



INFORME NACIONAL

SOBRE LOS PROGRESOS

REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS

Uruguay - Informe 2010

Autoridades

Ministro Salud Pública

Ec. Daniel Olesker

Sub Secretario MSP

Dr. Jorge Venegas

Equipo Responsable del Informe

Coordinación

Soc. María Luz Osimani

Directora Programa Prioritario de ITS/Sida

Equipo Técnico

Dra. Jahel Vidal

Adjunta Dirección Programa Prioritario de ITS/Sida

Cr. Pablo Perdomo

Dirección General de la Salud

Dr. Hernán Laca

(Consultor ONUSIDA)

Período de Cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009

Aportaron Información para este Informe y sus indicadores:

Por Oficina de Planeamiento y Presupuesto- de Presidencia de la Republica
Sra. Jacqueline. Chouhy

Por el Ministerio del Interior
Dr.Miguel Miglónico/Asesor del Ministro (2005-2009)

Por el Ministerio de Defensa
Dra. Leonor Chiappe/Delegada para CONASIDA

Por el Ministerio de Salud Pública
Dr.Jorge Basso /Director General de Salud (2005-2009)
Lic. Mónica Castro / Directora del Departamento de Vigilancia de Salud Pública
Dr. Ruben Berriolo / Departamento de Vigilancia de Salud Pública
Dr. Andres Balsamo/ Departamento de Vigilancia de Salud Pública
Dra. Renee Diverio/ Departamento de Vigilancia de Salud Pública
Dra. Ana Visconti /Centro Hospitalario Pereyra Rossell
Dra. Susana Grunbaum/ Directora Programa Nacional de Adolescencia
Ec. Lourdes Galván/ Directora del Departamento de Uso y Control de Medicamentos.
Dra. Cristina Grela/ Directora Programa Nacional de Salud de Mujer y Genero.
Dr. Jorge Quian/ Director Programa Nacional de la Niñez
Q.F. Cristina Amengual / Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas ASSE
Sra. Marines Figueroa / Sistema Informático Perinatal

Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes.
Dr. Jorge Rodríguez de Marco/ Director

Por la Secretaria Nacional de Drogas/ Junta Nacional de Drogas.
Soc. Héctor Suárez/Director Observatorio Nacional de Drogas

Por La Administración Nacional de Educación Pública
Consejo Directivo Central
Dra. Stella Cerrutti /Directora de Comisión de Educación Sexual

Sociedad Civil Organizada trabajando en VIH/Sida (ver página 80).
MYSU Alejandra Lopez/Directora Ejecutiva
ASEPO Cesar dos Santos/ Presidente
CIEI-SU-Su Dante Olivera/Director

ICW Maureen Brenson/Representante
Compañeros de las Américas Liset Collazo Behrens/Presidenta Comité Salud
REDLA+ Laura Inés Pérez Ottonello/ Presidenta
AMISEU-ASICAL Pablo Nalerio/ Director
ATRU Gloria Alvez/Presidenta
AMEPU Marina Oviedo/Presidenta
Grupo Esperanza y Vida Marcio De Souza/Asesor DDHH y Asuntos Internacionales
MLCM+ Marisol Alves Serra/Punto Focal en Uruguay
Red PVVS de la Frontera Uruguay-Brasil Wilmar "Verónica" Barreto/Miembro
Gurises Unidos Pablo Lopez/Educador Social
Comunidad Homosexual de Cerro Largo Victoria Ramos Cruz/Presidenta
Fransida Stella Dominguez/ Coordinadora general

Agencias de Cooperación Internacional

Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida de Uruguay:
UNICEF/ Dr. Álvaro Arroyo, Oficial de Salud
Punto Focal ONUSIDA / Soc. Juan José Meré,

Instituciones de Salud del subsector Público y Privado

Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas SEIC
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
Banco de Previsión Social Sanatorio Canzani
Hospital Británico
Casa de Galicia
Centro Asistencial Sindicato Médico Uruguay CASMU
Círculo Católico de Obreros
Cooperativa de Servicios Médicos COSEM
Centro Uruguayo de Asistencia Médica CUDAM
Hospital Evangélico
Hospital Militar
Centro Hospitalario Pereira Rossell CHPR
Médica Uruguaya MUCAM
Medicina Personalizada MP
Hospital Policial
Servicio Médico Integral SMI
Seguro de Salud Americano
SUMMUN
Servicio Médico Universal
Asistencia Médica Cooperativa Maldonado AMECON
Asociación Médica de San José AMSJ
Cooperativa Asistencia Médica Cerro Largo CAMCEL
Cooperativa Asistencial Médica Lavalleja CAMDEL
Cooperativa Asistencia Médica Durazno CAMEDUR
Cooperativa Asistencia Médica Soriano CAMS

Cooperativa Medica Canelones COMECA
 Cooperativa Medica Flores COMEFLO
 Cooperativa Medica Paysandú COMEPA
 Cooperativa Medica de Tacuarembó COMTA
 Cooperativa Regional de Asistencia Medica Integral CRAMI
 Federación Médica del Interior FEMI
 Organización Asistencia Medica Cooperativa Colonia ORAMECO
 Sociedad Medica Quirúrgico de Salto SMQS

**ASISTENTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN DEL INFORME
 UNGASS DE QUIENES SE RECIBIERON APORTES.**

Diciembre 2009

Marzo 2010

Asistentes a Taller UNGASS 3.12.09

EQUIPO TECNICO Y DE
 COORDINACION

María Luz Osimani
 Jahel Vidal
 Hernan Laca
 Pablo Perdomo

ONUSIDA

Juan José Meré

Sector GOBIERNO

Ruben Berriolo	MSP
Jacqueline Chouhy	OPP
Nelmis Rodriguez	JND
Manuela Sarasola	MIDES
Iliana Farré	MDN
María Paparamborda	MDN
Graciela Risso	MDN

Sociedad Civil

César Dos Santos	ASEPO
Alejandra Lopez	MYSU
Dante Olivera	CIEI-SU
Gloria Alvez	ATRU
Stella Dominguez	FRANSIDA
Marcelo Cervantes	IDES
Liset Collazo	Compañeros de las Américas
	HPI - Hermanas de la Perpetua
Walter Loriente	Indulgencia
Analía Beltrán	ATRU

Asistentes a Taller UNGASS 16.03.2010

EQUIPO TECNICO Y COORDINACION

María Luz Osimani
Jahel Vidal
Hernan Laca
Pablo Perdomo

ONUSIDA

Gabriela de la Iglesia
Egidio Crotti
Juan José Meré
Magdalena Furtado

MSP

Jorge Venegas
Libia Cuevas
Zobeida Falco
Ruben Berriolo
Andres Bálsamo
Reneé Diverio

Comisión Técnica de Test Resistencia

Susana Cabrera
Héctor Chiparelli

Sector GOBIERNO

Manuela Sarasola
María Paparamborda
Stella Cerruti

MIDES
MDN
ANEP

Sociedad Civil

César Dos Santos
Laura Perez
Pablo Lopez
Gloria Alvez
Stella Dominguez
Claudio Zylber
Liset Collazo

ASEPO
Red Uruguaya de Personas VIH+
Gurises Unidos
ATRU
FRANSIDA
PVVs. Interior
Compañeros de las Américas

Walter Loriente	HPI - Hermanas de la Perpetua Indulgencia
Máximo Hernandez	ATRU
Magdalena Carrere	Redutrasextrasida
Pablo Nalerio	AMISEU

Fecha de presentación: 26 de marzo de 2010.

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.
ARV	Antirretroviral(es)
ASEPO	Asociación de Apoyo al Sero Positivo
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
ATRU	Asociación de Travestís del Uruguay
CICT	Centro Internacional de Cooperación Técnica.- Ministerio de Salud de Brasil
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.
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
INAU	Instituto del Niño/niña y Adolescente del Uruguay.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INLATINA	Iniciativa Latinoamericana
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MSP	Ministerio de Salud Pública del Uruguay
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
PANES	Plan de Atención a la Emergencia Social, del Ministerio de Desarrollo Social
PEN	Plan Estratégico Nacional
PIT/CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores.- Convención Nacional de Trabajadores
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPITS/SIDA	Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
PPL	Personas Privadas de Libertad
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVV	Personas con VIH
REDUTRASEXT RASIDA	Red Uruguaya de Trabajadoras/es Sexuales Trabajando en Sida
SEIC	Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas
JND	Junta Nacional de Drogas, bajo la Presidencia de la República
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
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud Pública

1 Índice

2 Situación actual. 12

- 2.1 Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe. 12
- 2.2 Situación de la epidemia. 15
- 2.3 Respuesta política y programática. 16
 - 2.3.1 Sobre el marco legal vigente. 18
 - 2.3.2 Sobre el perfil del Sistema de Salud, y los progresos en la implementación de la Reforma de la Salud. 23
 - 2.3.3 El Programa Prioritario ITS-SIDA/DIGESA/MSP. 24
- 2.4 Tabla general de Datos de Indicadores UNGASS. 28

3 Panorama general de la epidemia. 34

- 3.1 Breve reseña del país. 34
- 3.2 Cifras de prevalencia y tipo de epidemia. 35
- 3.3 Como afecta a los más jóvenes. 35
- 3.4 Las mujeres y el peso de la epidemia. 36
- 3.5 La territorialización del VIH/SIDA se consolida. 36
- 3.6 Las formas de transmisión predominante afectan a la población joven. 36
- 3.7 La situación de las poblaciones más expuestas. 37
 - 3.7.1 Profesionales del sexo varones y trans. 37
 - 3.7.2 Varones que tienen relaciones sexuales con varones. 38
 - 3.7.3 Otras poblaciones de mayor exposición en Uruguay 39
 - 3.7.3.1 Personas privadas de libertad 39
 - 3.7.3.2 Usuarios de drogas. 39
 - 3.7.3.3 Mujeres profesionales del sexo. 40
- 3.8 Estudios de Comportamiento, actitudes y prácticas sobre el VIH en la población general. 42
 - 3.8.1 En población general de 18-65 años a nivel nacional. 42
 - 3.8.1.1 Sobre la transmisión. 43
 - 3.8.1.2 Sobre los conocimientos y las prácticas de prevención. 44
 - 3.8.1.3 Las creencias erróneas. 45
 - 3.8.1.4 Diagnóstico de la infección por el VIH. 45
 - 3.8.1.5 Inicio de las relaciones sexuales. 46
 - 3.8.1.6 Discriminación a las personas con VIH. 46
 - 3.8.2 En población joven de 15 a 24 años a nivel nacional. 47

- 3.9 La situación de niños y niñas con VIH. 53
- 3.10 La vigilancia de los tipos virales prevalentes. 54
- 3.11 Cuanto falta por conocer. Estimaciones, estudios centinelas y brechas a cerrar. 54

4 Respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA. 58

- 4.1 Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de la salud y prevención de ITS y VIH. 58
- 4.2 Lograr el acceso universal a la salud integral de las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS. 59
- 4.3 Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y de sífilis congénita. 61
- 4.4 Disminuir la estigmatización y la discriminación de la población con VIH/SIDA al interior de la sociedad uruguaya. 62
- 4.5 Potenciar el sistema de vigilancia e información que permita el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud. 62

5 Prácticas óptimas. 67

- 5.1 Constitución y composición de la CONASIDA. 67
- 5.2 Antecedentes de gestión. 68
- 5.3 Sensibilidad a las diferencias de trato por cuestiones de género. 69
- 5.4 Capacidad de trabajar en respuestas transversales e intersectoriales. 70

6 Principales problemas y acciones correctoras. 71

- 6.1 Principales problemas encontrados. 71
- 6.2 Acciones correctoras. 73

7 Apoyo de los asociados para el desarrollo del país. 74

8 Sistemas de vigilancia y evaluación. 77

- 8.1 Panorama general del sistema actual. 77
- 8.2 Problemas afrontados. 78
- 8.3 Medidas correctoras. 78

Anexo.

Carta a CONASIDA sobre: Monitoreo de la Declaración de compromiso en VIH-sida (UNGASS, Naciones Unidas) sobre las metas en salud sexual y reproductiva de las mujeres, para el periodo 2008-2009. 80.

2 Situación actual

2.1 Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

De forma amplia, se entiende como interesados a todos quienes de una manera u otra pueden beneficiarse de los datos generados por el informe. La mayor parte de ellos se nuclean en la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), Mecanismo de Coordinación de País (MCP), razón por la cual se eligió dicho organismo como ámbito natural de generación de consenso y autoridad para la validación final del informe.

El proceso de realización del Informe UNGASS 2010 de Uruguay comenzó el 24 de Setiembre de 2009 con la convocatoria por parte del Programa Prioritario ITS-SIDA (PPITS-SIDA) del Ministerio de Salud Pública (MSP) a una reunión plenaria ampliada de la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA) a los efectos de informar sobre los requerimientos para la elaboración del informe.

En dicha sesión plenaria participaron representantes de la sociedad civil organizada, organizaciones de personas que viven con VIH (PVVS), representantes de organizaciones que nuclean a las poblaciones más expuestas, delegados de agencias de gobierno y representantes de agencias internacionales.

Se consideraron los lineamientos del “*Taller regional de entrenamiento para la elaboración del reporte UNGASS 2010*” realizado por ONUSIDA en Santiago de Chile del 8 a 11 de Setiembre de 2008, estableciéndose así, un proceso amplio, participativo y transparente.

La participación múltiple de actores relevantes así como la transparencia del proceso estuvo garantizada por:

- la identificación de representantes claves
- la garantía de participación de los mismos en el proceso del informe
- el establecimiento de una estrategia de comunicación para compartir la información.

A esta reunión preparatoria siguieron reuniones mensuales en CONASIDA, donde se detalló el progreso realizado mes a mes, así como encuentros con grupos de organizaciones de la sociedad civil, entrevistas con representantes de agencias del gobierno y responsables de aportar datos para la construcción de los diversos indicadores.

El proceso estuvo signado por:

- Designación de un equipo de trabajo responsable de la elaboración del informe
- Elaboración y aprobación de una estrategia conjunta que se reflejara en un plan de trabajo
- Determinación de 4 grandes áreas de trabajo:
 - Sociedad civil organizada: responsable de la parte B del indicador 1 (ICPN)
 - Agencias de gobierno: responsable de la parte A del indicador 1 (ICPN)
 - Gasto en SIDA: Equipo MEGAS 2007
 - Indicadores de programa, conocimiento, comportamiento e impacto: DiverSIDAd de responsables de proveer información (Programas Nacionales, División Epidemiología, Comisiones Honorarias, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) / MSP, integrantes de CONASIDA representando a diversos Ministerios , Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Facultad de Ciencias Sociales , registros médicos privados, consultoras, etc.)

Con el fin de facilitar la participación de la sociedad civil organizada y las agencias internacionales, se:

- identificó y recabó información de contacto de organizaciones y actores relevantes
- informó sobre UNGASS 2010, el rol de la sociedad civil en el ICPN, parte B y el cronograma de trabajo presentado en CONASIDA.
- distribuyó en forma amplia el formulario parte B del ICPN
- brindó ayuda técnica para completarlo
- generó una red de distribución por correo electrónico de los avances y consensos generados en la elaboración del formulario

B

- realizaron dos talleres de consenso del formulario B, un taller plenario de presentación de avances del informe (10-12-09), entrevistas en sedes de organizaciones de PVVS y un taller para validación final (16-03-2010)

A los efectos que las agencias de gobierno tuvieran participación plena, se:

- identificaron y contactaron a las agencias de gobierno que poseen información relevante para completar el ICPN parte A
- entrevistaron a los y las responsables de proveer información
- recopilaron documentos que avalen y complementen los datos proporcionados por instituciones gubernamentales (leyes, programas, etc.)
- realizaron dos talleres de validación con participación de los múltiples de actores involucrados.

La complejidad del indicador 1 (gasto relativo al SIDA) y la existencia de un equipo dentro del MSP dedicado a elaborar el informe MEGAS 2008, motivó que se:

- integraran los datos del equipo encargado de MEGAS 2007-2008 al informe UNGASS 2010
- organizaran reuniones y talleres con integrantes de ambos equipos (MEGAS y UNGASS) para completar la matriz de gasto nacional en SIDA
- consolidaran los datos de ambas matrices de reporte para evitar inconsistencias.

Respecto a los indicadores 3 a 25 (Programa Nacional, conocimiento y comportamiento e impacto) y con el fin de asegurar la participación de estos actores clave, se:

- identificaron las fuentes de información y los/las responsables de proporcionarla.
- solicitó información sobre cada indicador a los responsables identificados
- entrevistó a quienes debían reportar datos, asegurando que la información fuera de calidad y proporcionada. Se verificó que los datos fueran consistentes y creíbles con las condiciones del país.

Dentro de las instituciones gubernamentales, se entrevistaron a representantes del: Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio Desarrollo Social (MIDES), Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Nacional Niñez y Adolescencia en Uruguay (INAU), Banco de Previsión Social (BPS), Junta Nacional de Drogas de Presidencia de la República (JND).

En el área del Ministerio de Salud Pública: se entrevistaron a representantes de Dirección General de Salud (DIGESA), Programas Nacionales de DIGESA (Programa Adolescencia, Salud de la Mujer y Género, Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA), División Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica en Salud (DEVISA), Unidad de Virología Departamento de Laboratorio de Referencia Nacional del MSP, Y en el subsector público de salud (ASSE): Hospitales Pasteur y Servicio de Referencia Nacional en Enfermedades Infectocontagiosas (SEIC), Centro Hospitalar Pereyra Rossell: Hospital de Referencia Materno Infantil.- Hospital del Niño y Hospital de la Mujer.

Comisiones: Comisiones de Consenso y Tratamiento ARV, y Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHPR), Servicio Nacional de Sangre.

Dentro del subsector privado de prestadores de servicios de salud – del Sistema nacional Integrado de Salud (SNIS), se contactaron a todas las instituciones con más de 1.000 afiliados.

2.2 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 profesionales del sexo, usuarios de drogas, varones que tiene relaciones sexuales con varones y personas privadas de libertad).

La prevalencia del VIH en población general es inferior al 1%. El estudio de prevalencia de alcance nacional realizado en el 2008 por el equipo del Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública mostró una seroprevalencia de VIH de 0,42%.

Cuando se considera la prevalencia en poblaciones más expuestas, las cifras aumentan a 19.3% (PPITS/SIDA-MSP/ Fac. Ciencias Sociales-ONG ATRU-2008) en profesionales del sexo masculinos y a 9% (Fac. Ciencias Sociales- PPITS/SIDA/MSP-ONG CIEU-SU 2008-2009) en varones que tienen relaciones sexuales con varones lo que ejemplifica el peso de la epidemia en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

La relación varón / mujer ha disminuido en forma constante, configurando un proceso de feminización de la epidemia desde el año 1993. Debe precisarse que la mayor oferta de la prueba a mujeres embarazadas previo consentimiento informado, establecida por el Decreto 158/997 del Poder Ejecutivo puede aumentar el número de mujeres notificadas respecto a los varones que no poseen esta oportunidad de acceso al test.

La principal vía de transmisión, responsable de un 68% de los casos de VIH/SIDA, es la sexual. La vía sanguínea, es responsable del 19% de casos VIH/SIDA. Pero gracias a los altos niveles de seguridad hematológica, la transmisión transfusional es prácticamente inexistente y esta cifra de infección por transmisión sanguínea está compuesta en forma casi exclusiva por los usuarios de drogas inyectables.

Finalmente, la transmisión madre a hijo, es responsable del 2,6% de los casos de VIH/SIDA notificados acumulados a DEVISA/MSP. Cabe notar que el cambio en el patrón de consumo de drogas, con un marcado predominio de las drogas inhaladas sobre las inyectadas ha determinado una disminución de la incidencia de los casos debidos a este mecanismo, pues en 2009, de 1289 casos de infección VIH notificados, solamente 75 correspondían a usuarios de drogas inyectables (5.8%).

La epidemia afecta mayormente a los jóvenes, con una media de 33 años para los casos de VIH/SIDA. La edad de mayor frecuencia de casos es 26 años.

Geográficamente la epidemia se distribuye en la población urbana, concentrándose en la capital Montevideo, que posee la tasa de prevalencia más alta del país (508.7 /100.000 habitantes). Se observan prevalencias elevadas, por encima de la media en los departamentos fronterizos con Brasil y en los departamentos de destino turístico de la costa atlántica.

2.3 Respuesta política y programática.

Entendiendo como política al conjunto de actividades humanas que tienden a gobernar o dirigir la acción del estado en beneficio de la sociedad, el análisis del período debe realizarse en el contexto del gobierno 2005-2010 y proyectarlo al próximo quinquenio (2010-2015). Ambos períodos se han definido como de neto corte progresista y presentan una agenda orientada a la construcción de ciudadanía plena y a la gestión de política de estado en educación, salud y Derechos Humanos.

El período 2008 – 2009 estuvo marcado por la consolidación de las reformas iniciadas en 2005 con la asunción del primer gobierno de izquierda en Uruguay. Dichas reformas ofrecen el marco normativo que permite desarrollar la respuesta política a la epidemia y a sus grandes determinantes (pobreza, vulnerabilidad social, exclusión, inequidad de género, entre otras) y revelan un gran esfuerzo multisectorial, con especial protagonismo del Gabinete Social, integrado por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social entre otros actores claves.

El país a partir del año 2005 implementó y coordinó acciones en el Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES) y en el período 2007-2009 el **Plan Nacional de Equidad** recoge los logros del PANES, pero amplía su horizonte a toda la población del país. Se propone transformar el sistema de protección social de manera de hacerlo más justo y solidario. Dentro de este plan se inscribe el **Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos** (PIODNA) instrumento integral para enfrentar las desigualdades y discriminaciones que afectan a las mujeres. Implica el desarrollo de políticas, mecanismos y actuaciones para combatir toda forma de discriminación y promover la igualdad real y efectiva. Transversaliza las políticas públicas y promueve la inclusión de colectivos de mujeres en el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos.

La continuidad del gobierno a nivel político partidario para el período 2010-2015, así como la estabilidad y madurez del sistema político uruguayo permiten renovar el compromiso y garantizar la profundización de los esfuerzos realizados en la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA.

Dicha respuesta se caracteriza por ser inclusiva, solidaria, basada en el respeto de los Derechos Humanos y la promoción de ciudadanía plena,

dentro de lo que se incluye el derecho a la salud. Se encuentra alineada con la política de salud vigente a nivel nacional e integrada armónicamente a la reforma sanitaria. Comparte los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos de las agencias internacionales, especialmente aquellas pertenecientes a la familia de la ONU.

De acuerdo con los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud existe una filosofía integradora entre la bioética y los Derechos Humanos: “El control de la calidad integral de la atención en salud, a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a los principios de la bioética y a los Derechos Humanos de los usuarios.” (Ley N° 18.211 art. 8°). Actualmente existen dos nuevas leyes (N° 18.335 y N° 18.473) que determinan la formación de Comisiones de Bioética en las instituciones, según pautas que establecerá el M.S.P.

El Plan Estratégico Quinquenal Nacional 2005-2009, elaborado por el PPITS/SIDA/MSP, y aprobado en el 2006 por la CONASIDA-MCP, constituye la columna vertebral de la respuesta nacional al SIDA y sobre él se articulan las estrategias de otras instituciones gubernamentales que directa o indirectamente inciden en la epidemia y trabajan con esta epidemia del VIH/SIDA. Los principios rectores del SNIS: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad y calidad, permean dicho plan y se hacen realidad en la respuesta de Uruguay frente al SIDA. De igual manera las grandes líneas estratégicas del plan se transversalizan en la articulación con Programas Prioritarios del MSP.

En gran medida y de forma más específica, la epidemia concentrada que enfrenta Uruguay determina el proceso de la respuesta nacional. Además de estar signada por la priorización de la prevención y promoción de la salud en la población general, esta respuesta hace mayor énfasis en las poblaciones más expuestas y jóvenes, quienes presentan una prevalencia más elevada del VIH.

2.3.1 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 del período que cubre el

informe en el período 2008-2009, son:

- **Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud.** 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.
- **Ley 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado, 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 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 Integrado de Salud.** 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. Dentro de estos se destaca: a) universalización en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR), b) garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones y la formación adecuada de los recursos humanos de la salud, 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) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y f) 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 toda 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 y probablemente sea revisada la legislación durante el legislatura 2010 – 2015.

- **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.

2.3.2 Sobre el perfil del Sistema de Salud, y los progresos en la implementación de la Reforma de la Salud.

El período 2008 – 2010 está marcado por la recuperación económica y una reducción de la pobreza y de las tasas de desempleo. A pesar de la crisis económica internacional, el impacto de las políticas de gobierno permite que el desempleo se reduzca de 16.9 % en 2002 a 7.7% en 2009. De igual manera se redujo la población que vivía en condiciones de pobreza. De 32.1% en 2004, disminuyó a 13.9% en 2008.

Durante los últimos tres años, aumentó el gasto en salud, especialmente en el

sector público, que duplicó la inversión por mes y por persona en estos últimos tres años. Se priorizó el gasto en el primer nivel de atención en el sector público y accedieron de manera real a la cobertura en salud 400.000 personas, principalmente niños/as y menores de 18 años de edad.

En referencia a los avances logrados en la implementación de la reforma de la salud, se logró el acceso universal y una expansión de la atención integral, alcanzando al 100% de la población. Se lograron rebajas en los copagos del sector privado, que en el caso de medicamentos alcanzaron hasta el 40%. Se duplicó la población cubierta por la seguridad social con el ingreso de bancarios, menores de 18 años y funcionarios públicos.

La implementación de la reforma ha determinado que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) presente diferencias bien claras respecto al modelo anterior, las principales se resumen en la siguiente tabla:

SNIS	Modelo anterior
Único, con articulación entre público y privado	Dos sistemas fragmentados sin conexión entre ellos
Seguro Nacional de Salud integra a toda la población progresivamente	DISSE sólo cubría a trabajadores privados
Cobertura familiar	Sólo el trabajador tenía cobertura
Se incluye a todos los prestadores	No era posible optar por el sector público
Pagos por riesgo y otorga estímulos por metas asistenciales	Cuota única
Seguro de por vida	Pasivos perdían cobertura
Regula la calidad y cantidad de prestaciones obligatorias	Ausencia de un marco taxativo de regulación de prestaciones
Establece una política de rectoría y contralor	Medidas de contralor insuficientes y bajo nivel de aplicación de las mismas
Participación social como eje clave de la conducción de la reforma	Ausencia de protagonismo de la sociedad civil y trabajadores

En el ámbito de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP, como policía sanitaria, se implementan los Programas Nacionales con funciones normativas, de contralor y monitoreo de la atención integral a la salud, procurando trasnversalizar las políticas y estrategias de intervención.

2.3.3 El Programa Prioritario ITS-SIDA/DIGESA/MSP.

La conducción de la respuesta nacional está a cargo del Programa Prioritario de ITS-SIDA (PPITS/SIDA). La visión de esta respuesta se encuentra plasmada en el Plan Estratégico Quinquenal Nacional (PEN), que recibió la aprobación de la CONASIDA y cubrió el quinquenio 2005-2010.

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 los PVVs, así como de las prácticas discriminatorias y sus efectos negativos. 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.

Las directrices que lo sustentan son:

- Implementar una política de estado ITS-SIDA alineada con el SNIS
- Garantizar la atención integral de la salud de las personas con ITS-VIH.
- 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 de hallan en situación de vulnerabilidad social.
- 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.

El PEN plantea 5 objetivos para el quinquenio, que son:

1. Lograr que la población incorpore prácticas de promoción de

- salud y prevención de ITS-VIH
2. Lograr el Acceso Universal a la atención integral de la salud de las PVVS y el manejo de las ITS.
 3. Lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH y sífilis congénita.
 4. Disminuir la estigmatización y la discriminación de las PVVS al interior de la sociedad
 5. Potenciar el sistema de vigilancia e información de forma que permita el diseño de políticas de salud y el monitoreo y evaluación de las mismas.

Durante el período 2008-2010, el PPITS-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.

Existen otros programas, planes e institutos nacionales que participan de la respuesta nacional a la epidemia. Sus intervenciones transversales con el PPITS-SIDA se articulan con el PEN. Los diferentes programas y sus actividades durante el período del informe que se relacionan a la respuesta nacional al VIH/SIDA serán descritos más detalladamente en el capítulo IV. Dentro de la órbita del MSP son:

Programa Salud de la Mujer y Género/DIGESA/MSP.

Este Programa, suscribe 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 las mujeres. Promueve la equidad de género y la construcción de ciudadanía en mujeres y niñas. Destaca entre sus poblaciones objetivo a aquellas mujeres más expuestas al VIH (profesionales del sexo, migrantes, privadas de libertad). Durante este período ha incorporado el despistaje de la violencia doméstica como meta

prestacional. Ha realizado cursos de capacitación a los trabajadores de salud e implementación en los servicios de salud de la ley de SSR .

Realizó junto con la consultora aire.uy la "Investigación Sobre la Salud de los Hombres Uruguayos Desde una Perspectiva de Género" Se abocó a la protocolización de diferentes directrices entre las que se destacan las Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio y a la implementación del Carné de Salud de la Mujer como una herramienta de empoderamiento para que las propias mujeres cuiden de su salud. Funciona en la órbita del Programa de Salud de la Mujer y Género la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de Muertes de Mujeres por Causa de Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto que investiga cada una de las muertes por esas causas, mantiene un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica y recomienda estrategias para una mejor atención. Las investigaciones de dicha comisión muestran a Uruguay con el mejor índice de la región, presentando a los embarazos mal controlados como principal riesgo de muerte materna y al puerperio como una importante etapa de riesgo.

Programa Nacional de Salud de la Niñez/DIGESA/MSP.

Comparte objetivos con otros programas nacionales, como reducir la morbi-mortalidad en la infancia, asegurar la equidad en el acceso a los servicios de salud y promover la atención integral de niños y niñas. Sus líneas estratégicas directamente se orientan a actualizar normas y guías de atención y prevenir y tratar las enfermedades prevalentes en la infancia. El Ministerio de Salud Pública presentó el informe sobre la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en Uruguay, realizado por la Dirección General de la Salud en 2008. Este informe revela que la mortalidad infantil disminuyó de 12 a 10,66 muertes cada mil nacidos vivos. El informe revela que en Uruguay esta tasa viene reduciendo en forma continua desde 2003. En 2007 este índice se encontraba en 12/1000 y en un año disminuyó dos puntos.

Este Programa, conjuntamente con el Centro Obstétrico Pediátrico de Referencia Nacional de niños/as con VIH en el Centro Hospital Pereyra Rossell de ASSE/MSP, viene llevando adelante un Estudio "Panorama de los niños/as huérfanos por el SIDA en el Uruguay" en Convenio con una ONG Compañeros de las Américas, MSP (tanto de ASSE como la DIGESA en los Programas Niñez y PPITS/Sida) y con el apoyo de UNICEF

Programa de Salud Adolescente.

Desarrolla actividades con el propósito de mejorar la calidad de vida de los

adolescentes en Uruguay, promoviendo su desarrollo integral desde un enfoque de derechos y de género. Orienta al sector público y privado, así como a la sociedad civil organizada en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia. Con respecto a la política integral de salud para la adolescencia se diseñaron los Espacios Adolescentes (EA) llegando en la actualidad a un número de 39 (EA). Son concebidos como un espacio diferencial de atención y promoción de la salud, dotados para la asistencia integral. En concordancia con la estrategia de salud del país, el funcionamiento del EA procura potenciar el primer nivel de atención de la salud, privilegiando las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades evitables, estableciendo un plan de trabajo anual adecuado a los lineamientos generales propuestos por el Programa Nacional de Adolescencia. Durante este período creó el Carne de Salud del Adolescente determinando su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años. Mediante la instrumentación de este carné se facilita el sistema de referencia y contrarreferencia de los diferentes niveles del sistema de salud, asegurando la continuidad en la atención.

2.4 Tabla general de Datos de Indicadores UNGASS.

Indicador	Fuente	Valor	Notas
1. Gasto relativo al SIDA	MEGAS		*Se reporta gasto de 2007. Ver nota comentario general del indicador.
2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)	Agencias de gobierno e internacionales , sociedad civil.		
3. Porcentaje de unidades de sangre donada con criterios de calidad asegurada	Servicio Nacional de Sangre	100 %	
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el	DEVISA y registros de	83.2%	**Ver nota como se calcula el

VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica (2009)	servicios prestadores de salud.		indicador
5. Prevención de la transmisión maternoinfantil (2008)	Registros médicos y Base de datos del SIP	90.9%	***Ver nota como se calcula el indicador
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	CHLA	18.4%	
7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Encuesta de población PPITS-SIDA y Consultores Asociados Equipos Mori	17.8%	Encuesta de Población General, muestra nacional de 1502 personas, 2007. De 18 a 49 años.
8 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UdelaR	25.9%	Muestra de 313 TSM, Montevideo, 2008
8 Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, CIEI-SU, UdelaR	26.2%	Muestra de 309 HSH, Montevideo, 2008
8 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados		Sin datos	

9. Porcentaje profesionales de sexo al que llegan los programas de prevención del VIH		Sin datos	
9. Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que llegan los programas de prevención del VIH		Sin datos	
9. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables al que llegan los programas de prevención del VIH		Sin datos	
10 Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil		No pertinente	
11 Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	CODICEN	89.9%	****Ver nota como se calcula el indicador
12 Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad		Sin datos	
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Encuesta de población PPITS-SIDA y Consultores Asociados Equipos Mori	33.7%	Encuesta de Jóvenes , muestra nacional de 609 jóvenes, 2008

14. Porcentaje profesionales del sexo que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UdelaR	80.2%	Muestra de 313 TSM, Montevideo, 2008
14. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, CIEI-SU, UdelaR	91.6%	Muestra de 309 HSH, Montevideo, 2008
14. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus		Sin datos	
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Encuesta de población, PPITS-SIDA y Consultores Asociados Equipos Mori	36.9%	Encuesta de Jóvenes , muestra nacional de 609 jóvenes, 2008
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Encuesta de población PPITS-SIDA y Consultores Asociados Equipos Mori	16.5%	Encuesta de Población General, muestra nacional de 1502 personas, 2007. De 18 a 49 años

17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Encuesta de población PPITS-SIDA y Consultores Asociados Equipos Mori	67.6%	Encuesta de Población General, muestra nacional de 1502 personas, 2007. De 18 a 49 años
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UdelaR	76.4%	Muestra de 313 TSM, Montevideo, 2008
19 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, CIEI-SU, UdelaR	45.9%	Muestra de 309 HSH, Montevideo, 2008
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual		Sin datos	
21 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó		Sin datos	
22 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	Base de datos del SIP	0.33%	Corresponde a una base de datos a nivel nacional
23. Porcentaje de profesionales del sexo	Estudio de comportamiento	19.3%	Muestra serológica de 300

infectados por el VIH	o, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA		TSM, Montevideo, 2008
23. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres infectados por el VIH	Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, CIEI-SU, Udelar	9%	Muestra serológica de 309 HSH, Montevideo, 2008
23. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables infectados por el VIH		Sin datos	
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Registro de farmacia de SEIC.	87.6%	Se toma una cohorte anual de pacientes 31/12/89 a 31/12/09
25. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	Spectrum	3.43%	

Notas sobre construcción de los indicadores:

*Indicador 1.

MEGAS 2007. Se reportó 14.077.809 dólares americanos. La respuesta al VIH, se financió en el 2007, por parte casi iguales, entre el sector público y el privado. Cabe mencionar que la compra de preservativos por parte de los hogares, esta incluida en la estimación de fuentes de financiamiento privado. El gasto privado se concentra principalmente en el área de prevención, siendo la categoría de gasto principal, el gasto en condones, mientras que el financiamiento engasto publico, se concentra en el área de atención y

tratamiento, siendo la terapia antirretroviral, el principal componente del gasto publico. El gasto de la respuesta al VIH en Uruguay, en el año 2007, fue dirigido en un 47% a las personas con VIH, debido principalmente al gasto en TARV.

****Indicador 4.**

El numerador se obtuvo de los registros médicos y farmacia de los diferentes servicios prestadores de salud a nivel nacional.

El denominador se obtiene utilizando la fórmula de DEVISA usada en UNGASS 2008. Se calcula en base a un subregistro de 30% del total de casos de SIDA notificados vivos. El denominador por este método es 3018. Pacientes con infección VIH avanzada que requieren tratamiento = (casos SIDA vivos a 31/12/09) x 1.30.

Si bien se ha venido trabajando y ajustando la precisión de la estimación con este programa de modelaje de la epidemia (Spectrum) y se están logrando avances al respecto, el país eligió la cifra aportada por el Departamento de Epidemiología, como se señala más arriba, en relación a la cobertura de TARV, ya que Spectrum para Uruguay, presenta todavía, algunas discordancias con la vigilancia epidemiológica activa que se viene llevando adelante.

A modo de ejemplo: la cobertura en TARV estimada por Spectrum es menor (76% en la población mayor de 15 años) que la estimación de DEVISA.

***** Indicador 5**

El numerador se obtuvo de los registros médicos y farmacia de los diferentes servicios prestadores de salud a nivel nacional.

El denominador se obtiene de la base de datos del SIP que registra a aproximadamente el 95% de las embarazadas a nivel nacional.

****** Indicador 11**

El numerador corresponde al total a nivel nacional de liceos con docente referente en Educación Sexual y al menos 10 horas semanales dedicadas al tema por liceo.

El denominador corresponde al total de liceos a nivel nacional.

No es posible cuantificar el indicador para escuelas primarias pues las intervenciones son aún más transversales.

3 Panorama general de la epidemia.

3.1 Breve reseña del país.

Uruguay es un país de 177.958 km², con una población de 3.344.938 habitantes según estimación del último censo. El 90 % de la población vive en centros urbanos de más de 5.000 habitantes y casi la mitad (42%) lo hace en la ciudad capital, Montevideo. La tasa de crecimiento poblacional es de 0.33%.

Entre los principales desafíos que enfrenta el país en materia de salud en la población adulta, son las enfermedades crónico-degenerativas (tumores malignos y enfermedades cardiovasculares), los accidentes y las infecciones de transmisión sexual en especial la sífilis y el VIH/SIDA.

La mortalidad infantil ha disminuido por debajo del 10% en 2009 y en escolares, las principales causas de muerte son los accidentes y las enfermedades malignas.

3.2 Cifras de prevalencia y tipo de epidemia.

La epidemia de VIH/SIDA en Uruguay, que registró del primer caso en 1983, mantiene una prevalencia menor a 1% en la población general y se concentra en las poblaciones más expuestas y vulnerables alcanzando cifras mayores a 5% en estas poblaciones tal como se describió en el párrafo II b situación de la epidemia. Estas características de prevalencia de la infección VIH definen a la epidemia como tipo II o concentrada.

Se han notificado desde 1983 y hasta fin de 2009 un total acumulado de 12.722 personas con VIH y SIDA. De estas, 3.754 han desarrollado SIDA y 2.090 han fallecido. Actualmente viven en Uruguay 10.682 personas con diagnóstico de infección por el VIH, de las cuales 1.632 se han notificado como SIDA, aunque se estima que existe un subregistro de notificación de SIDA del orden de 30%.

3.3 Como afecta a los más jóvenes.

Las cifras acumuladas muestran una edad media de 34 años, con una moda de 26 años. La edad de presentación de nuevos casos de infección VIH ha descendido en los últimos años, jerarquizando el peso de la epidemia en jóvenes. Se observa una tendencia similar cuando se comparan los rangos de máxima frecuencia de edades en casos de VIH en etapas no avanzadas de la

infección (15 a 34 años) y en quienes padecen SIDA 25 a 45 años). Las cifras acumuladas -que arrastran las tendencias desde el inicio de la epidemia- presentan la máxima frecuencia entre 15 a 34 años, en tanto la mayor frecuencia de los casos de SIDA se observa entre 25 a 45 años.

En niños y niñas la presentación es bimodal, con una concentración de casos en lactantes, a causa de la transmisión madre a hijo y luego en adolescentes, a causa de la transmisión sexual.

3.4 Las mujeres y el peso de la epidemia.

La distribución de casos acumulados notificados a DEVISA/MSP desde el inicio de la epidemia, presenta un 65.5% de los casos son varones y 34% mujeres. Al analizar las tendencias que marca la incidencia año a año, desde 1988, cuando se diagnosticó el primer caso en una mujer, se observa un aumento inexorable de la relación entre varones y mujeres. Este aumento del número de mujeres notificadas implica un crecimiento desproporcionado de la epidemia en mujeres. La mayor oferta de la prueba de VIH a mujeres, ya que desde 1997 se ofrece la prueba de VIH a toda mujer embarazada puede explicar en parte este fenómeno. A pesar de este probable sesgo, las cifras indican una paulatina feminización de la epidemia.

En 1988 la relación varón/mujer de casos acumulados VIH/SIDA era de 5.5 y disminuyó en 2009 a 2.9 . Si se toma solamente el número de casos notificados a DEVISA durante 2009, la relación baja aún más, situándose en 1,2.

3.5 La territorialización del VIH/SIDA se consolida.

La mayor parte de los casos detectados de infección VIH y SIDA se localizan en la capital Montevideo. Ella concentra el 75% de los casos, y el resto del país urbano el 22.9% restante.

La tasa media nacional de casos de VIH/SIDA notificados a DEVISA/MSP, es de 305 casos/100.000 h, en tanto para la capital Montevideo asciende a 333 casos/100.000 h. También se registran tasas elevadas en los departamentos limítrofes con el sur de Brasil (137 casos/100.000 h en Artigas y 183 casos/100.000 h en Rivera). Los departamentos de la costa atlántica de destino turístico también presentan cifras elevadas con tasas de 153 casos/100.000 h en Rocha y 226 casos/100.000 h en Maldonado.

3.6 Las formas de transmisión predominante afectan a la población joven.

En la infección por el VIH predomina la transmisión sexual 65%, seguida de 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 2,6% según casos notificados a DEVISA/MSP, acumulados desde el inicio de la epidemia.

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, esta prácticamente limitada a los usuarios de drogas inyectables.

La introducción de la pasta base de cocaína ha determinado en 2001 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 2008 disminuyeron en 65%.

3.7 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 2008 estudios de 2^{da} Generación (sobre conocimientos, prácticas complementadas con la búsqueda activa de casos) en profesionales sexo masculino y trans así como en varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Los estudios serológicos realizados en mujeres profesionales del sexo y usuarios de cocaína (inyectable e inhalada) deben ser actualizados pues datan de 4 a 7 años atrás.

3.7.1 Profesionales del sexo varones y trans.

Con el antecedente del censo realizado en 2006 y 2007 en profesionales del

sexo masculinos callejeros (PPITS-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^{da} 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 son 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 es de 84 %.
- La prevalencia de la infección por VIH es 19.3%. Si se analizan en forma separada las subpoblaciones trans (profesionales del sexo con aspecto femenino), y taxiboy (profesionales del sexo con aspecto masculino), se revela una diferencia en la prevalencia muy significativa (trans 36.54%, taxi-boys 8.15%)

3.7.2 Varones que tiene relaciones sexuales con varones.

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 (CPAs) 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. Consiste en una población de gran tamaño con cifras elevadas de prevalencia de infección VIH. Conocer a esta población es imprescindible si se pretende conocer a la epidemia 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 de los 309 fue de 26 años, con un desvío estandar 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%.

3.7.3 Otras poblaciones de mayor exposición en Uruguay.

3.7.3.1 Personas privadas de libertad.

Existe evidencia que las personas privadas de libertad se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH. En el año 2007-08, un estudio de 2^{da} generación en la cárcel de varones del Departamento de Canelones, encontró 5,5% de casos VIH positivos.

El sistema penitenciario se ha denominado por parte del gobierno en “emergencia humanitaria”. Incluye aproximadamente a 8.000 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 está ocupadas por encima de su capacidad. La infraestructura inadecuada y algunas carencias en materia de Derechos Humanos han determinado que el nuevo gobierno haya definido como prioritario solucionar la situación de las cárceles. Esto contempla el traslado de las PPL y la instalación de un Establecimiento específico para PPL mujeres con hijos menores a su cargo. Está programada la construcción de nuevos establecimientos, así como otras actividades con la finalidad de descongestionar las cárceles y racionalizar la asignación de las PPL a los establecimientos más adecuados según tipo de delito, edad y otras variables.

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).

3.7.3.2 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 fajas etáreas.

Están pendientes estudios comportamentales y serológicos en esta población que permitirán enfocar los esfuerzos de prevención, atención y apoyo.

3.7.3.3 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 comercio 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 1. Estimaciones de tamaño de los principales grupos de población afectados por la epidemia.

Grupos de población	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Población total del país (todas las edades)	3.344.938	I. N. E	2009
Mujeres mayores de 25 años	1.016,630	I.N.E.	2009
Mujeres entre 19 y 24 años	151,293	I.N.E.	2009
Mujeres entre 15 y 18 años	104,262	I.N.E.	2009
Hombres mayores de 25 años	954,345	I.N.E.	2009
Hombres entre 19 y 24 años	156,639	I.N.E.	2009
Hombres entre 15 y 18 años	109,741	I.N.E.	2009
Niñas entre 0 y 14 años	378,836	I.N.E.	2009

Grupos de población	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Niños entre 0 y 14 años	395,831	I.N.E.	2009
HSH entre 18 y 65 años	36,478	Estimación MSP – Investigación Practicas 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	7,436	Informe Comisionado de Cárceles	2009
PPL Mujeres	564	Informe Comisionado Parlamentario de Cárceles	2009
Niños en situación de calle	1,887	INAU	2007
Mujeres embarazadas (nacimientos en servicios de salud por	47.236	MSP- División Estadística	2006

Grupos de población	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
año)			

3.8 Estudios de comportamiento, actitudes y prácticas sobre el VIH.

3.8.1 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.

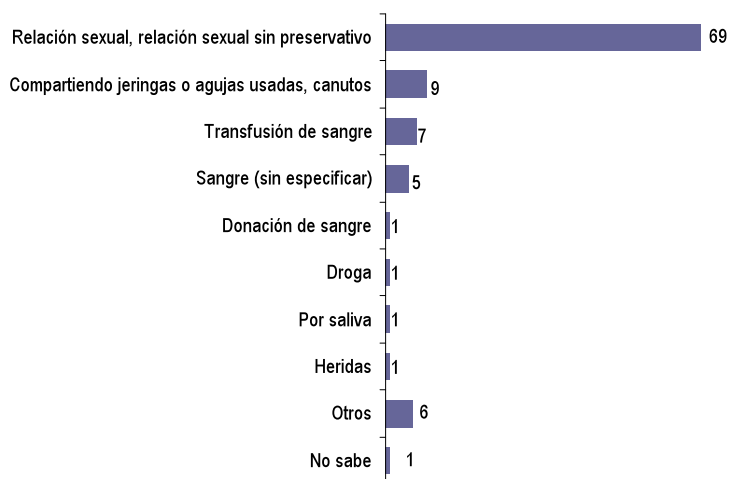
En el estudio “Encuesta Sobre Actitudes y Prácticas de la Población Frente al VIH/SIDA” llevado adelante por Equipos MORI para el Programa Prioritario ITS-SIDA, se encuestaron, entre noviembre-diciembre del 2007, 1509 personas entre 18 y 65 años, residentes en localidades de más de 10.000 habitantes y sus resultados más relevantes se comparten a continuación.

3.8.1.1 Sobre la transmisión.

El 69% de las personas identifica 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.

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

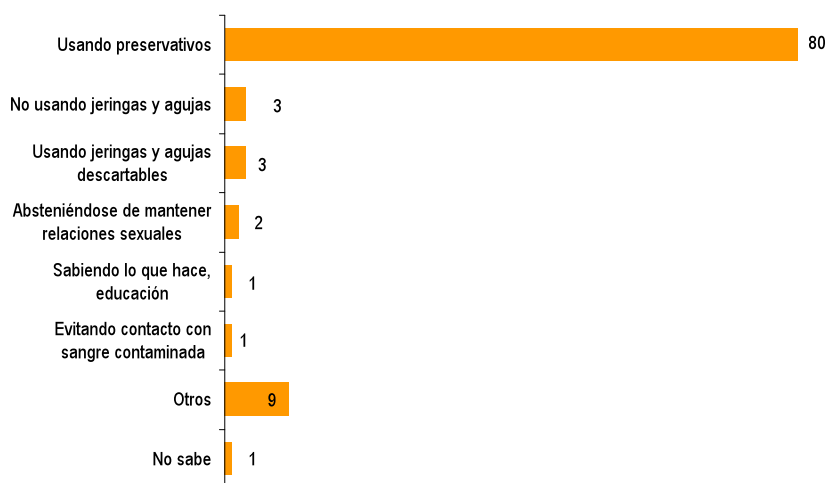


Base: Total de Entrevistados. Preg. ¿PODRÍA DECIRME UD. TRES FORMAS POR LAS CUALES UNA PERSONA PUEDE INFECTARSE CON EL VIRUS DEL SIDA?

3.8.1.2 Sobre los conocimientos y las prácticas de prevención.

El 80% identifica al preservativo como principal insumo de prevención del VIH.

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

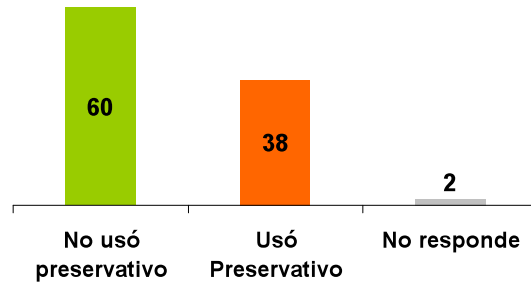


Base: Total de Entrevistados Preg. ¿PODRÍA DECIRME UD. TRES FORMAS POR LAS CUALES UNA PERSONA PUEDE PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA?

Sin embargo el 60% de quienes tuvieron relaciones sexuales en el último

año, no utilizó preservativos en su última relación sexual.

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

Existe información sobre formas de prevención del VIH, especialmente de la vía sexual, pero este conocimiento no se traduce aún en la incorporación de prácticas de menor riesgo.

Hay un alto nivel de conocimientos sobre como protegerse de la infección por el VIH, ya que además de lo mencionado sobre el preservativo, se incorpora en el 90% el cuidado de contar con parejas exclusivas por ambas partes, y 93% se reconoce que aún teniendo aspecto saludable una persona puede estar infectada por el VIH.

3.8.1.3 Las creencias erróneas.

Sin embargo, 48% de los encuestados no sabe o desconoce que el control médico precoz durante el embarazo de la mujer con VIH, y con el tratamiento adecuado, reduce aproximadamente a 1 o 2% la transmisión del VIH de la madre al hijo.

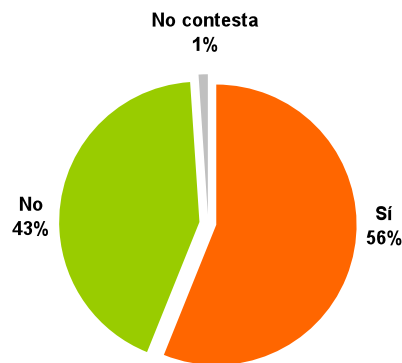
Aún se mantienen creencias erróneas en relación a las formas de transmisión del VIH por picadura de mosquitos (29% no sabe o cree que es por esta vía) o por compartir el mate con personas con VIH (17% no sabe o tiene información errónea).

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.

3.8.1.4 Diagnóstico de la infección por el VIH.

Un poco menos de 6 cada 10 uruguayos y uruguayas declara haberse realizado la prueba del VIH “alguna vez” en la vida.

¿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

La proporción de los que se la hicieron en el último año es minoritaria. Por otro lado, un 83% de quienes se realizaron el test de VIH, en los últimos meses fue a buscar el resultado y lo sabe.

Las cifras de realización de la prueba son relativamente elevadas. Debemos considerar que la promoción voluntaria (ofrecimiento de la prueba de VIH) con consentimiento informado a toda mujer embarazada, es normativa en Uruguay. El 47% de casos de mujeres que se han realizado el diagnóstico, lo hacen por este motivo.

3.8.1.5 Inicio de las relaciones sexuales.

Se aprecia un claro descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales. Este fenómeno se observa en los últimos 40 años y especialmente en mujeres. El inicio que antes se ubicaba en los 20 años ahora es a los 16.

Estas cifras nos revelan que tanto hombres como mujeres se inician casi a la misma edad promedialmente.

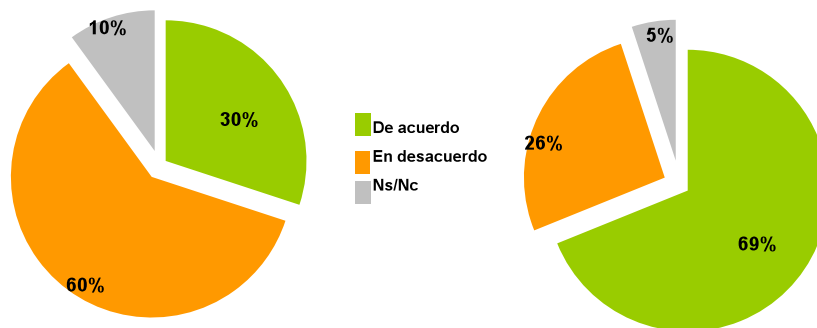
Esto marca la prioridad que debe tener promover la educación de la sexualidad en la educación formal inicial y los mensajes de promoción del uso del condón para adolescentes de ambos sexos.

3.8.1.6 Discriminación a las personas con VIH.

La tercera parte de la población afirma que mantendría en secreto si un familiar tuviera el VIH, cifra que puede ser un indicador de temor a la discriminación social existente.

VIH / SIDA y discriminación (%)

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



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

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

3.8.2 En población joven de 15 a 24 años a nivel nacional.

Durante 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 procura evaluar el conocimiento y prácticas de salud sexual y reproductiva (SS y RR), 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 puede observar:

Consistentemente con otros estudios sobre el tema, el mantener relaciones sexuales se identifica de forma espontánea como la principal forma de adquirir el VIH, aunque no es la única. 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.

Cuando se observa la suma de menciones de este indicador, 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”. Si se tiene en cuenta el indicador de suma de menciones estas vías de prevención tienen una mayor importancia relativa en los jóvenes de la zona Oeste y los jóvenes de Norte y Sureste bajo.

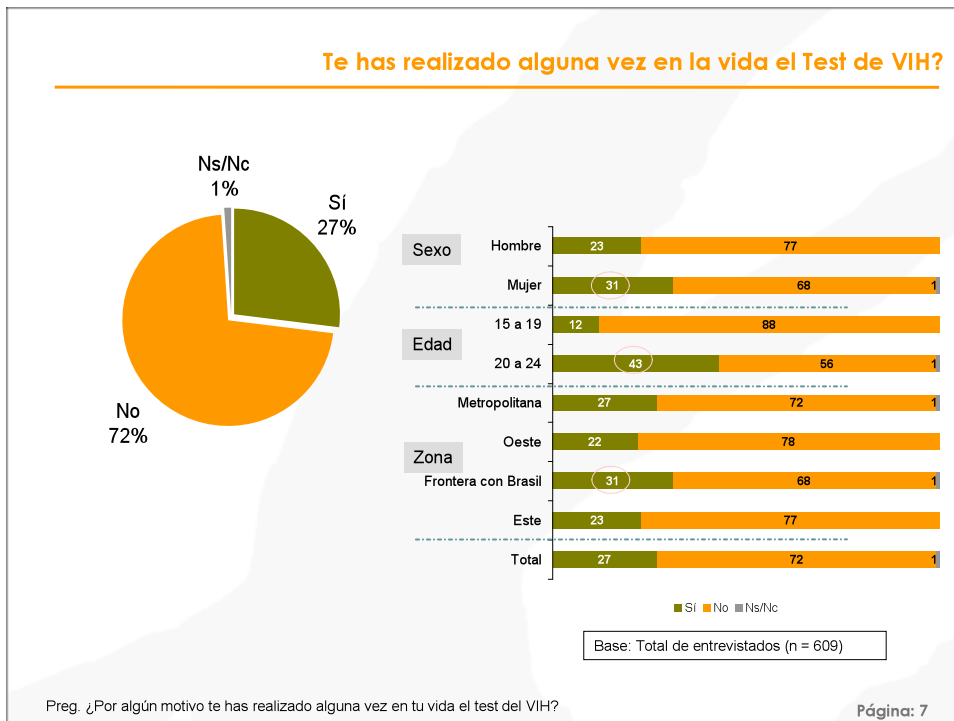
Permanecen arraigadas en esta población algunas creencias falsas entorno a las formas de adquirir el VIH. En este sentido, resulta ilustrativo saber que una cuarta parte de los entrevistados señalan que es posible infectarse con el VIH por medio de picadura de mosquito y un 16% que no sabe. Igualmente aunque en menor magnitud, casi una quinta parte de los entrevistados afirma 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. También se encontró que existe muy poca información a nivel del promedio en cuanto a que una madre embarazada infectada con el VIH, que recibe tratamiento para esta patología, reduzca el riesgo de transmitir el virus a su hijo/a.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observan 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 están 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% se encuentra de acuerdo.

Se observa por otra parte, que 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.

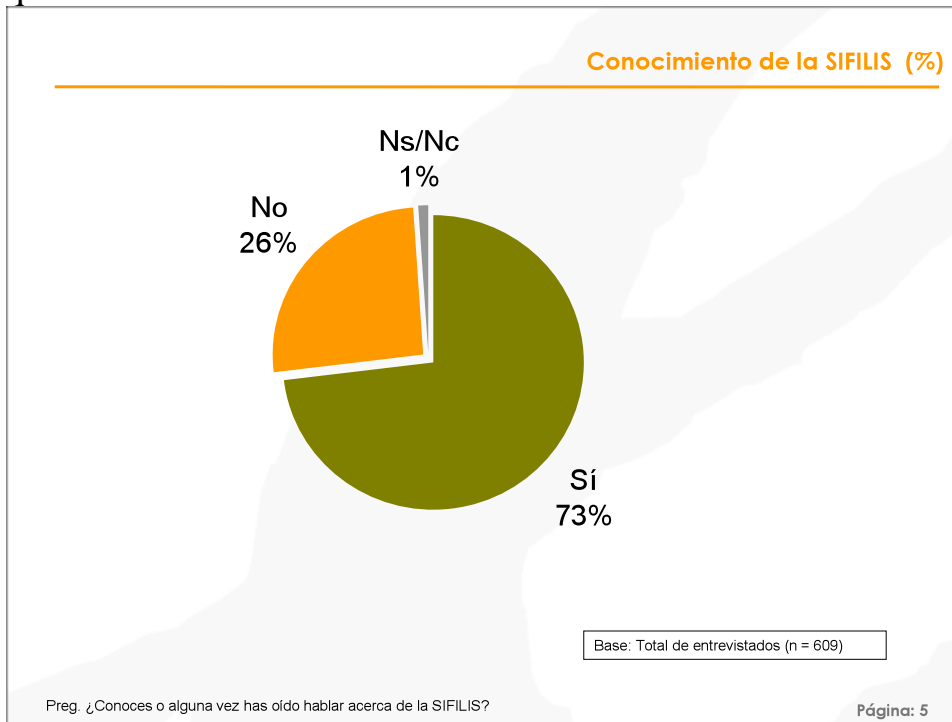
Poco más de uno de cada cuatro jóvenes (27%) declara que se ha realizado el test de VIH alguna vez en la vida.



Los niveles más altos se encuentran entre las mujeres, también entre los jóvenes residentes en las ciudades frontera con Brasil y sobre todo entre los más grandes (los jóvenes de 20 a 24 años) y los jóvenes pertenecientes al estrato de nivel socioeconómico bajo. Por otro lado, cabe puntualizar que un 16% de la población joven encuestada declara que se ha realizado el test en los últimos 12 meses.

Respecto a otras infecciones de transmisión sexual, la encuesta incluyó algunas preguntas relacionadas a la Sífilis. En primer lugar, el sondeo

muestra que existe una elevada proporción de jóvenes (casi una cuarta parte) que no conoce o nunca ha oído hablar de ella.



El desconocimiento es mayor entre los más jóvenes y las personas de sexo masculino. Cabe destacar que en la zona frontera con Brasil es donde existe un mayor conocimiento de la enfermedad fenómeno que probablemente este asociado al contacto que pueden haber tenido estas ciudades con campañas preventivas y de educación provenientes de Brasil. De cualquier forma, las personas que la conocen logran identificar de qué se trata, pero existen 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) afirma que es una enfermedad que ya no existe.

Las prácticas protectoras identificadas en los jóvenes merecen especial atención en el análisis de la problemática y la encuesta es reveladora en este sentido ya que casi la mitad de los entrevistados responde que nunca lleva consigo un preservativo. Este dato se encuentra incidido fundamentalmente por las respuestas de la población femenina ya que dentro de este segmento el 66% afirma 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 considera que es muy fácil o fácil conseguir uno en este momento. Si bien esto ocurre en el promedio de la población joven entrevistada, en términos relativos es en los estratos de NSE bajo, entre los más jóvenes y en los residentes en la frontera con Brasil donde existiría una mayor dificultad para conseguir un preservativo.

Por otra parte, en el diseño de las políticas dirigidas a esta población se debe tener en cuenta que los padres y amigos se constituyen en los principales referentes de los jóvenes cuando tienen dudas sobre la sexualidad. Y dentro de los primeros, principalmente la madre. Fuera del entorno más cercano, encontramos que el liceo se posiciona en el primer lugar a través del cual se informan o consultan cuando tienen dudas acerca de la sexualidad.

En otro orden de cosas, la proporción de hombres y mujeres que ya ha tenido su primera relación sexual es muy similar (77% y 74% respectivamente). Se encontraron diferencias por zona de residencia del entrevistado, ya que la proporción de jóvenes que se ya se ha iniciado sexualmente en el interior es significativamente mayor de lo que ocurre en la capital.

Entre los que ya se han iniciado sexualmente, la edad de inicio promedio en esta población joven es a los 15,5 años. Es más precoz en hombres que en mujeres, entre el grupo de jóvenes más chico y en los residentes en el interior. También se encontraron diferencias por NSE ya que mientras entre el grupo de jóvenes de estrato alto una cuarta parte declara haberse iniciado a los 15 años o antes, en el medio y bajo la proporción supera el 50%.

En la mayor parte de los casos (63%) el inicio sexual ha sido principalmente con el novio/a aunque un porcentaje no menor se ha iniciado con una pareja ocasional (12%) y otros con una trabajadora sexual (5%). Y para el caso de las mujeres es significativamente mayor el peso del inicio sexual con su novio (87%).

Existe cerca de un diez por ciento de la población que no se ha cuidado en su primera relación sexual. Los jóvenes residentes en la zona frontera con Brasil y los pertenecientes al estrato bajo son los que presentan las cifras más bajas. En el caso del indicador de la última relación sexual, esta cifra crece ocho puntos alcanzando al 17% de la población joven encuestada.

El preservativo es el método de prevención más utilizado. Y su uso está vinculado principalmente a prevenir un embarazo. Esto le ocurre tanto a hombres como mujeres. Se encuentran diferencias en cuanto al método utilizado en la primera y última relación sexual ya que en la primera relación el 85% usa preservativo y en la última relación sexual cae a 51% incrementándose el uso de otros métodos, principalmente el uso de pastillas. En cuanto al consumo de alcohol, existe un 67% de los jóvenes que consumió alcohol en los últimos 30 días. Y un 87% declara que consumió alguna vez en la vida. Si se tiene en cuenta, la frecuencia de consumo se observa que un 40% declara que lo hace una o más de una vez por semana. En comparación con otras investigaciones a nivel de público en general de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, si bien las preguntas no son iguales permite tener un parámetro de la situación de los jóvenes. En este sentido, queda en evidencia que la incidencia del consumo y la frecuencia en el consumo es superior en jóvenes que en el resto de la población.

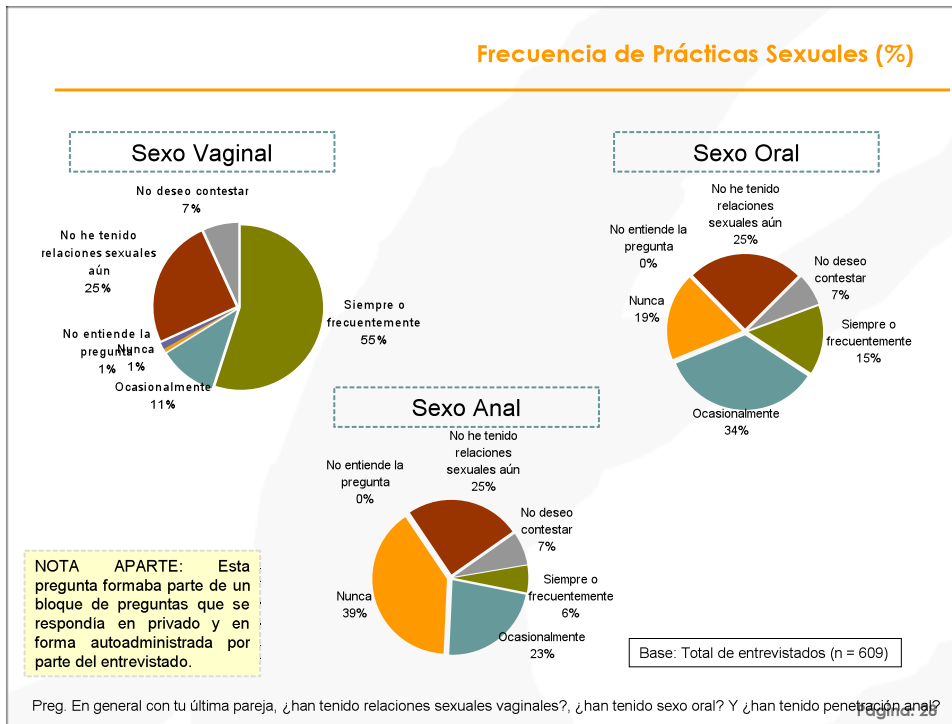
Por otra parte, el consumo de drogas muestra que un 13% de los jóvenes entrevistados declara consumir porro al menos una vez por semana, convirtiéndose en la droga más consumida por los jóvenes. La sigue la cocaína (un 4% declara haber consumido en la última semana), las píldoras tranquilizantes con 2%, pasta base con 1% y las píldoras excitantes.

Por último, la encuesta estuvo orientada a generar una línea de base sobre prácticas sexuales de los jóvenes. Si bien las preguntas eran comprometedoras pues indagaban en aspectos íntimos de la sexualidad de los jóvenes la tasa de no respuesta fue relativamente baja alcanzando solamente a un 7% de los 609 entrevistados.

La evidencia encontrada respecto a las prácticas sexuales muestra que la gran mayoría de los jóvenes se declara como heterosexual (95% en el caso de los hombres y 93% en el caso de las mujeres). Por otro lado, existe un 1% de la población que se declara 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.

Para finalizar, en cuanto al tipo de prácticas sexuales que mantienen los jóvenes, podemos decir que el sexo vaginal es que se mantienen con mayor frecuencia. Un 55% del total de entrevistados que declara mantener sexo vaginal siempre o frecuentemente, un 15% declara mantener sexo oral

siempre o frecuentemente y un 6% mantener sexo anal siempre o frecuentemente.



3.9 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 el VIH y la sífilis.

Casos acumulados y notificados a DEVISA/MSP, hasta abril de 2009 se habían registrado 1.286 embarazos en mujeres con VIH. De 1.286 hijos/as expuestos, 15% resultaron infectados con el VIH. El 72% de los casos fue captado en el período perinatal, en tanto el resto fue de captación tardía. La existencia de protocolos de atención plantea la cesaria como opción a la madre. En casos de madres con VIH, el 45% tuvo parto natural y el 55.0% se sometió a cesárea.

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 Pereyra Rossell, con una población de mayor riesgo socioeconómico, presenta para el año 2008 3.2% de transmisión madre-hijo (3.4% de Spectrum).

3.10 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 (2 casos importados). 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 en Uruguay.

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 han comenzado a realizarse en fecha reciente por lo que los resultados disponibles no permiten un análisis representativo de las tendencias de patrones de resistencia. CRF38_BF1.

3.11 Cuanto falta por conocer. Estimaciones, estudios centinelas y brechas a cerrar.

Durante 2008 se realizó un estudio centinela de prevalencia de la infección VIH en población general de alcance nacional. Fué realizado por DEVISA, Ministerio de Salud Pública en centros de atención sanitaria, con un diseño y tamaño muestral de 12.500 casos. Para establecer la muestra se dividió el territorio nacional en 4 estratos, de acuerdo a:

- a) Estimativos previos de prevalencia
- b) Características sociodemográficas.

Estratos definidos:

1. Región metropolitana (Montevideo, Canelones, San José)
2. Zona fronteriza noreste alta (Rivera-Artigas)
3. Departamentos con fuerte ingreso de población y/o bienes de consumo y servicio del exterior: Maldonado, Rocha, Colonia, Cerro Largo.
4. Resto del país.

El cálculo de los tamaños muestrales (modelo poissoniano) se realizó de modo que:

- 1- la prevalencia global a nivel nacional sea estimada con niveles de error estadísticos bajos (Intervalos de confianza pequeños). Como es usual en las muestras estratificadas, al interior de cada estrato, la estimación de la prevalencia será mas imprecisa.
- 2- asegurar la presencia de al menos dos casos en cada estrato, dado que, como es obvio, la inexistencia de casos en la muestra, inhabilita a dar una estimación de prevalencia.

Criterio de selección de la muestra :

Se selecciona una muestra por conveniencia considerando las instituciones públicas y privadas de cada departamento y que las mismas contemplen los siguientes criterios:

- Interés en participar y que cuente con un coordinador local responsable de supervisar las actividades.
- Asistencia de personas > de 15 años de edad.
- Que realice extracciones rutinarias de sangre para estudios paraclínicos.

Para contemplar las diferentes características de la población en estudio, se tomarán de los departamentos seleccionados las clínicas preventivas, carné

de salud y los Servicios de Salud públicos y privados.

La prevalencia nacional de la infección VIH según este estudio centinela es 0,42% . Para el mismo período, el programa de modelaje de epidemia Spectrum estima 0.47%, lo que marca una diferencia de solamente 0.05% entre una y otra forma de estimar la prevalencia nacional.

Tabla de Estimaciones de prevalencia de la infección VIH en las poblaciones más expuestas.

Pobación	Prevalencia	Fuente	Año
HSH	9%	Estudio Serológico y Comportamental en HSH (n=310) PPITS/Sida- MSP- UDELAR- CIEI-SU	2009
Usuarios de cocaína no inyectable	9,5%*	Estudio Serológico y Comportamental en usuarios de cocaína no inyectable (n=200) MSP- IDES	2004
UDI	18.5%*	Estudio Serológico y Comportamental en usuarios de cocaína no inyectable (n=367) MSP- IDES- UDELAR	2004

TSM	19.3%	Estudio Comportamental y Serológico en Trabajadores Sexuales Masculinos y trans (n total = 313) (n trans = 107) (n taxi-boys = 193) PPITS/Sida-MSP-UDELAR-ATRU	2008
Trans	36.8%		
Taxiboys	8.3%		
PPL hombres que viven con el VIH	5.5%*	Estudio Comportamental y Serológico en PPL (n=433) PPITS/Sida -MSP-Ministerio del Interior- IDES	2007

4 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

4.1 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. En el período 2005 – 2010 la compra de preservativos pasó de 1 millón de unidades a casi 10 millones.
- Se ha incrementado la distribución de preservativos femeninos en mujeres privadas de libertad y en profesionales del sexo femeninas

- Se realizaron campañas en medios masivos de comunicación , se elaboraron mensajes de prevención adecuados culturalmente , contemplando la perspectiva de género, edad, etnia y diversidad sexual tratando de favorecer un cambio cultural en pro del autocuidado y el mutuo cuidado.
- Realización en conjunto con la Asociación de Gráficos del Uruguay de un concurso de afiches en temas como: prevención, adherencia al tratamiento, uso del preservativo y no discriminación. Realización de campaña con los afiches ganadores en toda la República.
- Durante 2008 se realizó una campaña en radio sobre la promoción del uso del preservativo en mujeres y la no discriminación de niños y niñas afectados por la epidemia.
- En los departamentos fronterizos y con mayor prevalencia de la infección VIH se realizaron intervenciones con ONGs y Direcciones de Salud Departamental en promoción de la salud y prevención de las ITS.

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

El Programa Prioritario de ITS-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 Prioritarios del MSP y organizaciones que trabajan en el campo de VIH/SIDA, incluyendo a organizaciones de PVVS entre otras. Las directrices se difundieron a través de distintos medios (talleres participativos , teleconferencias, otros) con el fin de: capacitar a nivel nacional a los trabajadores de la salud en: prevención , consejería y atención integral de VIH-ITS en el primer Nivel de Atención.

- Directrices publicadas en el período 2008-2010:

- Guías para la profilaxis post-exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud.
- Directrices para la atención integral de la salud de las y los profesionales del sexo
- Guías en salud sexual y reproductiva :capítulo diversidad sexual colaborando con el Programa Mujer y Género, Intendencia de Montevideo, Comisión de Equidad y Género
- Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención colaborando con el Programa Nacional de Adolescencia en el capítulo ITS -SIDA
- Manual de procedimientos para el manejo del sistema logístico de insumos anticonceptivos y condones dirigido abastecimientos / almacenes centrales y unidades ejecutoras Elaborado en conjunto con el Programa Mujer y Género, Programa Nacional de Adolescencia
- Manual de procedimientos para el manejo del sistema logístico de insumos anticonceptivos y condones dirigido al Primer Nivel de Atención (PPITS/SIDA-Programa Mujer y Género, Programa Nacional de Adolescencia)
- Manual de distribución de métodos anticonceptivos y preservativos a usuarios/as
- Promoción de la realización de la prueba de VIH y la consejería en el Primer Nivel de Atención. Se capacitó a personal de salud de primer nivel de atención, en policlínicas barriales y centros de salud, sobre la promoción de la realización de la prueba del VIH y la realización de consejería de acuerdo a las recomendaciones y directrices del PPITS-SIDA.
- Mejoras en infraestructura y equipos en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, Centro Nacional de Referencia para el VIH, con refacciones en el sector de internación y mejoras en las condiciones de hotelería.
- Traslado y remodelación del Departamento de Laboratorio de Salud Pública,(Laboratorio de Referencia Nacional para el VIH)con el apoyo de la Cooperación Trilateral (Alemania-Brasil – Uruguay)
- Incorporación de la prueba de resistencia genotípica a antivirales a las prestaciones del SNIS.
- Ingreso al formulario de medicamentos de nuevos fármacos antivirales (enfuvirtide, lopinavir, inhibidores de fusión).

- Inauguración del Centro de Evaluación de Biodisponibilidad y Bioequivalencia de Medicamentos (CEBIOBE), en el Hospital Español “Dr. Juan José Crottogini”. Este centro abordará la problemática del medicamento desde un punto de vista integral, centralizado en los requerimientos del paciente y de la sociedad en su conjunto. CEBIOBE fue posible gracias al convenio firmado entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República, Facultad de Química.

4.3 Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y de sífilis congénita.

El Programa Prioritario de ITS-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.

Se está implementando una estrategia modelo de intervención en el primer nivel de atención para el control oportuno del embarazo y prevención de la sífilis congénita.

Durante este período se ha:

- Promovido la búsqueda de contactos de las parejas de las embarazadas con sífilis y/ o VIH en cada Servicio de Salud para su captación y diagnóstico.
- Extendido el trabajo territorial con las redes sociales, agentes comunitarios de salud conformando alianzas estratégicas para contribuir a revertir la situación de sífilis congénita y la transmisión del VIH a los recién nacidos
- Fortalecido el trabajo de enfermería y la formación continúa de los trabajadores de la salud .
- Elaborado numerosos materiales educativos para difundir entre los equipos de salud y los usuarios/as sobre el problema planteado por la sífilis congénita, la necesidad de la captación temprana del embarazo y el control de las embarazadas y sus parejas.
- Elaborado un flujograma de utilización de la prueba rápida de VIH y sífilis.
- Implementado la realización de la prueba rápida de VIH y sífilis en partos no controlados y emergencias.
- Establecido la obligatoriedad de notificar todo caso de sífilis al sistema de Vigilancia Epidemiológico Nacional incluyendo la

- notificación de todo caso sospechoso o confirmado de sífilis en todas sus manifestaciones
- Investigado la “*Integración de la Atención Prenatal con los procesos de determinantes y manejo clínico del VIH de la sífilis en la república Oriental del Uruguay*” en un proyecto conjunto con la Universidad de Harvard.

4.4 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.

El PPITS-SIDA ha insistido en la difusión de una adecuada información respecto de las características de la enfermedad, en los métodos de prevención, en las vías de contagio, entre otras, elaborando diferentes materiales a los efectos de evitar la ocurrencia de estas las prácticas discriminatorias.

En la reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados el 30 de noviembre de 2007, en ocasión de la XXIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud, se firmó la “**Declaración Sobre Estrategias de Promoción de los Derechos Humanos y de la no Discriminación Relacionada al VIH/SIDA en la región del Mercosur**”.

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

En el período descripto se han realizado investigaciones que han generado conocimiento que permiten orientar las acciones y la elaboración de materiales educativos y de prevención, así como definir e implementar políticas públicas sobre la base de evidencias científicas.

Se han realizado las siguiente investigaciones :

- Percepción sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas a la salud sexual reproductiva y las infecciones de transmisión sexual y el VIH en la población afrourugaya” 2008 2009

- Ciudadanía y Salud. Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay. Investigaciones serológicas y comportamentales en Profesionales del sexo masculino y en Hombres que tiene sexo con Hombres)2008/2009.
- Documento de trabajo acerca del Estado de situación : Investigación e intervenciones en VIH/SIDA en personas privadas de libertad Establecimientos carcelarios en Uruguay 2005-2009.
- Conocimiento y prácticas de Salud Sexual. VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes. 2009.

Los avances del PPITS-SIDA se enmarcan también en otros ámbitos de desempeño más amplios, que transversalizan la respuesta a la epidemia.

- Tuberculosis y VIH: Desde hace tres años el país participa de reuniones regionales realizadas por OPS/OMS a los efectos de realizar un plan de acción conjunta entre los Programas de Tuberculosis y de VIH de la región para un abordaje integral de esta problemática. Procura llevar adelante una coordinación y actualización de Protocolos de TARV y TB
- Se ha trabajado en coordinación con el Programa de Cohesión Social y Territorial para el fortalecimiento de los gobiernos departamentales “Uruguay Integra” (OPP-Unión Europea) en el marco de políticas de descentralización. En función de las acciones (reuniones, intercambio de información)_desarrolladas para la coordinación de estos dos Programas, se efectivizó: el Abordaje del Proyecto Montevideo-Canelones “Cohesión Social y Desarrollo Territorial Sustentable en la Cuenca del Arroyo Carrasco; realizándose: actividades recreativas-deportivas para jóvenes de la zona “Arrímate al Deporte” con entrega de folletos sobre la temática VIH-SIDA y distribución de preservativos. Se ha trabajado con un equipo móvil recorriendo la zona, realizando exámenes de citología oncológica, aportando materiales de anticoncepción y también de prevención de infecciones de transmisión sexual. La acción sanitaria de este proyecto está enfocada a la asistencia primaria en salud, siendo sus beneficiarios principales mujeres y niños.
- Intervenciones para las PPL: A partir del Convenio Marco

entre el MSP y el Ministerio del Interior, dentro de un plan de humanización del sistema carcelario se puso en marcha un plan piloto de atención a la salud en el complejo carcelario más grande del país. Realizando en el primer año 2008-2009 atención de emergencia, urgencia, modificación de la planta física. En agosto del 2008 se firma un Convenio Marco entre los Ministerios de Salud Pública e Interior por el cual se acuerda que la atención a la salud de las PPL también dentro de los establecimientos de reclusión debe ser realizada por la administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), creándose en el 2009 un nuevo programa el Sistema de Atención integral de las PPL con el objetivo de hacerse cargo gradualmente de esta tarea. También se han creado servicios / Espacios de Información y Orientación en ITS-VIH - SIDA de Sanidad Policial y Dirección Nacional de Cárcels, cuyo objetivo es generar espacios de referencia que favorezcan la promoción de la salud sexual y reproductiva, la información y orientación y derivación en ITS/ VIH de funcionarios/as del Ministerio del Interior y sus referentes familiares, en un marco de confidencialidad, con enfoque de derechos y equidad de género. En el año 2008 se realizó una intervención con un estudio seroepidemiológico de VIH y VHB, condiciones de vida, prácticas de riesgo sexual y consumo de drogas en mujeres privadas de libertad del Establecimiento Correccional y de Detención para mujeres de Montevideo -Cárcel Cabildo. Para ello se realizó por parte del Programa Prioritario de ITS-SIDA una convocatoria a instituciones y ONG's trabajando en investigación con ésta población, siendo el instituto IDES seleccionado para implementarlo. El Ministerio del Interior y más específicamente el Sistema Médico Penitenciario participan del Tribunal de Selección y a la vez apoya la implementación de la investigación con IDES y el PPITS-SIDA del MSP. La prevalencia de marcadores serológicos para el virus B fue de 14,9% con anticuerpos anti core total y un 2% de casos reactivos al AgHBs, representando éste último a una infección crónica o en curso. Se registró una prevalencia del 2% de anticuerpos anti VIH. El estudio serológico realizado en el Establecimiento Penitenciario Departamental de Canelones-hombres (2007)- la prevalencia del VIH fue del 5,5%.

- Educación sexual: se ha firmado por parte de nuestro País en la 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación la declaración para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. La misma se realizó en la ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal. Con respecto a la implementación del Programa de Educación Sexual, uno de los resultados más importantes es la institucionalización de la educación sexual en todos los niveles de la Educación Pública. Se ha trabajado en los Institutos de Formación Docente llegando a 2.393 alumnos, en Enseñanza Media Educación Secundaria con la formación de docentes referentes, en el Ciclo Básico de Educación Técnica Profesional se trabaja en un espacio obligatorio de 2 horas semanales cubriendo 66 escuelas con una totalidad de 14.400 alumnos. Se ha logrado la articulación de varios grupos y organizaciones de la sociedad civil para el trabajo en común en el ámbito comunitario y territorial de la educación sexual y la prevención al VIH, que trabajan en redes locales de salud y educación. En cuanto a la investigación el área de producción de conocimiento, encara la realización de Investigaciones a los efectos de hacer posible la aproximación a las realidades del sistema ofreciendo insumos necesarios para “incrementar la calidad del proceso educativo ofrecido”. Se han implementado por parte del MSP acciones en el marco del Proyecto “Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención de VIH/SIDA y Drogas en el Ámbito Escolar” apoyado por la Agencia de Cooperación para el Desarrollo Técnico (GTZ), el Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT) de Brasil, y las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA). Mediante un concurso de propuestas de investigación innovadoras capaces de promover la participación de jóvenes de 12 a 19 años en su comunidad y en los procesos de toma de decisión en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/ SIDA y del consumo de sustancias.
- Se trabajó en el Comité de Erradicación Explotación Sexual Comercial y No Comercial de Niños/as y Adolescentes, bajo órbita de Instituto Niño Adolescente Uruguay elaborando y

difundiendo el Plan Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual de Niños/ As y Adolescentes.

- Las Organizaciones de la sociedad civil, las personas con VIH han trabajado fuertemente en este período con diversos proyectos de promoción de salud, han sido apoyadas por agencias de cooperación internacional en el fortalecimiento de sus intervenciones en las áreas de VIH -SIDA transversalizando acciones con la temática de salud sexual, reproductiva desde un enfoque de género. Varios de estos proyectos articulan acciones con la Red de PVVS de frontera, el Programa Prioritario de ITS-SIDA- DIGESA-MSP, organizaciones integrantes de la CONASIDA, organizaciones locales vinculadas a estas temáticas, grupos locales de PVVs y Direcciones Departamentales de Salud del MSP.
- Se han elaborado por parte de la sociedad civil proyectos de no discriminación y Derechos Humanos , otros que proponen generar un Plan Departamental en Salud Sexual y Reproductiva (PDSSR), con enfoque de género buscando fortalecer las capacidades técnicas de las organizaciones públicas y privadas a nivel departamental; fortalecer las capacidades de los/as adolescentes y construir y fortalecer articulaciones intersectoriales e intergeneracionales, Se han realizado jornadas de Mujeres con VIH,. “Jornadas de intercambio y elaboración de protocolo institucional sobre violencia doméstica” en el 2008 -2009 El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva implementado por la ONG Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)continua con el trabajo de incidencia y evaluación de las políticas públicas y ofrece insumos para el trabajo de diferentes actores que intervienen en la agenda de género, salud ,derechos sexuales. La Comisión Nacional de Seguimiento de las Mujeres por democracia equidad ciudadanía ha elaborado la Agenda 2009 entendida como una propuesta política de las mujeres organizadas ,que busca incidir en el debate público uruguayo impulsando planteamientos que abordan las desigualdades entre varones y mujeres. .Se brinda también por parte de estos colectivos lugares de atención , orientación a las PVVs y consejería entre pares . Las ONGs han elaborado diversos folletos y manuales para favorecer el proceso de inclusión del enfoque de género en primera

infancia., así como guías de recursos para la formación de multiplicadores

5 Prácticas óptimas.

Se seleccionó como práctica óptima a la CONASIDA. Constituye una iniciativa de liderazgo político y participación ciudadana que no depende de ningún proyecto externo, posee autonomía, representación amplia y procesos transparentes y participativos. De igual manera ha logrado, desde su creación en 2005, hasta la fecha, la continuidad y sostenibilidad, así como la inserción dentro del marco legal y normativo nacional que ha permitido a la comisión constituirse en un ámbito de extrema relevancia para articular la respuesta nacional, inclusiva y participativa a la epidemia de VIH/SIDA en Uruguay.

5.1 Constitución y composición de la CONASIDA.

En 2005 se creó y comenzó a reunirse periódicamente un Mecanismo de Coordinación de País. Se constituyó en un espacio intersectorial, interministerial, que reúne:

- organismos del Estado
- organizaciones de la sociedad civil
- organizaciones de personas con VIH.
- sectores académicos de todos los niveles de la educación
- agencias internacionales
- representantes de la gremial nacional de trabajadores
- representantes de los usuarios del SNIS
- representantes del Parlamento nacional

Lo integran: las dos ramas del Ministerio de Salud Pública (la Dirección General de la Salud, representada por el Programa Prioritario de ITS/Sida y la Dirección de los Servicios Descentralizados de Salud (ASSE (MSP)), 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 Sistema Conjunto de las Naciones Unidas: ONUSIDA, PNUD, UNIFEM, FNUAP, UNICEF, OPS/OMS, Oficina de Coordinador Residente de Naciones Unidas Uruguay.

5.2 Antecedentes de gestión.

Este mecanismo de coordinación aprobó y validó el Plan Estratégico Nacional (2006-2010). En su elaboración participaron todos los sectores representados en el MCP, colaborando en la determinación de objetivos y resultados esperados.

Avalados por los buenos resultados obtenidos en la participación amplia, plural y representativa de dicho mecanismo de coordinación, y con el fin de avanzar en la institucionalización de esta estructura para fortalecer la respuesta nacional a los desafíos que planteaba la epidemia de VIH/SIDA, se creó la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA (CONASIDA).

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 y 2008 a la presentación de proyectos al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. A pesar de no contar con proyectos financiados propios, la CONASIDA continúa su labor, incorporando en 2008 la Secretaría de CONASIDA con representantes de organizaciones sociales y del MSP. La CONASIDA-MCP se constituye así en un consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas, e incidencia en las políticas públicas que funciona con autonomía, transparencia y representatividad de los actores relevantes de la respuesta del país a los desafíos planteados por el VIH/SIDA.

Tabla Composición de la CONASIDA.

Representación por sectores	Número de miembros
Sector académico/educativo	2
Gobierno	8

Organizaciones no gubernamentales (ONG)/organizaciones con base comunitaria	3
Organizaciones de PVVS	4
Personas que representan a poblaciones clave afectadas ¹	2
Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo dentro del país	6
Representantes de la Comisión de Salud del Parlamento Nacional.	2
Número total de miembros:	27

5.3 Sensibilidad a las diferencias de trato por cuestiones de género.

La CONASIDA-MCP está integrada por representantes gubernamentales y no gubernamentales que tienen un rol clave en la agenda de equidad de género y de salud sexual y reproductiva del país. El sector no gubernamental está representado por distintas ONGs que representan una diversidad de usuarios del sistema de salud, que aportan su conocimiento de las necesidades y demanda de atención de los grupos y poblaciones más expuestas, así como de otros beneficiarios de la implementación del PEN. Dos de las ONGs que integran la CONASIDA han elaborado el "Informe Técnico Sobre Monitoreo de las Metas UNGASS Para la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres".

La inclusión de las diferencias por cuestiones de género también estuvo garantizada por la participación de dos senadoras del Parlamento Nacional en la CONASIDA-MCP que también integran la Comisión de Salud del Senado, y que han sido las principales promotoras de:

- Proyectos de ley que buscan superar situaciones de discriminación y desprotección, tales como la ley que reconoce y otorga iguales derechos de sucesión y bienes a todas las parejas que comprueben una vida en

común, incluidas las uniones homosexuales (Ley de Unión Concubinaria ya aprobada);

- El proyecto de ley en defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva que da marco legal a las responsabilidades del Estado de proveer servicios y garantizar políticas de educación, prevención y asistencia en el terreno de la sexualidad y la reproducción, incluida la educación sexual, el acceso universal a métodos anticonceptivos, la promoción de la maternidad y paternidad responsables, la interrupción del embarazo por voluntad de la mujer hasta la 12ª semana de gestación y la políticas de prevención, atención y tratamiento de VIH, SIDA e ITS, y la ley de acompañamiento al parto (ley. N° 17.386) que garantiza a la mujer el derecho de definir quién la acompaña durante el trabajo de parto y parto.

5.4 Capacidad de trabajar en respuestas transversales e intersectoriales.

Desde la CONASIDA se trabajó intensamente el PEN que constituye la principal instancia de concertación nacional para la definición de las políticas públicas en VIH/SIDA. El compromiso histórico, el trabajo coordinado y los aportes de los actores sociales involucrados en la respuesta nacional al SIDA, es decir, los miembros de la CONASIDA-MCP, permiten el desarrollo de un programa participativo donde todos contribuyen al logro de los objetivos del PEN. La elaboración de sucesivos informes UNGASS, donde constituyó el ámbito natural de elaboración y validación es un ejemplo de la coordinación que desarrollado. El reconocimiento y la constatación práctica de los buenos resultados de la planificación multisectorial han contribuido al aprendizaje del trabajo multisectorial, de la superación de tensiones, de diálogo constante, y búsqueda y obtención de consenso.

No es un mecanismo excluyente pues de ser necesario procede a consultar a varios sectores.

En su accionar se destacan las consultas a la Comisión de Consenso TARV; a la Comisión de Resistencia y Genotipificación y al Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas para poder evaluar los tratamientos de 1ª, 2ª y 3ª línea de los protocolos nacionales y los que se utilizarán para las pruebas de genotipificación. Se utilizó el mismo enfoque con la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (Persona Pública Estatal) con respecto a la tuberculosis y la coinfección TB-VIH.

La Secretaria Ejecutiva de la CONASIDA-MCP , analiza los procesos desarrollados y en función de esto, brinda orientación y sugerencias sobre como mejorarlos, presentando la temática al plenario de la CONASIDA en forma periódica

6 Principales problemas y acciones correctoras.

Los principales logros y deficiencias en la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA durante el período que cubre el informe se analizan en función del PEN.

6.1 Principales problemas encontrados.

- Las intervenciones preventivas para poblaciones vulnerables no se han realizado en forma continua ni con cobertura nacional. Tampoco han incorporado regularmente las perspectivas de género, cultura, edad, diversidad sexual y étnica.
- 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.
- La consejería antes y después de la prueba de detección del VIH no siempre sigue las normativas nacionales.
- No se han realizado acciones de prevención secundaria de la coinfección VIH/TB, a pesar del aumento de la tuberculosis entre las personas con VIH, especialmente entre las privadas de libertad.
- La compra de condones masculinos ha aumentado considerablemente en años recientes), pero la auditoría realizada señaló serias dificultades y barreras en la distribución, ya sea para profesionales del sexo, PPL, HSH o usuarios de drogas. Los servicios de salud no cumplen totalmente la normativa del MSP que garantiza el acceso de condones a los adolescentes y jóvenes. La distribución y acciones para promover la utilización de condones femeninos es limitada.
- Persiste aun la falta de una política integradora que trabaje VIH / ,ITS, violencia y SSRR como dimensiones que impactan en la vida

y salud de las personas

- 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.
- Para el PPITS-SIDA el control y monitoreo de la calidad de la atención de salud de las PVVS es difícil, porque la información sobre los usuarios es fragmentaria y, a menudo, inaccesible. No hay registro único de pacientes que dé información sobre la progresión clínica.
- Existe una brecha en el apoyo social en lo que respecta al albergue a las PVVS en situación de calle y en situación temporal crítica, que se agrava en el caso de las poblaciones vulnerables. Los huérfanos por el VIH y las familias o instituciones que los acogen no reciben apoyo psicológico, social ni económico.
- La atención de salud de hombres y mujeres privados de libertad es aún deficiente.
- 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 maternoinfantil del VIH. La falta 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.
- La sociedad uruguaya mantiene actitudes de discriminación hacia las poblaciones vulnerables, la que se suma al estigma y discriminación relacionados con la condición de VIH+.
- El sistema de vigilancia epidemiológica del Programa Prioritario de ITS-SIDA es débil, y no provee la información necesaria para guiar la programación y la respuesta del Programa a la epidemia.
- No se ha implementado un sistema de vigilancia de segunda generación periódica para determinar con alguna regularidad la prevalencia de VIH e ITS, determinar los comportamientos de riesgo, el acceso a la salud e insumos de prevención. Tampoco

existe un sistema de información que brinde con regularidad y confiabilidad datos sobre el tamaño de la población, prevalencias de VIH e ITS y comportamientos en las poblaciones más expuestas.

6.2 Acciones correctoras.

Las principales acciones correctoras han sido determinadas por el proceso de implementación de la reforma de la salud.

Las principales son:

- 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.

Otras acciones ya iniciadas para resolver algunas deficiencias incluyen:

- Intervenciones y apoyo del PPITS-SIDA a las direcciones departamentales de salud, ONG, organizaciones de base comunitaria y de PVVS que trabajan directamente con las poblaciones vulnerables objetivo de esta Propuesta.
- El PPITS-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.

- Mejoramiento de la infraestructura del Centro de Referencia Nacional en VIH.
- Traslado del Laboratorio de Referencia Nacional a un nuevo local, dotándolo de nuevo equipamiento. Estas obras, realizadas con la colaboración de los gobiernos de Alemania y Brasil, representan también la integración de la ayuda internacional al proceso de la Reforma.
- A fines del 2009 se comenzó a trabajar en la estimación de tamaño de población HSH en Montevideo y área metropolitana.
- Se ha trabajado a los efectos de contribuir a la optimización de la gestión administrativa y presupuestal del plan de compras ,almacenamiento ,distribución y acceso de preservativos en los diferentes niveles asistenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se han elaborado manuales a estos efectos.
- Se realizó el pliego técnico para la adquisición del sistema informático de atención, registro , educación y difusión(SIDA EN RED), pero aún no se ha implementado.
- Se ha iniciado un proceso de mejora del sistema de notificación (farmacovigilancia).
- Se ha avanzado hacia una política única de medicamentos que garantice la calidad de los mismos y la racionalización de su uso y costos.

7. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país.

El gobierno nacional ha expresado públicamente el valor de contar a las diversas agencias internacionales (Organizaciones de Naciones Unidas para el SIDA- OPS/OMS-Cooperación Alemana) como asociadas de confianza, que proveen asistencia técnica y apoyo en la implementación de programas.

La articulación de la respuesta nacional a la epidemia con las agencias internacionales se inscribe en los lineamientos del Plan Estratégico Nacional y se ejecuta a nivel de los diversos programas de las instituciones gubernamentales que integran la CONASIDA-MCP, así como con la sociedad civil organizada.

Uruguay integra el grupo de países que participan en el proyecto "Unidos en la Acción", proyecto piloto de reforma de Naciones Unidas, de articulación y coordinación con el país orientado a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Durante el período 2008 – 2009, el apoyo de la OPS y las Agencias de ONUSIDA ha sido muy importante en la implementación del Plan Estratégico Nacional. Dicho apoyo ha estado centrado fundamentalmente al conocimiento y estudio de los determinantes de la epidemia en las poblaciones más expuestas como HSH, TSM y PPL. Comprendió la realización de estudios serológicos y de comportamiento de estas poblaciones vulnerables, e intervenciones con ellas. También los asociados han facilitado el desarrollo de acciones tendientes a la descentralización y territorialización en la prevención de las ITS/VIH, fundamentalmente en las zonas geográficas de mayor prevalencia del VIH (fronteras, portuaria y turística), así como en la realización de campañas públicas dirigidas a promover el uso del condón, la no discriminación, así como a la prevención de la transmisión vertical VIH y sífilis.

ONUSIDA está apoyando actualmente la realización del estudio de Medición de Gastos en SIDA 2008(MEGAS 2008)

UNFPA, más específicamente, ha apoyado en el Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita (2008-2009) llevado adelante por el MSP y el PPITS/Sida, así como en la realización de auditoría de distribución de condones a nivel nacional, aplicación de normativas sobre prevención transmisión vertical y profilaxis post exposición. Con su apoyo también se logró actualizar, identificar, y sistematizar la legislación aprobada recientemente que involucra o puede involucrar aspectos de VIH.

El MSP, a través de UNFPA compra a precio subvencionado los preservativos masculinos y femeninos, para su distribución gratuita. También ha financiado la realización del primer curso de SSR para capacitar a los trabajadores de la salud en la implementación de la ley de SSR.

En el caso mas específico de UNICEF atendiendo el problema de los niños y niñas huérfanos por el SIDA, ha colaborado con una investigación que ayuda a identificar la situación de los niños/as huérfanos y afectados por el VIH/Sida en nuestro país. Por otro lado, junto con la Universidad de Harvard, se esta implementando junto al PPITS/Sida, investigadores uruguayos, un relevamiento cuantitativo y cualitativo de los obstáculos que se interponen a la eliminación de la sífilis congénita en los servicios de salud.

Integración al Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH).

Es una iniciativa de 21 países de la región, a través de sus Programas Nacionales de ITS/Sida, que tiene como objetivo mejorar la respuesta frente al VIH/SIDA y otras ITS. Funciona como mecanismo de coordinación para países de Latinoamérica y el Caribe, los integran también como aliados, las redes de organizaciones de la sociedad civil. Promueve los acuerdos políticos, de negociación de compras conjuntas de medicamentos, de intercambio de experiencias, visitas de asistencia técnica en el campo de la gestión de programas, servicios de salud y de estrategias de comunicación.

A nivel de la región, otros asociados claves dan cuenta de la colaboración Sur-Sur existente. El Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT) del Ministerio de Salud Pública de Brasil, junto a la GTZ (Cooperación Alemana), ha brindado apoyo 2008-09, para la capacitación de técnicos en diversos temas como capacitación de técnicos y donación de equipamiento de Laboratorio para la realización de los test de genotipificación e implementación de los estudios de resistencia genotípica. Así como en la pasantía y capacitación a la Comisión de Farmacovigilancia del MSP. En materia de prevención han donado valijas didácticas para actividades educativas en el primer nivel de atención.

Uruguay, a la vez integra el MERCOSUR como Estado Parte (Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay) junto a los Asociados (Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, etc.).

En el marco del MERCOSUR, se ha conformado hace varios años, la Comisión Intergubernamental de VIH, con el objetivo de coordinar acciones, intercambiar experiencias, e identificar la situación epidemiológica de la región, de manera de que las autoridades Ministeriales puedan conocer y promover acciones que reviertan la situación de la epidemia.

La preocupación por indicadores comunes que identifiquen la situación de la epidemia en la región, promovió que durante la Presidencia Pro Tempore de Uruguay, en el 2009, en el mes de setiembre se realizara una **Jornada de**

Análisis, Diagnóstico y Recomendaciones para la Prevención Transmisión Vertical VIH y Sífilis con el apoyo de OPS – OMS, teniendo como objetivo general conocer el estado de situación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH en la región del MERCOSUR.

Así también, en el mes de octubre, se realizó una "Jornada de Transmisión de Metodologías para Estudios de RDS para los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR" con el apoyo de OPS – ONUSIDA y CDC-Brasil, cuyo

objetivo general fue transferir la metodología RDS para la realización de estudios en población de difícil acceso con miras a obtener indicadores estandarizados para la región.

Medidas para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS.

Uruguay es uno de los países pilotos del Programa "Unidos en la Acción". El gobierno y las agencias internacionales han trabajado durante este período en la consecución de los Objetivos del Milenio con estrategias exitosas que han posibilitado lograr resultados alentadores.

Pero si bien durante el período se han logrado avances significativos, hay tres áreas en las cuales las agencias internacionales, nucleadas en este Programa, podrían incidir de manera relevante:

- Apoyar la creación de un sistema de vigilancia- de los usuarios del sistema nacional integrado de salud- moderno y eficiente que permita el monitoreo y la evaluación de la respuesta a la epidemia.
- Fortalecer la sociedad civil organizada, de manera que se convierta en un aliado estratégico relevante en la lucha contra el VIH/SIDA.
- Ayudar a focalizar en las poblaciones más expuestas la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA, como es necesario para nuestra epidemia concentrada.

8 Sistemas de vigilancia y evaluación.

La importancia de los sistemas de vigilancia y evaluación queda de manifiesto en la capacidad que estos brindan al país para conocer su epidemia y medir los progresos realizados en la lucha contra el VIH/SIDA. Uruguay, presenta dificultades en esta área, pero ha hecho algunos progresos durante el período 2008-2009. Se identificaron las debilidades y se comenzó a implementar algunas soluciones a las mismas.

8.1 Panorama general del sistema actual.

El sistema de vigilancia actual utiliza cuatro grandes estrategias para conocer la epidemia:

- Notificación obligatoria de casos de infección VIH confirmados.
- Encuestas de prevalencia en la población general.
- Estudios de segunda generación en poblaciones específicas.
- Estimaciones y proyecciones utilizando herramientas informáticas de modelaje de la epidemia (Spectrum).

El modelo de vigilancia se encuentra en una etapa de transición. De una vigilancia pasiva se está pasando a integrar un componente de vigilancia activa, con un fuerte énfasis en la vigilancia de segunda generación en las poblaciones más expuestas.

8.2 Problemas afrontados.

El principal problema es que Uruguay padece una epidemia de tipo concentrado y todas las medidas de vigilancia han estado históricamente dirigidas a la población general y se ha utilizado un sistema de vigilancia pasivo, predominantemente de registros de casos de VIH y SIDA según características de tiempo, lugar, género, edad y vía de transmisión. El conocimiento de la epidemia dentro de las poblaciones que configuran sus grandes determinantes ha sido escaso y no se ha realizado de forma sostenida.

El país no cuenta con un sistema integral de monitoreo y evaluación que pueda mostrar el impacto del programa y los progresos en lograr los objetivos del PEN. El sistema de vigilancia epidemiológica existente no provee la información necesaria para monitorear la respuesta a la epidemia, lo cual constituye una carencia importante. La información está fragmentada en múltiples sitios, y la comunicación entre los diferentes proveedores de información relevante es muy deficitaria. Hay un gran subregistro del pasaje a SIDA, de las enfermedades oportunistas y del curso de los tratamientos antivirales. Cuando los datos están y son de calidad, es muy difícil acceder a ellos pues no existe una cultura de compartir datos y participar en procesos de monitoreo y evaluación. Los informes UNGASS así como los Informes MEGAS, han ido generando poco a poco un mayor involucramiento de los distintos actores.

8.3 Medidas correctoras.

El fortalecimiento de los sistemas de información como un conjunto de actividades que tiene por objeto establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer la situación de la epidemia, diseñar estrategias políticas de intervención ha sido la preocupación permanente del Programa. Se está trabajando en:

- a) realización de estudios de serología y comportamiento, actitudes y prácticas dentro de las poblaciones más expuestas.

- b) estimaciones de los tamaños de las poblaciones de difícil acceso (HSH)
- c) mejorar el sistema de recolección de datos que permita tener indicadores más precisos de la respuesta nacional al VIH.
- d) se ha solicitado asesoría técnica externa para hacer una evaluación, diseño e implementación de un sistema de información y vigilancia epidemiológica que responda a las necesidades del país.
- e) Se prevé iniciar el proceso de implementación de Estudios de Fármaco resistencia.
- f) Se continúa trabajando para la implementación del Sistema Único de Información y Registro de Pacientes con VIH. El Sistema tiene por objeto registrar toda la información sobre la atención de las personas con VIH en todo el país. Incluye también la formación permanente a distancia del personal de salud, y la historia clínica electrónica.

Anexo 1.

Montevideo, 26 de marzo de 2010

**Programa nacional de ITS – sida – MSP
CONASIDA**

De nuestra mayor consideración:

Por intermedio de la presente queremos expresar que el informe de la sociedad civil para el **Monitoreo de la Declaración de compromiso en VIH-sida (UNGASS, Naciones Unidas) sobre las metas en salud sexual y reproductiva de las mujeres, para el periodo 2008-2009**, aún está en proceso de validación por parte de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a su elaboración.

Por dicho motivo no es posible ponerlo, por el momento, a disposición de las entidades nacionales para su incorporación en el Informe país debido a los plazos de cierre definidos para su presentación ante los organismos internacionales correspondientes.

Esperamos que, en caso de extenderse dichos plazos o de habilitarse la posibilidad de adjuntarlo posteriormente, este aporte de las organizaciones sociales sea incluido al informe país. La visión de la ciudadanía organizada y sus recomendaciones son un insumo importante para avanzar en el fortalecimiento de la respuesta nacional a la problemática de VIH-sida en el marco de una atención integral en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de equidad de género y de derechos.

En nombre de ASEPO y MYSU -instituciones responsables de elaborar el Informe de la sociedad civil, en el marco de un proyecto internacional coordinado por GESTOS- Brasil para el relevamiento de las metas UNGASS- quedamos a disposición para toda consulta.

A nombre de ambas instituciones, les saluda muy atte.

Lilián Abracinskas
Directora
Mujer Y Salud en Uruguay (MYSU)

