



Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS

Argentina

Enero de 2006 – Diciembre de 2007

Fecha de presentación

31 de enero de 2007



Índice

II. Situación actualpag 3
a) la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe	pág 3
b) la situación de la epidemia	pág 3
c) la respuesta política y programática	pág 7
d) los datos de los indicadores del UNGASS	pág 8
III. Panorama general de la epidemia de Sida	pág 13
IV. Respuesta Nacional a la epidemia de Sida	pág 18
V. Prácticas óptimas	
VI. Principales problemas y acciones correctoras	pág 22
VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país	pág 27
VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación	pág 41
Anexo I. Participantes en las reuniones preparatorias del Informe UNGASS	pág 42
Anexo II. Cuestionario del Índice compuesto de Política Nacional	pág 43



II. Situación actual

a) la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

El proceso de redacción del presente informe se ha llevado a cabo a través de una serie de reuniones multisectoriales, integradas por Representantes del Gobierno, Representantes de la Sociedad civil (nombrados en Anexo I), Redes de Personas viviendo con VIH y Agencias Internacionales, OMS – OPS, UNFPA, UNICEF. La riqueza de la dinámica de trabajo alcanzado posibilitó que se pudieran recoger en el documento final todas las posiciones, aún cuando se encontraran divergencias. Por esto el informe descriptivo recoge diversidad y distintos puntos de vista en referencia a algunos temas. Este acuerdo fue fundamental para concretar la elaboración de un documento país único.

Se partió de una reunión preparatoria en la cual se acordó que los representantes de la Sociedad civil y las Agencias Internacionales, responderían la Parte B del Índice Compuesto, mientras los representantes del Gobierno responderían la Parte A del mismo. A partir de este ejercicio se llevaron a cabo sucesivas reuniones de consenso sobre la labor realizada, que dieron como resultado la puesta en acuerdo de las respuestas enunciadas y con el resultado final de una reunión de validación organizada por ONUSIDA, en la cual se refrendaron los acuerdos y el documento final.

b) Estado de situación del VIH/sida

Situación actual de la epidemia y sus singularidades provinciales

Las estimaciones durante el año 2007 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS muestran que aproximadamente 134.000 (128.000 a 140.000) personas viven con VIH/sida en Argentina.

La epidemia de VIH/sida en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 31 de octubre de 2007 un total de 64.000 diagnósticos de VIH. Un total de 34.500 personas han desarrollado sida, sin embargo al calcular el



retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de personas con Sida diagnosticadas es de 35.570.

La evolución de la distribución de los casos de sida por sexo, hasta el año 1987 era predominantemente en hombres. En este mismo año se diagnosticó el 1º caso de sida en mujeres y la razón hombre/mujer fue de 92/1. En el 2006, semejante a la tendencia presentada en el 2007, según los casos notificados hasta la fecha, la razón fue de 2,4/1 hombres por mujer, valor estable en los últimos cinco años.

De los 1401 casos de sida registrados en el año 2006, el 54% corresponden a la Provincia de Buenos Aires y el 13% a la Ciudad de Buenos Aires y representa una tasa país de 4.4 / 100.000 habitantes (corregida por retraso de notificación). Al analizar las tasas por provincias, se encuentran por encima de la tasa país, la provincia de Tierra del Fuego (4.21), Jujuy (4.7), Bs. As. (5,0) y CABA (5.8).

Al analizar los diagnósticos recientes de VIH podemos observar que desde el año 2000 hasta el 31 de Octubre de 2007 se han diagnosticado 37.200 infecciones por VIH, de los cuales principalmente los 3 últimos años el índice de masculinidad es del 1,5 – 1,6 hombres por mujer, es decir cada 5 personas que se realiza diagnóstico de VIH 3 son hombres y 2 son mujeres.

El nivel de instrucción alcanzado en los nuevos diagnósticos de VIH en general es bajo, el 10% no a completado el nivel primario, el 25% solo a completado el nivel primario y el 20% no ha completado el secundario, lo cual nos permite decir que el 55% de esta población no ha completado sus estudios.

Respecto a la vía de transmisión en el 82,5% es la sexual, 61,5% relaciones heterosexuales y 21% VSV, el 7% el uso compartido de equipos de inyección y el 3,4% transmisión vertical, siendo en un 30% de estos niños diagnósticos tardíos.

Al igual que en los casos de sida, de los 3700 diagnósticos de VIH el 50% corresponden a la Provincia de Buenos Aires y el 15% a la Ciudad de Buenos Aires. La tasa de incidencia de diagnóstico de VIH país es de 9.4/100.000, siendo las provincias de Jujuy (9,4), Santa Fe (9,6), Santa Cruz (10), Chubut (10,4), Buenos Aires, (11.7), Misiones (12.4), T. Del Fuego (13.5) y CABA (19.7) con tasas superiores a la del país, esto puede relacionarse con una mayor prevalencia de



VIH como así también con mayor accesibilidad al análisis y mayor notificación en estas provincias.

El VIH/sida se ha extendido por todas las provincias. Los diferentes momentos en los que irrumpió la infección por el VIH, las características sociales y demográficas, han contribuido a las grandes diferencias geográficas en la incidencia de esta infección, hasta el punto de que algunas provincias llegan a tener tasas varias veces mayores que otras.



Argentina, Tasa de Incidencia de sida e incidencia de diagnóstico de VIH

Año 2006 (por 100.000 habitantes)

Provincia	SIDA	VIH
ARGENTINA	3.60	9.48
Cdad. DE BS.AS.	5.85	19.73
BUENOS AIRES	4.98	11.63
CORDOBA	3.23	7.34
ENTRE RIOS	2.36	1.95
SANTA FE	2.19	9.53
LA RIOJA	3.67	7.03
MENDOZA	1.89	2.60
SAN JUAN	1.77	4.44
SAN LUIS	2.39	6.93
CATAMARCA	1.88	4.83
JUJUY	4.69	9.37
SALTA	1.78	2.79
SGO.DEL ESTERO	2.12	5.54
TUCUMAN	2.50	7.09
CHACO	0.58	2.03
CORRIENTES	2.12	3.93
FORMOSA	0.57	1.91
MISIONES	2.30	12.43
CHUBUT	2.44	10.43
LA PAMPA	0.92	3.38
NEUQUEN	2.26	8.68
RIO NEGRO	0.68	6.26
SANTA CRUZ	1.38	10.10
T.DEL FUEGO	4.21	13.46

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra los R.H., Sida y E.T.S.



c) La respuesta política y programática

El Propósito ha sido y es fortalecer las Políticas de Estado en la lucha contra el VIH/sida, con el convencimiento que estas políticas se logran en forma multisectorial y con el reconocimiento del capital social existente.

Las acciones desarrolladas se enmarcan en base a los siguientes lineamientos principales:

- Fortalecimiento de las políticas públicas nacionales y provinciales en VIH/sida
- Disminución de la incidencia de la infección por VIH/sida
- Fortalecimiento de la asistencia a las personas viviendo con VIH/sida
- Disminución de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y fortalecimiento del diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Estos objetivos centrales se traducen en la consecución y profundización de programas que se han puesto en acción durante el año 2006 y 2007, así como también en el aumento de la provisión de insumos para dar respuesta a las necesidades actuales de las personas viviendo con VIH/sida. El alto incremento presupuestario en los dos últimos años, tanto a través del Tesoro Nacional, como a partir del otorgamiento del Fondo FESP – Funciones Esenciales en Salud Pública – (crédito del Banco Mundial) destinado a diez programas del Ministerio de Salud de la Nación; pone en evidencia la importancia que las autoridades políticas nacionales le otorgan a la temática.

A través de este incremento presupuestario, correspondiente en los últimos dos años a un 130%, Fondos propios del Tesoro Nacional, se ha aumentado considerablemente el acceso a las últimas tecnologías asistenciales a través de la compra de medicamentos de última generación para pacientes multiresistentes, el estudio de tests de resistencia en todo el país, la provisión de estudios de diagnóstico y seguimiento a la totalidad de los pacientes registrados desde el Programa Nacional, centralizando esta función en pos de asegurar una correcta distribución y alcance general. A esto se suma un importante aumento en el abastecimiento de preservativos a



nivel nacional, lo cual reviste un alto compromiso con las funciones de prevención por parte de las más altas autoridades políticas.

Como muestra del compromiso político del Gobierno nacional en la búsqueda de respuestas frente a la epidemia, el Programa Nacional de Lucha contra los R.H., Sida y E.T.S., ha cambiado su jerarquía institucional a través de un Decreto Presidencial que le otorga el rango de Dirección.

Durante el último semestre del año 2007 se comenzó con el proceso de Planificación Estratégica más inclusivo que se haya llevado a cabo en el país hasta el momento. El mismo incluyó a través de reuniones regionales a 350 participantes entre representantes del Gobierno, Sociedad Civil y Agencias Internacionales. Esta primera etapa concluyó con el acuerdo común de un Informe de Planificación Estratégica que dará lugar a la elaboración de los Planes Operativos Anuales y el Presupuesto en el primer semestre del año 2008.

Al considerar la respuesta nacional en los últimos 2 años, se debe destacar el apoyo recibido del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. A partir de esta donación se pudieron desarrollar acciones de prevención en la mayor parte del país y con alta participación de la sociedad civil, focalizadas en poblaciones vulnerables, tales como UD no inyectables, HSH, trabajadores / as sexuales, PPL, mujeres, adolescentes, personas trans, personas en situación de pobreza. Esta situación se da como consecuencia de que la atención está garantizada por el sector salud argentino, compuesto por 3 subsectores, público, seguridad social y privado.

Así también el Fondo Mundial permitió el fortalecimiento de parte de la sociedad civil como de las estrategias en prevención de transmisión vertical, adherencia, ITS y tuberculosis. Este espacio posibilitó la confluencia y trabajo conjunto de Gobierno, Sociedad Civil, Sociedad Científica, Academia y Agencias Internacionales.



III. Panorama general de la epidemia de SIDA

La epidemia de sida en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 31 de Octubre un total de 34.214 casos notificados en la Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Sin embargo, cuando se calcula el retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados sería de 36.570.

Según las estimaciones en el registro de notificación se calculó que la tasa de incidencia en el 2006 fue de 44 casos por millón de habitantes y en el 2007 será de 41 casos por millón de habitantes, presentando respecto a 1996 una reducción de aproximadamente el 50% (se consideró la tasa del 2007 corregida en base a estimaciones por retraso en la notificación. En cuanto a la evolución de la distribución de los casos de sida por sexo, hasta el año 1987 era predominantemente en hombres. Durante el mismo año se diagnosticó el 1º caso de sida en mujeres y la razón hombre/mujer fue de 92/1. En el 2006 semejante a la tendencia presentada en el 2007 según los casos notificados hasta la fecha de elaboración del presente informe, la razón fue de 2,4/1 hombres por mujer valor estable en los últimos cinco años. Siguiendo con el descenso de la razón hombre/mujer en el total de casos acumulados notificados de enfermos de sida alcanza a 3 hombres por cada mujer.

Como se puede observar sobre el total de casos acumulados de sida las mujeres representan el 25,1 %, los hombres el 74,6% y los registros donde no se puede constatar el sexo corresponde al 0,3% (en general son registros de principio de la década de los años 90). Sin embargo, en los casos notificados del año 2006 y muy semejante el año 2007 se refleja una diferencia cercana al 5% con los porcentajes actuales: las mujeres representaban el 29,8% y los hombres el 70,2%.

En la población de sexo femenino se puede apreciar que la distribución por edad de la enfermedad presenta el mayor pico en el rango entre 30 y 34 años, aunque podría decirse que el período de mayor frecuencia es de 30 y 39 años. En la población de sexo masculino la mayor concentración en la distribución por edad en los enfermos de SIDA es entre 30 y



39 años aunque el mayor peso persiste al igual que en el 2005 en la franja de varones entre los 30 y 34 años.

Aún hoy la distribución por edad de los casos de sida arroja evidencias significativas. En este sentido, un grupo de alta vulnerabilidad son los adolescentes debido a que si la edad de desarrollo de la enfermedad se da en el rango que comprende a los adultos jóvenes esto significa que hubo muchas posibilidades de contraer la infección durante la etapa de la adolescencia.

La evolución de la media de la edad de diagnóstico de sida mostró que con el surgimiento del primer caso femenino (año 1987) unido a la presentación de los primeros casos pediátricos (año 1986), trajo como consecuencia un descenso en la media de la edad de diagnóstico.

Es importante resaltar que en estos últimos cinco años la edad de los pacientes que adquieren la enfermedad en ambos sexos es mayor. Este dato se relaciona directamente con el uso temprano de la terapia antirretroviral de alta eficacia en infectados desde la fase VIH avanzada que se incorporó a partir de 1997 en Argentina: se retrasó así la evolución de la enfermedad. La media de edad en el 2006 fue de 37,6 años; para los hombres fue de 37,9 años y en mujeres de 36 años dando muestras que aún hoy las mujeres se enferman a edades más tempranas.

Para analizar esta variable, en cada una de las provincias se consideraron los casos de los últimos 3 años (2005 – 2007), para disminuir el sesgo principalmente en las provincias de menor cantidad de casos. Se observó con medias de edad de desarrollo de sida menor a 36 años las provincias de Tierra del Fuego (35,77 años), Santa Cruz (35,63 años), Jujuy (35,45 años), Santiago del Estero (35,18 años), Entre Ríos (34,80 años), La Rioja (34,46 años), La Pampa (34,00 años).

Desde principios de los años 90 en los casos diagnosticados de sida, la vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas. En las personas que desarrollaron sida en el año 2006 la distribución fue la siguiente: las relaciones heterosexuales con el



62,9%, seguido por hombres que tienen sexo con hombres 13,9% y luego usuarios de drogas inyectables 12,3 %.

Asimismo es importante destacar que entre los nuevos enfermos de sida hubo 13 casos notificados por transfusiones en el 2001 y 6 casos en el 2002. Debido al largo y variable período de incubación del sida muchas de las personas que se infectaron por esta causa en las dos décadas anteriores desarrollaron sida durante los años 80 y los 90 y otras pueden tardar aún más tiempo en desarrollarlo.

En el grupo de casos de sida de mayores de 12 años según el sexo la evolución de las categorías de transmisión ha tenido diferente peso en cada sexo. En mujeres, la tendencia decreciente del número de casos en usuarios de drogas inyectables (UDIs) unido al incremento de casos por transmisión sexual desprotegida en heterosexuales, arrojó como resultado que el 88% de los nuevos casos diagnosticados de sida en el 2006 fue por transmisión sexual en mujeres heterosexuales.

En hombres, la tendencia es semejante pero no tan marcada durante el 2006. La transmisión sexual en el 68,45 % de los nuevos casos diagnosticados se divide de la siguiente manera: el 71,5% en hombres heterosexuales y el 28,5% en hombres que tienen sexo con hombres. Los UDIs representaron el 19,9%.

Estos cambios de patrón de la vía de transmisión comienzan a visualizarse hacia fines de los años 80, principios de los 90, dando como resultado que en la actualidad una de las poblaciones más vulnerables es la población sexualmente activa

Situación de las personas con VIH

Los diagnósticos de VIH notificados, son en todo el país 67.629 casos de los cuales 32.123 han desarrollado sida. Asimismo, se debe considerar que el 40% de las nuevas notificaciones de VIH corresponden al período posterior al año 2001, año en que se



incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria del VIH. A partir de la creación del registro de VIH (1° de Junio de 2001) se comienza a trabajar en conjunto entre el Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS, los Programas Provinciales de SIDA, los efectores de salud y los médicos notificantes para realizar la reconstrucción histórica de dicho registro.

Hasta el día de la fecha se recopilaron de años previos un total de 49.000 notificaciones de VIH, de los cuales en 10.700 se han podido determinar la variable año de diagnóstico, y las variables sexo y código de notificación (1° dos letras del nombre, 1° dos letras del apellido y fecha de nacimiento completa –dd, mm, aaaa-) de la totalidad de los casos de VIH.

Por lo expresado anteriormente, el análisis epidemiológico de los diagnósticos de VIH se realiza con los registros notificados con fecha de diagnóstico de VIH del año 2.000 en adelante, debido a que si se incorpora a los registros anteriores se podría estar sesgando el análisis hacia los supervivientes y no a la epidemia total.

La tasa de incidencia de diagnóstico de VIH para el año 2006 fue de 12,1 casos por cien mil habitantes o 121 por millón de habitantes; tasa corregida por retraso en la notificación.

Es importante subrayar que el incremento en nuevos diagnósticos de VIH en el período 2003-2004, puede estar influenciado por el trabajo realizado para: disminuir la subnotificación; reconstruir el registro histórico de VIH y también con un mayor diagnóstico de VIH, debido a que se está trabajando en disminuir la brecha existente entre las personas viviendo con VIH que conocen y no conocen su estado serológico.

En la distribución por sexo de los infectados por VIH, se observó mayor porcentaje de hombres que de mujeres pero con menor diferencia que en casos notificados de sida. La razón por sexo en el 2006 en casos notificados de SIDA fue de 2,4 hombres por mujer y en VIH notificados fue de 1,5 hombres por mujer (es decir aproximadamente cada 10 infectados 6 son hombres y 4 mujeres). Esto denota la importancia que ha cobrado la



epidemia en la población heterosexual, principalmente en las mujeres durante los últimos años, sin dejar de considerar que los HSH en valores absolutos aún se mantienen.

Si se realiza otro tipo de lectura, se observa que la distribución por sexos en el año 2005 y con similar tendencia para el año 2006, fue de 60,7% fueron del sexo masculino, 39,3 % fueron del sexo femenino.

Si bien la proporción de hombres es mayor respecto a las mujeres en enfermos de sida, se debe principalmente a que los nuevos diagnósticos de sida son en personas con VIH de larga evolución, cuando la tasa de infección de VIH en hombres era muy superior a la de las mujeres.

Asimismo, al analizar la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por sexo, entre los años 2000 y 2007 se observa que la edad de mayor diagnóstico en el sexo masculino es entre los 25 y 40 años, mientras que en el sexo femenino es entre los 20 y 39 años. El diagnóstico más temprano en las mujeres puede asociarse a una mayor accesibilidad al análisis de VIH durante el embarazo, que en más del 30% es el momento del diagnóstico de VIH.

Se puede observar que la edad de mayor diagnóstico de VIH tanto en el año 2006 como en el 2007, es la comprendida entre los 25 y los 40 años con un 75% en edades económicamente activas; además el 13% entre los 15 y 25 años, con mayor accesibilidad de la mujer, en este período de la vida y un 3% de los nuevos diagnósticos en adultos mayores.

En los nuevos diagnósticos de VIH del año 2006 y 2007, se observa que la principal vía de transmisión es la sexual con el 82,5%, en población heterosexual, el 61,5% y HSH 21%, seguida por la vía sanguínea en usuarios de drogas inyectables en el 7% de los casos. El 3% de los nuevos diagnósticos es por transmisión vertical; probablemente se relacione a una mayor captación del niño, como así también a diagnósticos tardíos durante el embarazo de la serología para VIH.



Al analizar la vía de transmisión en el año 2006-2007, en el sexo masculino, se observa que la mayor proporción se encuentra en la vía sexual con el 99%, distribuido en población heterosexual el 50% y HSH el 38%, seguido por UDIs con el 7%, mientras que en el sexo femenino la mayor proporción la presentó la transmisión sexual con el 82%, seguida por la vía sanguínea en UDIs que fue de 5,1%.

Asimismo, si se analiza el nivel de instrucción de los nuevos diagnósticos de VIH se observa que el 63% no completó la escuela secundaria, y que además existen grandes diferencias jurisdiccionales. Las provincias de Chubut y Tierra del Fuego no alcanzan al 20% con niveles de educación incompletos, mientras que en las provincias de Salta y La Rioja representan más del 90%. Estos datos, reflejan así, las diferencias regionales respecto a la población vulnerable y correlacionándose en su mayoría con los indicadores educacionales país.

Según el estudio realizado por UNICEF - durante el año 2005 sobre niñas, niños y adolescentes afectados y huérfanos por VIH/SIDA - En el área metropolitana de Buenos Aires

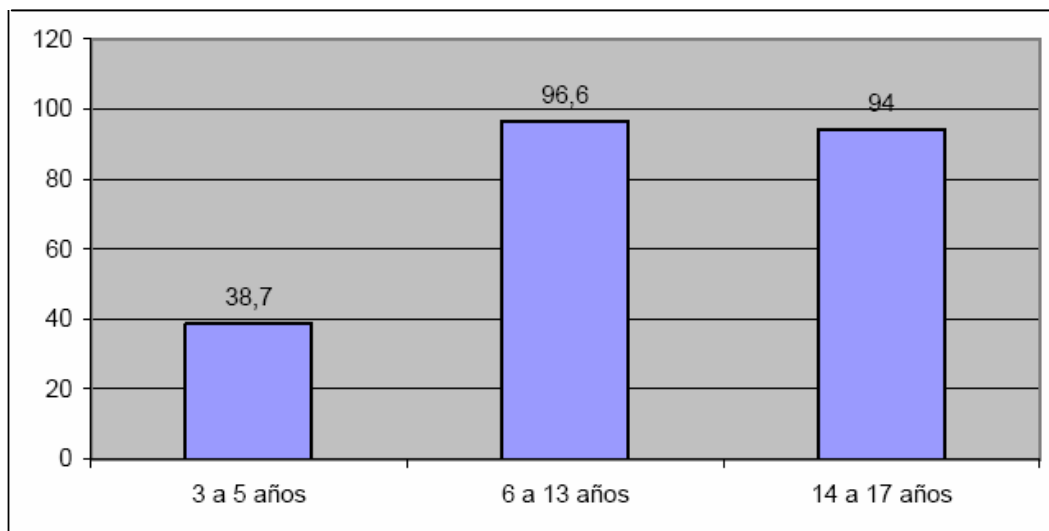
- Del total de niñas, niños y adolescentes analizados (total: 1807):

- La edad promedio fue de 9 años y la distribución por sexo no muestra diferencias: 50,8% son mujeres.
- La mayoría tiene SIDA (80,3%).
- El 90 % contrajo la enfermedad por transmisión vertical.
- Aproximadamente la mitad son huérfanos (753 niños).
- Están institucionalizados 113.
- Todos están bajo tratamiento médico y 80% recibe medicamentos.



- Más de la mitad de los residentes en Gran Buenos Aires se movilizan a otras regiones sanitarias – especialmente a la capital - para recibir atención médica.
- Casi todos los niños entre 6 y 14 años asisten a la escuela.
- La mayoría (69%) tuvo al menos una internación.

Acceso a la escuela de los niños, niñas y adolescentes afectados por VIH/sida según grupo etario



Nota: 100% = total de casos con información sobre escolaridad.

IV. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA

Prevención

Los logros percibidos en el bienio 2006 - 2007 más destacables son : la disminución de la Transmisión Vertical, con la estrategia del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno tanto para mejorar la calidad de vida de la mujer embarazada como así también disminuir la probabilidad de transmisión al niño. Se realizaron capacitaciones de los equipos de salud que trabajan con embarazadas en todo el país, se realizaron rotaciones de especialización para los obstetras, se realizó entrenamiento en consejería a la mujer embarazada y su pareja, se



difundieron las normas de atención y se universalizó el acceso al diagnóstico rápido para embarazadas en trabajo de parto.

Disminución de la transmisión por vía sanguínea con la provisión de sangre segura con un amplio fortalecimiento de los Bancos de Sangre principalmente en tecnología y la promoción del donante voluntario de sangre y programas incipientes de reducción de daño.

Aumento de la Tasa de Uso de Preservativo en algunas poblaciones en situación de vulnerabilidad y disminución de prácticas de riesgo, e incremento de la tasa de uso de preservativo en la primera relación sexual. Estos resultados se han conseguido a partir de la provisión sistemática de preservativos gratuitos, como de programas que fomentan su uso.

En los estudios llevados a cabo en poblaciones vulnerables dentro del marco del Proyecto del Fondo Mundial en Argentina, en el último semestre del 2007 se encontró que el 100% (135/135) de las trabajadoras sexuales entrevistadas declararon haber utilizado preservativo con su último cliente. En el caso de Varones que tienen sexo con Varones VSV este indicador mostró una relación del 90,5 % (228/252). ([Provincia donde se realizo el estudio y autoría](#))

En el año 2007 comenzó un proyecto de prevención en las escuelas, financiado por GTZ, coordinado por un comité interministerial entre el Ministerio de Salud y Educación. Para consolidar el trabajo conjunto en el mes de diciembre de 2007 fue firmado un convenio de compromiso entre los Ministros de Salud y Educación que supera los plazos del financiamiento y que confirma el compromiso en avanzar ([característica del estudio, alcance y población beneficiaria](#))

Atención, Tratamiento y Apoyo

La ley Nacional de Sida se ha constituido en el instrumento que ha posibilitado a la Argentina encontrarse entre uno de los pocos países del mundo que garantiza el tratamiento gratuito a toda la ciudadanía. En este sentido esta ley tiene una clara intencionalidad en cuanto a la disminución de la inequidad dado que se orienta a la protección, medicación y cuidado de la población que no tiene cobertura de salud, ya sea por seguridad social o medicina privada; ofreciéndole a pacientes sin cobertura médica, medicación de la misma calidad y altos grados de actualización.



En los últimos años se dio continuidad al Programa integrado de provisión de medicamentos antirretrovirales, para enfermedades asociadas, oportunistas y co-infecciones; y pruebas de monitoreo, junto con estrategias de adherencia.

Dichos programas incluyen al subsector público, seguridad social y seguros privados de salud, los cuales han permitido el descenso de la incidencia de sida y de mortalidad por sida, entre otros beneficios adicionales, como incremento de la sobrevivencia de las PVVS y mejora en la calidad de vida.

Para aquellos pacientes con infección multirresistente se garantizó la provisión de ARV de última generación. Asimismo comenzó la implementación en todo el país de los estudios de resistencia de acuerdo a las recomendaciones internacionales.

También se incorporó al vademécum el tratamiento con IFN peg para los pacientes coinfectados con hepatitis C que lo requirieran.

Cambio en el conocimiento y comportamiento



V. Prácticas óptimas

Dentro de las prácticas óptimas consideramos destacables los últimos dos procesos que se han desarrollado, los cuales se ha tratado de trabajar formando acuerdos.

Estos son los de Planificación estratégica 2008 – 2011 y la elaboración del Informe UNGASS, ya que los mismos fueron trabajados bajo los parámetros inclusivos y consensuales que llevan a una visión multisectorial, considerada en la actualidad como una práctica óptima.

Esto permite el análisis de los procesos desarrollados como así también la posibilidad de construcción de un proceso enriquecedor de pensamiento, constructivo.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

La Argentina tiene un modelo de respuesta a la epidemia, que en aquellos aspectos relativos a la atención está basado fuertemente en el área gubernamental de salud. El Programa Nacional de Lucha contra los R.H., Sida y E.T.S. asume en este diseño el rol de centralizar la compra de medicamentos y distribuir los mismos a las jurisdicciones provinciales y municipales a través de las cuales se distribuyen a los pacientes.

En los últimos dos años se han hecho esfuerzos para ampliar la participación de otros actores estatales necesarios para una respuesta integral. Para ello se fueron incorporando de manera heterogénea, pero consistente, otras dependencias gubernamentales en diferentes actividades.

Con la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia se comenzó a trabajar en un proyecto conjunto del Fondo Mundial y esa colaboración actualmente se extendió a otros temas comunes.

Con el Ministerio de Educación se firmó un convenio entre los ministros para el trabajo común en la temática que excede el marco del proyecto que ambos ministerios coordinan financiado por GTZ.

Esta política también se extiende a ampliar la participación de la sociedad civil y las redes de personas que viven con VIH es espacios de discusión y decisión. Como antecedentes de esta política se encuentra la conformación del Comité Técnico Asesor de la Dirección Nacional de Sida



que cuenta desde hace años con la participación de las sociedades científicas y académicas y miembros de las redes de personas que viven con VIH; también el Mecanismo Coordinador País del Proyecto Argentina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida ha sido conformado de manera multisectorial con la participación activa en la discusión y decisión de miembros de ONGs, personas que viven con VIH, académicos, representantes de gobierno y agencias.

Durante el año 2007 la Argentina fue la responsable del Foro Latinoamericano de Sida y para ello se conformó un Comité de Organización Local con una amplia participación de la sociedad civil. En el último semestre del año, y siguiendo esta política, comenzó el proceso de Planificación estratégica 2008-2011 realizándose una reunión nacional de inicio y otra de cierre y reuniones regionales en diferentes puntos del país para conseguir la mayor participación posible. Esto permitió que 350 personas trabajaran en este proceso, de las cuales el 50 % eran miembros de la sociedad civil. Para el primer trimestre del año 2008 se espera continuar con el presupuesto y el Plan Operativo.

En relación a la Prevención se hace necesaria la implementación de estrategias que promuevan el uso consistente de preservativo, tanto en poblaciones en situación de vulnerabilidad específica como así también adolescentes, jóvenes y mujeres. Actualmente existe en el país una oferta abundante de preservativos (durante el año 2007 el gobierno nacional compró 42 millones de unidades, el proyecto del Fondo Mundial compró 9 millones y algunas provincias también realizaron compras), que garantizan los insumos necesarios para este tipo de estrategias.

También es necesario implementar estrategias que mejoren la accesibilidad a Programas de Prevención focalizados para las diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad. Para ello sigue siendo fundamental la asociación entre las organizaciones de pares o que son reconocidas por las poblaciones vulnerables, para poder acceder a los diferentes grupos.

Asimismo es importante darle continuidad a las estrategias de prevención de transmisión vertical y sanguínea apuntando a procesos de calidad. Durante este bienio se han realizado capacitaciones permanentes a los equipos de salud para mantener los standards de calidad de los procedimientos (control de las bolsas de sangre, control de calidad en los procesos de diagnóstico), así como en el cumplimiento de las guías de procedimiento para el control de la transmisión vertical. Es necesario



continuar el trabajo para mejorar la calidad del asesoramiento que se realiza y extenderlo a dónde aún no se está realizando.

Con respecto al Tratamiento, atención y apoyo es necesario reducir el subdiagnóstico de VIH, fortaleciendo las políticas de promoción del análisis confidencial, gratuito y voluntario, asegurando la consejería, brindando así un diagnóstico temprano y seguimiento /tratamiento oportuno, mejorando la calidad de los servicios de atención, fortaleciendo los equipos multidisciplinares, y las estrategias de adherencia y apoyo.

Desafíos a superar

Las reuniones realizadas para la elaboración de este Informe País dieron cuenta de que si bien hubo manifiestos avances durante el período 2006 – 2007, quedan aún áreas de trabajo que representan desafíos de cara al futuro. Entre ellas a través del trabajo conjunto con las organizaciones de la sociedad civil, se destacan las siguientes:

Legislación

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

Acceso a la información:

Si bien este se ha ampliado en los últimos años, algunas organizaciones de la sociedad civil han manifestado dificultades para el acceso a la información, sobre todo en torno a disparidad entre las organizaciones.

Representación:

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



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

Reactivar la comisión de diversidad sexual.

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

Multisectorialidad:

Se reconoce la mayor participación de la sociedad civil en los últimos dos años, a través de acciones como la Comisión de representación conjunta entre gobierno y sociedad civil para UNGASS 2006, la conformación del Comité Organizador Local para la organización del Foro 2007 y el trabajo conjunto para la elaboración de la Planificación estratégica 2008 – 2011, durante el segundo semestre de 2007. Esto ha intensificado la demanda de conformar un espacio multisectorial permanente para el diseño e implementación de políticas. Se manifestó en varias oportunidades la necesidad de que este espacio multisectorial este integrado por otros sectores del gobierno, tales como educación, justicia, Interior, juventud, derechos humanos, así como también el sector privado.

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

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

Sistematización de las denuncias y respuesta a ellas:



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

Relación Programa Nacional y Programas Provinciales

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

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

Asignación presupuestaria a acciones de la Sociedad Civil

Se manifestó la necesidad de un presupuesto específico para llevar a cabo acciones por parte de las ONG's en prevención del VIH / SIDA, en el presupuesto nacional.

Grupos Vulnerables

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



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

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

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

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

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

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



VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

Las agencias internacionales del sistema de naciones Unidas han participado activamente acompañando las actividades llevadas a cabo en el país por el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil.

Se pueden mencionar como acciones más importantes

- Apoyo técnico y financiero en la organización del Foro Latinoamericano de Sida que se desarrolló en Buenos Aires en el mes de abril de 2007.
- Apoyo al proceso de Planificación Estratégica 2008-2011 que incluyó 350 participantes de diferentes áreas de gobierno, sociedad civil, redes de personas viviendo con VIH, sociedades científicas y academias. OPS lideró el apoyo y ONUSIDA también colaboró.
- Empoderamiento de las personas que viven con VIH. Por medio de fondos PAF se apoyó esta actividad llevada a cabo por representantes de la Red Argentina de pvvs y del Foro de ONG con trabajo en sida.
- En el marco de la Cooperación Sur-Sur, ONUSIDA facilitó un módulo de Vigilancia epidemiológica.
- ACNUR realizado actividades de prevención del VIH/Sida en personas refugiadas
- Con financiamiento de GTZ comenzó el proyecto “Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y Prevención del VIH/Sida y Drogas en el Ámbito Escolar” coordinado por una comisión interministerial entre el Ministerio de Educación y el de Salud. Este proyecto está enmarcado dentro de un proyecto regional formado por 5 países (Brasil, Paraguay, Uruguay, Chile, Perú y Argentina). El proyecto regional está coordinado por el CICT y ONUSIDA y apoyado por una comisión interagencias formada por UNICEF, UNESCO, UNDD y UNFPA.
- MEGA: ONUSIDA apoyó técnicamente la realización del informe MEGA
- UNGASS: las agencias ONUSIDA, UNFPA y OPS apoyan el proceso de recolección de información y elaboración del documento de consenso entre el gobierno y la sociedad civil.



- Banco Mundial: el país recibió un crédito del banco para llevar a cabo el programa “Funciones Esenciales de la Salud Pública” que incluye 10 programas prioritarios entre los que está incluido Sida.
- Argentina sigue ejecutando la última etapa de la donación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida. Argentina postuló para este beneficio en el año 2002, en el momento de mayor crisis del país, y fue seleccionada en la primer ronda. En el Mecanismo Coordinador País de Argentina participa el gobierno, representantes de la sociedad civil y las redes de personas que viven con VIH, representantes de universidades y sociedades científicas y OPS, en su carácter de presidente del Grupo temático de Sida y ONUSIDA

1. Prevención

Introducción

El acceso universal, desde el punto de vista de los derechos humanos y en relación a la epidemia del VIH/sida, significa la posibilidad para todos, sin distinción o discriminación, en todas partes del



mundo, en todas las culturas, ethos y cosmovisiones, de acceder a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, respetando la diversidad.

A partir de la declaración universal de los derechos humanos y en relación con los mismos, nos alineamos en el abordaje de la temática del VIH/sida, con los compromisos asumidos por los gobiernos en la Asamblea General de Naciones Unidas – UNGASS - y la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Desde esta perspectiva, el acceso universal a la prevención, asistencia y tratamiento en VIH/sida significa que todas las personas que necesitan los recibirán. La prevención puede brindarse en forma de acceso a preservativos, suministro de sangre segura o los fármacos que impiden que las mujeres embarazadas no transmitan la infección a sus hijos durante el embarazo, parto y/o lactancia y mejoren su calidad de vida. El tratamiento incluye los medicamentos antirretrovirales que detendrán el desarrollo del SIDA, así como las medicinas que combaten las infecciones oportunistas que surgen. La atención y el apoyo incluyen asegurar que las personas que viven con VIH/SIDA puedan recibir todos los cuidados y servicios que requieren.

En ciertas formas, el acceso universal es sucesor de la Iniciativa 3 por 5 que fue lanzada por ONUSIDA y la OMS en 2003. Esta iniciativa fue una meta global que proveería, para fines de 2005, tratamiento antirretroviral (TARV) que prolongaría la vida de tres millones de personas viviendo con el VIH y el sida en países de ingresos bajos y medios. Fue un paso hacia la meta de hacer posible, como un derecho humano, el acceso universal a la prevención y al tratamiento del VIH/sida para todas las personas que los necesitan.

Hasta la fecha ha habido muchos éxitos y retrocesos en el acceso universal. La sociedad civil ha encontrado una voz común para avanzar hacia el acceso universal, como así también las autoridades nacionales y/o provinciales en este ámbito trabajan conjuntamente con la sociedad civil a fin de desarrollar planes y objetivos encaminados al logro del acceso universal.



Principios que guían al proceso

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

Dicha planificación deberá guiar las acciones contra el VIH/sida entre los años 2008 y 2011 tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional.

Es importante destacar que un plan estratégico es fundamentalmente un compromiso público de actuación, compuesto de promesas de logro; y, por tanto, no constituye una mera expresión de deseos y buenas intenciones.

Es fundamental incluir en este proceso de planificación a todos los actores que intervienen cotidianamente en las tareas vinculadas con la problemática, ya que, un tema como las ITS y el VIH/sida es mucho más que un problema de salud y por lo tanto puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las organizaciones del país.

En tal sentido, se invitó a los diferentes sectores del gobierno nacional, jefes de programas provinciales, representantes de las agencias internacionales con trabajo en VIH/sida, representantes de organizaciones de la sociedad civil y representantes de Personas que viven con VIH para una Consulta Nacional Ampliada el día 26 de Septiembre de 2007.

Para esta consulta se tuvo en cuenta la elaboración de un documento base para iniciar la discusión sobre los contenidos más salientes del temario a considerar.

La intención estuvo puesta en hacer participar a todos los actores, con el propósito de que, a partir de reflejar sus realidades regionales o locales, y con un compromiso desde lo emocional en la discusión, se apropiaran y motivaran colectivamente en una promesa de acción y logros a largo plazo para avanzar de manera sostenida hacia el acceso universal, entendido éste como un



incremento progresivo del acceso de la población y en especial de las personas viviendo con el VIH/sida, a la prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Desde esta óptica, se propuso el desarrollo de capacidades, competencias, y empoderamiento de los actor@s, personas y grupos implicados en las experiencias de análisis de situación, definición de brechas, diseño de estrategias y de líneas de acción.

Metodología

Esta nueva mirada estratégica se programó llevarla adelante en dos etapas:

- a. Actualización de una mirada estratégica nacional con horizonte 2011 (agosto – diciembre 2007)
- b. Una fase – en 2008- de formulación y expresión programática y operacional de las estrategias, políticas y POAS correspondientes y articulados consistentemente entre el plan nacional y las especificidades provinciales.

En la primer etapa se llevó a cabo una Consulta Nacional Ampliada, el día 26 de septiembre de 2007, en la cual se trabajaron los primeros diagnósticos situacionales y líneas de acción, que se llevaron a los 5 talleres regionales de dos días de duración cada uno (octubre-noviembre 2007) cuyo diseño se centró en los siguientes aspectos:

- Presentación del equipo responsable (Dirección de sida y ETS, OPS-OMS)
- Presentación de los participantes
- Explicación del taller y metodología de trabajo
- Presentación de un marco conceptual de planificación estratégica y VIH/sida y proceso de actualización de planificación estratégica.
- Presentación del documento base
- Talleres regionales de re-planificación y presentación de las provincias
- Procesos conversacionales

Desde el punto de vista metodológico, estuvo centrado en el desarrollo de procesos conversacionales, de articulación y de declaración de compromisos para el logro de las propuestas y líneas de acción que resultaran concretas en el proceso. Estos procesos conversacionales están basados en la búsqueda de acuerdos que no anulan las diferencias o diversas miradas hacia los



problemas sino que intentan integrarlas y que tienden a una mirada nueva para definir, diseñar y ejecutar políticas públicas.

Desde este enfoque, la planificación estratégica no se puede confundir con el diseño “normativo” del deber ser; por el contrario ella busca cubrir el puede ser y la voluntad de hacer.

Síntesis del contexto nacional

La Argentina es a nivel socio – cultural una amalgama étnico cultural que responde a su conformación, principalmente inmigrante. La estructura socio demográfica constitutiva se corresponde con una mayoría de inmigración italo – española, de fines de s. XIX y principios de s. XX. A esto se ha sumado en las últimas dos décadas inmigración proveniente de los países limítrofes, fundamentalmente Bolivia, Paraguay y Perú. Fuera de esto se destacan las comunidades china y coreana.

A nivel religioso, si bien la mayoría de la población pertenece a los cultos católico y judío, en los últimos años se ha incrementado la participación de la iglesia evangélica.

La conformación demográfica durante el s. XX favoreció la formación de una clase media urbana, de nivel educativo medio alto, lo cual fue uno de los rasgos predominantes de la sociedad argentina durante el siglo XX.

Sin embargo, las repetidas crisis económicas han generado consecuentes bolsones de pobreza que han conducido al aumento de los sectores pobres.

La sociedad argentina se caracteriza por una sociedad bastante abierta en relación al tratamiento de temas sexuales y a las diferencias de género y elección sexual. Sin embargo, presenta variaciones regionales importantes, dado que las regiones de norte y cuyo con fuerte tradición religiosa se evidencian más conservadoras en cuanto al tratamiento de la sexualidad y mayores grados de discriminación frente a la diversidad sexual. Las regiones patagónica y centro se muestran más tolerantes.

En un estudio realizado durante el año 2006, el 60% de las personas con VIH encuestadas, refirió no haber sufrido episodios discriminatorios



Conocimiento de la epidemia

Mirada evaluativa de la calidad de la información disponible

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

Se tiene, así, una gran cantidad de información disponible, así como capacidad instalada, la cual crece pero en forma heterogénea.

No es suficiente la vigilancia de los casos de sida y de la infección por VIH para establecer las oportunas recomendaciones de cara a la estrategia de prevención y control de la epidemia. El potencial de expansión del virus, de acuerdo con los hallazgos de laboratorio y los estudios epidemiológicos, depende de la prevalencia de VIH y de comportamientos de riesgo. Por ello, un sistema de vigilancia epidemiológica de la epidemia de VIH/sida, hoy por hoy, se compone de diversos subsistemas de información donde se recojan: casos de sida, extensión de la infección por VIH y frecuencia de los de riesgo, entre otros parámetros.

La efectividad de estos subsistemas no sólo radica en su incorporación como sistemas de información, sino en su mantenimiento, ya que las variaciones en el tiempo son las que permiten conocer la dimensión de los problemas, conocer las tendencias y en consecuencia diseñar las estrategias de prevención más efectivas.

El periodo medio de retraso entre el diagnóstico de los casos y su notificación al registro ha disminuido considerablemente, mejorando la calidad y el nivel de cumplimentación de las variables recogidas en el protocolo de notificación.

Finalmente, la vigilancia epidemiológica de comportamientos de riesgo a nivel nacional es aún incipiente, contándose con indicadores procedentes de estudios llevados a cabo por el Ministerio de Salud, El Fondo Mundial y Centros de Investigación. Además, se han realizado estudios de prevalencia de comportamientos de riesgo a nivel local por distintas instituciones y asociaciones cuyos resultados, aún sin ser comparables, permiten valorar y orientar las intervenciones.



¿Qué sabemos y qué no sabemos?

A nivel nacional, la información actual muestra la existencia de una epidemia concentrada, que a su vez, presenta sus particularidades regionales, tanto en lo que respecta a por donde transcurre la epidemia en cada provincia, como a la historia natural de la infección que presenta diferencias evolutivas relacionadas con las estrategias de atención, seguimiento y apoyo en cada una de ellas.

Por lo expresado anteriormente, se considera pertinente determinar las diferenciaciones regionales respecto a afectación, en mayor o menor grado de poblaciones en situación de vulnerabilidad, como del mismo modo indagar sobre las particularidades puente en cada región.

Asimismo para analizar la evolución de la infección en las personas con VIH, una de las mayores hipótesis tiene que ver con la prevalencia e incidencia de las comorbilidades, dada la mayor sobrevida y efectos adversos de las terapias, como así también la situación social, sanitaria y económica y su relación tanto con lo antes expuesto como con la mortalidad específica o asociada al VIH.

¿Cuáles son las poblaciones prioritarias?

Teniendo en cuenta que la seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en los últimos años se mantiene estable, en un 0,32% a nivel país, aunque con diferencias regionales importantes, La Pampa con el 0,10% y algunos Partidos del conurbano Bonaerense con valores por encima del 1%.

Respecto a la prevalencia de VIH en otras poblacionales, la información que se dispone en general no representa al país en su conjunto, tal es el caso de HSH, que los datos disponibles corresponden a un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CNR – NEXO), con una prevalencia de 9,8% (N=876 – Año 2006), e incidencia 3,9% (IC 95% = 2% – 6.7%) estudio realizado por cohorte entre los años 2003 y 2005.

En usuarios de drogas la información es más compleja, la Provincia de Córdoba con una prevalencia de 3,2% (N=152 – Año 2005) en UDIs, y el Área Metropolitana de Buenos Aires con una prevalencia de 6.3% (N=504 – Año 2002/2003) en usuarios no inyectables de cocaína y de 6,8% (N=325 – Año 2006/2007) en usuarios de drogas (CNR – Intercambios).



En Trabajadoras Sexuales los datos más recientes corresponden a datos preliminares de un estudio realizado por CNR y AMMAR durante el año 2006/2007 donde la prevalencia de VIH es de 2,6% - (N=308).

En personas privadas de libertad en el año 2005 con información de 8 provincias, de unidades penitenciarias tanto de los servicios penitenciarios provinciales como federal, la prevalencia fue de 6,2% (N= 4560), aunque con diferencias regionales importantes, tal es el caso de Unidades Penitenciarias de la Provincia de Buenos Aires con 8% y de la Provincia de Chubut 0.5%.

Respecto a las Personas Trans con identidad de género femenina, el estudio realizado durante el año 2006 en 12 provincias del país con un N de 441, revela que la prevalencia es de 35%, y la incidencia del 11%.

Se puede decir, de manera sintética, que a las comunidades aborígenes, las une una situación socioeconómica desfavorable que conjuntamente, con las diferencias culturales, el aislamiento geográfico, las barreras del idioma, limitan el acceso al conocimiento e información sobre VIH/sida.

Más allá de la información que pudieron recibir en algún momento, persiste el desconocimiento en relación con la problemática respecto a la vías de transmisión, la existencia del test, los medios de prevención y el uso del preservativo más concretamente.

De esta breve descripción , se desprende la necesidad de trabajar con esta población específicamente dado que hoy en día, el VIH/sida es entendido como “algo que viene de afuera”, o “ la enfermedad del banco”, que asusta pero todavía no llega al interior de las comunidades.

Brechas y desafíos principales en el conocimiento de la epidemia

No obstante, se debe continuar reduciendo la subnotificación, fomentando los sistemas de búsqueda activa en las provincias, en Instituciones Penitenciarias y en Prepagas. Asimismo, implementar un sistema en red e introducir sistemas de control de calidad que permitan aumentar la calidad de la información de los registros provinciales y del registro nacional.

La prevalencia de los comportamientos de riesgo se monitorizará, en poblaciones en situación de vulnerabilidad. La técnica consistirá en la realización de encuestas periódicas dirigidas a muestras representativas de las subpoblaciones seleccionadas, a niveles regionales y comparables entre si,



incorporando técnicas cualitativas que complementen la información.

2. Respuesta institucional y de articulación de actores relevantes

a. Programa Nacional de Lucha contra los RH, Sida y ETS

b. De otros actores relevantes

i. Sociedad civil

La sociedad civil en Argentina se caracteriza por su gran heterogeneidad, capacidad, poder de movilización y empoderamiento en la temática. Ha sido la promotora de la implementación de diferentes estrategias que han llevado a la consolidación en las políticas como por ejemplo la incorporación de la terapia ARV, la consolidación del proyecto del Fondo Global, etc.

Asimismo ha favorecido la implementación de acciones por parte del Ministerio de Salud de la Nación, como así también de los Gobiernos Provinciales y locales, trabajando con poblaciones de difícil acceso para las instituciones de gobierno, tales como UDIs, trans, PPL, TS, etc.

Tiene representantes en el Comité Técnico Asesor del Programa Nacional y forma parte de comisiones provinciales, integra el Mecanismo Coordinador País en Argentina del Fondo Global. Siendo un sector de consulta permanente para diferentes temas relacionados a la atención integral, intersectorialidad, etc.

ii. Grupo Temático de ONUSIDA y agencias de UN

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

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



iii. Sector académico y científico

Al igual que otros sectores de la sociedad civil, integran el Comité Técnico Asesor del Programa Nacional, forma parte de comisiones provinciales e integran el Mecanismo Coordinador País en Argentina del Fondo Global.

Asimismo son generadores permanentes de información que contribuyen tanto en las decisiones clínicas, de gestión y políticas.

c. Financiamiento y disponibilidad de recursos financieros

La Inversión desde el ámbito de salud –Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Programa Nacional de lucha contra los RH, Sida y ETS, Programa Provinciales de VIH/sida, Atención Hospitalaria y Seguridad Social, en VIH/sida en el año 2006 fue de aproximadamente \$347.500.000.

El aporte del Programa Nacional fue de un 45% (76% para prevención y 20% atención), Seguridad Social de un 32%, Gobiernos Provinciales 19% y Fondo Global 4%. No está cuantificado el aporte de las Agencias y Seguros Privados.

Asimismo debemos destacar el incremento en el presupuesto del Programa Nacional en los últimos 5 años siendo el mismo de un 300%. Dicho incremento es tanto para las categorías del gasto de atención y mejora de la calidad de vida de las PVVIH/sida como así también para las estrategias de prevención.

d. Necesidades de fortalecimiento institucional: fortalezas

- Concreción de reuniones intersectoriales y regionales lo cual facilita la comunicación entre los actores nacionales, provinciales y de la sociedad civil.
- Se ha logrado la regularidad y mantenimiento de la continuidad en la provisión de medicamentos, lo cual colabora con la adherencia.
- Mayor conocimiento de la realidad institucional de cada provincia a través de relevamientos permanentes, lo cual generará una mejor capacidad de respuesta.
- Aumento del equipamiento y formación para mejorar la administración y capacidades



institucionales de las provincias.



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

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

Los cuatro ejes estratégicos son:

Ejes estratégicos hacia el acceso universal

EJE ESTRATÉGICO 1 MEJORAR, PROFUNDIZAR Y SOCIALIZAR EL CONOCIMIENTO DE NUESTRA EPIDEMIA DE VIH/SIDA A NIVEL DEL PAÍS, COMO DE LAS PROVINCIAS Y MUNICIPIOS DESDE SUS PARTICULARIDADES.

EJE ESTRATÉGICO 2. GARANTIZAR E INCREMENTAR EL ACCESO A LA PREVENCIÓN DEL VIH DESTINADA A LA POBLACIÓN EN GENERAL CON ÉNFASIS EN POBLACIONES EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH: PSP, PUD, PSHH, HG, TS, PPL, TRANS, MIGRANTES, REFUGIADOS, NIÑOS/AS, ADOLESCENTES, JÓVENES, MUJERES, PUEBLOS ORIGINARIOS.

EJE ESTRATÉGICO 3. GARANTIZAR DE MANERA INTEGRAL EL ACCESO A UNA ATENCIÓN CALIFICADA POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, LA CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS, SU MONITOREO Y EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH Y EL SIDA.

EJE ESTRATÉGICO 4. A NIVEL DEL SECTOR PÚBLICO Y LA SOCIEDAD CIVIL, DE LOS MUNICIPIOS, DE LAS PROVINCIAS Y DE LA NACIÓN, DESARROLLAR LOS RECURSOS HUMANOS, FORTALEZAS ORGANIZACIONALES, LAS CAPACIDADES CIENTÍFICAS, METODOLÓGICAS Y TECNOLÓGICAS Y LAS COMPETENCIAS PARA EL TRABAJO



ARTICULADO ENTRE LOS ACTORES, A FIN DE GARANTIZAR UNA MAYOR EFECTIVIDAD EN LA RESPUESTA AL VIH,
SIDA E ITS.



VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

El sistema de vigilancia y evaluación se desarrolla en el Programa nacional de Lucha contra los R.H., el Sida y E.T.S. desde el año 2002, si bien durante el bienio 2006 – 2007 el mismo se ha sistematizado ganando en sus capacidades de tal forma que ha generado un importante incremento cualitativo y cuantitativo de la información recabada. La vigilancia epidemiológica es un recursos de extrema importancia para luchar contra la epidemia, constituyéndose en una herramienta necesaria para la planificación de acciones tanto en la prevención primaria como secundaria del VIH.

El área de Vigilancia y evaluación, inscripta dentro de la Coordinación de Planificación Estratégica del Programa Nacional genera un importante volumen de información actualizada que permite a través del cruce de indicadores diseñar distintos planes de acción preventiva y monitorear la evolución de la infección de VIH y Sida. A través de estos relevamientos permanentes se pueden realizar mejoras constantes en el diseño de programas puntuales así como también la mejora continua en la adquisición de insumos entre ellos medicamentos según la evolución de los casos monitoreados.

RECOMENDACIONES A ONUSIDA

Terminología adecuada

En algunas piezas escritas se utilizan términos que no son adecuados para nombrar a grupos vulnerables. En este sentido se sugiere instrumentar los canales adecuados para su suplantación por los siguientes términos en referencia a las comunidades específicas en la República Argentina:

Trabajadoras/es del sexo (no utilizar profesionales del sexo)



Personas privadas de libertad (no utilizar reos)

Incluir otras poblaciones:

Usuarios de drogas por otras vías

Población Trans con identidad de género femenino

Personas en situación de encierro

Recomendación sobre parámetros futuros para la elaboración de preguntas del
INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL

En el proceso de trabajo para la preparación del presente informe se evaluó tanto por parte del Gobierno como de la Sociedad Civil que las preguntas adolecían de inexactitud en el idioma español, por lo cual se recomienda fuertemente que el próximo informe no sea una traducción sino que se elabore una versión en español que permita una adecuación a la realidad latinoamericana. Así mismo el esquema de algunas de las preguntas por su orientación hacia la búsqueda de respuestas más focalizadas en otros continentes, no permiten reflejar la realidad y particularidades de Latinoamérica. Creemos que la riqueza del aporte latinoamericano tendría una mejor visibilidad con un formato de cuestionario más amplio.

RECOMENDACIONES A ONUSIDA PARA EL SISTEMA CRIS

Se recomienda en los indicadores de comportamiento permitir el ingreso de encuestas con metodologías diferentes, ya que en general cuando se pide la información entre los 15 y los 49 años, se realizan dos tipos de encuestas, una que es específica para jóvenes y otra para adultas. En poblaciones más expuestas incorporar los tres géneros, dado que en el caso del trabajo sexual existe la



población masculina, femenina y trans con identidad de género femenina, donde las prevalencias en cada una son absolutamente diferentes. Estas, como en el caso anterior no son sumables.



ANEXO I. Participantes en las reuniones preparatorias del Informe UNGASS

- Gabriela de la Iglesia (ONUSIDA)
- Clarisa Brezzo (ONUSIDA)
- Daniel Fontana (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Lucía Cargnel (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Carlos Falistocco (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Carlos Oyón (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Juan Sotelo (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- María Delia Péné (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Dolores Fenoy (Dirección Nacional de SIDA y ETS)
- Sergio Maulen (UNFPA)
- Luis Perez (Banco Mundial)
- Marcelo Vila (OPS)
- Marcelo Gonzalez (Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe – ASICAL)
- Gerardo Conrado Casas (Co.Na.Di.Se. Comisión Nacional de la Diversidad Sexual)
- José Luis Chabán (Federación CREFOR – Binacional)
- Pablo Cymerman (Intercambios)
- Lisandro Orlov (Pastoral Ecuménica VIH/SIDA)
- Jorgelina Sosa (Asociación Mujeres Meretrices de Argentina – AMMAR)
- Elena Reynaga (Asociación Mujeres Meretrices de Argentina – AMMAR)
- Daniela Devoto (Asociación Mujeres Meretrices de Argentina – AMMAR)
- Eugenia Gilligan (Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA)
- Alejandro Freyre (Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/SIDA (REDAR+)– Federación Argentina de Lesbianas Gays Bisexuales y Trans FALGBT)
- Lorenzo Vargas Cornejo (INTILLA-LACASSO Argentina)
- Patricia Pérez (ICW Latina)
- Marcela Romero (Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina)
- Gerardo Mitre (FUNDAMIND)
- Marta Miravete (Grupo de Mujeres de Argentina – Foro de VIH Mujeres y Familia, integrante del Observatorio Latinoamericano de prisiones y PF Aid for Aids)
- Andrea Mariño (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer)
- Mabel Bianco (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer)
- María del Carmen Allende (El logro de volver a vivir)
- Osvaldo Lanari (El logro de volver a vivir)
- Angel Pepey (Red de la Matanza)
- Eduardo Busto (REDAR+)
- Estela Carrizo (Red PVVS Mar del Plata)
- Marcela Alsina (Red Bonaerense)
- Fabián Salguero (Red Bonaerense)
- Sandra Maldonado (Foro Federal)
- Gustavo Granella (Redes Nueva Frontera de Mendoza)
- José María Di Bello (Cruz Roja)

