



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

**Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014
Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011
Uruguay - Informe 2014**

**INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
URUGUAY**

Período de Cobertura: enero de 2012 – diciembre de 2013

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministro Salud Pública

Dra María Susana Muñiz

Sub Secretario MSP

Prof. Dr. Leonel Briozzo

Directora de la Dirección General de la Salud

Dra. Marlene Sica

Directora de la División de Programación Estratégica en Salud

Dra. Ana Noble

Coordinadora del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Equipo Responsable del Informe

Coordinación

Dra. Susana Cabrera

Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida

Equipo Técnico

Dra. Ana Visconti

T. Social Ingrid Gabrielzyk

Lic. Enf. José Luis Priore

Soc. Ana Sosa

Consultora ONUSIDA

Período de Cobertura: enero de 2012 – diciembre de 2013

Aportaron información para la medición de los indicadores

Instituciones prestadoras de salud (sub sector público y privado)

Subsector público:

BPS (Servicio de Salud del Banco de Previsión Social)

Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo)

HOSPITAL MILITAR (Montevideo)

SANIDAD POLICIAL (Montevideo)

Servicio Enfermedades Infecto Contagiosas (Montevideo)

Subsector privado:

Asociación Médica Cooperativa Maldonado AMECOM (Maldonado)

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (Montevideo)

AMEDRIN Cooperativa Médica (Río Negro)

Asociación Médica San José AMSJ (San José)

Casa de Galicia (Montevideo)

Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando CAAMEPA (Canelones)

Círculo Católico de Obreros del Uruguay (Montevideo)

Cooperativa Asistencia Médica Cerro Largo CAMCEL (Cerro Largo)

Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia CAMEC (Colonia)

Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja CAMDEL (Lavalleja)

Cooperativa Asistencia Médica Durazno CAMEDUR (Durazno)

Cooperativa Asistencial Médica del Oeste de Colonia CAMOC (Colonia)

Cooperativa Médica de Asistencia Soriano CAMS (Soriano)

Cooperativa Asistencial Médica de Rivera CASMER (Rivera)

Centro Asistencial Sindicato Médico del Uruguay CASMU IAMPP (Montevideo)

Cooperativa Médica de Canelones COMECA (Canelones)

Cooperativa Médica de Florida COMEF (Florida)

Cooperativa Médica de Paysandú COMEPA (COMEPA)

Cooperativa Médica de Rocha COMERO (Rocha)

Cooperativa Médica de Tacuarembó COMTA (Tacuarembó)

COSEM (Montevideo)

Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este CRAME IAMPP (Maldonado)

Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral CRAMI (Canelones)

Centro Uruguayo de Asistencia Médica CUDAM (Montevideo)

Gremial Médica de Artigas GREMEDA (Artigas)

Hospital Británico (Montevideo)

Hospital Evangélico (Montevideo)

Instituto Asistencial Colectivo IAC (Treinta y Tres)

Médica Uruguaya MUCAM (Montevideo)

Medicina Personalizada MP (Montevideo)

Organización Asistencia Médica Cooperativa Colonia ORAMECO (Colonia)

Seguro Americano (Montevideo)
Sociedad Médico Quirúrgica De Salto (Salto)
Servicio Médico Integral SMI (Montevideo)
Servicio Médico Universal (Montevideo)
SUMMUM Medicina Privada (Montevideo)

Participaron en la elaboración del ICPN
ICPN PARTE A

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva
Programa Nacional ITS-VIH/Sida
Instituto Nacional de Rehabilitación

ICPN PARTE B

ASEPO
AMEPU
ATRU
Compañeros de las Américas
IELSUR
Ovejas Negras
Red de PPVS Uruguay

Lista de acrónimos.

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

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

INDICE

CAPITULO I. SITUACIÓN ACTUAL.....	11
CAPITULO II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA.....	28
CAPITULO III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.....	38
CAPITULO IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.....	45
CAPITULO V PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.	50
CAPITULO VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.....	56
CAPITULO VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	73

Prólogo

En este documento se presentan dos informes que dan cuenta de los avances y brechas en la respuesta global al VIH/Sida: Informe sobre los Avances en la Respuesta al Sida 2014 y el Informe de la Misión Tratamiento 2.0

El informe de Avances permite analizar la situación del país a la luz de los objetivos y compromisos asumidos por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Declaración Política del 2011. Se trata de un informe elaborado en base a los indicadores disponibles en materia de prevención con énfasis en las poblaciones más vulnerables, tratamiento, apoyo y sinergias con otros actores estatales y no estatales. Su construcción colectiva, intersectorial y participativa con aporte estatal, no estatal y desde las Organizaciones de la Sociedad Civil y Organizaciones de Personas con VIH permite construir una mirada global para comprender la situación de la respuesta a nivel nacional identificando los logros y los desafíos que aún quedan por superar.

La segunda parte del presente documento es el informe de la Misión conjunta OPS-OMS y ONUSIDA, recibida en el país en noviembre del 2013. La estrategia denominada "*Tratamiento 2.0*" tiene por objetivo la expansión y la sostenibilidad de la atención al VIH, respondiendo a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV). Esta Misión constó de una fase de preparación con recopilación de información y su análisis a nivel local, la fase de la Misión que consistió en un período de análisis de los hallazgos guiado por las recomendaciones de la estrategia y construcción de recomendaciones y actualmente se está transitando la fase de seguimiento en la cual se aborda el grado de avances y obstáculos para el logro de los objetivos planteados.

Ambos informes tienen en común brindar información clara, sistematizada, objetiva y veraz del grado de avance en el logro de los objetivos de acceso universal a la prevención del VIH, atención, tratamiento y apoyo a las personas con VIH. La universalidad y equidad del enfoque con especial énfasis en poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad, y la asunción que lo anterior solo es

posible construyendo una respuesta intersectorial, participativa, comprometida mediante alianzas y sinergias, constituyen, al mismo tiempo, desafíos imprescindibles e ineludibles para una respuesta eficiente e integral.

Por último resta hacer explícito el reconocimiento y agradecimiento a las numerosas personas e instituciones estatales y no estatales, instituciones de salud públicas y privadas, organizaciones de la sociedad civil y agencias de Naciones Unidas que con su contribución hacen posible la elaboración de estos documentos claves para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH/Sida.

Dr. Leonel Briozzo, Presidente de la CONASIDA- MCP,
Sub Secretario del Ministerio de Salud Pública

Dra. Susana Cabrera,
Responsable del Programa Nacional de ITS/VIH-Sida
Ministerio de Salud Pública

CAPITULO I. SITUACIÓN ACTUAL

1.1. Proceso de elaboración del informe

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

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

1.2. La situación de la epidemia

En Uruguay la epidemia presenta un patrón de tipo "concentrado" (la prevalencia en población general es menor al 1% y es mayor a 5% en las poblaciones más expuestas, como trans, profesionales del sexo, usuarios de drogas, varones que tiene relaciones sexuales con varones y personas privadas de libertad).

Desde el año 1983 a octubre del 2013 se han notificado 12.422 casos de infección por VIH.

La relación Hombre: Mujer se situó en el año 2012 en 1.7, presentando un leve aumento respecto a años anteriores. A pesar de disminuir la relación H/M, posiblemente por la notificación de más cantidad de mujeres durante el embarazo, la epidemia sigue siendo predominantemente masculina, 63,3%

En el año 2013 se notificaron 1164 casos de VIH/Sida, existiendo un predominio de casos de VIH en el grupo comprendido entre 25 a 34 años de edad, mientras que los casos de Sida en el grupo entre 25 y 44 años, mayormente los varones.

La vía de transmisión predominante es la sexual.

La tasa de transmisión vertical a nivel nacional, en el año 2012 se ubicó en el 5.1%.

Según la distribución geográfica, la mayor tasa de notificación de casos de VIH se concentra en Montevideo, Maldonado, Rocha, Rivera y Salto

1.3. Respuesta política y programática.

1.3.1. Sobre el marco legal vigente.

La actualización del 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 son:

- Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Es el fondo único de financiamiento de la prestación de asistencia médica a un colectivo de trabajadores y jubilados. Se establece en

su Artículo 5 que los beneficiarios pueden optar entre la asistencia en el sector público o privado. Regula el financiamiento y ayuda a brindar las condiciones de sostenibilidad económica a la Reforma de la Salud. Durante el período 2009-2011 se ha incrementado el número de colectivos con derecho a este Seguro Nacional de Salud, que incorpora a cónyuges, profesionales, jubilados, empresas unipersonales. Se prevé de esta forma que para el año 2015, 2.500.000 uruguayos ingresen al FONASA, mientras que al inicio de la Reforma este número ascendía a 1.500.000.

- Ley 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se crea como servicio descentralizado. Esta ley crea el servicio descentralizado y sustituye al órgano desconcentrado del mismo nombre. Regula su dirección y administración, determina su competencia nacional, establece sus cometidos de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de salud de los habitantes, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud y de desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes del país, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se destaca en su Artículo 4 el cometido de contribuir, mediante planes adecuados al cambio de prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.
- Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Establece los principios rectores del sistema dentro de los cuales se destacan: a) la promoción de la salud, b) la intersectorialidad de las políticas de salud, c) el acceso universal, d) la orientación preventiva, e) la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, f) la calidad integral de la atención, g) el respeto a los derechos de los usuarios, h) la participación social de trabajadores y usuarios.
- Ley 18.335 Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Su aprobación resultó de extrema importancia pues constituye el marco regulatorio entre los prestadores y pacientes o usuarios de los servicios de salud. Establece en su Artículo 2 que pacientes y usuarios tiene derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social. Constituye un poderoso elemento legal para amparar a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y en mayor riesgo, legislando contra la discriminación y garantizando las condiciones de acceso universal desde dentro mismo del sistema de salud.
- Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El Estado por primera vez garantiza las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Además de establecer estos derechos, promueve políticas nacionales, diseña programas y organiza servicios para desarrollarlos. Se destacan sus principios: a) universalización en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); b) garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones, la formación adecuada de los recursos

humanos de la salud y la incorporación de la perspectiva de género; c) capacitar a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena. Como objetivos específicos se consideran: a) difundir y proteger los derechos de niños/as, niñas y adolescentes en esta materia, b) prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas, c) promover el parto humanizado, d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño, e) fortalecer las prestaciones en salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias; f) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y g) prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas. Para el cumplimiento de dichos objetivos se encomienda al Ministerio de Salud Pública que: a) dicte normas para la atención integral en SSR de niños/as, niñas y adolescentes, b) capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes, c) impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR, d) implemente acciones de vigilancia y control de la gestión, e) promover la captación precoz del embarazo, f) implementar en todo el territorio nacional la normativa denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", promover que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción. También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad. Se destaca la directa mención al VIH/Sida y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1, 2, 3 y 4, donde encomienda al MSP: a) la promoción en todos los servicios de SSR la educación, información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables, y los métodos eficaces de prevención de las ITS, b) proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto, c) impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad y d) investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/Sida y otras ITS en diferentes poblacionales, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas. Merece especial destaque en la norma, la incorporación del Artículo 7, que incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el Artículo 11 bis, donde legaliza el derecho de todo niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. Merece aclaración que el proyecto de ley original recibió el veto presidencial en el Artículo referido a la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que algunos actores sociales aún continúan el debate de la temática. La legislación está actualmente en revisión, siendo votada afirmativamente en la Cámara de Senadores y actualmente en discusión en la Cámara de Diputados.

- El Decreto del Poder Ejecutivo, 293/010, reglamenta la Ley 18.426, precisando las características de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva que garanticen desarrollar los objetivos de la Ley. En su artículo 2º destaca que las prestaciones de estos servicios tienen como propósito mejorar la

calidad de vida y relaciones personales además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las ITS. En su artículo 3º describe las características de estos servicios como: a) universales; b) amigables, a fin de disminuir las barreras de acceso en particular respecto a grupos vulnerable y socialmente excluidos; c) inclusivos, contemplando a mujeres, varones y trans; d) igualitarios, respetando la diversidad de las personas y evitando cualquier tipo de discriminación; e) integrales, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social; f) multidisciplinario; g) ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas; h) calificado, según las necesidades de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; i) confidencial.

- Decreto del Poder Ejecutivo, 001-3-6712/2010, respecto al acceso universal de los métodos anticonceptivos. En referencia a la provisión de preservativos, establece la obligatoriedad a los prestadores del SNIS, sin costos para usuarios/as del sector público y con un copago mínimo para privados, de una cuponera conteniendo 12 vales para 15 preservativos masculinos por mes.
- Ley 18.437 Ley General de Educación que en su Capítulo IV referido a los principios de la educación estatal determina en su Artículo 18 la igualdad de oportunidades o equidad, haciendo especial destaque en la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual y en su Capítulo VI define las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación, entre las que destacamos la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.
- Decreto Nº 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 respuesta al VIH y funciona en forma sostenible como ámbito de generación y validación de políticas específicas orientadas al VIH/Sida.
- Ley Nº 18.987 Interrupción voluntaria del embarazo. El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley Nº 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos. La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez.
Las siguientes leyes y decretos aprobados 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 N° 17817- Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación Art 2 L 17817 Discriminación implica: 1- Toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia física o moral, 2-Basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, 3- Que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas políticas, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.
- 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 N° 17.677 Incitación al odio, desprecio o violencia o comisión de estos actos contra determinadas personas. Implica que quien públicamente o mediante cualquier medio apto para su difusión pública incitare al odio, al desprecio, o a cualquier forma de violencia moral o física contra una o más personas en razón del color de su piel, su raza, religión, origen nacional o étnico, orientación sexual o identidad sexual, será castigado con tres a dieciocho meses de prisión.
- Ley 19.075. Matrimonio igualitario. Especialmente el art. 1 establece que el matrimonio civil es la unión permanente, con arreglo a la ley, de dos personas de distinto o igual sexo. A su vez, se sustituyen varios artículos con el objetivo de equiparar los derechos legales del matrimonio para parejas de distinto o igual sexo.
- 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.
- Ley Integral del VIH/Sida (en elaboración)

1.3.2. Contexto del Sistema de Salud

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

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

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

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

En marzo del 2010, se creó el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), que en el año 2013 pasa a constituirse en División de Programación Estratégica en Salud, apostando a la construcción de la agenda nacional de prioridades y como forma de lograr una mayor eficacia en las acciones propuestas a nivel de la política sanitaria impulsada por el Ministerio.

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

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

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

Desde el año 2010 la conducción de la respuesta nacional al VIH/Sida está a cargo del Programa Nacional de ITS-VIH/Sida (PNITS-VIH/Sida) del Ministerio de Salud Pública.

Misión: es mitigar el impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido la infección por el VIH y el Sida, ejerciendo la rectoría en la respuesta nacional mediante la elaboración de pautas y normativas, coordinando y articulando estrategias intersectoriales, monitoreando y evaluando integralmente la respuesta y su impacto, con énfasis en las poblaciones más vulnerables.

Son funciones del PNITS-VIH/Sida:

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

Las directrices que lo sustentan son:

- Implementar una política de estado en ITS-VIH/Sida alineada con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- Garantizar la atención integral de la salud de las personas con ITS-VIH/Sida.
- Desarrollar normativas e intervenciones desde una perspectiva de género, etnia, edad, y diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los Derechos Humanos, con prioridad a quienes se hallan en situación de vulnerabilidad social-económica-cultural.
- Promover la descentralización en la promoción de la salud, prevención y atención.
- Incrementar la eficiencia programática a través de alianzas estratégicas intersectoriales
- Promover la participación de los usuarios del SNIS, incluyendo en ellos a las PVVs.

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

- Construcción y actualización de una Base de Datos y Referencias para el diseño de una estrategia basada en evidencias

- Elaboración de un documento de Marco de Resultados donde se presentan las intervenciones, líneas de acción, efectos directos, líneas de base existentes y brechas identificadas de información
- Actualización del Plan Estratégico Nacional (PEN) sustentado en 5 ejes estratégicos: 1) Promoción y Prevención; 2) Atención Integral; 3) Entorno; 4) Fortalecimiento institucional y organizacional; 5) Monitoreo y Evaluación.
- Este plan estratégico es de compromiso con las personas y busca la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH, mejorar la calidad de la atención de las PVVs, así como del entorno. Tiene el cometido de implementar políticas públicas pautadas por la ética, el respeto a la diversidad sexual, racial, étnica, la igualdad de género y la priorización de la población socialmente vulnerable y más expuesta a las ITS y el VIH.
- Busca, colaborando en la construcción de ciudadanía plena, mejorar la calidad de vida de las PVVs y de las poblaciones más expuestas a la epidemia.

Durante el período 2011-2013 el PNITS-VIH/Sida ha:

- Establecido la rectoría en la respuesta a la epidemia y promovido la articulación de actores e iniciativas.
- Elaborado pautas, normativas y recomendaciones de carácter nacional.
- Promovido políticas públicas saludables.
- Monitoreado y evaluado la aplicación de las normativas vigentes y el cumplimiento de las prestaciones implementadas por los efectores de salud.
- Enfocado, a partir de sus objetivos principales, la respuesta en las poblaciones más expuestas, quienes sufren de forma desproporcionada el peso de la epidemia.

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

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

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

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

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

La articulación del PNITS-VIH/Sida con otras Áreas es la construcción participativa de diferentes planes como el Plan de Impacto de Sífilis Congénita, el Plan de Salud Perinatal, Plan Nacional de Escuelas Promotoras de Salud, Plan Nacional de Adolescencia y Juventud, entre otros.

1.3.5. CONASIDA

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

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

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

En el artículo 7º se definen los cometidos del Plenario de Delegados, donde se destacan: "ejercer la función ejecutiva de la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida y, lograr decisiones por consenso, velando por la adecuada gestión del Plan estratégico Nacional de las ITS-VIH/Sida, de acuerdo a la normativa vigente en materia de ejecución financiera y modalidades de gestión".

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

**1.4. Tabla general de Indicadores Informe Mundial de avances en la lucha contra el Sida.
(Período de cobertura enero 2012- diciembre 2013)**

OBJETIVO	Indicador	2010	2013	Fuente
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	POBLACIÓN GENERAL			
	1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	33.7%	33.7%	Prácticas de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes. Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP y el Programa Adolescente de DIGESA-MSP Cobertura: Nacional Año de realización: 2008 Muestra: 609 casos
	1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	37%	37%	Idem
	1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	16.5%	16.5%	Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH- Sida Equipos Mori /Programa Prioritario de ITS/SIDA del MSP Cobertura: Nacional Año de realización: 2007 Muestra: 1502 casos entre 18 y 49 años
	1.4 Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*	67.6%	67.6%	Idem
	1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	17,8%	17.8%	Idem
	1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*	0,03%	0,3%	Certificado de Nacido Vivo electrónico Sistema Informático Perinatal (SIP) Año 2013
	PROFESIONALES DEL SEXO			
	1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	Sin datos	Ver apartado 1.4.1.	"Estudio de Segunda Generación en HSH" realizado por la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial del MSP. Muestra 290 casos. Cobertura Montevideo, Canelones, Maldonado, Colonia, Rivera, Cerro Largo, Artigas. Año 2013. b. Informe preliminar "Estudio de Segunda Generación en personas trans" realizado por la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial del MSP. Muestra 207 casos. Cobertura: Montevideo, Canelones, Maldonado, Colonia, Rivera, Cerro Largo, Artigas. Año 2013

	1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	76,4%	71,6% Profesionales del sexo varones 99% Profesionales del sexo trans	Idem
	1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	25,9%	41,7% Profesionales del sexo varones 76% Profesionales del sexo trans	Idem
			33,3% Profesionales del sexo mujeres	Reporte mensual de control de salud de Trabajadoras y trabajadores sexuales. Policlinicas ITS – ASSE de todo el país. Año 2013
	1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	19,3%	7,7% Profesionales del sexo varones 0,7% Profesionales del sexo mujeres 20% Profesionales del sexo trans	Reporte mensual de control de salud de Trabajadoras y trabajadores sexuales. Policlinicas ITS – ASSE de todo el país. Año 2013
	HSH			
	1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	Sin datos	Ver apartado 1.4.1.	"Estudio de Segunda Generación en HSH" realizado por la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial del MSP. Muestra 290 casos. Cobertura Montevideo, Canelones, Maldonado, Colonia, Rivera, Cerro Largo, Artigas. Año 2013.
	1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	45,9%	67,6%	Idem
	1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	26,2%	46,6%	Idem
1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	9%	9,7%	Idem	

Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para el 2015	2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	Sin datos	Ver apartado 1.4.1	
	2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Sin datos	Ver apartado 1.4.1	
	2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Sin datos	Ver apartado 1.4.1	
	2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Sin datos		
	2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	Sin datos		
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el Sida	3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	84%	95,56%	Registros de la clínicas de atención prenatal/prevención de la transmisión maternoinfantil del país. Año 2013
	3.1.a Porcentaje de mujeres que vive con el VIH y que recibe medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus lactantes durante la lactancia materna	No corresponde (en Uruguay se suspende la lactancia)	No corresponde (en Uruguay se suspende la lactancia)	
	3.2 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	100%	100%	Laboratorios de pruebas para el diagnóstico infantil precoz y vigilancia centinela. Año 2012
	3.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres yor registroseropositivas en los últimos doce meses	3,4%	5,1%	Análisis de cohortes. Auditorías nacionales
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015	4.1 Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica*	47,2%	65% (33,2%)	Numerador: Encuesta a prestadores de salud realizada por el PITS VIH Sida. Denominador de elegibilidad: Spectrum. Año 2013 (denominador estimación de personas con VIH)
	4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica	65%	71,6%	Registros de los prestadores de salud sobre pacientes que reciben terapia antirretrovírica. Año 2013
Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por	5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que	33%	42,5%	Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. Año 2013.

tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH			
Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	6.1 Gasto nacional e internacional relativo al Sida por categoría y fuentes de financiación	14.106.353 (dólares)		
Objetivo 7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	7.1 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	Sin datos	6,7%	Primera encuesta de prevalencia de violencia doméstica entre mujeres mayores de 15 años asistidas en centros de salud públicos y privados Inmujeres-MInterior- MSP-PJudicial-AECID. Año de realización: 2012. Cobertura nacional. Muestra 1200 casos.
Objetivo 8. Erradicar el estigma y la discriminación	8.1. Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	No se reportaba	14,7%	"La población ante el estigma y la discriminación: Actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH. Análisis de los resultados de la encuesta sobre estigma y discriminación". Año 2012. Muestra: 1210 casos en el rango de edad de 16 a 65 años. Cobertura: nacional
Objetivo 10. Fortalecer la integración del VIH	10.1 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	100%	Ver apartado 1.4.1.	Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del Sida en Uruguay. Unicef. Compañeros de las Américas. ASSE, PPITS/SIDA MSP. Cobertura: Montevideo, Canelones, Artigas, San José, Rocha. Año de realización: 2008. Muestra: 116. Rango etario: 3 a 17 años
	10.2. Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses		Ver apartado 1.4.1.	

1.4.1. PROFUNDIZACIÓN DE ALGUNOS INDICADORES

Indicador 1.7

Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención

Este indicador se mide de acuerdo a: 1. Respuestas correctas a la pregunta: "¿Sabe adónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH?" 2. Respuestas correctas a la pregunta: "¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses?" y 3. Respuestas correctas a las dos preguntas. Al momento de

presentar este informe se obtuvo los datos derivados del procesamiento preliminar de los estudios de segunda generación para trabajadores sexuales varones y trabajadoras sexuales trans de las preguntas por separado, queda pendiente el procesamiento de las respuestas correctas a ambas preguntas. Hasta marzo de 2014 se cuenta con informes preliminares de los estudios de segunda generación con lo cual este indicador se completará a la brevedad y se contará con esta valiosa información para el país.

Respuestas	Hombres	Trans
% de Profesionales del sexo que SI sabe dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH	81,1%	95%
% de Profesionales del sexo que SI ha recibido preservativos en los últimos 12 meses	56,8	84%

Indicador 1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH

Al igual que en el indicador 1.7 se cuenta con las respuestas a las preguntas por separado pero aún no se han procesado las respuestas correctas a ambas preguntas.

Respuestas	
% de HSH que SI sabe dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH	84,5%
% de HSH que SI ha recibido preservativos en los últimos 12 meses	64.8%

Indicadores 2.1. a 2.5

Tal cual se ha manifestado en otros reportes de Uruguay el cambio en el patrón de consumo de drogas en Uruguay hace que la utilización de drogas inyectables tenga una muy baja prevalencia. Según la 5ta Encuesta Nacional de Hogares, de la Junta Nacional de Drogas (JND), realizada en 2011 el uso de drogas inyectables es declarado por el 0.2% de la población investigada.

No obstante, sí ha sido una prioridad para el país conocer la realidad de los usuarios de cocaínas fumables y es por ello que el año 2012 se implementó el "Estudio de seroprevalencia de VIH/Sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana". De allí se desprende información relevante sobre uso de preservativos, pruebas de VIH y prevalencia de VIH en esta población.

Estimación del uso de condón en la última relación sexual de los usuarios de cocaínas fumables en los últimos 12 meses, Montevideo, 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No tuvo RRSS vaginales/anales en los últimos 12 meses	11.7%	6.3%	18.7%
Usó Condón en la última relación sexual (con cualquier tipo de pareja)	43.0%	34.3%	51.5%
NO usó Condón en la última relación sexual (con cualquier tipo de pareja)	33.7%	25.2%	41.5%
No usó Condón con Pareja Ppal pero usó con otras personas	10.2%	6.4%	14.9%
Usó Condón con Pareja Ppal pero NO usó con otras personas	1.4%	0.4%	2.7%

Base: total de participantes (318)

Se observa que en los lugares donde se recibió tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas han recibido orientación hacia la prevención de la transmisión de VIH y otras ITS mediante el consejo de usar condones en las relaciones sexuales (70%) y la entrega de condones gratis (44%), así como consejos sobre la utilización de jeringas nuevas (38%). La realización de la prueba del VIH en esos centros de atención es declarada por el 43%.

Respecto a la realización de la prueba en general el 45.4% de los usuarios de drogas participantes del estudio se realizó alguna vez la prueba para detectar el VIH.

A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes en el estudio, la estimación puntual de prevalencia de VIH es de 6.3%, mientras que el intervalo de confianza (para un 95% de confianza) sitúa este parámetro poblacional entre 2.6% y 11.2%.

Prevalencia estimada de VIH entre usuarios de cocaínas fumables. Montevideo, 2012

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
NEGATIVO	93.7%	88.8%	97.4%
POSITIVO	6.3%	2.6%	11.2%

Al analizar los datos y compararlos con la prevalencia del VIH en población general, se observa el alto grado de vulnerabilidad frente al VIH que presentan los usuarios de cocaína fumable y usuarios de drogas inyectables.

No se observan prácticamente diferencias por sexo en la prevalencia de VIH a partir de los test rápidos aplicados en el estudio a los usuarios de cocaína fumable. Sin embargo, sí existen algunas diferencias según la edad del participante: mientras que entre los usuarios de drogas 18 a 24 años la prevalencia de VIH positivo es de 3.5%, en el grupo de 30 a 39 años esa prevalencia alcanza a 10.8%.

Estimación de Prevalencia de VIH por sexo y edad de los usuarios de cocaínas fumables. Montevideo, 2012.

		Prevalencia de VIH positivo		
		Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
SEXO	Hombre	6.3%	2.1%	11.3%
	Mujer	6.2%	0.0%	17.6%
EDAD	18 a 24	3.5%	0.6%	7.5%
	25 a 29	6.1%	0.6%	14.0%
	30 a 39	10.8%	0.3%	27.5%
	40 a 64	0.0%	--	--

Indicador 4.1

Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica

Si se toma como denominador Spectrum la cobertura es de 65%; si el denominador es la estimación del número de personas infectadas por VIH la cifra es 33,2%.

Indicador 10.1

Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

Este indicador se reporta solo para el caso de niños/as huérfanos y a partir de la encuesta realizada en el marco del estudio "Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del Sida en Uruguay". En esta encuesta de un total de 116 casos solo hay un caso de niño/a entre 10 y 14 años con orfandad doble, por lo cual no es un dato demasiado significativo.

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

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

Indicador 10.2.

Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.

Uruguay ha experimentado desde 2005 un crecimiento sostenido de la actividad económica que ha venido acompañado por una serie de políticas sociales que condujeron a una reducción de la pobreza y de la indigencia a valores históricamente bajos. El porcentaje de personas por debajo de la

línea de pobreza en 2012 para el total del país se sitúa en 12,4%, la incidencia de la pobreza medida en hogares muestra un muestra que 8,4 % de los hogares son pobres.

Por su parte la indigencia se ha reducido a niveles mínimos registrando para el 2012 menos de un dígito, concretamente, 0,5% de las personas se ubican por debajo de la línea de indigencia.

La gran expansión de las prestaciones sociales contribuyó a una fuerte reducción de la pobreza y la extrema pobreza. Se asiste a esfuerzos para mejorar la focalización de la población objetivo, incrementando el personal que realiza las visitas y tecnificando el proceso de georreferenciación de los hogares a lo que se suma la implementación del Sistema Integrado del Área Social (SIAS) que conforma una base de datos común de beneficiarios de políticas sociales para todos los organismos del Estado. Esto colaborará en una mejor gestión de las derivaciones, comunicando cada programa a sus beneficiarios o postulantes con otros programas que pudieran corresponderles.

Entre las transferencias no contributivas se destacan la Tarjeta Uruguay Social (TUS) y las Asignaciones Familiares Plan de Equidad (AFAM-PE).

La Tarjeta Uruguay Social es una transferencia monetaria dirigida a apoyar a los hogares en situación de pobreza extrema en el gasto en alimentación y complementariamente en artículos de limpieza.

Se ha mejorado sustancialmente la cobertura y focalización de la Tarjeta dado que se identifica a los hogares beneficiarios en base a un índice de carencias relevado de forma sistemática y en el 2012 se alcanzó una cobertura mayor al 90% de la población objetivo. También desde el año 2012 el Ministerio de Desarrollo Social incluyó como población objetivo de la TUS a personas trans en condición de pobreza.

Las Asignaciones Familiares no contributivas son dirigidas a hogares pobres o vulnerables a la pobreza con menores de edad a cargo condicionadas a los beneficiarios cursen la educación formal y concurren al centro de salud. El monto de la transferencia es diferencial y escalonado según la edad y el nivel educativo cursado del menor.

Se encuentran también vigentes el Plan Nacional de Integración Socio-Habitacional Juntos: creado con el propósito de atender la emergencia socio habitacional de extrema precariedad; Uruguay Crece Contigo, programa de salud y nutrición dirigido, en la primera infancia y control del embarazo; Jóvenes en Red, programa de formación laboral y educativa, dirigida a los jóvenes que desvinculados del sistema educativo y del mercado de trabajo. Y más recientemente el Plan 7 Zonas, que tiene por objetivo generar una modalidad de intervención urbana integral reforzando los programas prioritarios, fortaleciendo las prestaciones sectoriales en intensidad y accesibilidad en 7 Zonas de Montevideo y el área metropolitana.

Estos programas focalizados complementan un entramado de servicios públicos dirigidos a la educación y salud de carácter universal.

CAPITULO II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

Uruguay es un país de 177.958 km², con una población de 3.251.526 habitantes según los datos preliminares del último censo realizado entre setiembre y diciembre de 2011. El 95% de la población vive en centros urbanos de más de 5.000 habitantes y casi la mitad (40%) lo hace en la ciudad capital, Montevideo.

2.1. Cifras de prevalencia y tipo de epidemia.

La epidemia de VIH/Sida en Uruguay, que registró el primer caso en 1983, mantiene una prevalencia menor a 1% en la población general y se concentra en las poblaciones más expuestas y vulnerables donde alcanza cifras mayores a 5%. Estas características de prevalencia de la infección VIH definen a la epidemia como tipo II o concentrada impactando desproporcionadamente en los colectivos en condiciones de vulnerabilidad social, cultural y biológica (Personas trans, HSH, TSM, Trabajadoras sexuales Trans, PPL).

La vigilancia epidemiológica de VIH está a cargo de DEVISA (Departamento de Vigilancia en Salud). En los últimos años se ha venido trabajando la vigilancia activa, estimulando una notificación oportuna por los equipos de salud.

Desde el inicio 1983, hasta octubre del 2013, se notificaron un total acumulado de 12422 casos de VIH.

Mientras que el ascenso en las tasas de notificación de VIH puede responder a mayor oferta de la prueba, la tasa de notificación de Sida y la de mortalidad tienden a estabilizarse en años recientes.

El 73% de los casos de VIH notificados a DEVISA mayores de 14 años, se encuentra entre los 15 y los 44 años, el predominio en el sexo masculino es claro en casi todos los grupos, excepto en el de 15 a 24 años y 35 a 44 donde la frecuencia es mayor en el grupo de mujeres. En ambos sexos predomina la vía de transmisión sexual.

La subnotificación de la vía de transmisión descendió de un 52% en el 2010, a un 36% en el 2013 (44%), siendo igualmente un valor alto.

La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante estabilizándose en los últimos 10 años. En el año 2012 esta relación para nuevos diagnósticos de infección por VIH se situó en 1,7. Debe precisarse que la mayor oferta de la prueba a mujeres embarazadas previo consentimiento informado, establecida por el Decreto 158/997 del Poder Ejecutivo pudo influir en el aumento en el número de mujeres notificadas respecto a los varones en las franjas etarias más jóvenes.

Geográficamente la epidemia se distribuye en la población urbana, concentrándose en la capital

Montevideo (73% de los casos notificados de VIH o Sida y 27% en el resto del país urbano). En el resto del país, las mayores tasas de notificación se observan en los departamentos fronterizos con Brasil como Rivera y Salto y en los departamentos de mayor desarrollo turístico, Maldonado y Rocha.

Existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos por lo que existe un elevado número de personas sin diagnosticar, constituyendo uno de los obstáculos principales al control de la epidemia. Si bien el aumento del número de pruebas realizadas y de nuevos diagnósticos puede acompañarse de una disminución de la tasa de diagnósticos tardíos, no se cuentan aún con herramientas para el monitoreo sistemático de este indicador.

La cobertura de tratamiento pasó de 48% a 58% en el 2012 y se estima que esta cobertura pasó a 65% en el año 2013, sin embargo aún existe una brecha con las metas propuestas.

La permanencia bajo tratamiento antirretroviral a los 12 meses de iniciado alcanzaba el 65% en el 2010 y el 72% en el 2013. Mientras que en el subsector privado este indicador se sitúa en el 92% en el público es del 55%, reflejando las inequidades en la atención con escasa capacidad del subsector público de retención de PVVs en el sistema de salud.

El gasto por paciente en tratamiento antirretroviral es uno de los mayores en Latinoamérica, alertando sobre posibles obstáculos a la sostenibilidad del suministro continuo de ARV que se contraponen a la necesaria expansión del tratamiento como estrategia de prevención.

En nuestro país se han logrado disminuciones muy significativas en las tasas de transmisión vertical y algunas medidas han marcado hitos en la evolución de la misma: la introducción de la oferta de la prueba de VIH durante el embarazo (que actualmente se recomienda en el primer control del embarazo y segundo y tercer trimestre), TARV que debe ser ofrecida siempre en la mujer embarazada y la introducción de las pruebas rápidas en embarazos de captación tardía o con riesgo de exposición. Según los datos preliminares, en el año 2013 la transmisión vertical se situó cercana al 1%.

En julio del 2012, fue incorporado en la HCPB-SIP (Sistema de Información perinatal) la variable VIH, el resultado y la indicación de TARV. El mismo año se incorporaron al CNVe (Certificado del nacido vivo electrónico) las variables: prueba diagnóstica de VIH, momento de realizada y resultado.

Estas 2 herramientas permiten obtener datos de mujeres embarazadas con VIH y por lo tanto el denominador para realizar el cálculo de TV a nivel nacional, discriminado por subsector de atención. El numerador (niños/as con infección por VIH) se obtiene de la notificación obligatoria y de los datos laboratoriales (PCR en niños/as expuestos).

Por otra parte, por ordenanza ministerial (367/13), los prestadores de salud deben realizar auditorías de las historias clínicas de mujeres embarazadas con VIH. Estas auditorías son enviadas al Programa de ITS-VIH/Sida y permiten caracterizar el diagnóstico y la atención de las mujeres con VIH,

así como determinar los factores contribuyentes a la TV. Al momento de este informe se están recibiendo y realizando el análisis de las auditorías de casos de mujeres con VIH que tuvieron su parto durante el 2013.

En el año 2012 se obtuvo información de 134 mujeres embarazadas (93 del subsector público y 41 del privado) y 135 recién nacidos vivos, con una tasa de TV a nivel nacional de 5.1%, 5.5% en el subsector público y 4.4% en el privado.

De la evolución de la TV se destaca, que en los últimos años las dificultades para llegar al objetivo de eliminación (tasa de 2%) se explican por el acceso tardío al diagnóstico y por lo tanto a las intervenciones preventivas. Esto es más pronunciado en el subsector público donde la población asistida se caracteriza por su elevada vulnerabilidad social.

2.2. La situación de las poblaciones más expuestas.

2.2.1. Hombres que tienen sexo con hombres.

El "*Estudio de Segunda Generación en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)*" realizado por Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial del MSP en el marco del Proyecto: "Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay" cuyo trabajo de campo fue realizado en el año 2013 por la consultora AIRE.UY sobre una muestra de 290 personas ha permitido avanzar en materia de actualización de los datos sobre esta población.

Los resultados de esta investigación presentados en marzo de 2014 indican que el **9.7%** de las personas comprendidas en esta población han contraído el VIH. Esta prevalencia es muy similar a la observada en la investigación desarrollada en el año 2008.

Con relación a los rangos de edad, la concentración más alta está presente en hombres entre 35 a 44 años de edad con 17% y le siguen los hombres mayores de 45 años con 11.4%, aunque los valores del tramo 25-34 años son similares (10.5%). Los jóvenes concentran porcentajes inferiores, 5.5%.

Dos tercios de la muestra han recibido condones en forma gratuita; sin embargo entre los trabajadores sexuales solamente algo más de la mitad. En la casi totalidad de los casos la entrega fue por parte del sistema de salud público.

El 84.5% de los entrevistados sabe dónde acudir para realizarse la prueba de VIH; aunque se destaca que un 19% de los trabajadores sexuales dice no saber. Los lugares más mencionados para la prueba, son los de ASSE.

2.2.2. Profesionales del sexo masculinos

De acuerdo al estudio de segunda generación citado con anterioridad, una cuarta parte (25,5%)

de la muestra ha realizado trabajo sexual en los últimos 12 meses. Se trata de personas preferentemente entre 18 y 34 años. El 85% de los trabajadores sexuales declara haber usado preservativo con su último cliente, sin embargo ese guarismo desciende al 77% cuando se los consulta si lo usan "siempre". Solo un 55% usa condón siempre con su pareja estable y un 69% con las ocasionales. Entre los trabajadores sexuales y la población en general no se presentan diferencias significativas entre sí. La prevalencia en los hombres que realizaron trabajo sexual en los últimos 12 meses es de **8,5%**.

Solo un 4% de los trabajadores sexuales tiene libreta de control de salud. La principal razón para no tenerla es el temor a la identificación como trabajador sexual (42% de los trabajadores) una cuarta parte dice desconoce "donde se saca" y un valor similar "no le encuentra utilidad".

Un 15% de los trabajadores ejerció trabajo sexual en el exterior, especialmente en los países limítrofes: Argentina en primer lugar y luego Brasil, casi todos fueron especialmente a trabajar.

El 80% de los trabajadores sexuales comenzó con esta actividad entre los 13 y los 18 años y la mitad de ellos antes de los 16 años, es decir que en su mayoría fueron víctimas de explotación sexual comercial.

2.2.3. Personas Trans

Los datos más actuales de esta población son producto del "Estudio de Segunda Generación en personas trans" realizado por la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial del MSP en el marco del Proyecto: "Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay" cuyo trabajo de campo fue realizado también en el año 2013 por la consultora RADAR. Tal como sucedió en estudios anteriores, se verifica una gran complejidad para la captación de esta población.

La muestra alcanzada fue de 207 personas trans, e incluso no fue posible llegar a obtener resultados definitivos de las pruebas de VIH para el total de las personas encuestadas. Se obtuvieron 174 pruebas de VIH a partir de las cuales se observa una prevalencia en la población trans de **21%**.

Esta cifra aumenta a mayor edad, mientras que en las personas menores de 35 años la prevalencia es de 15% en las personas de 36 y más años la prevalencia se duplica (30%).

La prevalencia no aumenta entre las que realizan trabajo sexual actualmente, los valores son muy similares en las que lo realizan y las que no.

A menor nivel socioeconómico aumenta la prevalencia significativamente: 16% en los niveles medios y 26% en los niveles bajos.

De la misma forma, existe una diferencia notoria entre Montevideo e Interior: en la capital la prevalencia alcanza el 29% mientras que en el Interior disminuye al 13%.

El 73% de las personas trans entrevistadas declara que se hizo la prueba del VIH en los últimos 12 meses.

El 54% de las trans afirma haber utilizado un preservativo con su última pareja sexual, un 31% no lo utilizó y un 16% no recuerda o no contesta.

2.2.4. Trabajadoras sexuales Trans

El 51% de las personas entrevistadas en el estudio de segunda generación en personas trans, afirmó que el trabajo sexual era su principal fuente de ingreso. La prevalencia de VIH en estas trabajadoras sexuales trans asciende al **23%**.

Vale la pena mencionar, que esta prevalencia es similar a la registrada a partir del *"reporte mensual de control de salud de trabajadoras y trabajadores sexuales"*, que se realiza por el PNITS-VIH/Sida, desde inicios del 2013 en 41 policlínicas que realizan control de infecciones de transmisión sexual en todo el país. A partir de este reporte la prevalencia en trabajadoras sexuales trans es de 20% (numerador: 3 /denominador: 15 trabajadoras sexuales trans)

A partir del estudio de segunda generación, el 45% de las trans que realizan o realizaron trabajo sexual poseen libreta del MSP, como contracara de esta situación se observa que casi la mitad de las trans que realizan o realizaron trabajo sexual y no tienen libreta del MSP tampoco se hacen controles en profilaxis o clínicas de ITS que atienden trabajadoras sexuales.

El 76% de las trabajadoras sexuales declara usar siempre preservativo en sus relaciones sexuales comerciales, 53% sostiene que usa siempre preservativo con su pareja estable y 71% con parejas ocasionales. En tanto, el 85% de las trans que realizan trabajo sexual han recibido preservativos en los últimos 12 meses de algún servicio de difusión, centro de consulta o clínica de salud sexual.

2.2.5. Mujeres Trabajadoras sexuales.

Como otras poblaciones de difícil acceso, la caracterización de la epidemia en las mujeres trabajadoras sexuales en nuestra región ha sido limitada. En 2002, la prevalencia en esta población era inferior a 1%. Como se mencionó anteriormente, desde principios de 2013 y con la finalidad de mejorar el monitoreo de la epidemia la población que realiza trabajo sexual, comenzó a implementarse el *"Reporte mensual de control de salud de trabajadoras y trabajadores sexuales"*. Para ello se diseñó un instrumento de registro que se envía a todas las policlínicas del país de las que se tenían datos, junto con un instructivo. Todo el proceso se lleva adelante con copia a cada Dirección Departamental de Salud en cada Departamento, así como a la Unidad de Descentralización Territorial del MSP, el período de reporte es a mes vencido y dentro de los primeros días del mes subsiguiente deben llegar los reportes. De no ser así, se realiza un seguimiento telefónico.

Según los datos reportados hasta diciembre del año 2013 la prevalencia en mujeres trabajadoras sexuales es de **0,7%**.

En el Uruguay se realiza un control mensual obligatorio de salud a trabajadores/as sexuales que incluye entre otros evaluación general del estado de salud, clínica y paraclínica en relación a ITS.

El referido control de salud de trabajadores/as sexuales se realiza actualmente en las llamadas "policlínicas de ITS" o de control de infecciones de transmisión sexual, generalmente a cargo de especialistas en dermatología o ginecología, con un total de 41 policlínicas distribuidas en los 19 Departamentos.

Progresivamente se viene trabajando en la mejora de la calidad asistencial articulada con los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18426) con abordaje integral, interdisciplinario y sobre la base de la consigna DISCRIMINACION CERO. Se busca que los centros de atención a TS sean amigables con la diversidad sexual y que exista una coordinación fluida entre especialidades y niveles de atención.

Al momento de iniciar el monitoreo de consultas/controles en el mes de febrero respondieron las policlínicas de 8 departamentos, y progresivamente fueron incorporándose al reporte mensual el resto de los departamentos que disponen entre 1 y hasta 3 policlínicas ubicadas en localidades diferentes. Fundamentalmente Montevideo - con una sola policlínica de ITS ubicada en el Hospital Maciel - es la que aporta el mayor número de controles.

Para realizar el monitoreo fue necesario mejorar la base de datos de estas policlínicas de ITS a nivel de las 41 policlínicas de todo el país y difundir la razón e importancia de dicho monitoreo de manera de involucrar a los equipos de salud en su llenado responsable.

Este proceso de identificación de policlínicas de ITS, que hasta el momento dependían jerárquicamente de los Hospitales Departamentales de ASSE, se fue desarrollando en coordinación con la Gerencia Asistencial - Coordinación del Área Mujer y Género de ASSE, con el fin de ir promoviendo a su vez la vinculación administrativo/asistencial de estas policlínicas con la Red del Primer Nivel de Atención en cada Departamento.

2.2.6. Usuarios de drogas

En el año 2012, Uruguay actualizó la información relativa a la población usuaria de drogas a partir del *"Estudio seroprevalencia de VIH/Sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana"* desarrollado por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas y el Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH - Sida, con la participación del Ministerio de Salud Pública y la CONASIDA. El trabajo de campo fue realizado por la consultora Equipos Mori.

A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes en el estudio dirigido a usuarios de cocaínas fumables (318 participantes), la estimación de prevalencia de VIH es de **6.3%**.

Al analizar los datos y compararlos con la prevalencia del VIH en población general, se verifica la alta exposición al VIH que presentan los usuarios de cocaína fumable y usuarios de drogas inyectables.

No se observan prácticamente diferencias por sexo en la prevalencia de VIH a partir de los test rápidos aplicados en el estudio a los usuarios de cocaína fumable. Sin embargo, sí existen algunas diferencias según la edad del participante: mientras que entre los usuarios de drogas de alto riesgo más jóvenes (18 a 24 años) la prevalencia de VIH positivo es de 3.5%, en el grupo de 30 a 39 años esa prevalencia alcanza a 10.8%.

Entre quienes fueron usuarios de drogas inyectables alguna vez en su vida la prevalencia alcanza el valor de 10,4%.

Por otra parte, entre quienes declaran haber tenido relaciones sexuales por dinero, drogas u otras mercancías en los últimos 12 meses la prevalencia estimada es de 17,9%.

Además, resulta relevante que el 32% de quienes tuvieron un resultado positivo declaran no haber usado condón en la última relación sexual con una persona que no era su pareja principal, porcentaje que se ubica en el 30% cuando se considera la última relación sexual con independencia de si es la pareja principal o no.

2.2.7. Personas privadas de libertad.

Junto a la declaración de "Emergencia Humanitaria" por parte del Gobierno en 2005, el Ministerio del Interior ha iniciado Proceso de Reforma del Sistema Penitenciario con un plan de trabajo en la gestión penitenciaria que ha incluido: a) creación de un Instituto Nacional de Rehabilitación de carácter nacional que permitirá lograr la unificación de todas las unidades penitenciarias existentes, dependientes de las Jefaturas de Policía locales, unificando así la política penitenciaria. b) humanizar y dignificar las condiciones laborales de los funcionarios y las condiciones de reclusión, en particular en materia de alojamiento, alimentación y atención médica. c) incorporación de personal civil enfocados principalmente en tareas de rehabilitación, en sustitución paulatina de los policías que ocupan las Unidades de Internación para Personas Privadas de Libertad (UIPPL) d) construcción de nuevas plazas a los efectos de disminuir las tasas de hacinamiento y mejorar las condiciones de habitabilidad de las PPL.

Clásicamente, la atención de las PPL fue realizada por personal del Ministerio del Interior, en servicios que principalmente desarrollaban una atención de primer nivel. Dentro de este marco, a partir del año 2001, luego de la firma de un Convenio entre el Ministerio del Interior y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, prestador público de salud), éste último se hace cargo de la atención de los pacientes VIH con el desarrollo de policlínicas de primer nivel dentro de las UIPPL. A partir del 2008, la atención sanitaria de todas las PPL ha sido asumida de manera progresiva por ASSE, cuya cobertura actual alcanza a 80% de las PPL.

Según datos del Instituto Nacional de Rehabilitación la cantidad de personas privadas de libertad a noviembre de 2013 ascendía a 9627 personas (93,1% varones, que incluye personas trans que son destinadas a unidades de acuerdo a su sexo biológico).

La atención a personas con VIH está a cargo de infectólogos en las policlínicas ubicadas en las UIPPL. A partir del año 2013 se ha incorporado un registro de atención que permite caracterizar la población asistida en estas policlínicas.

Tomando como referencia el número de PPL a noviembre del 2013, las personas con VIH asistidas en la policlínica de VIH corresponden al **2%** del total. Vale la pena mencionar que no se cuenta con el número total de personas trans privadas de libertad.

Del total de pacientes diagnosticados con VIH privados de libertad (193 pacientes) el 41,9% se encuentra en etapa Sida. El 73% de los pacientes tiene realizada carga viral y el 66% población linfocitaria en el último año, 77 (39,8%) están bajo TARV siendo de ellos el 32% de primera línea, el 18% de segunda y el 0.5% de tercera línea.

De las 193 personas con VIH bajo atención médica, 39 fueron diagnosticadas durante el 2013, 27 de estos diagnosticados al ingreso y 12 post ingreso.

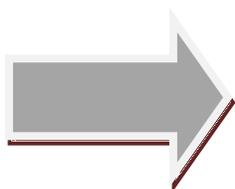
De todos los pacientes tratados en policlínica el 6% había cursado TB en algún momento de su vida, y 19% estaban en tratamiento por TBC actualmente.

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

Uno de los elementos a mencionar es la creación de una unidad única de ingreso al sistema denominado "Centro de Diagnóstico y Derivación" en donde todas las personas procesadas son ingresadas a esa unidad para su evaluación y posterior derivación. La unidad de atención médica de ASSE allí instalada realiza muestras de VIH con consentimiento y baciloscopías a todos las PPL que ingresan al sistema. Se está trabajando para lograr un diagnóstico más precoz de los pacientes con TB para así poder derivarlos a una unidad hospitalaria en caso necesario antes de que el diagnóstico se realice en las UIPPL de forma tardía, cuando el contacto con el resto de los PPL ya se ha realizado. De los primeros relevamientos realizados en la unidad de ingreso único se ha encontrado una prevalencia de VIH del 2.53% y de VDRL del 7.53%.

Los establecimientos brindan un refuerzo alimentario a los pacientes VIH consistente en una canasta básica de alimentos secos que otorga el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), además de una dieta diaria entregada por el propio establecimiento. Actualmente el 57% de los pacientes reciben productos de INDA y el 62% recibe una dieta del propio establecimiento.

Por último es importante destacar que todos los pacientes en TARV lo cumplen de forma exitosa, pero que muchos de ellos se discontinúan al salir en libertad. En referencia a ello, aproximadamente un 70% de los pacientes VIH privados de libertad son reincidentes y de ellos solamente la mitad continúan sus tratamientos ambulatorios en los servicios de salud externos a las prisiones.



POBLACIONES	PREVALENCIA
HSH	9,7
Personas Trans	21
Trabajadores sexuales varones	8,5
Trabajadoras sexuales trans	23
Trabajadoras sexuales mujeres	0,7
Usuarios de drogas	6,3
PPL	2

2.3. Estimaciones de tamaño de los principales grupos de población afectados por la epidemia¹.

Trabajadoras sexuales mujeres: Como en la mayoría de los países, no existe una cifra exacta. Para el caso de Uruguay se aplica el 0,8% al total de mujeres comprendidas en el tramo 15-49 años de edad. Dicho porcentaje surge de estudios internacionales, y corresponde con el parámetro estándar que se viene utilizando en el país en el presente y en costeos anteriores. De esta manera se estima un total de 6817 trabajadoras.

Hombres que tienen sexo con hombres: Al igual que en el caso anterior, la estimación se basa en trabajos de investigación internacionales que arrojan una cifra de 44.475 HSH según PITS-VIH/Sida del MSP de Uruguay (aproximadamente un 4% de la población adulta masculina).

Trabajadores sexuales hombres y Trabajadoras sexuales Trans: Se estima un total de 6.671 que se obtiene aplicando un 15% a la población estimada de HSH. Este total incluye un estimado de 750 trabajadoras sexuales Trans que surge de aplicar una tasa estimada de trabajado sexual dentro de esta población del 50%.

Población Trans: según estimaciones del PITS-VIH/Sida la población total de transexuales femeninos del país se ubica en el entorno de 1.500 personas. De todos modos esta cifra necesita una revisión.

Personas privadas de libertad: Según datos del Instituto Nacional de Rehabilitación la cantidad de personas privadas de libertad a noviembre de 2013 ascendía a 9627 personas.

¹ Estimaciones realizadas en el marco del Costeo del Plan Estratégico Nacional, año 2013.

Pacientes con tuberculosis: se toma la cifra oficial de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa que para el año 2013 especifica un total de 852 casos, 120 en personas con VIH (14%)

Jóvenes vulnerables: En este caso se utiliza la estimación de Spectrum (en base a las tasas de matriculación del país) de jóvenes en edad de asistir a primaria y secundaria que no se encuentran escolarizados: 144.543.

Usuarios de drogas no inyectables (derivados de cocaína): de acuerdo al World Drug Report 2013 el consumo de pasta base en nuestro país registra una prevalencia de 0,4% y el de cocaína es de 2,1% en población de 15 a 65 años.

Personas viviendo con VIH: se utiliza la última estimación del PITS-VIH/Sida que da cuenta de aproximadamente 17.500 personas. Este número surge de aplicar la prevalencia estimada del 0.5% a la población general mayor de 15 años sumando el número estimado de personas con VIH en poblaciones específicas (según los datos de prevalencia disponibles por población).

CAPITULO III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH/Sida

De acuerdo al Plan Estratégico Nacional, 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 ejes estratégicos del PEN.

Eje 1. Promoción y prevención

Eje 2. Atención integral

Eje 3. Fortalecimiento institucional y organizacional

Eje 4. Entorno favorable

Eje 5. Monitoreo y evaluación

Es importante destacar que se ha culminado la elaboración del PEN 2014-2015 y el costeo de su implementación. A continuación se destacan los avances hasta el año 2013.

Eje 1. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL

Mujeres, mujeres embarazadas, niñas/os

El Programa Nacional de ITS-VIH/Sida ha enfatizado en que se priorice la atención integral de la mujer embarazada con especial énfasis en la captación precoz del embarazo y la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas para prevenir la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH, así como mantener la vinculación a cuidados de las mujeres en el post parto.

Tal como se ha mencionado en los anteriores reportes del país, el MSP consideró una prioridad el diseño de estrategias que profundizaran las acciones emprendidas en el período anterior para la eliminación de la sífilis congénita, problema sanitario emergente en el país. Desde el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva se ha avanzado en los siguientes aspectos.

- Se culminó la actualización de la guía de embarazo y VIH.
- Se publicó la Guía para la eliminación de la Sífilis congénita y transmisión vertical del VIH
- Se realizaron capacitaciones en oferta de las pruebas de sífilis y VIH, pautas de diagnóstico y tratamiento de sífilis y VIH y cumplimiento de auditorías en Montevideo, Florida, Maldonado y Rivera.
- Se procedió a la difusión y promoción del cumplimiento de las auditoría de sífilis y VIH a la red de equipos de SSyR
- Se realizaron capacitaciones a los integrantes de Uruguay Crece Contigo.
- Se tramitó la modificación de la ordenanza 447 incorporando la solicitud de realizar auditoría en los casos de VIH gestacional e infantil.
- Se confeccionó el formulario de auditoría de VIH gestacional e infantil.
- Se incorporó dentro de metas prestacionales la solicitud de auditorías de Sífilis y VIH.

- Se están realizando auditorias de Sífilis congénita, gestacional e infantil y de VIH en mujeres embarazadas
- Conjuntamente con el Centro materno Infantil VIH-Sida del CHPR, ONUSIDA y ASEPO se crea el proyecto piloto “mujeres madres con VIH asistidas en el CHPR”, como estrategia para mejorar la vinculación de las mujeres al SEIC durante el puerperio.
- Se participó en la revisión de las guías de embarazo, parto y puerperio.
- Se elaboraron afiches y folletos con énfasis en el uso del preservativo dirigidos a población general y embarazadas

Trabajadores/as sexuales

- Se trabajó en la Modificación de la Ley 17515 sobre Regulación del trabajo Sexual. Se elaboró el texto final del proyecto de modificación de la Ley y se están realizando las gestiones para elevarlo al Parlamento.
- Se inició el registro de trabajadoras/es sexuales en policlínicas de control y centros del primer nivel de la RAP-ASSE
- La Comisión Honoraria de Protección al Trabajo Sexual siguió el proceso de reuniones, grupos de trabajo, participación en eventos y debates, recepción y derivación de denuncias, asesoría y abogacía. Se participó en el proyecto Rondas, y se continuó con la difusión de derechos de TS a personal policial.
- Se continuó con las Rondas departamentales de trabajo sexual realizando talleres en Canelones, Salto, Maldonado, Durazno, Tacuarembó, Rivera, Cerro Largo
- Se iniciaron 2 experiencias de atención a TS en policlínicas integradas en el PNA: Fray Bentos y Maldonado

Población privada de libertad

- Se llevaron adelante gestiones entre INDA y los efectores de salud de cárceles del país para unificar la entrega de las canastas de alimentos a todos los establecimientos que dependen del Instituto Nacional de Rehabilitación. De esta forma las personas privadas de libertad reciben de forma mensual las canastas de INDA y su respectivo complemento para personas que viven con VIH.
- Se ha trabajado desde el Programa ITS/VIH-Sida para que la currícula de los operadores penitenciarios civiles y los policías que cumplen funciones penitenciarias imparta módulos sobre prevención en VIH, vulnerabilidad, discriminación, importancia del diagnóstico, coinfecciones e importancia del control y tratamiento. Además junto al sub receptor Virchow del RP no estatal, se llevaron a cabo durante el año 2013, 8 actividades de capacitación en Montevideo e Interior del país en VIH y DDHH a un total de 110 funcionarios (operadores y policías)
- Desde el año 2013, se realiza un relevamiento de las policlínicas de VIH de los establecimientos de privación de libertad: datos generales de prevención, de pruebas diagnósticas de VIH y capacidad en infraestructura y RRHH en salud.

Población de fronteras

- Se culminó el Proyecto de Cooperación Técnica Conjunta junto a la OPS/OMS desarrollado durante los años 2012 y 2013 y con enfoque en la mejora de la respuesta al VIH, el Sida y las ITS en las zonas de fronteras de los países socios del MERCOSUR. El mismo buscó a nivel central y local, generar una agenda de consensos en relación a diagnóstico, tratamiento y prevención, como asimismo, considerar el abordaje a los desafíos normativos en los espacios fronterizos. También brindar elementos que facilitarían un abordaje amplio que coloque al VIH - Sida en el marco de una salud integral acentuando la comprensión de las situaciones fronterizas en sus contextos relacionales y especificidades.

El mismo se concretó a través de la creación y/o el fortalecimiento (donde ya existían) de los comités locales de VIH-Sida en las zonas de fronteras que están permitiendo abordar el conocimiento de las condiciones de vulnerabilidad e implementando procesos que posibilitan una respuesta efectiva las áreas de VIH/Sida, Hepatitis virales y sexualidad y en estrategias de reducción de riesgos y daños para usuarios de drogas

Usuarios de drogas

- Se realizó a través de la consultora Equipos Mori el “Estudio de Seroprevalencia de VIH/Sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y área Metropolitana”. Esta investigación fue realizada con apoyo financiero del PNUD y con supervisión técnica y articulación de la Secretaría General de Drogas, el Programa Nacional ITS-VIH/Sida y UNODC. Se utiliza por primera vez en nuestro país la metodología RDS (“Respondent Driven Sampling”) para estudiar a usuarios de drogas fumables derivadas de cocaína, que permite alcanzar muestras probabilísticas.

Población general

- Se realizaron actividades de promoción y prevención en el Día Nacional del VIH/Sida. Con el lema “Más acceso, Más Diagnóstico, Más Prevención”, se celebró el día con la inauguración de la policlínica de atención en la Policlínica del Municipio A en La Teja. Concomitantemente se realizó la 3a Jornada de Promoción del Diagnóstico en varios hospitales en Montevideo, policlínicas de la RAP-ASSE y de la Intendencia de Montevideo y todos los departamentos del interior (excepto Colonia)
- Conmemoración del Día Mundial de Respuesta al VIH/Sida con varias actividades, destacando actividades culturales en coordinación con el MEC, MIDES, INJU, Programa Jóvenes en Red, IM, UNFPA, otros. El lema que centró el mensaje del acto protocolar fue “Generación 2015, Cero VIH”, con el lanzamiento de la Guía Clínica para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Transmisión Vertical del VIH”, así como la evolución de la TV y los números nacionales.

- Se ha fortalecido la educación sexual en el sistema educativo formando parte explícita de los lineamientos curriculares de los diversos sectores del sistema educativo formal, a través del Programa de Educación Sexual de la ANEP.

Poblaciones Vulnerables

Se realizaron acciones con los Receptores Principales del Proyecto del FM dirigidas a mujeres trans y HSH.

Además se realizaron talleres para implementación de vigilancia sindrómica de ITS y etiológica de ITS en poblaciones vulnerables, en conjunto con DEVISA, Facultad de Química, DLSP y con apoyo de OPS/OMS

Se elaboró un plan de Vigilancia de ITS y se procedió a la Implementación de la vigilancia sindrómica en 3 departamentos.

Eje 2. ATENCIÓN INTEGRAL

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

Además ha realizado otras actividades para fortalecer este eje estratégico:

- Se realizaron actividades de sensibilización y capacitaciones a equipos de salud de la RAP-ASSE en conjunto con Facultad de Medicina y OSC (ASEPO, Ovejas Negras) en atención integral a PVV
- Se apoyó la elaboración de Documento de Trabajo de Atención a HSH y personas Trans, por la UGPFM
- Se apoyo a la iniciativa piloto de policlínica de Enfermedades Infecciosas en Policlínica de Municipio A, en La Teja
- Quedó establecida la primera Policlínica en el PNA funcionando con mecanismo de referencia y contrarreferencia.
- Se tuvo una consultoría con apoyo del Proyecto del FM para establecer mecanismos de referencia-contrarreferencia efectivos de pacientes con TB/VIH

- Se apoyó el proyecto de evaluación de desempeño de pruebas rápidas y validación de nuevos algoritmos para facilitar el acceso al diagnóstico
- Se participó en la preparación, acompañamiento y elaboración de informe de la Misión 2.0 de OPS/OMS y OSUNIDA
- Se realizaron las gestiones para la inclusión de nuevos fármacos ARV para terapia de rescate en Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) y su financiación a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Eje 3. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL

PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/Sida

- Con el apoyo de ONUSIDA se elaboró y costeo el PEN 2014-2015 .
- Se cuenta con el apoyo del FM, para consultoría para realizar la Medición del Gasto en Sida (MEGAS).

CONASIDA

- En el año 2013 existieron 12 sesiones ordinarias y varias extraordinarias para el tratamiento de temas del proyecto FM.
- Se priorizaron algunas áreas de las planificadas: mujeres y transmisión vertical con el apoyo al proyecto de continuidad de la atención de mujeres con VIH en el post parto ejecutado por ASEPO en articulación con la Policlínica Obstétrica de VIH del CHPR, SEIC-ASSE y el Programa. Financiado por UNFPA
- Se retomó el grupo o Comité de trabajo que intervino en el Proyecto PAF A de ONUSIDA en 2012 para el seguimiento de las denuncias por discriminación, aunque no se logró continuidad ni productos.
- Se concretó una reunión en el interior del país en la ciudad de Las Piedras en Canelones con buena participación de referentes de ASSE pero escasa presencia de sociedad civil y otros representantes de organismos del Estado. A partir de este evento se concretó una capacitación dirigida a equipos del PNA realizado por ASEPO, RedLA, PN ITS-VIH/Sida en coordinación con la Dirección Departamental de Salud.
- Se avanzó en la elaboración de la Ley Integral de VIH-Sida. El grupo de trabajo participó con regularidad liderado por la diputada Berta Sanseverino.
- La CONASIDA apoyó la nueva estrategia de descentralización de la atención a pacientes VIH, y accesibilidad al diagnóstico precoz, tratamiento y adherencia.
- Acompañó la difusión de la propuesta de la Estrategia 2.0 lanzada por OPS

FORTALECIMIENTO REGIONAL

- El Programa ITS/VIH-Sida participó en reuniones presenciales y virtuales en las Comisiones y grupos internacionales: Comisión Intergubernamental de VIH/ITS del MERCOSUR y Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH)

- Apoyó y lideró las actividades vinculadas al Proyecto Fronteras de la CI VIH/ITS Mercosur
- Se recopiló de información para la construcción de indicadores en conjunto con DEVISA para la elaboración del 2o Boletín Epidemiológico del MERCOSUR
- Se apoyó la elaboración del Informe de Uso de ARV en LAC, La Lupa 2, realizado por OPS/OMS

Eje 4. ENTORNO FAVORABLE

- Diálogo de Derechos y VIH. Presentación en el Parlamento y realización del Diálogo a lo largo de un mes, que aportó importantes insumos para la elaboración de la Ley Integral de VIH
- Participación en elaboración de anteproyecto de Ley Integral de VIH
- Taller multisectorial e interdisciplinario de análisis de las Guías de Atención a personas trans de OPS/OMS. Aplicabilidad y recomendaciones para Uruguay
- Análisis de la encuesta nacional sobre estigma y discriminación hacia HSH, trans y PVV

Eje 5. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo de las acciones en salud y sus resultados y la evaluación es un rol fundamental del MSP y específicamente del Programa. Para ello se requiere disponer de herramientas de registro oportunas y confiables que permita recopilar información que se genera en diferentes ámbitos institucionales y que son un aporte muy valioso a la respuesta a la epidemia.

El concepto del VIH-Sida como enfermedad transmisible con comportamiento crónico, requiere realizar un abordaje longitudinal desde la vigilancia, con una serie de hitos en la historia de la enfermedad cuya notificación contribuye al monitoreo de la respuesta al VIH del sistema de salud. En este sentido se está trabajando con el Departamento de Vigilancia en Salud en un proyecto de mejora y fortalecimiento de la Vigilancia que incorporará herramientas informáticas de notificación on-line de estos eventos claves.

ACTIVIDADES:

- Se contó con una consultoría con apoyo de OPS/OMS, donde se contrató a un informático para elaborar una propuesta para adecuación del registro de farmacia de ASSE que permitiera incorporar variables de interés y obtener indicadores de uso de ARV. Se construyó la propuesta y se trabajó con ASSE, sin embargo aún no se ha obtenido su implementación.
- Registro de TB/VIH a través de una consultoría que se encuentra en curso
- Implementación de planilla mensual de registro a pacientes con TB/VIH en centros de la CHLA
- Registro de atención de policlínicas de TS
- Registro de atención a PVV en cárceles
- Taller de vigilancia-monitoreo de ITS en conjunto con OPS/OMS e implementación de vigilancia de ITS en HSH, TS y trans en 3 policlínicas (Montevideo, Paysandú, Rivera)
- Elaboración del informe GARPR (Evaluación de Medio Término de la Declaración Política del 2011)

- Recopilación de información de precios de medicamentos ARV en conjunto con Economía de la Salud
- Participación en taller de fármaco resistencia a ARV en Lima
- Implementación de auditorías de sífilis y VIH en mujeres embarazadas y RN expuestos

CAPITULO IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS



En primer lugar, se destaca el Diálogo Nacional sobre VIH y Derechos Humanos. En junio de 2010, el PNUD puso en marcha una Comisión Global sobre el VIH y el derecho, para desarrollar acciones concretas, basadas en evidencias y recomendaciones para respuestas eficaces al VIH que protejan y promuevan los derechos humanos de las personas que viven con y son más vulnerables al VIH. A raíz del Diálogo Regional sobre el VIH y el Derecho llevado a cabo en San Pablo, Brasil en Junio de 2011, representantes de la sociedad civil solicitaron al PNUD facilitar el desarrollo de un Diálogo Nacional en Uruguay debido a que, pese a los avances y el liderazgo en el país, algunas leyes no habían sido puestas en práctica adecuadamente.

El Diálogo Nacional iba a representar una consulta sobre avances y obstáculos de la respuesta efectiva al VIH identificando entornos adecuados –incluidas leyes, aplicación de la ley y acceso a la justicia – que promovieran y protegieran los derechos – que se pudieran surgieran como una prioridad urgente para el país.

El Programa de ITS/VIH-Sida del Ministerio de Salud Pública – MIDES, la Asesoría Macro Social del Ministerio de Desarrollo Social – MIDES, la Comisión Nacional de lucha contra el Sida – CONASIDA – MCP, en particular las organizaciones de personas con VIH, la Secretaria de Salud Laboral - Área de Trabajo y VIH del PIT-CNT, el Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario y la Federación de la Diversidad Sexual – FUDIS, con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas (UNFPA, ONUSIDA y PNUD), en tanto Grupo Asesor Nacional, apoyaron todo el proceso de Diálogo nacional sobre VIH y Derechos. El evento de lanzamiento se realizó el viernes 5 de abril en la Sala 10 del Anexo del Parlamento Nacional y las Jornadas del Diálogo tuvieron lugar el 13 de junio y el viernes 14 de junio de 2013 en el Centro de Formación de Montevideo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en ambos casos con una amplia participación de actores y autoridades del Gobierno, Academia, en particular de la Facultad de Medicina, Sociedad civil, principalmente las organizaciones de personas con vih, y Naciones Unidas.

En el período de 45 días entre ambas actividades, las organizaciones de la sociedad civil, pero también de forma individual, contribuyeron al Diálogo mediante aplicaciones que permitían registrar casos concretos de vulneración a los derechos, la propuesta de recomendaciones que contribuyan a removerlos y ejemplos de buenas prácticas. El proceso de Diálogo se acompañó de 3 instancias plenarias con quienes aplicaron, en particular las organizaciones de la sociedad civil, para apoyar técnicamente la elaboración y presentación de los sobre asuntos importantes para la epidemia del VIH que tuvieran que ver con los siguientes temas:

- Asuntos de mujeres
- Asuntos sobre niños, niñas y adolescentes
- Orientación sexual e identidad de género
- Discriminación en los servicios de salud, empleo y educación

- Trabajo sexual
- Abuso policial
- Acceso a tratamiento y propiedad intelectual
- Derechos humanos y personas que viven con VIH

La Sociedad Civil respondió ampliamente a la convocatoria, lográndose contabilizar 35 aplicaciones distribuidas en áreas como:

Aplicaciones recibidas:

Discriminación en Salud	14%
Mala práctica médica	3%
Acceso a Servicios privados	6%
Discriminación en el trabajo	9%
Violación de la confidencialidad	9%
Asuntos niñas, niños y adolescentes	3%
Violaciones en la educación	6%
Tratamiento	14%
Buenas prácticas	14%
Orientación sexual e identidad de género	14%
Prisiones	3%
Trabajo sexual	3%

Con la participación de aproximadamente 53 personas entre sociedad civil, representantes del gobierno, academia y observadores, el Diálogo Nacional inició el primer día con una reunión preparatoria consistente en dos sesiones paralelas, una compuesta por representantes del gobierno y la otra por participantes de organizaciones no gubernamentales. El objetivo de estas sesiones preparatorias fue presentar en cada grupo un resumen de los antecedentes de la Comisión, los Comisionados y los temas y mensajes claves presentados por la Sociedad Civil a través de las aplicaciones, así como explicar la metodología de la reunión del segundo día.

Al día siguiente se realizó un Cabildo Abierto, facilitado por un moderador quien dirigió el diálogo entre la sociedad civil que presentaba sus aplicaciones y el gobierno que ofrecía una solución o recomendaciones. El conjunto de las recomendaciones surgidas y consensuadas se sistematizaron en un Informe final que se presentará en mayo en conjunto con el Anteproyecto de Ley Integral de VIH, elaborado por la Diputada Berta Sanseverino conjuntamente con la CONASIDA y que integra insumos estratégicos surgidos del Diálogo.



En segundo lugar y como forma de evidenciar otro espacio de diálogo e intercambio intersectorial para la respuesta al VIH, se presenta como una buena práctica la **Misión Conjunta Tratamiento 2.0, para la expansión y sostenibilidad de la atención integral al VIH**, llevada a cabo en el mes de noviembre de 2013.

Los objetivos de la Misión fueron: 1) Analizar la respuesta nacional al VIH/Sida en el marco referencial de la Estrategia de Tratamiento 2.0; 2) Discutir las brechas y oportunidades para la implementación de la estrategia de Tratamiento 2.0 con los actores clave de la respuesta al VIH/Sida y las autoridades nacionales; 3) Alcanzar acuerdos para la implementación de los componentes de la estrategia según las prioridades identificadas que aseguren la expansión en atención integral y sostenibilidad en la respuesta al VIH/Sida

Participaron de esta actividad autoridades de las distintas áreas del MSP, CONASIDA, autoridades de ASSE y RAP-ASSE, división Salud Intendencia de Montevideo, Servicio de Enfermedades Infecciosas, policlínicas de pediatría VIH CHPR, referentes de atención subsector público y privado, referentes de laboratorio de monitoreo de VIH, OSC y Organizaciones de Personas con VIH, movimientos de usuarios, Sindicato Médico del Uruguay, Facultad de Medicina y de Enfermería, Área Salud de la Universidad de la República, representantes de Sociedad de Infectología del Uruguay y representantes de agencias de Naciones Unidas.

La Misión, el proceso de preparación con una amplia participación y el seguimiento posterior han permitido fortalecer y avanzar en algunas estrategias en desarrollo e iniciar algunos procesos de cambios necesarios para aumentar el acceso a la atención integral a personas con VIH, de lo que destacamos:

- Fortalecimiento de la iniciativa de descentralización iniciado con una policlínica de enfermedades infecciosas integrada en un centro de atención en el PNA en la zona oeste de Montevideo y otra en la zona metropolitana durante el 2013, previéndose para el 2014 la atención ambulatoria en 3 centros de mayor complejidad en Montevideo
- Actualización y simplificación de algoritmos diagnósticos, incluyendo un algoritmo basado en pruebas rápidas secuenciales
- Fortalecimiento de la referencia-contrarreferencia de personas con TB y VIH, previéndose la atención en el mismo lugar y la facilitación del acceso a terapia preventiva con INH en servicios de atención a VIH y cotrimoxazol en los servicios del PNT
- Impulsar el desarrollo de un sistema de monitoreo con registro de los hitos relevantes del continuo de atención en un software basado en la web
- Elaboración de una propuesta para mejorar los mecanismos de compra de ARV que permitan disminuir los costos y asegurar la sustentabilidad



La modificación de la Ley 17515 que regula el trabajo sexual también se subraya como una buena práctica.

Durante más de un año la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual en articulación otros representantes institucionales y ONGs de TS, estudió la modificación de aquéllos

aspectos de la Ley que no conciben con el status de trabajo que la misma consagra, analizando también su inconsistencia con otras normativas de menor jerarquía como las municipales y las de la Seguridad Social (BPS).

Actualmente la Comisión ha aprobado la modificación de la Ley y su correspondiente reglamentación, en todos aquellos aspectos que contradicen al paradigma de licitud, e iniciado el expediente a ser elevado desde el MSP al Poder Ejecutivo y Parlamento. Entre otros aspectos se establece que el registro de trabajadoras/es sexuales deja de ser responsabilidad del Ministerio del Interior para pasar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se facilita el acceso a los TS a todos los beneficios de la Seguridad Social por su calidad de trabajadora/es.

Asimismo, se propone que la Comisión pase a funcionar en la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de manera de terminar con la estigmatización que asocia Trabajo Sexual con VIH e ITS, como lo es actualmente. Además, la institucionalidad propuesta habilita la puesta en marcha del sistema de Inspección del Trabajo de ese Ministerio y con ello se podrá efectivamente controlar y sancionar el no cumplimiento de la normativa vigente en relación a condiciones de contratación, de locales de trabajo, de la exposición a riesgos y daños, seguros por enfermedad, derechos jubilatorios, etc.



Otra práctica que se destaca en éste período es la creación de la **Primera Policlínica de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Mercosur**. Esta inauguración se realizó en el marco de un Proyecto de Cooperación Técnica conjunta (TCC) denominado "Prevención, atención y apoyo en VIH en los espacios fronterizos del MERCOSUR", iniciativa de la Comisión Intergubernamental de VIH/Sida de la Reunión de Ministros del MERCOSUR con el apoyo de OPS/OMS. En este marco de convenio, se generó ésta primera modalidad de atención en primer nivel con la articulación entre el Departamento de Artigas y el Municipio de Barra do Quaraí a través de los distintos actores de salud y políticos locales, con el apoyo de los niveles centrales de los Ministerios de Salud de Uruguay y de Brasil.

La misma cuenta con 2 modalidades de atención:

- La policlínica que se encuentra instalada en el Centro de Salud del lado uruguayo y brindará asistencia a la población de Bella Unión (17 mil habitantes) y Barra do Quaraí (5 mil habitantes).
- Una policlínica móvil que recorrerá Bella Unión, Barra Do Quaraí y zonas aledañas, integrada por Gomensoro, Colonia Palma y Baltasar Brum llegando a un total de 30.000 usuarios potenciales de este servicio.

Los recursos humanos y las horas profesionales estarán a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE, a través de la reestructuración de los recursos humanos del Hospital de Bella Unión y la Dirección de Primer Nivel de Artigas. El equipo multidisciplinario cuenta con un médico general, un asistente social y una psicóloga. La Prefeitura y la Secretaría de Salud de Barra do

Quaraí aportarán los recursos materiales, que incluyen el ómnibus y los consultorios para la atención odontológica, atención pediátrica y de adultos.

El principal tipo de atención abarcará la consejería en educación sexual y reproductiva, prevención y promoción de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. Se podrán realizar tests rápidos de VIH y VDRL, además de captar a la población de riesgo de la cual no se conocen los datos.

La policlínica móvil se desplazará por ambos lados de la frontera, estableciendo un cronograma de rondas semanales que permitan llegar a la población objetivo. A su vez, se anunciará el cronograma del móvil a través de los programas radiales locales, para que los/as usuarios/as puedan conocer con anticipación cuando la policlínica se presenta en cada localidad y así fomentar el control y la prevención.

CAPITULO V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTIVAS

5.1. Principales problemas encontrados.

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

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

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

4. El diagnóstico de la infección VIH se realiza de forma tardía (40%-45% en estadio Sida en el sector público)
5. El acceso al TARV es tardío y con una cobertura limitada de acuerdo a las recomendaciones adoptadas por el país (umbral de CD4 500)
6. Uno de los principales obstáculos identificados era la centralización en un único centro de referencia de VIH el acceso al TARV en el subsector público de ASSE (excluye Servicios de Uniformados). Esto generaba una gran demanda asistencial que supera las capacidades y una atención fragmentada con los consecuentes retardos en los inicios de tratamiento y múltiples obstáculos para la permanencia y adherencia de las PVVs. Por otra parte, la población que se asiste en este sector, es la más vulnerable, mayoritariamente en situaciones de pobreza, con una importante proporción de usuarios de drogas y falta de sostén familiar y social.
7. La permanencia en tratamiento a los 12 meses es baja en el sector público, traduciendo problemas de adherencia y deficiencias en la atención integral
8. Existen marcadas deficiencias en el abordaje de la coinfección TB/VIH: no se realiza sistemáticamente la búsqueda activa de TB en PVVs, existe una baja cobertura de profilaxis con isoniazida cuando está indicada, la cobertura de TARV en coinfectados es muy baja (42% en el 2013).
9. No existe una coordinación clara y sistematizada para que las PPL que viven con VIH reciban una continuidad en la atención

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

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

10. 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 o en el primer control en mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad; c) el compromiso del equipo de salud con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. La deficiencia de formación de recursos humanos en el primer nivel de atención y una escasa articulación con agentes comunitarios de salud son algunos impedimentos para el logro de este objetivo.

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

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

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

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

5. 2. Acciones correctivas

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

- Fortalecimiento del primer nivel de atención para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios a la población de menores recursos.
- Inversión en la infraestructura de policlínicas y centros de salud comunitarios.
- Modelo de atención integral, con actividades que promueven estilos de vida saludables.
- Promoción de la participación de los usuarios en el Consejo Consultivo Nacional Intersectorial (Ley 18.335 Anexo 6), que integran representantes de todos los sectores, incluso los trabajadores de la salud.
- Organización de la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- Creación de un Fondo Único de Financiamiento (FONASA, Ley 18.131, Anexo 7) que

establece la relación con los prestadores de salud (subsectores público y privado), la regulación y el control a través del Contrato de Gestión.

- Establecimiento de la contribución por cuota de salud per cápita y por metas asistenciales de salud.

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

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

- La ejecución del Proyecto *"Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay"*, contribuyó a subsanar las deficiencias planteadas en los puntos 1 al 3 y parcialmente el 4, fortaleciendo la estrategia nacional ante el VIH/Sida. Este proyecto (Ronda 10 del FM) enmarcado en el PEN del Programa ITS/Sida, tuvo dos receptores principales, el MSP (estatal) y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación-ANII (no estatal) y está dirigido a dos poblaciones vulnerables, HSH y trans. Las principales actividades desarrolladas fueron: fortalecimiento de las capacidades organizativas y de gestión de Organizaciones No Gubernamentales que potencien las actividades de promoción y prevención entre pares, realizar abogacía, diseñar proyectos y estrategias de incidencia política, implementar estrategias para el acceso a la prueba y fortalecer la captación efectiva por el sistema de salud así como la atención integral de las poblaciones referidas, realizar campañas de información y comunicación con énfasis en la promoción de salud, prevención, ejercicio de derechos y reducción del estigma y la discriminación. Este proyecto se encuentra en su fase final de transferencia/cierre. El principal desafío es dar continuidad a aquellas acciones consideradas con impacto en las poblaciones referidas.
- El fortalecimiento de la protección de la SS y SR, ha generado la creación y fortalecimiento de estos servicios, con un carácter integral, universal y accesible a toda la población. En el año 2012-2013 se llevará adelante un plan de capacitación a equipos de salud para la atención integral de la diversidad sexual y para la promoción y prevención de ITS y VIH, con énfasis en la oferta de las pruebas diagnósticas con consejería.
- Con el apoyo del Proyecto del FM, se realizó una evaluación de desempeño de pruebas rápidas diagnósticas de VIH que permitió diseñar un algoritmo basado en las mismas. El PN ITS-VIH/Sida junto al DLSP han modificado los algoritmos diagnósticos contando con: un algoritmo en base a dos pruebas rápidas secuenciales y un algoritmo laboratorial simplificado.
- El Programa Nacional ITS-VIH/Sida integra la Comisión de Protección del Trabajo Sexual junto al Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU), Ministerio de Trabajo y representantes de dos ONG de trabajo sexual femenino, masculino y trans. Esta comisión trabaja en la promoción del acceso a los servicios de salud y los derechos ciudadanos de estas personas. Durante el año 2013 se trabajó en la modificación de la Ley 17.515 (Trabajo Sexual)

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

Respecto al punto 4, diagnóstico tardío:

- El PNA será fortalecido en sus capacidades en oferta de la prueba a poblaciones vulnerables a través de las capacitaciones a los equipos de salud y a los equipos de SS y SR.
- Se actualizaron y simplificaron los algoritmos diagnósticos.

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

- Se actualizaron las guías de TARV donde se propone la estandarización de regímenes de primera línea con planes sencillos y bien tolerados.
- Se ha propuesto una normativa que contribuya al cumplimiento de la guía y su auditoría.
- Se ha comenzado con el proceso de descentralización de la atención de personas con VIH integrando la asistencia a centros del PNA en Montevideo. Durante el año 2013 se inauguró la primera policlínica de enfermedades infecciosas en un centro de salud con estas características. La supervisión está realizada por infectólogos pero se está transitando un proceso de capacitación que permite a los médicos de familia y médicos generales realizar el seguimiento de pacientes estables. Esta experiencia ha sido planificada y ejecutada con una participación multisectorial e interdisciplinaria: Red de Atención del Primer Nivel de ASSE, División Salud de la Intendencia de Montevideo, Cátedras de Medicina Familiar, Enfermedades Infecciosas y Enfermería de la Universidad de la República.
- Se encuentran en elaboración la pautas de atención para el PNA

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

- Se está actualizando la Guía de TB-VIH.
- Se implementó una supervisión mas estrecha del cumplimiento de los mecanismos de referencia por parte de los equipos de salud del PNT (Programa Nacional de TB)
- Se recibió apoyo del Proyecto del FM para una consultoría que permitiera redefinir los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes con TB y VIH
- Se están implementando cambios en la gestión de medicamentos que permitirán el acceso a la INH para profilaxis en las farmacias de distribución de TARV y cotrimoxazol en los centros del PNT
- Se están planificando estrategias de integración de la atención de VIH en los centros de atención a TB para el inicio del TARV en el mismo lugar

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

- Se detallaron previamente las acciones realizadas que se encuentran contenidas en el Plan de Salud Perinatal y en el Plan de Impacto de sífilis, el plan de monitoreo y las normativas referidas.
- Capacitaciones en oferta de prueba diagnóstica oportuna y uso de pruebas rápidas en el PNA y a los equipos de SSyR
- Inclusión de una tercera prueba durante el embarazo, las que actualmente se realizan en la

primera consulta, 2º y 3er trimestre. Sumado a la normativa de uso de pruebas rápidas en embarazos con mal control obstétrico en el momento de la captación, en el trabajo de parto y en el puerperio

- Implementación de auditoría a todo caso de mujer embarazada con al menos una prueba reactiva de sífilis o VIH identificadas a partir del SIP y el CNVe

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

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

- Como fue previamente referido, en el Proyecto del FM se encuentran acciones de fortalecimiento de las capacidades de ONG de poblaciones vulnerables comprendidas en el proyecto, así como campañas de difusión tendientes a la sensibilización de la población general en la temática.
- Se dará continuidad a las acciones emprendidas como resultado del Proyecto "*Estudio del estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH*": creación de un formulario de denuncias consensuado, seguimiento a través de un comité con el registro de las denuncias y su resolución final, difusión de avances y resultados.
- Se dará continuidad al trabajo integrado con actores de la salud, ONG y apoyo del Equipo Conjunto de Naciones Unidas con el objetivo de promover la atención en salud integral, inclusiva y amigable a la diversidad sexual. En el mismo sentido contribuirá la capacitación a equipos de SS y SR ya mencionada.

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

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

- Se está trabajando con el Departamento de Informática en la creación de una herramienta que permita el registro online por partes de las instituciones de variables referidas al continuo de atención de personas con VIH.

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

- Se realizaron los estudios de 2ª generación en población HSH y en trans con apoyo del proyecto del FM
- Se realizó el estudio de 2ª generación en usuarios de derivados de cocaína con el apoyo de UNODC
- Se implementó un monitoreo de atención en el control de salud de trabajadoras/es sexuales y en PPL con VIH

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

Actividades Inter agenciales

- Actualización del Protocolo de estudio de las vulnerabilidades al VIH de jóvenes LGBT de 18 a 29 años en las ciudades de Salto, Paysandú, Melo, Cerro Largo, Trinidad y Durazno y la implementación del trabajo de campo FRANSIDA, INLATINA, Facultad de Psicología – UDELAR, con apoyo de ONUSIDA, PNUD y UNFPA.
- Realización y publicación del Estudio sobre las buenas prácticas del Ministerio de Desarrollo Social y del Banco de Previsión Social relativas a los derechos y la protección social de las personas Trans, incluyendo la identificación de oportunidades, brechas y desafíos de la actual matriz social del país, MIDES con apoyo de ONUSIDA, PNUD y UNFPA.
- Fortalecimiento de la promoción de los derechos humanos de las personas LGBT y de respuesta a la violencia, estigma y discriminación, a través del apoyo de ONUSIDA, UNFPA y PNUD a la realización del 2do.Congreso de la Federación Uruguaya de Diversidad Sexual – FUDIS en Trinidad.
- Apoyo al Diálogo Nacional sobre VIH y Derechos Humanos (ver capítulo IV) en conjunto con UNFPA y PNUD
- *“Proyecto Salud Integral de mujeres madres con VIH”* que fue implementado por el Programa de ITS/VIH-Sida del MSP, el Servicio de Infecto Contagiosos SEIC- Hospital Pasteur-ASSE, Centro Materno Infantil VIH-Sida del CHPR, la organización social ASEPO junto a otras organizaciones. En conjunto ONUSIDA, UNFPA y UNICEF.
- Asistencia para la elaboración y costeo del Plan Estratégico Nacional VIH- sida 2014 – 2015 por parte de ONUSIDA.
- Apoyo de ONUSIDA para la realización de la consulta nacional de mitad de período en Uruguay en relación a las metas establecidas en la declaración política de la asamblea general de las naciones unidas sobre el VIH y el sida de 2011

UNFPA

- Fortalecimiento de la Promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH con adolescentes, jóvenes y mujeres en situación de vulnerabilidad social, a través de la integración de acciones específicas en el Programa intersectorial “Jóvenes en Red” (INJU, Gurises Unidos, MEC), incluyendo la capacitación de educadores y la producción de 12 ficciones lideradas por los propios jóvenes para la educación entre pares.
- Apoyo de UNFPA a la estrategia de prevención vertical del VIH y Sífilis desarrollada por el Área de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa nacional de ITS/VIH-Sida del Ministerio de

Desarrollo social a través de la elaboración, impresión y distribución de la Guía para profesionales de la salud del primer nivel, de afiches y folletos de orientación para mujeres.

- Apoyo a la Dirección de Política de Defensa del Ministerio de Defensa Nacional en las acciones de formación del personal de las misiones de paz del Uruguay a Haití y la República Democrática del Congo, desde una perspectiva de Derechos, salud integral, género y diversidad.
- En conjunto con ASEPO, División Salud de la Intendencia de Montevideo, MIDES y MSP, desarrolla el servicio telefónico 0800 3131 línea SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS, brindando información referente a VIH-Sida y otros temas relacionados a SSyR.
- Apoyo a la prevención de ITS/VIH y promoción del autocuidado siendo la contraparte el Área Salud Sexual y Reproductiva – Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) – Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Apoyo con el objetivo de fortalecer el Plan Nacional de Eliminación de la Sífilis Congénita (2010-2015), teniendo como contraparte al Área Salud Sexual y Reproductiva – Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) – Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Fomento de la demanda de derechos reproductivos y salud sexual y reproductivos en conjunto con el Área Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- En colaboración con el Colectivo Ovejas Negras y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, UNFPA apoya la creación de centros de salud libres de homofobia.

CAPITULO VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

El monitoreo es la rutina de seguimiento a través de la obtención de información confiable y oportuna que permite realizar la evaluación de los resultados e impacto de las actividades programáticas pero también de los procesos y actividades para el logro de estos resultados.

Las capacidades para monitoreo y Evaluación (M&E) de la epidemia en nuestro país aún son débiles. En el año 2011 se comenzaron actividades con el objetivo de construir un plan de M&E que permitan evaluar los componentes de la respuesta al VIH/Sida y los resultados, que finalmente retroalimenten y reorienten la planificación. Por lo tanto el M&E se constituye en un componente fundamental de la gestión eficiente.

A finales del año 2011 se realizaron dos actividades orientadas a la elaboración de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación: una investigación cualitativa orientada a establecer una agenda nacional de evaluación e investigación de VIH y un taller nacional con el mismo propósito.

Las principales conclusiones del estudio se señalan a continuación:

- La cultura en evaluación es incipiente
- Las debilidades en los procesos de planificación repercuten en la agenda de investigación y evaluación
- La información estratégica se encuentra fragmentada
- Hay poca coordinación de esfuerzos que a veces se traduce en duplicación de iniciativas
- La modalidad de financiar a resultados se ha convertido en un poderoso impulsor de los procesos de monitoreo y evaluación
- Hay dificultades en el acceso a los datos
- Hay apoyo político a los procesos de producción de información estratégica, monitoreo y evaluación de programas
- Se identifican necesidades no satisfechas en:
 - a. Facilitar la movilización de fondos
 - b. Capacitar de recursos humanos
 - c. Mejorar la infraestructura
- Se considera necesaria la mayor y mejor utilización de sinergias entre los diferentes actores con experiencia en evaluación
- El desafío de promover el cambio cultural en la material esta siempre presente
- Sobre la recopilación y análisis de los estudios de evaluación se puede afirmar que:
 - d. La mayor parte de los estudios de investigación, monitoreo o evaluación son de tipo cualitativo
 - e. No permiten medir como nos aproximamos al cumplimiento de las metas propuestas
 - f. Muchos de los estudios realizados no se vinculan al desarrollo de un programa, y si bien aportan información estratégica, no evalúan la estrategia implementada
 - g. Corresponden a iniciativas aisladas, no sistematizadas

- h. No hay un conjunto de indicadores de referencia
- i. No se insertan en un plan nacional de monitoreo y evaluación
- j. Los estudios recopilados no permiten objetivar la relación existente entre financiamiento y resultados.

En el mencionado taller, realizado en agosto 2011, se revisaron los conceptos básicos en M&E, se analizó la situación del M&E en VIH en Uruguay y se presentaron experiencias exitosas en M&E de diferentes sectores. Las conclusiones del taller fueron:

- Falta de disponibilidad de información sistemática que permita la evaluación programática.
- Información fragmentada
- Necesidad de fortalecer la articulación con sectores que abordan diferentes aspectos de la temática
- Necesidad de involucrar a los diferentes actores para disponer de un Sistema Nacional de M&E
- Disponer de un Plan Nacional de M&E

El 14 y 15 de marzo del 2012, se realizó un taller de evaluación del sistema nacional de M&E en coordinación entre el PNITS-VIH/Sida y los Receptores Principales (RPs) del Proyecto del FM, contando con la facilitación de Grant Management Solutions (GMS).

Se aplicó la herramienta de ONUSIDA siguiendo la lista de chequeo para los 12 componentes de un sistema de monitoreo y evaluación deseable, organizados en 3 grandes áreas:

- el entorno favorable para el funcionamiento del Sistema de M&E en VIH (que incluye los recursos humanos, las alianzas y la planificación necesarios para respaldar la recolección y uso de la información; es decir, los individuos, las organizaciones, las funciones y acciones, y la cultura organizacional que son fundamentales para mejorar y sostener el desempeño del SM&E);
- la calidad y precisión de los datos (que se enfoca en los mecanismos a través de los cuales se reúne, se verifica y se analiza la información); y,
- el uso de la información (que abarca los mecanismos y procedimientos para diseminar la información y promover su uso en los espacios de toma de decisiones).

Es de destacar que en el país no existe un Comité Coordinador ni un plan de M&E lo que impidió evaluar algunos componentes. Las conclusiones principales se muestran a continuación:

Fortalezas

- Sí bien el PNITS-VIH/Sida no cuenta con una Unidad de Monitoreo y Evaluación, varias estructuras de información del MSP aportan al monitoreo: Departamento de Vigilancia en Salud (con 2 funcionarios a cargo del relevamiento de datos epidemiológicos de VIH a través de la notificación de casos), Unidad de Información en Salud – UINS (que tiene a cargo el Sistema Informático Perinatal), Gestión de Calidad.
- El MSP produce información y la difunde: Boletines epidemiológicos (DEVISA y el Programa),

informes de encuestas, reportes internacionales de indicadores publicación y difusión (UNGASS, Acceso Universal)

- En el país se cuenta con protocolos para la auditoría de los datos en los servicios de salud.
- A nivel de Ministerio de Salud Pública se realizan supervisiones, aunque no son del tipo capacitante.
- La mayoría de las instituciones reconocen la necesidad de contar con asistencia técnica externa para realizar acciones de M&E.
- Dentro de otros actores estatales destaca el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que cuenta con recursos humanos calificados para M&E
- En el nivel subnacional, tanto las Direcciones Departamentales de Salud como algunas organizaciones de base comunitaria tienen personal para M&E, pero de manera parcial.
- Las entidades de gobierno nacional y las ONGs tienen mandatos específicos para realizar acciones de M&E, pero esto no sucede con las entidades de nivel subnacional, sin embargo son pocas las que cuentan con capacitación específica y lo realizan de manera rutinaria.

Debilidades

- El PNITS-VIH/Sida no cuenta con epidemiólogos ni con recursos humanos con formación y dedicación específica en M&E. Parte de la información que contribuye al monitoreo está disponible en otras dependencias del MSP, esto repercute en la fragmentación de la información y la falta de disponibilidad de la misma de manera oportuna.
- No existen herramientas que permitan realizar el monitoreo programático de rutina. Es así que la recopilación de datos se realiza a través de encuestas específicas y transversales, sin embargo algunas actividades no son relevadas ni monitoreadas rutinariamente como: oferta de pruebas y consejería, entrega de condones, educación sexual
- La CONASIDA ni el PNITS-VIH/Sida cuentan con directrices para la realización de supervisión capacitante, por lo que no se realizan estas actividades de acuerdo a esas pautas.
- En los servicios de base comunitaria no existen protocolos para la auditoría de datos.
- A pesar que se realizan encuestas y vigilancia epidemiológica éstas no se realizan con la frecuencia requerida a las poblaciones vulnerables.
- No se realizan encuestas o vigilancia epidemiológica a población general, en centros de trabajo, servicios relacionados a VIH, de segunda generación, disponibilidad y uso de condones.
- No se cuentan con presupuestos específicos para la realización de evaluaciones e investigaciones relacionadas a VIH.
- Existe una debilidad de las instituciones en cuanto a recursos humanos para las actividades de M&E: poca cantidad, con funciones no especificadas en sus contratos y funciones.
- En general, las instituciones no cuentan con un plan de fortalecimiento de capacidades para el M&E (excepto en el Ministerio de Desarrollo Social) y solamente de una manera inicial las ONGs vienen capacitando a su personal.
- No existe una base de datos de las personas capacitadas y solamente la CONASIDA cuenta con un listado de capacitadores en la materia, las otras instituciones no.

Teniendo en cuenta las debilidades identificadas, la consultora de GMS elaboró una propuesta borrador de plan de trabajo. Este documento fue revisado por un grupo de personas clave de diferentes instituciones (PNITS-VIH/Sida, receptores principales, CONASIDA, ONUSIDA; UNFPA y el Programa de Naciones Unidas, entre otros).

Durante el 2012, dado la ausencia de una unidad de M&E en el PNITS-VIH/Sida y en el Área de SSR, se priorizan algunas acciones de acuerdo a los obstáculos identificados trabajando en dos grandes líneas:

- crear o mejorar las herramientas que permitan recopilar de manera sistemática y confiable la información programática
- mejorar o crear los rutas y flujos de información para disponer de la misma de manera oportuna

En la siguiente tabla se muestra de manera abreviada los datos y herramientas de monitoreo así como las brechas que deben ser abordadas para implementar un sistema de M&E hacia el 2015, de acuerdo a los indicadores incluidos en el PEN.

Vigilancia epidemiológica			
Indicador	Fuente	Herramientas	Brechas (y acciones correctoras)
Tasa de nuevo diagnósticos de VIH y Sida: discriminado por sexo, vía de transmisión, estadio clínico, nivel educativo	Departamento Vigilancia en salud (DEVISA)	Notificación a través de formularios para VIH y Sida en adultos y niños/as	Formularios con llenado incompleto No se ha incorporado la variable identidad de género
Tasa de coinfección VIH-TB	Notificación a través de formularios y registros de atención de la CHLA (Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa)	Formularios en papel en servicios que recopila la información y se envía a nivel central	Retardo en la obtención del dato.
Tasa de mortalidad por Sida	Unidad de Información Nacional en Salud (UINS)	Certificados de defunción	Retraso en la información No se dispone de información del proceso mórbido que determina la muerte por Sida
Tasa de sífilis en población general y prevalencia poblaciones vulnerables	DEVISA	Formularios	Subregistro No existen formularios que especifiquen género, ni poblaciones en mayor riesgo para estimar tasas <i>(Se comenzó a implementar un plan de vigilancia de ITS - síndromes, gonococcia, sífilis - en servicios de control de salud de trabajadoras/es sexuales)</i>
Tasa de sífilis congénita	DEVISA	Formularios y notificación online	Subregistro
	UINS	SIP	Se sobreestima la tasa dado que se registra prueba de tamizaje reactiva en cordón y/o sangre periférica. Se obtendrán datos confiables a partir del análisis de la auditoría
Porcentaje de mujeres	UINS	SIP	Retraso en la información

embarazadas que reciben al menos 5 controles prenatales según normativas de control del MSP			
Prevalencia de sífilis en embarazo			Se sobreestima la prevalencia de sífilis en el embarazo dado que se registra cualquier prueba reactiva en el embarazo
Porcentaje de sífilis tratada en el embarazo			Subregistro de tratamientos en embarazadas y contactos sexuales
Porcentaje de contactos sexuales de mujer con sífilis tratados	UINS	SIP	(Se implementó como meta prestacional el llenado completo de la variables referidas a sífilis - obligatoriedad a servicios)
Total y desagregado antes y después de las 20 semana			(Se estableció la obligatoriedad de realizar auditoría a todos los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de sífilis en el SIP – Resolución ministerial)
Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas	UINS	Certificado de Nacido Vivo electrónico (CNVe) y SIP	El CNVe se completa al nacimiento del niño. Se incorporó esta variable en el 2011. Errores de digitación que sobreestiman la prevalencia. (Se está realizando supervisión capacitante)
Tasa de transmisión vertical	UINS y datos programáticos	CNVe (denominador) y encuestas a servicios (numerador)	Dificultades y retraso en la obtención del dato de niños/as infectados dado que depende de la fluidez de la información desde los servicios (Se estableció la obligatoriedad de realizar auditoría a todos los casos de mujeres embarazadas con prueba de VIH positiva registrada en CNVe – Resolución ministerial)

Vigilancia de segunda generación y/o investigación

Indicador	Fuente	Herramientas	Brechas (y acciones correctoras)
Prevalencia de VIH en jóvenes (proxy: prevalencia en embarazadas entre 15 y 24 años)	UINS	CNVe y SIP	Errores de digitación en el CNVe que sobreestiman la prevalencia. Se está realizando supervisión capacitante. Subregistro en el SIP
Prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables (HSH, trans, trabajadoras/es, usuarios de drogas, PPL)	DEVISA Equipos de investigación	Estudios de segunda generación	No existe presupuesto asignado. Se realizan en el marco de proyectos y apoyos externos (está previsto la realización de estudios en trans y HSH en el marco del Proyecto del FM)
Estudios de conocimientos y prácticas y realización de pruebas en poblaciones vulnerables, población general y jóvenes	DEVISA Equipos de investigación	Estudios de segunda generación	No existe presupuesto asignado. Se realizan en el marco de proyectos y apoyos externos
Porcentaje de personas que expresan actitudes de aceptación hacia personas trans y HSH	DEVISA Equipos de investigación	Encuestas	No existe presupuesto asignado. Se realizan en el marco de proyectos y apoyos externos

Porcentaje de usuarios del SNIS dentro de las poblaciones priorizadas que declaran satisfacción con la atención recibida (HSH y trans)	DEVISA Equipos de investigación	Encuestas	No existe presupuesto asignado. Se realizan en el marco de proyectos y apoyos externos
Monitoreo rutinario			
Indicador	Fuente	Herramientas	Brechas (y acciones correctoras)
Porcentaje de PVV adultos y niños/as que reciben TARV (desagregado por sexo, línea de tratamiento y plan)	Registro de servicios y/o farmacias	Encuestas	Retraso en el reporte de los datos. No existen posibilidades de verificar la calidad. <i>(Se diseñó un sistema informático que está en proceso de compatibilización en el subsector público, para luego universalizarlo)</i>
Porcentaje de adultos y niños/as que continúan vivos y en TARV a los 12 meses de iniciado	Registro de servicios y/o farmacias	Encuestas	Ídem anterior
Porcentaje de personas con diagnóstico temprano de CD4 (>500/mL)	-----	-----	Actualmente no se obtiene <i>(se prevé incorporar la información al sistema informático diseñado a partir de laboratorios)</i>
Porcentaje de recién nacidos expuestos a VIH (madres VIH) que recibieron 1 prueba diagnóstica (PCR) en los primeros 2 meses de vida	Laboratorios	Encuestas	Retraso en la información A partir de la información de mujeres con VIH del CNVe se solicita la información a las instituciones de atención El DLSP provee todos los datos del subsector público y de algunos privados
Porcentaje de Niños/as nacidos de Madres con VIH que reciben profilaxis desde el nacimiento por 6 semanas	Encuestas	Encuestas a servicios	No se cuenta con herramientas informatizadas
Porcentaje de Niños/as nacidos infectados por TV que inician TARV antes de los 24 meses de vida	Encuestas	Encuestas a servicios	No se cuenta con herramientas informatizadas
Porcentaje de personas con TB que se realiza la prueba de VIH	CHLA	Formularios y registros de atención de servicios de atención de la CHLA	Retraso en obtener la información
Porcentaje de coinfectados de VIH y TB que reciben TARV	CHLA	Formularios y registros de atención de servicios de atención de la CHLA	Retraso en obtener la información

Porcentaje de PVVS que realizan denuncias por estigma y discriminación	Subcomisión de la CONASIDA-MCP	Formularios de denuncia acordados	No se ha establecido el flujo de la información ni la periodicidad
Porcentaje de servicios de salud que cumplen la normativa nacional de Bioseguridad	Normativa nacional	Fiscalización	
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH e ITS con criterios de calidad aseguradas	Normativa nacional	Fiscalización	
Porcentaje de casos de exposición laboral al VIH que reciben PPE según normativa nacional	Servicios	Registro de servicios	No se dispone de herramientas para vigilancia sistemática
Porcentaje de casos de exposición por violencia sexual al VIH que reciben PPE según normativa nacional	Servicios	Registro de servicios	No se dispone de herramientas para vigilancia sistemática
Porcentaje de Equipos Coordinadores de Referencia de SSR que han recibido capacitación	Área SSyR	Registro de actividades	
Porcentaje de servicios del PNA que cuentan al menos con un médico/a capacitado en atención integral de VIH e ITS			Pendiente su implementación
Porcentaje de clínicas SNIS que suministran TARV y aplican la Normativa nacional del MSP.	Servicios	Encuestas	Sí bien el alcance es nacional, aproximadamente un 5% de las Instituciones no reportan

**Misión técnica conjunta para la expansión y
la sostenibilidad en la atención integral
del VIH bajo la iniciativa del Tratamiento 2.0
en Uruguay**

**18 al 25 de noviembre 2013, Montevideo
Informe Final**

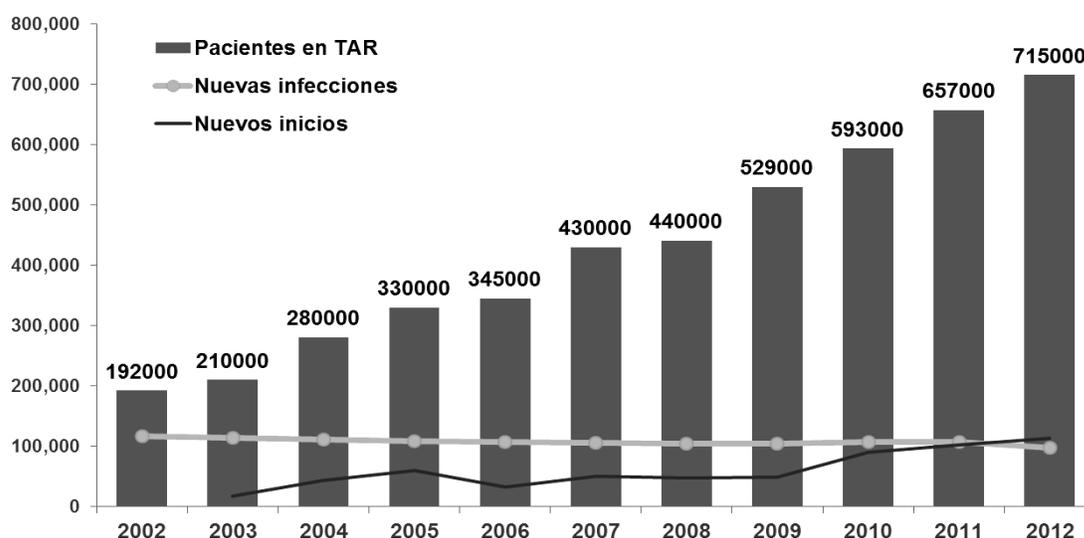
Contenido

1. ANTECEDENTES	68
2. PROPÓSITO, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA MISIÓN	73
3. HALLAZGOS DE LA MISIÓN TÉCNICA CONJUNTA	76
4. RECOMENDACIONES	82
5. INTEGRANTES DE LA MISIÓN	86
6. SIGLAS Y ACRÓNIMOS	87

1. Antecedentes

América Latina y el Caribe es la región con mejor cobertura de tratamiento antirretroviral entre los países de ingreso medio-bajo, con un aumento sostenido desde 2002. A finales de 2012, el número de personas en tratamiento fue de 725 000 (715 000 de países de ingresos medios y bajos), lo que representa una cobertura del 76% en América Latina y 71% en el Caribe (Figura 1). Sin embargo, para alcanzar el compromiso del acceso universal para el año 2015 es necesario acelerar este progreso y duplicar esta cifra para cumplir con el compromiso de la Región, suscrito por los Presidentes de los países latinoamericanos durante la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre el Sida llevada a cabo durante el 2011.

Figura 1. Personas en tratamiento en América Latina y el Caribe (datos de países de ingresos medios y bajos).



OMS/ONUSIDA. Informes sobre los progresos realizados de Acceso universal.

El diagnóstico precoz y el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral disminuyen la morbi-mortalidad y los costos de atención de las complicaciones de la infección por VIH y representa una de las estrategias más efectivas para reducir la transmisión del VIH. Por ello, es necesario que los países cuenten con planes y políticas que aseguren el financiamiento, el acceso y la eficacia de los programas de diagnóstico, vinculación a servicios y atención.

En la Región, la tasa de diagnóstico tardío continua siendo alta, falta estandarización de los esquemas antirretrovirales y hay una rotación excesiva de esquemas y en muchos casos carente de regulación. Las nuevas *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección por VIH* de la OMS publicadas en junio 2013 y la iniciativa *Tratamiento 2015* de ONUSIDA, motivan a los países de la región a estandarizar y regular los esquemas de TAR, ya que la dispersión de regímenes aumenta la complejidad de los sistemas de logística y los problemas de desabastecimiento de medicamentos, lo que pone en riesgo la continuidad y la eficacia de los tratamientos.

La estrategia Tratamiento 2.0 (T2.0) desarrollada por la OMS y ONUSIDA tiene por objetivo la expansión y la sostenibilidad de la atención al VIH, respondiendo a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TAR). Esta iniciativa y la integración de las nuevas directrices de OMS de 2013 son herramientas robustas que ayudan a los países a determinar estrategias viables y factibles que apoyan la respuesta nacional y regional ante el VIH. En la Región de las Américas la OPS está apoyando a los gobiernos que lo solicitan en la implementación de esta estrategia teniendo en cuenta las necesidades y particularidades de cada país, buscando estimular la innovación y mejorar la eficiencia y el impacto de los programas de atención y tratamiento del VIH. Cada país deberá poner especial énfasis en aquellos pilares en que se presentan mayores brechas.

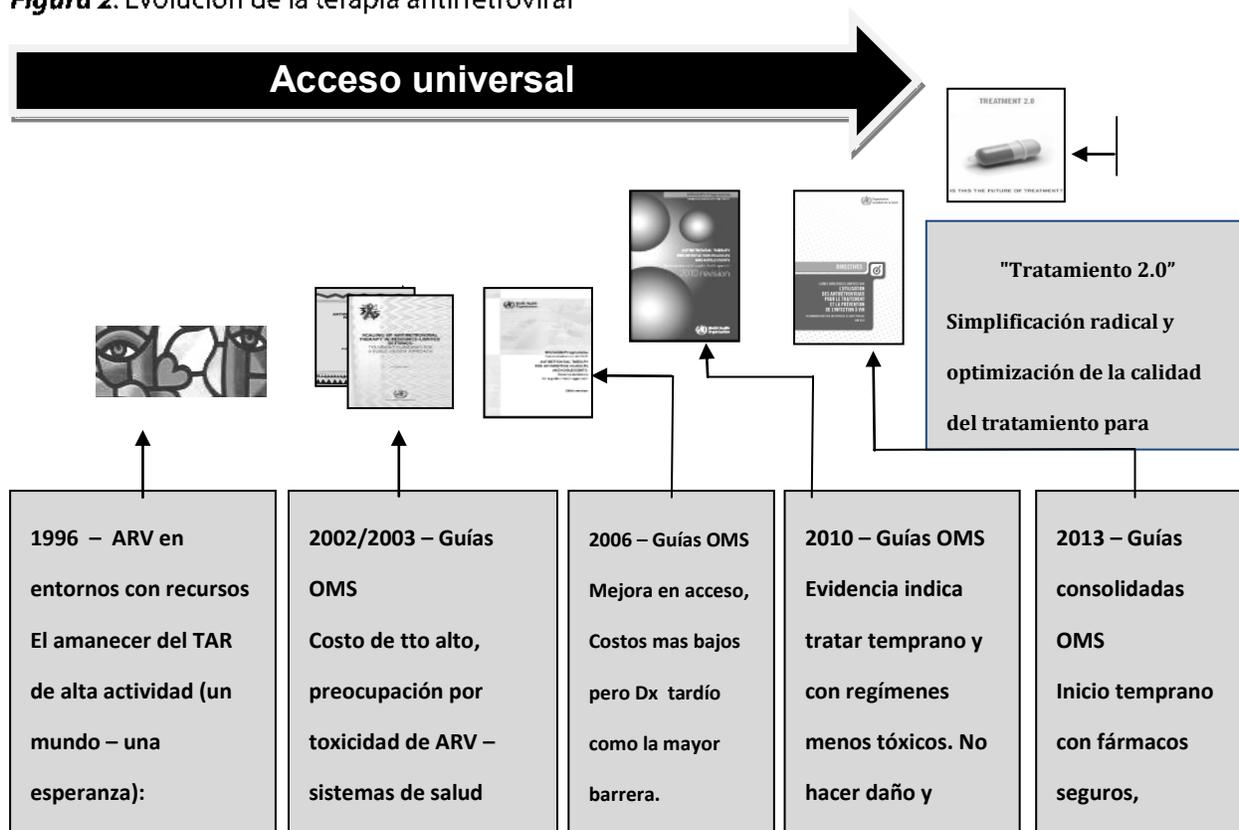
Las cinco áreas de trabajo o pilares de la iniciativa regional para Latinoamérica incluyen:

1. TAR actualizado y mejorado
2. Diagnóstico y monitoreo accesibles en el punto de atención
3. Uso racional y eficiente de los recursos financieros
4. Servicios adaptados y accesibles
5. Participación plena de las comunidades en el desarrollo de la Iniciativa

En Noviembre del 2011, la OPS/OMS, junto con ONUSIDA y el Fondo Mundial, abrió un espacio de reflexión regional mediante una consulta en Santo Domingo (República Dominicana) con la participación de representantes de los programas nacionales, la sociedad civil, agencias internacionales y otros socios. En la reunión los países planificaron actividades para disminuir el riesgo de desabastecimiento y se comprometieron a trabajar en la actualización y simplificación de los programas de atención y tratamiento al VIH. A lo largo del 2012 y 2013, la OPS/OMS ha llevado a cabo ocho misiones conjuntas para la socialización del T2.0 en países de las Américas: Venezuela, Ecuador, Bolivia, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Argentina y Guatemala, países que ya han emprendido su camino para la implementación de esta estrategia. En octubre del 2012, la OPS/OMS junto con ONUSIDA, el Fondo Mundial contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM) y los gobiernos de Brasil y Argentina, organizaron en Buenos Aires la Reunión de Consenso "**Tratamiento 2.0: Expansión y Sostenibilidad de la Atención del VIH en Sudamérica**" en la que participaron los programas de atención al VIH de América Latina, el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), representantes de la sociedad civil y representantes de la comunidad científica. Las conclusiones y recomendaciones para la implementación de la estrategia T2.0 fueron elaboradas mediante la metodología de trabajo en grupo y consensuadas en sesión plenaria.

La estrategia T2.0 es un nuevo paso en el camino hacia el acceso universal, iniciado en el año 1996 con la introducción de la terapia triple ARV. Desde entonces han sucedido importantes cambios en el abordaje y conceptualización de los tratamientos ARV que se resumen en la figura 2. La OMS y la OPS han hecho importantes esfuerzos en apoyar a los países para avanzar hacia el acceso universal, meta que se acordó mundialmente a finales del 2005 luego de que la iniciativa de 3 millones de personas en tratamiento ARV para el 2005 (3x5) mostrara que era posible llevar este tratamiento a los países con menor desarrollo en sus sistemas de salud y con escasos recursos financieros. Es en este marco y con la experiencia ganada en los pasados 30 años de respuesta a la atención de las personas con VIH, la estrategia T2.0 recoge las lecciones aprendidas e introduce un enfoque de salud pública basada en la mejor evidencia disponible.

Figura 2. Evolución de la terapia antirretroviral



Fuente: Intl AIDS Conference Vancouver, modificado.

Evidencia para el fortalecimiento de la sostenibilidad de la respuesta nacional y regional al VIH

1.1. Tratamiento antirretroviral actualizado y mejorado

El concepto de optimización se basa en el uso estratégico de los ARV, que incluye el desarrollo y el uso racional de esquemas adecuados de TAR. Los regímenes ideales deberían ser asequibles, simples y potentes, estar disponibles en combinaciones en dosis fijas de una toma diaria, con mínima toxicidad e interacciones y que puedan ser utilizados de forma segura y efectiva en la mayoría de las PVV con necesidad de TAR, incluyendo embarazadas, niños y personas con co-infección TB-VIH. Las propuestas de optimización incluyen:

1. Definición de un número limitado de opciones de tratamiento, incluyendo un esquema preferente para la mayoría de las personas con VIH con necesidad de tratamiento.
2. Construcción de una secuencia de opciones para primera, segunda y eventualmente, tercera línea basada en la mejor evidencia.

3. Estandarización de los criterios de fracaso y de cambio de tratamiento.
4. Generalización del uso de ARV en combinaciones en dosis fijas (CDF), en particular de aquellas de toma de una vez al día.

La optimización del TAR es uno de los componentes de la estrategia Tratamiento 2.0; algunos de los impactos esperados de la optimización del TAR son los siguientes:

1. Para los usuarios:

- Facilita el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del TAR
- Reduce los efectos secundarios
- Mejora la adherencia al tratamiento
- Previene las resistencias
- Mejora la calidad de vida y supervivencia
- Reduce el estigma y la discriminación
- Aumenta la equidad en acceso a tratamiento

2. Programáticos:

- Prolonga la vida útil de los esquemas
- Simplifica la planificación y gestión de suministros (previene desabastecimientos)
- Mejora la calidad y disminuye la carga de los servicios
- Contribuye a mejorar los sistemas de vigilancia
- Facilita la descentralización, el monitoreo clínico y programático
- Contribuye a la sostenibilidad financiera
- Contribuye al logro del acceso universal

1.2 Nuevas directrices de la OMS de 2013 sobre el uso de los antirretrovirales para tratamiento y prevención del VIH

La OMS ha venido formulando orientaciones acerca del uso de los ARV desde 2002 y ha dado a conocer una variedad de directrices sobre diversos aspectos del diagnóstico, el tratamiento y la asistencia de las personas infectadas por el VIH. La finalidad de las directrices de 2013 es combinar y armonizar las recomendaciones vigentes con las nuevas, en especial las recomendaciones actualizadas de las directrices de 2010 sobre el tratamiento con ARV de adultos, adolescentes y niños, así como el tratamiento y la profilaxis de las mujeres infectadas por el VIH que están embarazadas o amamantan.

También se incluyen las orientaciones vigentes de la OMS sobre la prueba del VIH y la orientación correspondiente, la prevención de la infección, la asistencia general de las personas infectadas, el tratamiento de las infecciones comunes y otras infecciones asociadas, y el seguimiento y atención de los efectos tóxicos de los medicamentos.

Recomendaciones clínicas para tratar a las personas infectadas por el VIH

Las directrices de OMS de 2013 están basadas en criterios de salud pública para ampliar más aún el uso de los ARV para el tratamiento y la prevención, poniendo el acento en los entornos de pocos recursos. Estas son las recomendaciones clínicas nuevas:

- Tratar a adultos, adolescentes y niños mayores en una etapa más temprana; comenzar el TAR en todas las personas que presentan 500 linfocitos CD4/mm³ o menos y dar prioridad a quienes padecen una afección grave o avanzada causada por el VIH y a quienes presentan 350 linfocitos CD4/mm³ o menos.
- El TAR se debe empezar con independencia del recuento de linfocitos CD4 en las personas que pertenecen a ciertos grupos: personas que padecen co-infección de VIH/TB, con el virus de la hepatitis B con hepatopatía crónica grave, miembros VIH positivos en parejas serodiscordantes, embarazadas o mujeres que amamantan, y niños menores de 5 años.
- Apoyo activo para acelerar la eliminación gradual de la estavudina (d4T) en las pautas de TAR de primera línea para adolescentes y adultos.
- El uso de la prueba de la carga vírica como método preferido para comprobar el buen resultado del TAR y diagnosticar el fracaso terapéutico, aunado al seguimiento clínico y mediante el recuento de linfocitos CD4 de las personas en TAR.
- Prueba del VIH y orientación al respecto en la comunidad; y prueba del VIH en los adolescentes para diagnosticar tempranamente la infección y ponerlos en contacto con los servicios de asistencia y tratamiento.

1.3 Actividades colaborativas entre TB y VIH

En el año 2004, la OMS publicó una política sobre actividades de colaboración TB/VIH en respuesta a la urgente necesidad de enfrentar la creciente doble epidemia de TB y VIH, la cual es la responsable de un porcentaje de muertes de personas con VIH; después del VIH, la TB es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso a escala mundial.

En la Región de las Américas las actividades de colaboración TB/VIH se comenzaron a implementar desde el 2005, las cuales hacen parte del segundo componente de la Estrategia Alto a la Tuberculosis; estas actividades colaborativas se han integrado a las nuevas pautas y estrategias que han surgido en relación con el VIH, como las nuevas directrices de OMS 2013 y la estrategia de Tratamiento 2.0. Los equipos regionales de OPS/OMS de TB y VIH se han unido para realizar actividades integrales de TB/VIH en los países, desarrollando así, las siguientes macro actividades colaborativas:

- a) Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH.
- b) Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las tres íes para VIH/TB).
- c) Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.

2. Propósito, Objetivos y Metodología de la Misión

2.1 Propósito

Socializar y discutir con las autoridades nacionales, locales, sociedad civil, sociedad científica y otros actores claves en Uruguay, el proceso de implementación de la estrategia de Tratamiento 2.0 y la planificación de los pasos a seguir.

2.2 Objetivos de la Misión

1. Analizar la respuesta nacional al VIH/Sida en el marco referencial de la estrategia de Tratamiento 2.0.
2. Discutir las brechas y oportunidades para la implementación de la estrategia de Tratamiento 2.0 con los actores clave de la respuesta al VIH/Sida y las autoridades nacionales.
3. Alcanzar acuerdos para la implementación de los componentes de la estrategia según las prioridades identificadas que aseguren la expansión en atención integral y sostenibilidad en la respuesta al VIH/sida.

2.3 Metodología

El desarrollo de la misión de socialización e implementación de la estrategia Tratamiento 2.0 constó de dos fases: una fase preparatoria y una fase de misión técnica conjunta al país. Tras la misión conjunta debe abrirse una fase de seguimiento a la implementación de las recomendaciones establecidas.

2.3.1 Fase preparatoria

Durante la fase preparatoria se realizaron un conjunto de actividades que dieron paso a la coordinación y preparación de los términos y metodología a seguir con los diferentes actores de la respuesta nacional. En esta fase se realizó:

- El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay a través del Programa Nacional de ITS-VIH/Sida elevó la solicitud para la realización de la misión técnica de OPS/OMS.
- Se conformó un equipo de trabajo nacional para apoyar el desarrollo de la misión, incluyendo al Programa Nacional de ITS-VIH/Sida, representantes de otras dependencias del MSP y de otras instituciones de salud y sectores gubernamentales relacionados con la respuesta al VIH, UNFPA, UNICEF, OPS/OMS y sociedad civil. El equipo completo se puede consultar en el apartado 5.

- Se realizaron teleconferencias coordinadas por la OPS/OMS en las que participaron los equipos nacionales para compartir y ajustar diferentes aspectos de la misión: objetivos, agenda, participantes, metodología y desarrollo.
- El equipo realizó reuniones de preparación de la misión durante las que recopilaron información para elaborar una presentación sobre la situación epidemiológica del VIH y la respuesta de país en el marco de la estrategia T2.0.

2.3.2 Fase de misión técnica conjunta en el país

Durante la misión, el equipo técnico conjunto llevó a cabo actividades planificadas en respuesta a los objetivos planteados, consistentes en encuentros estructurados con actores clave y visitas a centros de atención al VIH según la agenda de trabajo consensuada. El equipo técnico tuvo la oportunidad de analizar la información disponible para identificar logros y brechas y emitir recomendaciones.

La misión técnica conjunta tuvo lugar del 18 al 25 de noviembre de 2013 en Montevideo. Las actividades y encuentros desarrollados fueron:

18 de noviembre del 2013

- Apertura de la Misión a cargo del representante de la OPS/OMS, la Ministra de Salud Pública y la Directora General de la Salud.
- Reunión del equipo técnico de la misión con representantes de otras dependencias del Ministerio de Salud Pública, instituciones y efectores de salud, sociedad civil y otros actores clave para:
 - Compartir los objetivos de la misión.
 - Presentar y discutir la estrategia de Tratamiento 2.0.
- Reunión de análisis del pilar 1 "Uso de antirretrovirales" para:
 - Conocer las *Guías para diagnóstico, monitorización y tratamiento antirretroviral en adultos, embarazadas y niños que están actualmente en desarrollo en el país.*
 - Analizar la cohorte de pacientes en tratamiento antirretroviral y los esquemas de TAR en uso.
 - Presentar las generalidades de las nuevas directrices unificadas de TAR de la OMS del 2013.

19 de noviembre del 2013

- Reunión técnica en la que se presentó la situación epidemiológica del VIH/sida y de la TB en Uruguay, así como la situación de la respuesta.
- Reunión técnica de análisis del pilar 2 "Diagnóstico y monitoreo" con el equipo nacional y referentes de laboratorio con el objetivo de:
 - Conocer las estrategias de acceso al diagnóstico oportuno, el estado de situación en la región y las recomendaciones de la reunión de diagnóstico de Bogotá en 2012.
 - Analizar la situación actual del diagnóstico en Uruguay y las estrategias diagnósticas.

- Conocer y discutir la evaluación de desempeño de test rápidos realizada en el país, los algoritmos diagnósticos utilizados y los nuevos algoritmos propuestos.
- Se asistió virtualmente a la sesión de presentación del informe de la OPS/OMS: *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013*.
- Reunión técnica para el análisis de los sistemas de información y monitoreo programático en el país.

20 de noviembre del 2013

- Reunión técnica sobre gestión de suministro y regulación sanitaria de medicamentos ARV e insumos de laboratorio para VIH. Se analizó la disponibilidad y acceso a medicamentos ARV, mecanismos de compras y precios, así como las posibles oportunidades y amenazas existentes.
- Reunión con actores claves de la sociedad civil con el objetivo de presentar la estrategia de tratamiento 2.0. y analizar el rol de la sociedad civil en dicha estrategia.

20 de noviembre del 2013

- Visitas a los siguientes servicios de atención al VIH en Montevideo:
 - Servicio de referencia para la atención integral del VIH en adultos (Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas – SEIC). Además se mantuvo reunión con integrantes de la Comisión de TAR.
 - Policlínica VIH para niños y embarazadas del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
 - Policlínica La Teja.

22 de noviembre del 2013

- Reunión técnica sobre la coinfección TB/VIH en la que se repasaron las principales recomendaciones de las directrices unificadas de la OMS de 2013 y el abordaje de la coinfección en el país.
- Presentación de la estrategia Tratamiento 2015 de ONUSIDA.
- Reunión técnica para el análisis y discusión sobre el modelo de atención al VIH en Uruguay.
- Por la tarde reunión del equipo de la misión para iniciar el informe de hallazgos y recomendaciones.

23 y 24 de noviembre de 2013

- Reunión del equipo de la misión para la finalización del informe de hallazgos y recomendaciones.

25 de noviembre de 2013

- Presentación del informe preliminar y recomendaciones ante el Subsecretario de Salud Pública y autoridades nacionales.

- Presentación del informe al equipo del Programa Nacional, representantes de otras dependencias del Ministerio de Salud Pública, instituciones y efectores de salud, agencias de naciones unidas, sociedad civil y otros actores clave.

3. Hallazgos de la Misión Técnica Conjunta

Durante la misión técnica conjunta se intentó construir una radiografía de la atención al VIH en Uruguay teniendo como ejes los 5 pilares de la estrategia Tratamiento 2.0.

A continuación se muestra un listado de los hallazgos relevantes en la respuesta al VIH encontrados durante la fase de la misión conjunta:

3.1 Contexto programático

Uruguay cuenta con leyes muy progresistas que brindan un contexto favorable para la respuesta a la epidemia de VIH, especialmente en poblaciones de más alta vulnerabilidad. En 1987 se creó el Programa Nacional de Sida con funciones de rectoría, elaboración de pautas y normas, diseño de estrategias, monitoreo y evaluación. Existe una CONASIDA desde el año 2008 que opera como Consejo Consultivo de Coordinación y para la presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas.

El país realiza una alta inversión financiera en la atención y dispone de recursos humanos y técnicos. Sin embargo, la cobertura y calidad de los servicios son subóptimas y por debajo del promedio regional. A pesar de ello, la prevención de la transmisión materno-infantil y atención al VIH pediátrico muestran muy buen progreso.

El modelo de atención al VIH sigue siendo vertical, concentrado y centralizado, características que fueron apropiadas para la fase inicial de la respuesta pero que actualmente resulta inadecuado para facilitar la expansión y sostenibilidad de la respuesta y alcanzar las metas del 2015. El país ha comenzado un proceso de revisión y ajuste de la atención al VIH en el marco de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicha reforma establece un modelo de atención con un Primer Nivel de Atención fortalecido donde se prioriza la promoción y prevención. Se considera los determinantes del entorno, con capacidad de diagnóstico oportuno, capacidad resolutoria, con enfoque de género y con énfasis en equidad.

3.2 Hallazgos por pilares de la estrategia Tratamiento 2.0

3.2.1 Servicios adaptados y accesibles

- En Uruguay, la atención del VIH está fragmentada con múltiples actores en el sector público (en el que se encuentra el 53,3% de los pacientes en TAR) y privado y con insuficiente coordinación entre ellos, sin lograr una cobertura adecuada que está por debajo del promedio regional: en 2012 sólo el 58% de las personas que precisaban TAR lo recibían, mientras que a nivel regional este valor es de 75%.
- La atención del VIH para adultos no corresponde a la visión actual de infección crónica e impide su integración a las redes de atención existentes. En cambio, la prioridad dada a la atención materno-infantil en el país se ve reflejada en la calidad de atención y en los buenos resultados en el control de la transmisión vertical, logrando una cobertura de TAR en embarazadas del 95%. Sin embargo, existen dificultades en la vinculación de las

puérperas con VIH con los servicios de atención de adultos, con pérdidas del seguimiento de hasta el 80%. Existe un proyecto con apoyo de UNFPA para mejorar esta vinculación. En cuanto al VIH pediátrico, la atención se realiza en un único centro de referencia en Montevideo para todo el país, con alta cobertura de TAR (>95%) y buen seguimiento, aunque con tasa de supresión viral subóptima en un grupo reportado.

- La atención ambulatoria para adultos en ASSE está descentralizada en algunos departamentos el país. En la región metropolitana está concentrada en el SEIC, donde se encuentra aproximadamente el 86% de los pacientes en TAR del subsector público. Este centro cumple solo parcialmente con su rol de centro de referencia nacional. Existen importantes pérdidas y demoras en el diagnóstico y vinculación de los pacientes con el servicio, por ejemplo: hasta cuatro meses en el inicio del TAR. En el subsector público la retención de pacientes al año de iniciar el TAR es baja (55,7%), por debajo de la media regional. Se encuentra en desarrollo un plan de reestructuración del SEIC y está prevista la mudanza al Hospital Pasteur durante 2014.
- Se está desarrollando un proyecto piloto multisectorial (ASSE, Intendencia de Montevideo y Universidad de la República) de descentralización de la atención del VIH en el primer nivel de atención, en la Policlínica La Teja, que está apoyado por el Ministerio de Salud Pública. Existen otros proyectos similares para la descentralización en el primer y segundo nivel de atención que se implementarán a corto plazo. Las sociedades científicas han manifestado apoyo al proceso de descentralización.

3.2.2 Sistema de información

- La información estratégica de VIH disponible es escasa, de baja calidad y con inconsistencia entre las diferentes estimaciones disponibles. Esto constituye una limitación importante en la gestión y monitoreo de los servicios, con repercusión en la eficiencia de la inversión, generando potenciales costos adicionales.
- En el subsector público, la información de VIH (epidemiológica, clínica, farmacia, laboratorio y programática) se registra de manera manual y fragmentada en diversos formatos, y su consolidación se realiza igualmente de forma manual y en algunos casos con apoyo de hojas de cálculo y bases de datos.
- Los pacientes son identificados de manera estandarizada con el número de cédula.
- Se están desarrollando varias herramientas electrónicas en línea (por ejemplo: SIEMBRA para historia clínica, WEB-FARMA para farmacia) con potencial de estandarización.

3.2.3 Diagnóstico y monitoreo accesibles en el punto de atención

- Se estima un volumen anual de 260.000 pruebas de tamizaje al año, basado en el número de Western Blot que se realizan. A partir del 2011 se inició una expansión del tamizaje descentralizado que incrementó un 20% las pruebas confirmatorias en 2012.
- Existe una alta tasa de diagnóstico tardío (38-45% con menos de 200 CD4 según estudios).

- Conforme a la guía vigente (2011), el tamizaje de la infección por VIH se realiza con pruebas rápidas o ELISA, y la confirmación con Western Blot y únicamente en el Departamento de Laboratorio de Salud Pública para todos los efectores.
- En varios de los efectores es necesaria la consulta médica como requisito para acceder a la prueba.
- Las pérdidas de personas entre tamizaje y confirmación son altas. Esto es debido a las dificultades de manejo en la comunicación de resultados positivos preliminares con variabilidad en los distintos modelos de entrega de resultados, y al excesivo tiempo que transcurre entre la primera consulta y la confirmación diagnóstica (hasta 2 meses).
- Se encuentra en proceso de validación el nuevo algoritmo diagnóstico, que se integrará a las Guías de VIH que están en desarrollo. Este algoritmo se basa en tres principios:
 - Diagnóstico con 2 pruebas rápidas secuenciales de acuerdo a la evaluación de desempeño de 3 pruebas estudiadas.
 - Tamizaje con ELISA o prueba rápida y confirmación con otra plataforma tecnológica.
 - Western Blot, ELISA de 4ª generación y/o técnicas moleculares para resultados discordantes.
- Alta cobertura de tamizaje en embarazadas y pacientes con TB utilizando la estrategia de prueba iniciada por el equipo de salud, así como la cobertura de pruebas virológicas (ADN proviral) para el diagnóstico oportuno en niños expuestos.
- Existen 2 unidades móviles de prueba y consejería dirigidas a poblaciones claves pero sin prueba rápida y extrayendo muestra de sangre para análisis en los laboratorios regionales.
- No existe una red de control de calidad que acompañe el proceso de descentralización de la prueba rápida. Existía hasta 2008 un mecanismo de evaluación externa de desempeño del Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP) con el CDC.
- La carga viral se realiza en 12 laboratorios y el recuento de CD4 en 6, solo en Montevideo, y para los pacientes de ASSE en el SEIC. Buena cobertura de CV con un promedio de 1,8 pruebas por paciente por año.

3.2.4 TAR actualizado y mejorado

- Existe una comisión de consenso para la elaboración de Guías de VIH, multidisciplinaria, multinstitucional y dependiente de la Dirección General de la Salud (DIGESA-MSP). Las nuevas Guías de VIH están en proceso de finalización y consolidan recomendaciones para adultos, embarazadas, niños expuestos e infectados. Además existen otras guías: coinfección TB-VIH (2012) y Guía clínica para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis congénita (2013). Las recomendaciones van alineándose a las directrices de la OMS 2013, aunque con las siguientes limitaciones:
 - Baja priorización del esquema preferente recomendado por la OMS (TDF/XTC/EFV) en combinación a dosis fija debido al alto costo.

- Las recomendaciones de la Guía no tienen carácter de cumplimiento obligatorio.
- El Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) no incluye ARV en combinación a dosis fija.
- Algunos de los fármacos de rescate incluidos en las Guías no están disponibles en todos los efectores.
- Existe una Comisión de TAR (de ASSE) desde 2005 que vigila el uso y aplicación de las guías de TAR en adultos (inicio de TAR y cambio de esquemas) en coordinación con la Comisión de resistencias, pero carece de términos de referencia específicos. Dicha Comisión constituye un obstáculo para el inicio temprano del TAR.
- Exista una Comisión de genotipificación y resistencias a ARV (de DIGESA) que autoriza la realización de test de resistencias desde el primer fracaso terapéutico, en embarazadas y niños, y realiza recomendaciones para el cambio de TAR.
- En cuanto a los esquemas de ARV utilizados, no existen datos de los pacientes de ASSE (48% del total).
- En cuanto a los esquemas ARV utilizados, los datos disponibles del 2011 en adultos corresponden al subsector privado y a una parte del público pero no hay datos de los pacientes de ASSE. El análisis de dichos datos muestra lo siguiente:
 - El 81% de los pacientes están en esquemas de 1ª línea, el 16% en esquemas de 2ª y el 3,5% en esquemas de rescate.
 - Existe un alto número de esquemas (27 en 1ª línea y 34 en 2ª) aunque la mayoría de los pacientes se concentran en pocos esquemas.
 - El 33% de los pacientes en 1ª línea está en un esquema que contiene IP (no recomendados por la OMS).
 - El 10,5% de los pacientes se encuentran en tratamiento con ARV obsoletos (d4T, IDV, NFV). Actualmente no se utiliza NFV.

En cuanto a los esquemas de ARV en los nuevos inicios en TAR, se observa una alta utilización de AZT/3TC+EFV (45%) e IP (28%) y muy bajo uso de combinaciones de dosis fija recomendadas por la OMS.

3.2.5 Uso racional y eficiente de los recursos financieros

- En Uruguay, en el subsector público, el diagnóstico y la atención al VIH es gratuita. En cuanto a la compra de ARV e insumos, el 100% se realiza con recursos nacionales.
- Existencia de un Formulario Terapéutico de Medicamentos como herramienta para promover el uso racional y accesibilidad que incluye la mayoría de los ARV recomendados en la norma.
- El gasto anual de ARV del subsector público y privado es >200M de pesos uruguayos (sin incluir sanidad policial y militar). Esto representa US\$ 2350 por paciente año, frente a US\$1200 del promedio regional, siendo uno de los precios más altos de la región.

- Según datos de la División de Economía de la Salud, los precios de adquisición de los ARV y reactivos en el subsector privado son más caros que en el público (hasta tres veces más para algunos medicamentos). Los acuerdos de propiedad intelectual y la limitada participación de proveedores en el mercado nacional plantean situaciones de monopolio, que elevan el costo de algunos ARV con impacto significativo en la factura limitando el acceso a algunas de las opciones recomendadas por OMS. El Decreto 12/007 referido a intercambiabilidad de genéricos exige la realización de estudios de bioequivalencia en el país, limitando el ingreso de nuevos proveedores de medicamentos genéricos.
- Las estimaciones de necesidades de ARV e insumos están basadas en el consumo del año previo más un incremento estimado en datos históricos.
- La adquisición de ARV está fragmentada entre el subsector público y privado con baja participación en las licitaciones públicas de los proveedores que poseen ARV monopólicos.
- El proceso de licitación de la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA) del Ministerio de Economía y Finanzas permite incrementar la cantidad de medicamentos e insumos hasta un 100% utilizando la misma licitación.
- Cuatro ARV de rescate están en proceso de inclusión al FTM y su financiación se proyecta a través del Fondo Nacional de Recursos.

3.2.6 Coinfección TB/VIH

- Existe coordinación entre los programas de TB y VIH a nivel nacional y una planificación conjunta de actividades.
- La implementación de las actividades de colaboración TB/VIH es muy limitada en el país y la atención del paciente coinfectado en general se realiza de manera no integrada.
- La utilización de la terapia preventiva con isoniazida en el país es muy baja y la terapia preventiva con cotrimoxazol limitada.
- El país ya dispone de un equipo Xpert MTB-Rif que facilitaría el diagnóstico de TB en personas con VIH.
- El diagnóstico tardío y manejo inadecuado de la coinfección están contribuyendo al aumento de la incidencia y de la letalidad de TB en los últimos 2-3 años.

3.2.7 Participación comunitaria

- Existen grupos de sociedad civil que participan en la atención al VIH especialmente en servicios para mujeres embarazadas y niños. Sin embargo es escasa la participación de las personas con VIH en la respuesta del sector salud.
- Los esfuerzos del activismo en el marco de la CONASIDA ha contribuido a resultados importantes como por ejemplo el cierre de la internación en el SEIC.
- Existe una débil coordinación formal entre las organizaciones existentes.

- La comunidad y la sociedad civil tienen limitada representación y participación en las instancias decisorias relacionadas al VIH dentro del sistema de salud (por ejemplo: comité de consenso y comisión de tratamiento).
- Existen instancias de participación de los usuarios en el Sistema Nacional Integrado de Salud que no están siendo aprovechados por las personas afectadas por el VIH.

4. Recomendaciones

A continuación se lista una serie de recomendaciones consensuadas por todo el equipo de trabajo que formó parte de la misión técnica en relación a los 5 pilares de la estrategia.

- Crear un grupo de trabajo intersectorial e interinstitucional (MSP, ASSE, UDELAR, IM, sector privado, CHLA, sociedad de infectología, sociedad civil) para proponer estrategias para la expansión y sostenibilidad del diagnóstico, tratamiento y atención con énfasis en descentralización bajo el marco de las recomendaciones de la Misión Conjunta de tratamiento 2.0.

4.1 Servicios adaptados y accesibles

- Incluir en la ley de VIH en elaboración una perspectiva de infección crónica.
- Descentralización de la atención de los pacientes con VIH con delegación de funciones claramente establecidas: desarrollar un protocolo de procesos que defina roles, responsabilidades, mecanismos de referencia y contra referencia, planes de capacitación, estimaciones de necesidades, entre otros.
- Promover la existencia de centros de referencia (regionales) que lleven adelante la atención en situaciones especiales (especificidades y/o complejidades relacionadas a la infección, coinfecciones, fallo al TAR, etc), que promuevan investigación y formación de recursos humanos, en coordinación y diálogo con las diferentes iniciativas de descentralización.
- Establecer mecanismos para garantizar la red de servicios en púerperas, niños, pacientes coinfectados y poblaciones clave.
- Continuar y fortalecer las actividades de la Unidad de Orientación Terapéutica del SEIC explorando posibilidades de inclusión de sociedad civil para mejorar la calidad de la atención y retención de los pacientes en seguimiento y tratamiento.
- Realizar un análisis de los resultados de la cohorte pediátrica y de adultos con énfasis en la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Documentar el proceso y resultado del proyecto piloto de la Policlínica La Teja.
- Desarrollar de manera prioritaria un módulo de VIH iniciado por el departamento de vigilancia del Ministerio de Salud Pública con una mirada longitudinal en el continuo de atención, integrado en las plataformas electrónicas que están en proceso de desarrollo e implementación. Existe una propuesta de desarrollo con posible financiación del FG.

4.2 Diagnóstico y monitoreo accesibles en el punto de atención

- Desarrollar un plan de expansión y descentralización del diagnóstico con enfoque en poblaciones clave por parte del grupo de trabajo que incluya:
 - Definición de una red de laboratorios y efectores con metas programáticas basadas en el conocimiento de la epidemia e indicadores de monitoreo.
 - Estimaciones de necesidades de insumos, reactivos y RRHH.

- Combinación de abordajes de la oferta: prueba iniciada por el proveedor de salud, en el primer nivel de atención y a nivel comunitario.
 - Capacitación en consejería, implementación de los nuevos algoritmos y realización de la prueba rápida.
 - Estrategia comunicacional de promoción de la prueba.
- Completar la validación de las pruebas rápidas con inclusión de todos los reactivos registrados en el país y establecer calendario de actualización por parte del DLSP.
 - Establecer un programa de control de calidad nacional interno y externo de los algoritmos diagnósticos.
 - Expandir las actividades de las unidades móviles para poblaciones clave utilizando pruebas rápidas como tamizaje en una primera instancia y como diagnóstico de acuerdo al nuevo algoritmo cuando sea oportuno.
 - Abrir la posibilidad de realización de prueba sin el requisito de la indicación por un médico.
 - Garantizar la consejería post prueba como un mecanismo para vincular los pacientes con resultado positivo con los servicios de atención.

4.3 TAR actualizado y mejorado

- Finalizar el proceso de consolidación de las Guías de VIH considerando incorporar aspectos como TB/VIH.
- Apoyar el cumplimiento de las Guías de VIH mediante ordenanza ministerial y/o inclusión en el PIAS (Plan Integral de Asistencia en Salud).
- Fortalecer la institucionalización de la Comisión de tratamiento de ASSE con definición de los términos de referencia enfatizando:
 - Análisis de los nuevos ingresos en TAR que no cumplan criterios para esquemas preferidos.
 - Análisis de los cambios de esquema por fallo o por toxicidad.
 - Asesoría técnica y referencia a nivel nacional.
 - Auditoría de la aplicación correcta de las Guías de VIH.
- Implementar la simplificación del TAR:
 - Expandir el uso de combinaciones en dosis fijas y del esquema preferente (TDF/XTC/EFV) recomendado por la OMS.
 - Limitar el uso de los inhibidores de proteasa en 1ª línea de los nuevos inicios en TAR.
 - Implementar la simplificación del TAR en pacientes en 1ª línea con IPs no recomendados en la Guía (SQV, FPV, IDV).
 - Acelerar el plan de migración para pacientes en esquemas con ARV obsoletos (d4T e IDV).
- Acelerar la inclusión de los fármacos de rescate en el Fondo Nacional de Recursos.

4.4 Coinfección TB/VIH

- Reactivar los mecanismos formales de coordinación interprogramático para monitorear y evaluar las actividades de colaboración.
- Actualizar las recomendaciones para el manejo de la coinfección e incorporarlas a las Guías de VIH, incluyendo un algoritmo para el uso del Xpert MTB-Rif para la detección de TB en personas con VIH siguiendo recomendaciones de OPS/OMS.
- Implementar el tamizaje clínico de TB en pacientes con VIH y garantizar la disponibilidad de isoniacida en los servicios de atención de VIH.
- Establecer mecanismos de integración de la atención de TB y VIH enmarcados en el proceso de descentralización de los servicios de VIH. Considerar iniciar en el sitio piloto de La Teja.
- Desarrollar el componente de control de infecciones.

4.5 Uso racional y eficiente de los recursos financieros

- Consolidar la demanda y la adquisición de ARV y reactivos integrando a los subsectores público, privado, sanidad militar y policial para lograr compras más costo-eficientes.
- Considerar la modificación del Decreto 12/007 referente a los estudios de intercambiabilidad y bioequivalencia u otro mecanismo para promover el registro de ARV genéricos y aumentar la competencia para lograr el acceso a medicamentos a precios más asequibles.
- Considerar el reconocimiento de los estudios de intercambiabilidad del Programa de Precalificación de medicamentos de la OMS en el proceso de registro de ARV genéricos.
- Siendo Uruguay signatario del Fondo Estratégico de la OPS desde 2006, se recomienda su utilización para la adquisición de ARV y reactivos, teniendo en cuenta:
 - el establecimiento de convenios secundarios de adhesión al FE/OPS con otras instituciones públicas estatales (ASSE); y
 - La adaptación de mecanismos administrativos financieros (prepagos).
- Promover la negociación de precios con los laboratorios farmacéuticos de productos innovadores (patentados y no patentados) en función de la demanda nacional y precios de referencia internacional (Banco de precios de Brasil, FE/OPS, precios de referencia OMS).

4.6 Participación comunitaria

- Promover la participación de la sociedad civil en las instancias de representación de los usuarios en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Incorporar en las instancias decisorias para la respuesta al VIH a representantes de organizaciones de carácter comunitario y sociedad civil.
- Fortalecer la capacidad técnica y operativa de estas organizaciones con apoyo de ONUSIDA y otras organizaciones.

- Integrar a la sociedad civil en el desarrollo del proceso de expansión y sostenibilidad del diagnóstico y atención del VIH, incluso en las iniciativas piloto de descentralización que se están llevando a cabo.

5. Integrantes de la misión

5.1 Equipo nacional

- Dra. Susana Cabrera. Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida. MSP
- Lic. Mónica Castro. Directora del Departamento de Vigilancia en Salud. MSP
- Dr. Héctor Chiparelli. Director de Virología del Departamento de Laboratorios de SP.
- Lic. Lourdes Galván, Ec. Javier Díaz. Economía de la Salud. MSP
- Dr. Fernando Alvariño. División Evaluación Sanitaria
- Dra. Mariela Mansilla. Representante de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Dra. Daniela Paciel. Representante de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. UdeLaR.
- María José Fraga. REDLA.
- Sra. Liset Collazo. ASEPO. Compañeros de las Américas
- Representante de la CONASIDA
- Mag. S. P. Mario González. Asesor de OPS Uruguay
- Soc. Juan José Meré. UNFPA
- Dr. Alvaro Arroyo. UNICEF

5.2 Equipo internacional:

- Dr. Massimo Ghidinelli. Jefe de Unidad, VIH, TB, Hepatitis e ITS. OPS/OMS.
- Dr. Rafael López Olarte. Asesor del Programa Regional de Tuberculosis. OPS/OMS.
- Dra. Nora Girón. Coordinadora Regional del Fondo Estratégico OPS/OMS.
- Dr. Pedro Avedillo. Especialista en tratamiento. OPS/OMS
- Dr. Alberto Stella. Coordinador de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay
- Dr. Marcelo E. Vila. Asesor subregional en VIH/ITS para el Cono Sur. OPS/OMS

6. Siglas y acrónimos

• 3TC	Lamivudina
• ARV	Antirretroviral
• ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
• CDF	Combinaciones en dosis fijas
• CD4	Linfocitos con marcador de superficie CD4
• CONASIDA	Comisión Nacional del Sida en Uruguay
• CV	Carga viral plasmática de VIH
• d4T	Estavudina
• DIGESA-MSP	Dirección General de la Salud
• DLSP	Departamento de Laboratorios de Salud Pública
• EFV	Efavirenz
• FTC	Emtricitabina
• FM	Fondo Mundial
• GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
• IP	Inhibidor de proteasa
• ITS	Infecciones de transmisión sexual
• MSP	Ministerio de Salud Pública
• OMS	Organización Mundial de la Salud
• ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
• OPS	Organización Panamericana de la Salud
• PEMAR	Poblaciones en Mayor Riesgo
• PIAS	Plan Integral de Asistencia en Salud
• PTMH	Prevención de la transmisión de maternoinfantil del VIH
• PVV	Personas viviendo con VIH
• SEIC	Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas
• T2.0	Estrategia Tratamiento 2.0
• TAR	Tratamiento antirretroviral
• TB	Tuberculosis
• TDF	Tenofovir
• UCA	Unidad Centralizada de Adquisiciones
• VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
• XTC	Lamivudina o emtricitabina