas, los registros provienen de las unidades ejecutoras de ASSE y del Servicio Nacional de Sangre, responsable del tamizaje de la sangre donada a nivel nacional. No se cuenta con una base de datos centralizada que registre las pruebas de VIH realizadas. Los registros son parciales y corresponden a las compras realizadas y a informes de laboratorios de los servicios de salud.

En Uruguay, las encuestas especiales dirigidas a aquellos grupos de población más afectados no se encuentran sistematizadas y en general responden a iniciativas puntuales de investigadores o iniciativas del PNITS-VIH/Sida. Las mismas están sujetas a la disponibilidad de fondos, ya que no hay un presupuesto asignado para dichas actividades. De todas maneras, en los últimos años, el PNITS-VIH/Sida ha realizado, coordinado y colaborado en varias investigaciones destinadas a profundizar el conocimiento de la epidemia. A modo de ejemplo, se listan las más recientes: i) diagnóstico del estado de situación de los establecimientos carcelarios (*Investigación e intervenciones en VIH/SIDA en personas privadas de libertad Establecimientos carcelarios en Uruguay 2005-2009*); ii) encuestas dirigidas a investigar comportamiento y prácticas en jóvenes (*Conocimiento y prácticas de Salud Sexual. VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes. 2009*); iii) encuestas especiales en las poblaciones en mayor riesgo de exposición (*Ciudadanía y Salud. Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay*); iv) estudios de seroprevalencia en población general, realizados en 2006 y v) estimaciones poblacionales en hombres que tienen sexo con hombres realizadas en 2010.

Si bien la estrategia nacional de respuesta al VIH y Sida contempla el fortalecimiento del monitoreo y evaluación, el país no cuenta aún con un plan nacional de monitoreo y evaluación. Se han identificado las brechas en información estratégica y las necesidades no cubiertas en materia de monitoreo y evaluación.

En referencia a la disseminación y uso de los datos, el MSP publica regularmente un boletín epidemiológico, elaborado por DEVISA. La información epidemiológica presentada corresponde a la vigilancia pasiva (reporte de casos) y de estimaciones de casos de VIH y sida, información de sífilis con énfasis en sífilis congénita e información epidemiológica referida a los subtipos virales circulantes que surgen de los estudios de resistencia a ARV. Durante el año 2011 también se

difundieron los estudios de una encuesta de Uso de ARV realizada a nivel nacional.

Los principales hallazgos de la consultoría pueden resumirse en que:

- La cultura en evaluación es incipiente
- Las debilidades en los procesos de planificación repercuten en la agenda de investigación y evaluación
- La información estratégica se encuentra fragmentada
- Hay poca coordinación de esfuerzos que a veces se traduce en duplicación de iniciativas
- La modalidad de financiar a resultados o “hacer rendir el dinero” se ha convertido en un poderoso impulsor de los procesos de monitoreo y evaluación
- Hay dificultades en el acceso a los datos
- Hay apoyo político a los procesos de producción de información estratégica, monitoreo y evaluación de programas
- Se identifican necesidades no satisfechas en:
  - o Facilitar la movilización de fondos
  - o Capacitar de recursos humanos
  - o Mejorar la infraestructura
- Se considera necesaria la mayor y mejor utilización de sinergias entre los diferentes actores con experiencia en evaluación
- El desafío de promover el cambio cultural en la material está siempre presente

En referencia al Programa Nacional de ITS-VIH/Sida, su situación en materia de monitoreo y evaluación de programas es similar a la de otros programas estatales. Los principales logros alcanzados en referencia al monitoreo y evaluación de la respuesta nacional han sido:

- definición de la estrategia nacional con objetivos y metas claras
- identificación de las brechas de información
- evaluación de las necesidades de capacitación y fortalecimiento

Los principales desafíos que la autoridad nacional enfrenta:

- elaboración de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación
- presupuestación y movilización de recursos en función de prioridades
- implementación de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.

En referencia al Proyecto “*Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral de VIH y Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay*” que fue aprobado para su financiamiento por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, destacamos que fue condición necesaria para la firma del acuerdo de subvención del proyecto el presentar un plan de monitoreo y evaluación del mismo. Dicho proyecto, a implementarse durante el período 2012 a 2016, contribuirá a la respuesta nacional en la prevención y mejora del entorno de dos de las poblaciones más afectadas en el país (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales masculinos y trans). Esto constituye una excelente oportunidad para que el Programa Nacional ITS-VIH-Sida integre la información generada por dicho monitoreo y evaluación a un plan nacional, fortaleciendo así su liderazgo y cimentando los principios de los Tres Unos.

En marzo del 2012, con apoyo del FM y a través de una consultoría de GMS (*Grant Management Solution*), se realizó el taller de Autoevaluación del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación en VIH y Sida, basado en la utilización de la herramienta de 12 componentes de ONUSIDA. La amplia participación multisectorial contribuyó al fortalecimiento del compromiso de los diversos actores en la respuesta nacional, realizar el diagnóstico de situación del Sistema Nacional de M&E y crear un Plan de Acción, identificando acciones jerarquizadas, responsables y alianzas necesarias y apoyos, presupuestos requeridos.