




EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS CON RESPECTO A LAS METAS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE 2011.

URUGUAY, 31 de mayo de 2013






**EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO SOBRE
LOS PROGRESOS REALIZADOS CON RESPECTO
A LAS METAS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA
SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE 2011.**

URUGUAY, 31 de mayo de 2013







**EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO SOBRE
LOS PROGRESOS REALIZADOS CON RESPECTO
A LAS METAS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA
SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE 2011.**

URUGUAY, 31 de mayo de 2013





El objetivo principal de las consultas con los actores nacionales es brindar una oportunidad para evaluar los progresos realizados en torno a los diez objetivos, identificar y discutir temas relacionados con la definición de objetivos, establecer prioridades de intervención y de asignación de recursos, y formular y acordar un conjunto de recomendaciones para cambiar el rumbo de las intervenciones, acelerar la acción o reprogramar los recursos.



AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministro Salud Pública
Dra. María Susana Muñiz

Sub Secretario MSP
Prof. Dr. Leonel Briozzo

Directora General de la Salud
Dra. Marlene Sica

Directora del Departamento Estratégico en Salud
Dra. Ana Noble

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

EQUIPO RESPONSABLE DEL INFORME

Coordinación:
Dra. Susana Cabrera
Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida.

Equipo Técnico:
Dra. Ana Visconti
T. Social Ingrid Gabrielzyk
Lic. Enf. José Luis Priore
Soc. Ana Sosa
Consultora ONUSIDA

INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN LA CONSULTA NACIONAL

AMEPU
ANEP
ANII
ASSE
Centro Virchow
Compañeros de las Américas
Cámara de Diputados
Cámara de Senadores
Facultad de Medicina- UDELAR
ICW
IELSUR
Iniciativa Latinoamericana
JND
Laboratorio Salud Pública
Ministerio del Interior
MYSU
OPP
PIT CNT
RED PVVS URUGUAY
UGPFM/MSP
UNFPA
UNICEF

Informe elaborado con el apoyo de ONUSIDA.
Apoyo para su impresión Proyecto País del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Período de la consulta nacional:
mayo 2013.

Contenido

1. CONTEXTO	13
2. METODOLOGÍA	23
3. DIAGNÓSTICO DE PROGRESO CON RESPECTO A LAS METAS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE 2011	27
REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL	28
PREVENCIÓN DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS	33
ELIMINACIÓN DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS	36
ACCESO AL TRATAMIENTO	40
ERRADICACIÓN DE LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS	44
ELIMINACIÓN DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO	47
ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	49
FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN DEL VIH	51
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA CONSULTA NACIONAL	53
4.1 CONCLUSIONES	53
4.2 RECOMENDACIONES	55

Lista de acrónimos

AMEPU	Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay
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
CENTRO VIRCHOW	Cooperativa de producción, conformada por profesionales y técnicos trabajadores en intervención social
CHLA-EP	Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
CONASIDA-MCP	Comisión Nacional de Sida – Mecanismo de Coordinación País
DLSP	Departamento de Laboratorio de Salud Pública
DPES	Departamento de Programación Estratégica en Salud
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud
DIGESA	Dirección General de la Salud.
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana
HSH	Hombres que tienen 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 travestis, transexuales, transgénero
UDI	Usuario de drogas inyectables
UDELAR	Universidad de la República
UGPFM/MSP	Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial-Ministerio de Salud Pública
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

1

Contexto.

1.1 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 tienen relaciones sexuales con varones y personas privadas de libertad).

- Desde el año 1983 a diciembre del 2012 se han notificado 16.430 casos de infección por VIH. ^{1,2}
- La tasa de notificación de casos VIH alcanzó en el año 2012, 27.08 por 100.000 habitantes (890 casos). La tasa de notificación de Sida se situó en 9.8 por 100.000 habitantes (322 casos).
- El número acumulado de fallecidos a diciembre de 2012 era de 2.863 (tasa de 5.87 por 100.000 habitantes en el 2012).
- La relación Hombre:Mujer se ha estabilizado en los últimos 10 años permaneciendo aproximadamente en 2:1. En el 2012 esta relación fue de 1.6 en la notificación de casos de VIH y de 2.78 para la notificación de casos de Sida (el 62% del total de casos notificados de infección por VIH correspondieron a varones).

En los casos diagnosticados en el 2012, existió un predominio de casos de VIH en el grupo comprendido entre 20 y 44 años de edad, mientras que los casos de Sida predominaron en el grupo entre 25 y 44 años.

La vía de transmisión predominante es la sexual.

1) Si bien la vigilancia de VIH/Sida en Uruguay se realiza desde los inicios de la epidemia, en el año 1994 se incluye el VIH en el Código Nacional de Enfermedades de Denuncia Obligatoria. Decreto No. 146/94.

2) Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Programa ITS/Sida; DEVISA; DLSP. Uruguay, 2013.

La tasa de transmisión vertical a nivel nacional, en el año 2012 se ubicó en el 5.4%.

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

1.2. Respuesta política y programática.

En el período 2005-2012, el Gobierno profundiza los cambios iniciados en el período anterior, definido como de corte progresista con una agenda orientada a la construcción de la ciudadanía plena y a la gestión de política de Estado en Educación, Salud y Derechos Humanos.

En 1987, por el Decreto NO 345/87 se crea el Programa Nacional de Sida. En el 2002, se incorpora el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pasando a denominarse Programa Prioritario de ITS/Sida.

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

Son funciones del PNITS-VIH/Sida:

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

Las directrices que lo sustentan son:

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

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

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

En el artículo 1º 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.

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

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

1.2.1. Sobre el marco legal vigente.

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

- **Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).** Es el fondo único de financiamiento de la prestación de asistencia médica a un colectivo de trabajadores y jubilados. Se establece en su Artículo 5 que los beneficiarios pueden optar entre la asistencia en el sector público o privado. Regula el financiamiento y ayuda a brindar las condiciones de sostenibilidad económica a la Reforma de la Salud. Durante el período 2009-2011 se ha incrementado el número de colectivos con derecho a este Seguro Nacional de Salud, que incorpora a cónyuges, profesionales, jubilados, empresas unipersonales. Se prevé de esta forma que para el año 2015, 2.500.000 de 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 tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social. Constituye un poderoso elemento legal para amparar a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y en mayor riesgo, legislando contra la discriminación y garantizando las condiciones de acceso universal desde dentro mismo del sistema de salud.

- **Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.** El Estado por primera vez garantiza las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Además de establecer estos derechos, promueve políticas nacionales, diseña programas y organiza servicios para desarrollarlos. Se destacan sus principios: a) universalización en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); b) garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones, la formación adecuada de los recursos humanos de la salud y la incorporación de la perspectiva de género; c) capacitar a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena. Como objetivos específicos se consideran: a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes en esta materia, b) prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas, c) promover el parto humanizado, d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño, e) fortalecer las prestaciones en salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias; f) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y g) prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas. Para el cumplimiento de dichos objetivos se encomienda al Ministerio de Salud Pública que: a) dicte normas para la atención integral en SSR de niños, niñas y adolescentes, b) capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes, c) impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR, d) implemente acciones de vigilancia y control de la gestión, e) promover la captación precoz del embarazo, f) implementar en todo el territorio nacional la normativa denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", promover que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción. También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad. Se destaca la directa mención al VIH/Sida y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1, 2, 3 y 4, donde encomienda al MSP: a) la promoción en todos los servicios de SSR la educación, información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables, y los métodos eficaces de prevención de las ITS, b) proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto, c) impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad y d) investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/Sida y otras ITS en diferentes poblacionales, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas. Merece especial destaque en la norma, la incorporación del Artículo 7, que incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el Artículo 11 bis, donde legaliza el derecho de toda niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. Merece aclaración que el proyecto de ley original recibió el veto presidencial en el Artículo referido a la interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente en octubre del 2012 se aprueba la Ley 18.987 de Despenalización del Aborto.

- **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 2° 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 3° describe las características de estos servicios como: a) universales; b) amigables, a fin de disminuir las barreras de acceso en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos; c) inclusivos, contemplando a mujeres, varones y trans; d) igualitarios, respetando la diversidad de las personas y evitando cualquier tipo de discriminación; e) integrales, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social; f) multidisciplinario; g) ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas; h) calificado, según las necesidades de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; i) confidencial.
- **Decreto del Poder Ejecutivo, 001-3-6712/2010, respecto al acceso universal de los métodos anticonceptivos.** En referencia a la provisión de preservativos, establece la obligatoriedad a los prestadores del SNIS, sin costos para usuarios/as del sector público y con un copago mínimo para privados, de una cuponera conteniendo 12 vales para 15 preservativos masculinos por mes.
- **Ley 18.437 Ley General de Educación** que en su Capítulo IV referido a los principios de la educación estatal determina en su Artículo 18 la igualdad de oportunidades o equidad, haciendo especial destaque en la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual y en su Capítulo VI define las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación, entre las que destacamos la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.
- **Decreto N° 87/008. Creación de la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).** Dicho organismo se establece como consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en políticas públicas vinculadas al VIH/Sida. Se constituye como un espacio amplio de participación de multiplicidad de actores relevantes involucrados en la lucha contra el VIH/Sida y funciona en forma sostenible como ámbito de generación y validación de políticas específicas orientadas al VIH/Sida.
- **Ley N° 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 N° 18.426, de 1° 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 gestación.

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.

1.2.2. Sistema de Salud y progresos en la implementación de la Reforma de la Salud.

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

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

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

Se propone un modelo de atención integral basado en las necesidades de la población, fortalecido en el Primer Nivel de Atención (PNA) donde se priorice la promoción y prevención considerando los determinantes del entorno, con capacidad de diagnóstico oportuno, capacidad 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), apostando a la construcción de la agenda nacional de prioridades y como forma de lograr una mayor eficacia en las acciones propuestas a nivel de la política sanitaria impulsada por el Ministerio.

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

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

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

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

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

- Construcción y actualización de una Base de Datos y Referencias para el diseño de una estrategia basada en evidencias.
- Elaboración de un documento de Marco de Resultados donde se presentan las intervenciones, líneas de acción, efectos directos, líneas de base existentes y brechas identificadas de información.
- Actualización del Plan Estratégico Nacional (PEN) sustentado en 5 ejes estratégicos: 1) Promoción y Prevención; 2) Atención Integral; 3) Entorno; 4) Fortalecimiento institucional y organizacional; 5) Monitoreo y Evaluación.
- Establecido la rectoría en la respuesta a la epidemia y promovido la articulación de actores e iniciativas.
- Elaborado pautas, normativas y recomendaciones de carácter nacional.
- Promovido políticas públicas saludables.
- Monitoreado y evaluado la aplicación de las normativas vigentes y el cumplimiento de las prestaciones implementadas por los efectores de salud.
- Enfocado, a partir de sus objetivos principales, la respuesta en las poblaciones más expuestas, quienes sufren de forma desproporcionada el peso de la epidemia.

En diciembre del 2010 fue aprobado por el Fondo Mundial el Proyecto "Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral de VIH/Sida de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay". El Acuerdo de Subvención fue firmado en diciembre del 2011 y dio inicio en el 2012. Tiene como Receptores Principales (RP) al Ministerio de Salud Pública (que conformó la Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial) y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación (ANII) que bajo su órbita se encuentran tres subreceptores: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Centro Virchow, Iniciativa Latinoamericana (INLATINA). Este proyecto fortalece la respuesta nacional con acciones de prevención orientadas a dos poblaciones vulnerables: población de travestis, transgénero y transexuales, y población de hombres que tienen sexo con hombres y hombres gay. Las metas propuestas en este proyecto son:

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

1.2.4. 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 del 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 y el Documento de trabajo: Guía de Atención a la Salud de Hombres que tienen Sexo con Hombres y Trans femeninas primera versión elaborado en forma conjunta con la UGPFM.

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 Perinatológico, el Plan de Salud Rural.

2

Metodología.

2.1 Metodología de la evaluación

El examen de mitad de camino persigue los siguientes objetivos:

- Reafirmar y fortalecer el compromiso de liderazgo necesario para alcanzar los objetivos y los compromisos relacionados con la erradicación del VIH y el SIDA incluidos en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 en todos los países y regiones;
- Fortalecer la rendición de cuentas, así como el sentido de apropiación y la transparencia con respecto a los datos que los países proporcionan sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos y los compromisos;
- Contribuir a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas nacionales de VIH - utilizando el examen de mitad de período como un paso para promover la inversión nacional en materia de VIH, y
- Promover y aplicar los principios de responsabilidad compartida y solidaridad mundial con respecto a la inversión en VIH e identificar soluciones para la sostenibilidad a largo plazo de las respuestas nacionales al SIDA.

Como forma de lograr estos objetivos y garantizar la consulta nacional, el Programa Nacional ITS-VIH/Sida organizó dos encuentros multisectoriales, donde se trabajó en forma conjunta:

- Metas y objetivos nacionales planteados hasta finales de 2015 contenidos en el Plan Estratégico Nacional de VIH/Sida 2012 – 2016.
- Logros alcanzados hasta la fecha con respecto a nueve de los diez objetivos y compromisos (ya que la eliminación de las restricciones de viaje no es un objetivo prioritario para el país).
- Principales obstáculos y retos que dificultan los avances.
- Cambios en las políticas y en el enfoque de los programas necesarios para alcanzar las metas.
- Recomendaciones para reducir las brechas identificadas y para mantener el progreso hacia los diez objetivos planteados para más allá del 2015.

Dichas jornadas constaron de 4 horas de trabajo cada una. En primer lugar se presentó por parte del Programa Nacional ITS-VIH/Sida las metas fijadas por el país y el estado de situación de las mismas en la actualidad.

Esta información junto con la matriz de metas para el ejercicio diagnóstico fueron disparadores para un trabajo grupal enfocado, en la primera jornada, a identificar los avances y los obstáculos que se interponen en la consecución de los objetivos de la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 y a la elaboración de recomendaciones para reducir brechas y mantener el avance.

En la primera jornada se dividió a los participantes en 4 grupos y se trabajaron las metas de acuerdo a las competencias de cada participante de acuerdo a su experiencia como actor en la respuesta nacional.

Esto permitió optimizar el análisis y lograr los aportes de los actores con más experiencia en la respuesta del país para cada meta.

Una vez culminado el trabajo grupal cada grupo hizo una devolución en plenaria permitiendo el intercambio con los demás participantes y consensuando así los aportes en los distintos objetivos.

Esta primera jornada permitió al equipo de técnicos responsables de este informe elaborar un informe preliminar que fue validado en el segundo encuentro multisectorial. Previo a esta última jornada se realizaron intercambios vía mail del documento preliminar como forma de reforzar la consulta.

Una vez finalizado el informe, el 30 de mayo se presentó ante la CONASIDA, una reseña con las principales conclusiones y recomendaciones de esta consulta nacional.

Es importante destacar el aporte comprometido de cada una de las personas asistentes y la calidad de los aportes obtenidos en estos encuentros.

El trabajo conjunto y el esfuerzo manifestado por los/as representantes de las organizaciones y organismos presentes en esta consulta, confirman la prioridad que tienen estas metas para el Programa Nacional ITS-VIH/Sida, para la CONASIDA y otros tantos actores responsables de la respuesta a la epidemia en Uruguay.

El respeto, el compromiso en la mejora y por sobre todo el análisis crítico pero propositivo fueron las características imperantes en estos encuentros y en todo el proceso de consulta.

2.2 Los informantes clave y fuentes de información

Principales fuentes de información fueron:

- Marco de Resultados del Plan Estratégico Nacional 2012-2016.
- Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012 Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011.
- Proceso de Análisis y Revisión del Acceso Universal en Uruguay 2010.

Personas e instituciones que participaron en esta consulta

INSTITUCIÓN	Representante
AMEPU	Marta Navarrete
ANEP	Ma. Del Carmen Aranda
ANII	Geraldine Gaillot-Novak
ANII	Tomás Parodi
ASSE	Mariela Mansilla
Centro Virchow	Marcelo Cervantes
Compañeros de las Américas	Liset Collazo
Cámara de Diputados	Berta Sanseverino
Cámara de Senadores	Luis José Gallo
Facultad de Medicina- UDELAR	Mariana Guirado
ICW	Maureen Brenson
IELSUR	Ma. de los Angeles Salgado
Iniciativa Latinoamericana	Myriam Puigross
Iniciativa Latinoamericana	Stella Domínguez
JND	Gabriela Olivera
Laboratorio Salud Pública	Dora Ruchansky
Ministerio del Interior	Araceli Pino
MYSU	Lilián Abracinskas
OPP	Jacqueline Chouhy
PIT CNT	Juan Cordero
PN ITS/VIH Sida	Ana Visconti
PN ITS/VIH Sida	Ingrid Gabrielzyk
PN ITS/VIH Sida	José Luis Priore
RED PVVS URUGUAY	Ma. José Fraga
UGPFM	Daniel Pérez
UGPFM	Ma. José Hernández
UNFPA	Juan José Meré
UNICEF	Álvaro Arroyo

3

DIAGNÓSTICO DE PROGRESO CON RESPECTO A LAS METAS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE 2011.

Análisis de las metas

El presente capítulo presenta el diagnóstico de progreso de las metas fijadas por el país para el 2015.

El análisis comprende a cada uno de los objetivos de la Declaración política sobre el VIH SIDA de 2011 con sus metas país y el panorama actual de los indicadores de monitoreo de las mismas.

También se incluye en este análisis las acciones programáticas implementadas desde el 2011 así como una descripción de los retos y obstáculos.

Finalmente se detallan los cambios programáticos necesarios para alcanzar los objetivos así como las inversiones necesarias.

REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL

META PAÍS

a. Aumento del uso del condón en poblaciones más expuestas.

Trabajadores/as sexuales

Meta 2014 78%

Meta 2016: 80%

HSH

Meta 2014: 50%

Meta 2016: 52%

b. Aumentar el acceso de personas más expuestas a programas de prevención

PANORAMA ACTUAL

Indicadores	Base ³	2012
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% (2008)	s/d
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	36.9% (2008)	s/d
1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	16.5% (2007)	s/d
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% (2007)	s/d
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% (2007)	s/d
1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*	0.03% (2010)	0.20%

3) 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. 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.

Profesionales del sexo	Base⁴	2012
1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	s/d	s/d
1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	76.4% (2007)	s/d
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% (2007)	s/d
1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	19.3% (2007)	s/d
HSH		
1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	s/d	s/d
1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	45.9% (2008)	s/d
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% (2008)	s/d
1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	9% (2008)	s/d

4) Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM. PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR. Cobertura: Montevideo. Año de realización: enero-junio 2007.

Muestra: 313 TS. Rango etario: 18 a 65 años.

Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH. PPITS-SIDA, CIEI-SU, Ovejas Negras, UDELAR. Cobertura: Montevideo. Año de realización: mayo octubre 2008.

Muestra: 309 HSH. Rango etario: 18 a 62 años.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. Promoción de prácticas de promoción de la salud y prevención de ITS y VIH:

- a. COMPRA DE PRESERVATIVOS: La compra de preservativos del Ministerio de Salud Pública se realiza a través de UNFPA. El MSP provee de forma gratuita a los prestadores públicos de salud, ONGs, para uso en campañas de promoción y educación. Según lo establecido en la Ley de Protección a la SS y SR, los prestadores de salud deben proveer a los/as usuarios/as que lo solicitan, 15 preservativos por persona por mes; según las Directrices para la Atención Integral de las trabajadoras/es sexuales del 2008 se entregan 30 preservativos por consulta como mínimo para trabajadoras/es sexuales.
- b. En el año 2011, se inició la provisión de preservativos al sistema penitenciario, en el marco de la Ley de Protección a la SS y SR (aproximadamente 1 millón de preservativos cada 6 meses).

Se mantiene la distribución de preservativos femeninos en profesionales del sexo femeninas.

Se colocaron máquinas expendedoras de preservativos en sitios de concurrencia de jóvenes en Montevideo que se suman a las máquinas instaladas en los servicios del PNA.

En el marco del proyecto Fondo Mundial se están entregando preservativos y gel en la cárcel de Punta de Rieles y Las Rosas en forma mensual y a la población objetivo a través de las Unidades Móviles (U.M) en calle y en los Servicios de Salud implementados en locales de ASSE, denominados: Espacio Diverso de Inclusión Social y Acción.

- c. EDUCACIÓN SEXUAL. Fortalecimiento de la educación sexual en el sistema educativo formando parte explícita de los lineamientos curriculares de los diversos sectores del sistema educativo formal: en Educación Primaria: constituye un eje transversal en el nuevo diseño curricular; en Educación Secundaria: existe la figura del Docente Referente de Educación Sexual, para cada una de las instituciones de todo el país.

2. Aprobación en diciembre del 2010 por el Fondo Mundial 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".

El Acuerdo de Subvención fue firmado en diciembre del 2011 para dar inicio en el 2012. Tiene como Receptores Principales (RP) al Ministerio de Salud Pública (que conformó la Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial) y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación (ANII). Este proyecto fortalece la respuesta nacional con acciones de prevención orientadas a dos poblaciones vulnerables: población de travestis, transgénero y transexuales, y población de hombres que tienen sexo con hombres y hombres gay. Las metas propuestas en este proyecto son:

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

3. El fortalecimiento de la protección de la SS y SR.

Creación y fortalecimiento de los servicios de SS y SR, con un carácter integral, universal y accesible a toda la población. Asimismo, 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.

RETOS U OBSTÁCULOS

1. No se han realizado intervenciones preventivas para poblaciones vulnerables en forma continua y con cobertura nacional. Las acciones de prevención durante mucho tiempo han estado enfocadas en el suministro de preservativos casi exclusivamente.
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.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

1. Mayor sensibilización y capacitación de la ciudadanía en materia de prevención de VIH.
2. Lograr que la población en condiciones de mayor vulnerabilidad en la epidemia concentrada de Uruguay incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/VIH, tales como: aumento del conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas; diagnóstico temprano del VIH, iniciación de tratamiento TARV según normativa nacional, aumento del uso correcto y consistente del condón.
3. Estudios de prevalencia del VIH/SIDA en las poblaciones más vulnerables (población gay, otros HSH, población trans, trabajadores/as sexuales y personas privadas de libertad). Realización en forma periódica de estudios de 2a. Generación (serológico y CAPs) que permitan monitorear la epidemia, brindar información para indicadores e información relevante para conocer las conductas, actitudes y prácticas de estas poblaciones.
4. Priorización de las trabajadoras/es sexuales en los estudios e intervenciones de prevención.
5. Profundización del abordaje integral del trabajo sexual a nivel nacional⁵.
6. Fortalecimiento de la educación sexual con énfasis en la prevención del VIH en el currículo del sistema nacional de educación básica, media y universitaria.
7. Fortalecimiento de las ONGs que representan los colectivos más vulnerables.

INVERSIONES NECESARIAS

1. Inversión en campañas de información y educación.
2. Inversión en compra de preservativos masculinos y femeninos, geles lubricantes.
3. Capacitación del personal del Primer Nivel de Atención: promoción y prevención, oferta de la prueba con consejería.

5) El Programa Nacional ITS/VIH-Sida (PN.ITS-VIH/Sida), impulsó la conformación de una Comisión de trabajo intra e interinstitucional e intersectorial con participación del Programa Violencia y Salud (Area SSySR), Unidad de Descentralización Territorial (UDT), División Salud Ambiental y Ocupacional (DISAO), Asesoría Jurídica de la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual (Comisión TS), Participación del Ministerio de Desarrollo Social a través de su Unidad de Descentralización Territorial y Participación y el Instituto de las Mujeres – INMUJERES, y representantes de las ONGs de trabajadoras sexuales de Montevideo e Interior del país, así como con el apoyo de la representante de SSySR de UNFPA. El proyecto "Abordaje Integral a Trabajadores/as Sexuales para su inclusión social", abreviado como "Rondas" en este, presenta los siguientes objetivos: Objetivo General: promover el abordaje integral del trabajo sexual para garantizar las condiciones necesarias para la inclusión social en particular su incorporación al sistema de salud.

a. Diagnosticar la situación del TS a nivel nacional.

b. Difundir y uniformizar conocimientos del abordaje del TS en nuestro país.

c. Definir una estrategia multisectorial que contribuya a garantizar los Derechos de los y las TS.

PREVENCIÓN DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS

META PAÍS

Aumentar el acceso de personas más expuestas a programas de prevención.

PANORAMA ACTUAL

Indicadores	Base	2012 ⁶
2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	s/d	s/d
2.2 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	s/d	Usuarios de derivados de cocaína fumable (año 2012): 43%
2.3 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	s/d	s/d
2.4 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	s/d	Usuarios de derivados de cocaína fumable (año 2012): 45.4%
2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	s/d	Prevalencia estimada de VIH en usuarios de derivados de cocaína fumable (año 2012): 6.3%

6) Consultoría nacional en la realización de un 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. Equipos Mori Año de realización: setiembre – noviembre 2012. Muestra 327 casos. Rango de edad: 18 a 64 años.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

Esta meta en Uruguay no reviste prioridad en usuarios de drogas inyectables. Tal cual ya se ha manifestado en otros informes reportados por el Uruguay, el cambio en el patrón de consumo de drogas en Uruguay hace que la utilización de drogas inyectables tenga una muy baja prevalencia. La introducción de cambios en los patrones de consumo de drogas ha disminuido notablemente el uso de drogas inyectables y la principal forma de consumo de cocaína es por inhalación. El uso de heroína no es prevalente en el país.

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

Sí se considera una prioridad los usuarios de derivados de cocaína (pasta base de cocaína) y otras drogas.

La falta de estudios actualizados de seroprevalencia en usuarios de drogas, ha sido un déficit para el conocimiento de la epidemia en esta población expuesta.

Considerando esta omisión se realiza en el 2012 el "Estudio seroprevalencia de VIH/Sida y conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana" (PAF B –UNAIDS Programme Acceleration Funds). Esta investigación fue liderada por el Ministerio de Salud Pública (PNITS-VIH/SIDA) y la Junta Nacional de Drogas y cuenta con el apoyo de la CONASIDA-MCP, ONUSIDA y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

RETOS U OBSTÁCULOS

1. El riesgo asociado al uso de cocaína se mantiene, aunque parece haber cambiado la forma de transmisión prevalente. Con anterioridad era principalmente por compartir material de inyección contaminado mientras que ahora probablemente se deba a la disminución de la percepción del riesgo frente a la exposición sexual del virus asociada al consumo de drogas.
2. El estudio de seroprevalencia realizado en el 2012 entre usuarios de pasta base demostró que es una población vulnerable.
3. Falta de evidencia en otras poblaciones con consumo problemático de otras drogas, entre ellas el alcohol.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

1. Realización de estudios comportamentales y serológicos en usuarios de otras drogas. El estudio de seroprevalencia en usuarios de pasta base es de gran relevancia, pero debe advertirse que el patrón de consumo de esta droga representa fundamentalmente a los varones.

Es necesario diseñar e implementar estudios de segunda generación en usuarios de otras drogas como marihuana y alcohol.

2. Coordinación y articulación con las organizaciones que trabajan con esta población.
3. Capacitación.
4. Acciones preventivas.
5. Inclusión en los estudios de consumo de drogas en la población uruguaya de dimensiones que den cuenta de la interseccionalidad de la droga con el VIH.

INVERSIONES NECESARIAS

1. Financiamiento de estudios de actitudes, conocimientos y prácticas (CAPs) y de seroprevalencia en usuarios de drogas.⁷
2. Promover la creación y promoción del trabajo de redes, de pares, capacitación.
3. Entrega de preservativos y realizar promoción en sitios de concentración.
4. Incorporar la oferta de la prueba con consejería en centros de tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas.

7) En el marco del Proyecto Fondo Mundial, se viene diseñando un estudio de segunda generación para HSH y trans femininas, el cual consiste en un examen serológico y una encuesta (CAPs). En la encuesta, se incorporan preguntas acerca del consumo de sustancias (alcohol, tranquilizantes, ansiolíticos, marihuana, cocaína, pasta base, etc). Esto permitirá conocer cuál es la situación de estas dos poblaciones, respecto al consumo de sustancias.

ELIMINACIÓN DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS

META PAÍS

Aumentar la cobertura de mujeres embarazadas que reciben TARV durante el periodo de gestación para prevenir la transmisión madre-hijo.

Meta 2014: 92%

Meta 2016: 95%

PANORAMA ACTUAL

Indicadores	Base	2012
3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	84% (2010) 95% CHPR	95.8% ⁸ (2011)
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% (2010)	100% (2011)
3.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	3.4% (2010) CHPR 6.6% (2010)	5.4% (2012) subsector público: 6%; privado: 4.3%

8) Porcentaje nacional. Este porcentaje no refleja acceso al tratamiento adecuado de acuerdo al protocolo nacional, sino que contempla el tratamiento en distinta edad gestacional. Ver apartado sobre acciones y cambios programáticos necesarios.
Porcentaje nacional

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. Prueba del VIH.

Desde 1997 se incorporó la oferta de la prueba diagnóstica de VIH en la primera consulta prenatal y a las 28 semanas en la atención de la mujer embarazada. La consejería previa y posterior a la prueba es una instancia de gran valor para prevenir la infección y favorecer el autocuidado de la madre y del niño/a.

2. Protocolo de la PTMI.

Está protocolizada la PTMI y en casos de embarazos no controlados, está disponible la prueba rápida para VIH. La cobertura de tratamiento antirretroviral durante el embarazo es obligatoria para todos los prestadores de salud desde el año 1997.

3. Estrategias para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical de VIH.

Durante los años 2010-2012, se consideró una prioridad por parte del MSP el diseño de estrategias que profundizaran las acciones emprendidas en el período anterior para la eliminación de la sífilis congénita, problema sanitario emergente en el país. Este proceso fue liderado por el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Del trabajo integrado y participativo del Programa Nacional ITS-VIH/Sida, Programa Salud de la Mujer, Programa Niñez, DEVISA, Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Unidad de Información Nacional en Salud (UINS) y profesionales docentes de Facultad de Medicina, se obtuvieron varios productos:

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

- Creación de un nuevo formulario de notificación de sífilis congénita y de un sistema de notificación online a DEVISA.
- Creación de una ordenanza respecto a las pautas a seguir en el control del embarazo, con énfasis en diagnóstico de sífilis y VIH y con obligaciones especiales para aquellos prestadores de salud con una prevalencia de mal control obstétrico mayor al 15% (15% de embarazos con 4 o menos controles).
- Puesta en marcha de una auditoría en todas las mujeres con una prueba de tamizaje reactiva de sífilis y/o VIH para identificar brechas en la atención e implementar acciones correctivas.
- Capacitaciones realizadas a equipos de salud del PNA y de SSyR.
- Articulación con el Programa Uruguay Crece Contigo para captación de mujeres embarazadas en situación de pobreza extrema, seguimiento y acompañamiento, seguimiento de las mujeres con VIH luego del parto para lograr la continuidad bajo cuidados de salud.
- Guía clínica de sífilis en el embarazo y sífilis congénita.
- Guía clínica de VIH y embarazo.
- Actividades de consejería de las OSC fundamentalmente en Montevideo.
- Actividades de capacitación.

RETOS U OBSTÁCULOS

1. La centralización de la atención es uno de los grandes obstáculos en materia de acceso a cuidados de las embarazadas.
2. A pesar de la alta cobertura nacional de atención prenatal (mayor a 95%), hay dificultades para controlar la transmisión vertical del VIH y Sífilis. Hay deficiencias relacionadas con: a) no cumplimiento de la Ordenanza; b) la captación de embarazadas pertenecientes a los estratos más pobres de la población y de las parejas sexuales de embarazadas con ITS o VIH; c) la aplicación sistemática de la prueba rápida en casos de embarazos mal controlados; d) el compromiso del equipo de salud con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH; e) la baja cobertura de uso de preservativos durante el embarazo y la lactancia; f) el escaso involucramiento de las parejas en los controles prenatales. La escasa 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.
3. Se han registrado casos de infecciones adquiridas en el periodo de embarazo y puerperio.
4. Falta de cumplimiento de los controles durante el embarazo, principalmente en los sectores más vulnerables.
5. Concentración de la sociedad civil en Montevideo.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

1. Mejorar el indicador de medición de esta meta, de forma de relevar y cuantificar el porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben tratamiento adecuado de acuerdo al protocolo nacional para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.
2. Difusión y control de la Ordenanza para lograr aumentar la cobertura de mujeres embarazadas que reciben al menos 5 controles prenatales siguiendo las pautas del Sistema Nacional Integrado de Salud y que se realizan las pruebas de VIH, Sífilis y otras ITS y reciben tratamiento de acuerdo a la normativa nacional.
3. Fortalecer los programas preventivos para mujeres en edad reproductiva y sus parejas, para inducir y asegurar la demanda de servicios de SSR y atención prenatal oportuna.
4. Mayor capacitación en diagnóstico, captación de contactos sexuales y tratamiento oportuno a los equipos del primer nivel de atención.
5. Garantizar la referencia adecuada y oportuna, desde el primer nivel de atención, de la mujer embarazada con resultado reactivo en prueba de VIH.
6. Descentralización de la atención. Lograr que los centros lleguen a la población más vulnerable que permitan la consulta y atención oportuna de las mujeres embarazadas con VIH.
7. Identificación de referentes en el primer nivel de atención para la captación y diagnóstico precoz de sífilis y VIH y creación de hojas de ruta para la referencia oportuna que permita disminuir la TV de ambas infecciones.

INVERSIONES NECESARIAS

1. Tecnologías de diagnóstico y monitoreo en los puntos de atención ("point of care").
2. Capacitación de equipos de salud.
3. Campañas de prevención.
4. Fortalecimiento de la sociedad civil.

ACCESO AL TRATAMIENTO

META PAÍS

Aumentar la atención integral de PVVs en general y específicamente de las poblaciones más vulnerables que reciben terapia antirretroviral.

COBERTURA

Meta 2014: 65%

Meta 2016: 75%

ADHERENCIA

Meta 2014: 75%

Meta 2016: 85%

PANORAMA ACTUAL

Indicadores ¹⁰	Base	2012
Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica	47.2% (2010)	54% ¹¹ (2012)
Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica	65% (2010)	72.2% ¹² (2012)

10) En base a datos proporcionados por 33 centros de salud.

11) Datos preliminares, es necesario verificar el denominador.

12) Diferencias marcadas en el nivel de adherencia entre el subsector privado y público: Subsector privado: 92,4% Subsector público: 54,7%.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. Guías y Directrices actualizadas en el período 2010-2011.

- Guías de Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización en adultos/as.
- Guías de Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización en niños/as (en revisión).

2. Promoción de la realización de la prueba de VIH y la consejería en el Primer Nivel de Atención.

Realización de jornadas nacionales anuales de promoción del diagnóstico que generó un importante impacto en medios de prensa, contribuyendo a la sensibilización de la población en la temática VIH/Sida.

3. Capacitación de equipos de salud del primer nivel de atención y de referencia de atención a PVVs en indicaciones y TARV.

4. Inclusión de nuevos fármacos

en el Formulario Terapéutico de Medicamentos así como la eliminación de fármacos obsoletos, que permite mejorar significativamente la efectividad y tolerabilidad de los tratamientos antirretrovirales.

5. Documento de trabajo:

Primera versión de la "Guía de atención a la salud de hombres que tienen sexo con hombres y trans femininas" Uruguay 2012.

RETOS U OBSTÁCULOS

Diagnóstico:

- El diagnóstico de la infección VIH se realiza de forma tardía (40%-45% en estadio Sida en el subsector público).
- El acceso al TARV es tardío y con una cobertura limitada de acuerdo a las recomendaciones adoptadas por el país (umbral de CD4 350).
- La permanencia en tratamiento a los 12 meses es baja en el sector público (92,4% en subsector privado; 54,7% en el subsector público), traduciendo problemas de adherencia y deficiencias en la atención integral.
- No existe una coordinación clara y sistematizada para que las personas privadas de libertad (PPL) que viven con VIH reciban una continuidad en la atención.

Cobertura:

- El costo de los ARV es un obstáculo para la cobertura. Se están realizando gestiones ante el Fondo Estratégico de OPS para la compra de ARV que permitiría disminuir costos y contribuir a la expansión del acceso al tratamiento, así como disponer de presentaciones pediátricas.
- La centralización en un único centro de referencia de VIH de la atención y el acceso al TARV en el sub sector público (ASSE) genera una gran demanda asistencial que supera las capacidades y una atención fragmentada con los consecuentes retardos en los inicios de tratamiento y múltiples obstáculos para la permanencia y adherencia de las PVVs, así como una elevada carga de estigma y discriminación. El inicio de TARV – aún los planes alineados con las guías nacionales – así como los cambios y reinicios de TARV requieren aprobación por una Comisión lo que constituye otro obstáculo al acceso. Por otra parte, la población que se asiste en este sector, es la más vulnerable, mayoritariamente en situaciones de pobreza, con una importante proporción de usuarios de drogas y falta de sostén familiar y social.
- Este tema ha sido visibilizado en la CONASIDA-MCP y está siendo abordada por los proveedores de salud con el objetivo de integración y fortalecimiento de la atención integrada de PVV en el PNA.
- Las asimetrías en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud muestra una atención inequitativa, las diferencias entre el subsector privado y público son muy marcadas y eso necesariamente se traduce en los indicadores de cobertura y adherencia del país (92,4% en subsector privado; 54,7% en el subsector público).
- Por su parte la captación de las personas en las zonas periféricas de la capital del país o en otras localidades fuera de Montevideo es dificultosa y la sociedad civil cuenta con escasos recursos para profundizar su trabajo en estos sectores.
- 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.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO.

- 1. Elaboración de un registro único de pacientes.**
- 2. Mejorar la captación y fomentar la permanencia de las PVVS en el sistema de salud:**
 - Descentralización de la atención en el subsector público, en Montevideo, área metropolitana y el interior del país: mayor cantidad de centros que aseguren atención integral de PVV incluyendo TARV que contribuyan a la mejora del acceso, permanencia en el sistema de salud y mejoría en la adherencia.
 - Capacitación de los equipos de salud en consejería y oferta de la prueba. Capacitación e involucramiento de los decisores dentro de los prestadores de salud.

- Apoyo psicosocial de las PVVs para fortalecer la adherencia.
- Acompañamiento posterior al diagnóstico por parte del prestador de salud. Mecanismos de actuación para detectar la baja de la adherencia de las personas y dar respuesta a la misma.

3. Fortalecimiento de las ONGs de PVVs para el trabajo entre pares.

4. Capacitación de las poblaciones más vulnerables.

5. Articulación e involucramiento de otros actores que están relacionados con las prestaciones sociales que atiendan a las carencias de las PVVs y que son uno de los determinantes de la adherencia inadecuada e insuficiente al TARV. MIDES, BPS, Intendencias, INDA, ONGs.

INVERSIONES NECESARIAS

1. Financiación para la creación de un sistema de registro único de pacientes que proporcione información de monitoreo de estrategias programáticas y su impacto.
2. Capacitaciones de personal de salud.
3. Inversiones en prestaciones sociales y otras que apoyen a las PVVs en situación de vulnerabilidad socio-económica.

ERRADICACIÓN DE LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS

META PAÍS

Aumento de la cobertura de PVVs con TB, que reciben terapia antirretroviral y tratamiento para TB

Meta 2014: 50%

Meta 2016: 75%

PANORAMA ACTUAL

Indicador	Base	2012
Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	33% (2010)	31% (2011)

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. Se elaboró una Guía de TB-VIH, con énfasis en la atención y referencia oportuna en el PNA.
2. Se conformó un grupo de trabajo intersectorial, Programa Nacional ITS-VIH/Sida, CHLA-EP, ASSE y Academia. Durante el año 2011 se realizaron algunas acciones: 1) taller de consejería y oferta de la prueba de VIH y conceptos básicos de TARV para referentes de TB; 2) elaboración de un formulario con datos para el monitoreo de ambas infecciones; 3) diseño de un plan de distribución de TARV en centros de la CHLA en Montevideo.
3. Se está realizando abogacía ante las autoridades de Salud para la creación de un Grupo Coordinador Nacional de TB-VIH, que permita realizar la co-gestión eficiente implementando acciones en prevención, atención integral y apoyo a PVVs con TB.
4. Se contrató un consultor con apoyo del Proyecto Fondo Mundial, para fortalecer la referencia y contrarreferencia de los pacientes con TB y VIH y el abordaje integrado de ambas coinfecciones.
- 5.- La compra del equipo por parte del Proyecto País del Fondo Mundial para la CHLA-EP siguiendo el método Xpert MTB/RIF que es una prueba rápida que detecta tanto la bacteria M. tuberculosis como la resistencia a la rifampicina, lo que permite iniciar el tratamiento adecuado de inmediato

RETOS U OBSTÁCULOS

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 y no se ha logrado mejoría en este parámetro (33% en el año 2010; 31% en el 2011). Estas deficiencias son el reflejo del abordaje en sistemas paralelos y exclusivos de ambas infecciones, donde aún no se ha podido lograr la integración de la atención. Se ha planteado esta dificultad y se han realizado propuestas para la integración en el lugar donde se producen las mayores deficiencias, el subsector público. Se ha planteado esta dificultad y se están planificando acciones para la integración.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

1. Articular la integración de la atención, crear las condiciones para provisión de TARV en centros de atención de TB.
2. Promover y fortalecer el diagnóstico de TB en pacientes con VIH y promover la búsqueda intensificada de casos de TB.
3. Capacitar en consejería para VIH al personal que realiza diagnóstico de TB. Promover la atención integrada de ambas infecciones para mejorar el acceso al TARV.
4. Captación de casos de coinfección por TB y VIH. Promoción de diagnóstico TB en PVVs. Mejorar la adherencia al tratamiento por TB.
5. Optimizar las capacidades del personal de salud y las ONGs sobre VIH y TB.
6. Mejorar el flujo de información entre DEVISA y Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes, especialmente en referencia a los casos de coinfección VIH y tuberculosis y gestión de tratamientos.
7. Generación de un registro único de casos de coinfección por VIH y TB.

INVERSIONES NECESARIAS

1. Financiación para la creación de un sistema de registro único de pacientes que proporcione información de monitoreo de estrategias programáticas y su impacto.
2. Recursos humanos capacitados.
3. Atención integrada de la persona con ambas infecciones.

REDUCCIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LOS RECURSOS

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

Según la Medición del Gasto en Sida del 2008 se destinaron 14.106.353 (dólares americanos) a la respuesta.

RETOS U OBSTÁCULOS

La medición del Gasto en Sida no ha logrado ser constante.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

Elaboración de informe MEGAS 2011-12 con apoyo Fondo Mundial.

Ajuste de las estimaciones de acuerdo al Marco de Resultados.

Mayor compromiso presupuestal para la respuesta.

INVERSIONES NECESARIAS

Financiación consultoría MEGAS que ya está en curso.

Mayor presupuesto nacional para la respuesta al VIH/Sida.

ELIMINACIÓN DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

META PAÍS

Reducción de casos de VIH por violencia sexual.

PANORAMA ACTUAL

Indicador	Base	2012 ¹³
Proporción de mujeres comprendidas entre 15 y 49 años que estuvieron casadas o tuvieron pareja, y experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.	s/d	6,6% violencia sexual

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. Trabajo en el marco de la Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y creación del Programa Violencia y Salud del MSP. Representación del MSP en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la violencia doméstica.
2. Primera encuesta de prevalencia de violencia doméstica entre mujeres mayores de 15 años asistidas en centros de salud públicos y privados.
3. En el marco de la implementación de la "Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH", se desarrolló el proyecto "Conoce tus Derechos", con el objetivo de consolidar y ampliar el proceso de participación ciudadana e incidencia política de organizaciones sociales que trabajan con y por las mujeres y niñas viviendo con VIH/Sida en Uruguay. (ICW Capítulo Uruguay, REDLA + y Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, FRANSIDA, el sector público Área de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa ITS/Sida del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social. – MIDES con el apoyo conjunto de PNUD y ONUSIDA).

RETOS U OBSTÁCULOS

1. La construcción de los datos y el reporte de las situaciones de violencia doméstica en general y de la violencia sexual en particular sigue siendo una gran debilidad.
2. Un gran reto es la revisión del marco legal específicamente en la descripción de la ley y del concepto de violencia.
3. Es escaso el estudio de la interseccionalidad de la violencia sexual y el VIH, los estudios en la materia surgen de la sociedad civil.¹⁴

13 - Primera encuesta de prevalencia de violencia doméstica entre mujeres mayores de 15 años asistidas en centros de salud públicos y privados Inmujeres - M.Interior-MSP-P.Judicial-AECID. Año de realización: 2012. Muestra 1200 casos. Rango de edad: de 15 a 65 y más años. MYSU (2009) Dos caras de la misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/Sida en el Mercosur. Disponible en http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/informe_violencia_sida.pdf

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

Modificaciones en el marco legal y en la definición de violencia sexual.

Generar mecanismos institucionales públicos y privados para garantizar la captación de mujeres víctimas de violencia, entre ellos los equipos de salud, pero trascendiendo a los mismos.

Promoción del uso del preservativo femenino.

Actuar de acuerdo a lo previsto en la Ley 18.426 sobre la Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

INVERSIONES NECESARIAS

Campañas de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Financiación de estudios que muestren la interseccionalidad del VIH y la violencia sexual.

ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

META PAÍS

Disminución de las violaciones a los Derechos Humanos de las PVVs y las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. En el marco del Proyecto del Fondo Mundial, las acciones de mayor destaque son:
 - Capacitación y sensibilización al personal de salud para asegurar la no discriminación por diversidad sexual.
 - Implementación de un Simposio dirigido a personal de salud y otros profesionales y miembros de la sociedad civil sobre VIH, Estigma y Discriminación: diciembre del 2012.
 - Campañas de comunicación: Campaña sobre Discriminación por orientación sexual e identidad de género. Medios: televisión, radio, vía pública, prensa, internet, redes sociales. Estas acciones de comunicación masiva vienen a promover el respeto de los derechos de las personas sexualmente diversas en Uruguay.
 - Revisión de las leyes y sus aplicaciones en término de diversidad sexual, identificación de las brechas en la legislación existente para las poblaciones Trans y HSH, que actualmente contribuyen a su vulnerabilidad para plantear resolverlas, así como la reglamentación e implementación de leyes positivas ya promulgadas: proceso permanente del Proyecto Fondo Mundial.
 - En el sector educativo: acciones de apoyo a una política inclusiva de educación sexual en el sistema formal y no formal.
2. Durante el año 2011 se llevó adelante el "Estudio sobre estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH". Este estudio surge como propuesta de la CONASIDA-MCP y en el marco de las acciones de asistencia técnica y de cooperación del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida.

En este marco también se destaca la campaña publicitaria presentada el 1 de diciembre del 2011 durante la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el VIH/Sida, diseñada de forma honoraria por el Círculo Uruguayo de la Publicidad, en el marco de sus actividades de responsabilidad social.
3. Talleres de sensibilización dirigidos a equipos de salud.
4. Creación de un registro único de denuncias por discriminación en los ámbitos educativos, de salud y laboral y una hoja de ruta de las denuncias para su resolución efectiva.

5. Capacitación a estudiantes de Medicina respecto a trato inclusivo de poblaciones de la diversidad sexual y en mayor riesgo.
6. Centros de salud libres de homofobia y transfobia (experiencia piloto UNFPA- Facultad de Medicina UdeLaR-Colectivo Ovejas Negras).
7. Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (EDISA) implementados en 5 departamentos (locales ASSE) y 2 Unidades Móviles equipadas como policlínicas- que recorren el país acercándose a la población objetivo- trabajando en forma conjunta con el equipo de salud, referentes de HSH y trans femeninas, en la promoción de salud, y el trabajo entre pares.
8. Ley de Cambio de sexo registral (Ley 18.620).
9. Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 19.075).

RETOS U OBSTÁCULOS

1. Prácticas discriminatorias en el ámbito sanitario, laboral y educativo.
2. Invisibilización de las prácticas discriminatorias por parte de la ciudadanía

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

1. Eliminación de la discriminación y el estigma hacia PVVs.
2. Capacitación y sensibilización del personal de la salud y de la educación.
3. Profundización de las acciones comprendidas dentro del "Estudio sobre estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH". Implementación del mapa de ruta generado así como la instrumentación del protocolo de denuncias de situaciones de discriminación hacia PVVs.
4. Inclusión de la temática sobre diversidad sexual en la currícula de la Facultad de Medicina y en otros centros de formación del personal de la salud.
5. Trabajo con el sector empresarial y empleador en materia de sensibilización en el tema.

INVERSIONES NECESARIAS

Campañas de sensibilización a la población en general.

Capacitaciones: a los equipos de salud, funcionarios/as de la educación (docentes y no docentes), ámbito laboral.

FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN DEL VIH

META PAÍS

Mejora de oportunidades para acceso a servicios básicos (empleo, vivienda, asistencia social, educación, etc.).

ACCIONES PROGRAMÁTICAS REALIZADAS DESDE EL 2011

1. 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”.
2. Prestaciones sociales hacia PVVs (tarjeta de alimentación MIDES, canasta de alimentación proporcionadas por el INDA, pases libres de transporte de la Intendencia de Montevideo, pensiones asignadas por el BPS).
3. Reconocimiento de la calidad de Monotributistas para las y los trabajadores sexuales, incluyendo las personas Trans, a través del Decreto E/ 363 del Ministerio de Economía y Finanzas de fecha 15.02.2011.
4. Fortalecimiento en Derechos y Ciudadanía de los y las Adolescentes con VIH (En conjunto con las ONG FRANSIDA e INLATINA se desarrolló un trabajo con un grupo de adolescentes afectados por el VIH SIDA en apoyo a su proceso de inserción social, demanda de salud y prevención vinculadas al VIH SIDA).

RETOS U OBSTÁCULOS

1. Prestaciones sociales aún son insuficientes en cantidad y cobertura.
2. En algunos casos refuerzan la discriminación social.
3. Ha sido difícil trascender la respuesta del VIH SIDA más allá del sector salud.

ACCIONES Y CAMBIOS PROGRAMÁTICOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO

Difusión y fortalecimiento de las prestaciones sociales dirigidas hacia PVVs.

Mayor coordinación de las instituciones prestadoras.

Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional (PEN) aprobado en 2012 con apoyo del Fondo Mundial.

INVERSIONES NECESARIAS

Mayor inversión en prestaciones.

Aumento de la cobertura de las prestaciones.

4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA CONSULTA NACIONAL

4.1 Conclusiones

Todos los objetivos son prioritarios para el país y se encuentran contemplados en el Plan Estratégico Nacional. Solo la eliminación de restricciones de viajes no es prioritario, dado que dicha imposibilidad no se registra afortunadamente en el Uruguay.

Si bien son prioritarios para el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida y para la CONASIDA esto no siempre se traduce en políticas y acciones efectivas por lo que se concluye que, existen distintos y heterogéneos niveles de intencionalidad política para alcanzar las metas hacia el 2015.

Existen metas como **la eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños**, que pueden considerarse que cuentan con una intencionalidad política mayor que el resto de las metas y cuantitativamente están en camino de lograrse. Asimismo, la estrategia de avance en la concreción de los objetivos en materia de reducción de la TMI muestra una buena articulación de los distintos actores garantes de la respuesta. No obstante siguen existiendo importantes carencias en la captación oportuna de las embarazadas que garantice el tratamiento adecuado así como la aplicación de la Ordenanza y del Protocolo que regula la estrategia del país en esta materia y es allí donde se encuentran los mayores obstáculos a superar hacia el 2015.

La **reducción de la transmisión sexual** se evalúa a partir de esta consulta como una meta posible a ser alcanzada en términos de aumento del conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas así como en el aumento del uso correcto y consistente del condón en poblaciones más expuestas. Sin embargo, se hace especial énfasis en la necesidad de conocer mejor los patrones de comportamiento de estas poblaciones y en estrategias y campañas de prevención sostenidas en el tiempo. Es de esperar que en el marco 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” se mejoren los indicadores del país en este objetivo.

Con respecto a la **prevención del VIH en usuarios de drogas**, Uruguay considera prioritario a los usuarios de derivados de cocaína (pasta base de cocaína) y otras drogas. Se ha avanzado en materia de conocimiento de esta población a partir de la realización en el año 2012 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. Asimismo, en el marco del Proyecto del Fondo Mundial se viene aplicando un estudio que incluye preguntas sobre el consumo de drogas en HSH y Trans femeninas. Sin embargo, restan estudios en usuarios de otras drogas y una incorporación en los estudios sobre adicciones en la población (que ya se implementan por la Junta Nacional de Drogas) de dimensiones relativas al VIH SIDA.

El **acceso al tratamiento** es la meta que ha generado mayor inquietud en ese proceso de consulta nacional dado su nivel de avance. Si bien se evalúa que se ha avanzado con respecto a las mediciones anteriores de los indicadores de cobertura y adherencia, la brecha se mantiene. Se está lejos de alcanzar la meta en materia de cobertura (situada en 54% para 2012 y fijada en 75% para el 2015). Por su parte el indicador de adherencia muestra señales de avances ambivalentes, ya que la diferencia entre el subsector público y privado es por demás inquietante (92,4% en subsector privado; 54,7% en el subsector público). La centralización en la atención pública, lo poco amigable y accesible que resulta contar con un único centro de referencia y exclusivo para la población adulta en Montevideo, donde se concentra la mayor carga de casos, y la ausencia de lugares de atención en varios departamentos del país, el escaso seguimiento y apoyo psico social de las PVVs, más la vulnerabilidad socio económica de la población que allí se asiste, son los impedimentos más relevantes. A partir de la consulta nacional existe un consenso que es hacia la mitigación de estos obstáculos donde debe redireccionarse la respuesta nacional, para alcanzar los objetivos previstos.

En materia de **erradicación de las muertes por TB** el país sigue mostrando grandes dificultades para coordinar la respuesta. La captación y seguimiento de los casos de coinfección por VIH y TB así como la articulación del tratamiento siguen siendo los grandes retos hacia el 2015.

Con respecto a los **recursos financieros**, si bien el país viene haciendo un esfuerzo presupuestal por asumir con recursos nacionales casi la totalidad del gasto en Sida, la medición del gasto en Sida sigue siendo inconstante y persisten dificultades para alcanzar una metodología más precisa para el costeo. Por otro lado, a partir de la consulta se demanda mejorar el presupuesto nacional destinado a la lucha contra el VIH. Se entiende que el VIH/Sida no cuenta con una priorización presupuestal.

En cuanto a la **eliminación de las desigualdades de género** el país muestra una estrategia multisectorial para la eliminación de la violencia basada en género sin

precedentes, y puede decirse que la violencia basada en género es un tema prioritario en la agenda del gobierno. No obstante esto, datos recientes aportados por la Primera encuesta de prevalencia de VD en el sector salud muestra un 6,6% de violencia sexual hacia las mujeres. La lucha contra la violencia hacia la mujeres, la revisión del marco legal en materia de violencia sexual y la profundización en la interseccionalidad del VIH y la violencia sexual son los principales retos camino al 2015.

En cuanto a la **erradicación del estigma y la discriminación** hacia las PVVs, Uruguay ha venido dando pasos importantes en materia legislativa especialmente hacia la colectividad LGBT, los cuales no parecen ir acompañados por las prácticas de la ciudadanía en general y del sistema sanitario, educativo y laboral en particular. La población trans en Uruguay sigue siendo sin lugar a dudas uno de los colectivos que sufre más el estigma y la discriminación. Acciones hacia los HSH y población Trans femeninas emprendidas en el marco del Proyecto del Fondo Mundial posicionan la temática y la elevan en la agenda política. Sin embargo, es necesario también posicionar el tema de la discriminación hacia las personas que viven con VIH en general, profundizando las acciones de sensibilización en la salud, la enseñanza y el ámbito laboral.

Por último, en relación **al fortalecimiento de la integración del VIH**, se han logrado avances en materia de prestaciones sociales hacia las PVVs, quienes son contemplados en el marco de las acciones del Estado hacia las poblaciones más vulnerables. MIDES, BPS, INDA y los gobiernos locales vienen incorporando a esta población en sus programas y planes sociales sin reforzar su condición de personas viviendo con VIH, sin embargo aún se advierten dificultades en la comprensión del VIH como un tema que trasciende al sector salud.

4.2 Recomendaciones

Aumentar la intencionalidad política para alcanzar disminuir las brechas que aún se visualizan en la concreción de las metas hacia el 2015. Por supuesto que esta intencionalidad debe reflejarse en un **mayor presupuesto en VIH/Sida y en un mejor análisis de costeo**, ambas premisas son ineludibles para alcanzar todos los objetivos, no existe respuesta sin una partida presupuestal acorde a las necesidades de la epidemia.

Alinear el abordaje de la salud de las PVVs y poblaciones más vulnerables al sustentado por el Sistema Nacional Integrado de Salud¹⁵, que incluye un **cambio sustancial en el modelo de atención, especialmente en el subsector público** donde aún se sigue practicando un modelo fragmentado y vertical, es un imperativo a la hora de mejorar el diagnóstico, la cobertura y la adherencia de las personas que viven con VIH, principales inquietudes de los actores de la respuesta nacional.

15 - 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 resolutiva, con enfoque de género y con énfasis en equidad, la eficacia de las acciones y la eficiencia y sustentabilidad del sistema".

Fortalecimiento de las estrategias contra el estigma y la discriminación hacia las PVVs en general y las poblaciones más expuestas en particular, consolidando experiencias y productos ya iniciados (espacios libres de transfobia y homofobia e insumos de las investigaciones sobre estigma y discriminación). Mayores esfuerzos para el trabajo articulado con los prestadores de salud, los centros de educación, el sector empleador y los centros penitenciarios.

Posicionamiento del VIH en la agenda política y social para su integración más allá de la esfera sanitaria, lo cual implica más y mejor articulación de los organismos estatales encargados de las prestaciones sociales. El VIH es una dimensión impostergable en el diseño e implementación de las políticas y programas sociales.

