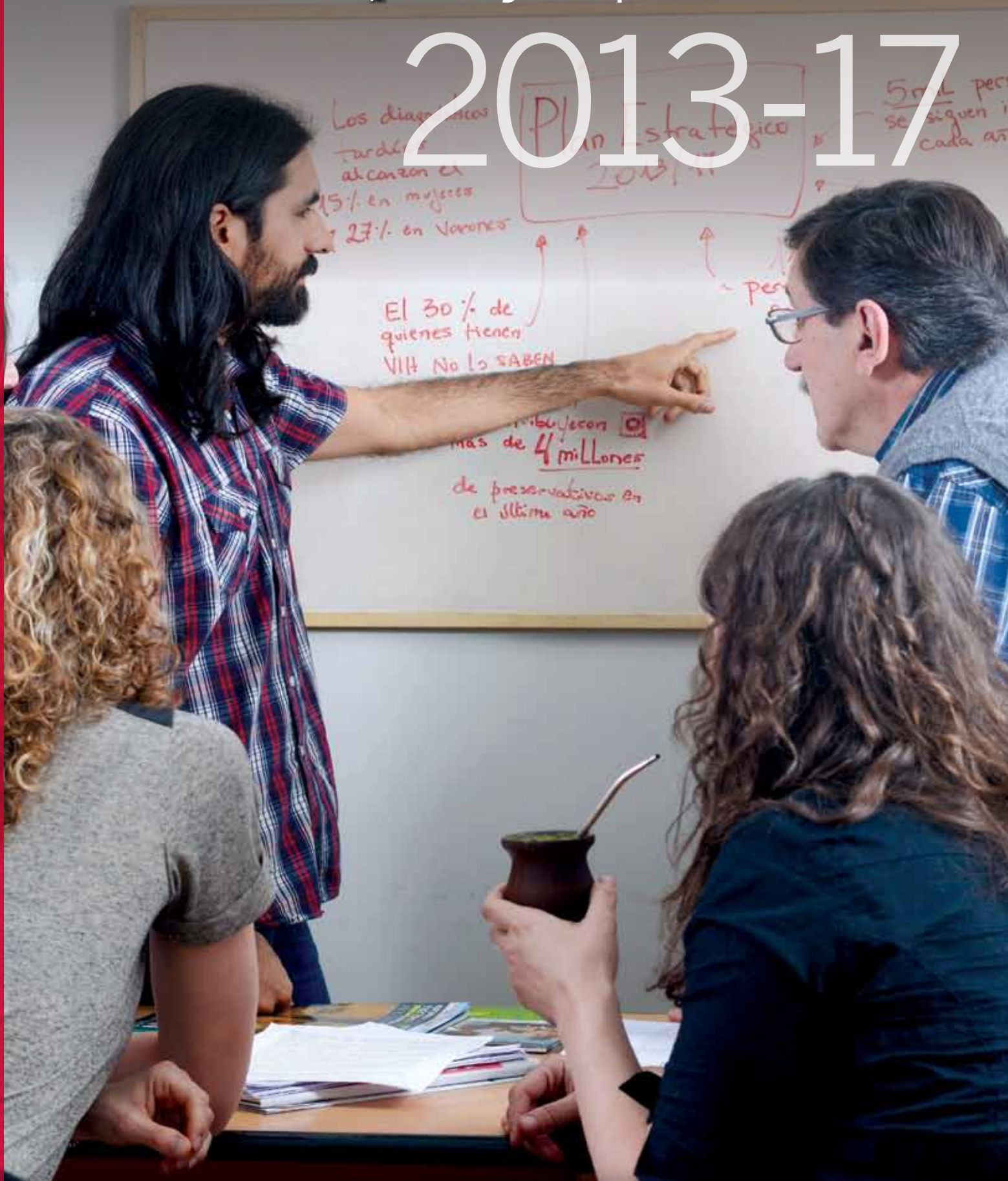


Plan Estratégico Nacional de VIH-sida, ITS y hepatitis virales

2013-17



Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretaría de Promoción y Control de Riesgos
Dra. Marina Kosacoff

Director de Sida y ETS
Dr. Carlos Falistocco

Equipo responsable del proceso de Planificación Estratégica

Graciela Laplacette

Liliana Vignau

Vanesa Kaynar

Responsable del Plan de Monitoreo y Evaluación

Adriana Duran

Revisión técnica del Plan Estratégico y del Plan de Monitoreo y Evaluación

Ariel Adaszko

Diseño y Diagramación
Carolina Berdiñas

Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

Argentina, 2013

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE VIH-SIDA, ITS Y HEPATITIS VIRALES 2013-2017



GLOSARIO	3
I. Introducción	4
II. Lineamientos conceptuales	5
III. El contexto	7
IV. Situación epidemiológica	10
V. Ejes estratégicos de la DSyETS	13
VI. Etapas del proceso de planificación estratégica 2013-2017	16
VII. Consideraciones que surgen de la investigación sobre evaluación y monitoreo de la respuesta del sistema público de salud para el VIH, ITS y hepatitis	18
VIII. Ejes, problemas, líneas estratégicas y acciones	20
IX. Principales indicadores y metas de acuerdo con los ejes estratégicos	28
X. Matriz de indicadores y metas seleccionados	42
XI. Bibliografía	44

Glosario

AMMAR	Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina
ATTTA	Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina
ARV	Antirretrovirales
CHA	Comunidad Homosexual de Argentina
DDHH	Derechos Humanos
DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
FESP	Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública
LGBT	Lesbianas, gays, bisexuales y <i>trans</i>
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PE	Planificación estratégica
PEN	Plan Estratégico Nacional del VIH-sida, ITS y hepatitis virales 2013-2017
PMO	Programa Médico Obligatorio
PPL	Personas privadas de libertad
PV	Plataforma virtual
PVV	Persona viviendo con VIH
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SIVILA	Sistema de Vigilancia de Laboratorio
TARV	Tratamiento antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TB	Tuberculosis
TV	Transmisión vertical
UD	Usuarios de drogas
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNPFA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. Introducción

El proceso de **Planificación Estratégica Nacional 2013-2017 (PEN)** se desarrolló con el liderazgo de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación y el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA). Se inició con una investigación de Evaluación y Monitoreo del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Argentina, con el propósito de generar un modelo de planificación basado en evidencia científica respecto de las epidemias de VIH y otras ITS y, de la oferta en prevención y atención que brinda el sistema público de salud.

La DSyETS ha definido como base para la elaboración del **Plan Estratégico Nacional (PEN)** los siguientes ejes estratégicos:

- 1. Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otras ITS.**
- 2. Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales.**
- 3. Atención integral de las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis virales.**
- 4. Reducción del estigma y la discriminación.**

La producción del PEN 2013-2017 demandó un proceso de intercambios de información y comunicaciones con y entre actores relevantes, en línea con las bases conceptuales y metodológicas definidas por la DSyETS.

Detener y revertir la epidemia del VIH es el marco general de trabajo y compromiso que se plantea el PEN para los siguientes cinco años. Establece acciones concretas para alcanzar esta meta, cuyo desafío principal son los plazos establecidos y el respaldo político que se requiere para su realización y cumplimiento. Es un plan de carácter multisectorial que requiere de la participación y compromiso de todos los actores sociales involucrados con las problemáticas del VIH, las ITS y las hepatitis.

Una primera condición para su viabilidad es la existencia de un fuerte y claro liderazgo del Ministerio de Salud, como instancia rectora del sistema de salud y de la DSyETS como el área directamente relacionada con las problemáticas a resolver. El logro de las metas propuestas supone, además, el compromiso de la sociedad civil, trabajando en articulación con los distintos niveles del Estado.

El PEN se plantea en un marco que respeta el criterio de equidad y garantiza las actividades de prevención, atención y apoyo a la población en general, privilegiando la atención integral a las poblaciones más pobres, ya que la pobreza genera situaciones que incrementan la vulnerabilidad al VIH, las ITS y las hepatitis.



II. Lineamientos conceptuales

Se entiende la planificación estratégica (PE) como un proceso continuo y sistemático de evaluación de la naturaleza de la institución, sus objetivos, metas y estrategias; como también de los recursos asignados para su realización. Como herramienta de gestión no es infalible ni mágica para resolver la complejidad de las instituciones en el tránsito hacia el logro de sus propósitos. Lo que la PE favorece es la problematización de las tensiones existentes, tales como, las que se producen en la aplicación del plan versus la acción y ejecución; el plan versus los presupuestos institucionales; los compromisos integrales versus los parciales; el plan versus la necesaria apropiación de este por parte de los ejecutores; el plan versus los liderazgos necesarios; el plan versus la cultura organizacional.¹

Desde la visión de los actores que participan en ella, Rovere define a la PE como un ejercicio de reflexión-acción que uno o más actores sociales realizan a partir de su experiencia, para diseñar intervenciones o mejorar sus prácticas, consideradas como una construcción realizada a partir de la interacción de fuerzas sociales y dimensiones subjetivas. El ejercicio permite establecer una distancia óptima en términos espaciales y temporales con lo cotidiano y pensarse en una dimensión de mediano y largo plazo.²

Tanto desde el punto de vista teórico como legal el PEN 2013-2017 se encuadra en el marco de los derechos humanos (DDHH) y tiene como norte la promoción de la equidad en el acceso a bienes y servicios de salud de la población. Se desarrolla conforme a los compromisos asumidos por el Estado en el marco de diferentes estrategias propuestas por organismos internacionales, que a continuación se enuncian:

- La visión mundial de ONUSIDA de llegar a cero nuevas infecciones, cero muertes por sida y cero estigmas y discriminación, propuestas en el año 2011.³
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente los que refieren a la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, combatir el VIH-sida y otras enfermedades.⁴

- OPS/OMS y UNICEF proponen la disminución en la región de la tasa de transmisión vertical del VIH a menos del 2% para el año 2015. Además, promueve un enfoque integrado en la atención prenatal para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita⁵.
- A los ODM se suman los compromisos asumidos por el Estado en la última reunión de alto nivel de las Naciones Unidas en junio de 2011⁶ que estableció para el año 2015 diez objetivos de alto nivel: **1) reducción de la transmisión sexual del VIH; 2) prevención del VIH entre usuarios de drogas; 3) eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños; 4) acceso al tratamiento para 15 millones de personas; 5) erradicación de las muertes por tuberculosis; 6) reducción de las brechas en los recursos; 7) eliminación de las desigualdades de género; 8) erradicación del estigma y la discriminación; 9) eliminación de las restricciones de viajes en relación al VIH; 10) fortalecimiento de la integración del VIH.**

La Iniciativa conjunta OMS/ONUSIDA de Tratamiento 2.0, cuyo lanzamiento se realizó en el mes de junio de 2010 y que fuera desarrollada para alcanzar y sustentar el acceso universal y maximizar los beneficios preventivos de la terapia antirretroviral. Los principios y las prioridades del Tratamiento 2.0 abordan la necesidad de conseguir logros en innovación y eficiencia por parte de los programas de VIH que repercutan en una mayor efectividad, cobertura e impacto en términos de resultados específicos en VIH y de resultados sanitarios más amplios.⁷

En el Marco de Inversión de ONUSIDA, desarrollado en colaboración con agencias copatrocinadores de Naciones Unidas y otros socios de la cooperación internacional contempla objetivos orientados a aumentar los beneficios de la respuesta al VIH, apoyar una asignación de fondos más coherente sobre la base de la epidemiología nacional y su contexto, animar a los países a que establezcan prioridades y apliquen las actividades de los programas más efectivas, e incrementar la eficiencia en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Por otro lado, el MERCOSUR creó durante el 2002 una

1 TORO PAPAPIETRO, Luis: Notas sobre Gestión y Planificación Estratégica. Curso Taller de Planificación Estratégica en VIH-sida, Bs. As. Septiembre de 1999. Págs 4 y 22.

2 ROVERE, Mario: Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médico Sociales. Mayo de 1999. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales-Asociación Médica de Rosario.

3 ONUSIDA: Informe para el Día Mundial del Sida - 2011. Cómo llegar a cero: más rápido, más inteligente, mejor.

4 ODM: Declaración del Milenio - Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Septiembre de 2000.

5 OPS/OMS/UNICEF/CLAP: Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual. Montevideo 2009.

6 ONU: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Setiembre de 2000.

7 OMS-ONUSIDA-OPS: Marco de Acción del Tratamiento 2.0; Impulsando la próxima generación del Tratamiento, Atención y Apoyo. 2011.

Comisión Intergubernamental de VIH-sida en la que se asumen compromisos políticos. Por ejemplo desarrollar un boletín epidemiológico de los países miembros, establecer un Plan de Vigilancia en Salud, garantizar el acceso a los ARV e insumos de prevención e implementar un proyecto para la prevención, atención y apoyo en VIH en los espacios fronterizos del MERCOSUR.

Al Estado le corresponderá liderar la respuesta estratégica a las epidemias del VIH-sida, las ITS y las Hepatitis virales en línea con los avances e intercambios posibilitados por los acuerdos políticos, económicos y culturales de la región (Mercosur, Unasur, CELAC). Estas son realidades que facilitan el encuentro y las transferencias entre los países latinoamericanos y caribeños. La relación Sur-Sur es prioritaria para el país, y a partir de ella las transferencias a los países del continente africano que hoy se hallan en un momento de reconstrucción y desarrollo que requerirá de apoyo a nivel de conocimientos, procedimientos para también implementar sus propias respuestas a la problemática del VIH-sida.



III. El contexto

El proceso del PEN se desarrolló en un contexto nacional de mayor presencia del Estado, con ampliación de ciudadanía a grupos vulnerables frente al VIH-sida, otorgada por las políticas sociales en vigencia y por la sanción de leyes que contribuyen a remover situaciones de estigma y discriminación.

La mayor presencia del Estado en relación con la problemática integral de la epidemia de VIH se observa en un conjunto de políticas sociales destinadas a sostener un piso de protección social y umbral de derechos, que mejora la calidad de vida de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad social⁸. Ellas son:

- La **Asignación Universal por Hijo (Decreto 1602/09)**, que cubre aproximadamente a 3.300.000 niños/as y adolescentes hasta los 18 años de 1.700.000 familias, con una asignación mensual de \$460.-. Posteriormente se implementó la **Asignación Universal por Embarazo**, que cubre a las embarazadas desde el tercer mes de gestación hasta el nacimiento de su hijo/a. La relevancia de la Asignación Universal por Hijo y Embarazo queda en evidencia porque con su incorporación al sistema de asignaciones familiares, la indigencia y la pobreza se redujeron en un 65 y 18% respectivamente, frente a la situación previa al 2009. Se acortó la brecha entre el ingreso medio del decil más rico de la población y el ingreso medio del decil más pobre, en un 50%; es decir que se pasó de una diferencia de 34 veces a 18 veces entre ambos grupos⁹.
- El **Plan Nacer**, para mejorar los resultados en términos de salud materno-infantil en consonancia con las Metas de Desarrollo del Milenio para el 2015, de disminución de la mortalidad materna y neonatal. Se asignan recursos según la cantidad de beneficiarios inscriptos y según el cumplimiento de objetivos en salud y educación.
- En agosto del 2012 se instituyó el **Plan SUMAR**, que integra a la población materno-infanto-juvenil (niños/as y adolescentes entre 6 y 19 años), y a las mujeres hasta 64 años e incluye prestaciones de alta complejidad y salud sexual y reproductiva.
- El **Sistema Único de Reintegros a obras sociales (SUR)**, que prevé reintegros por patologías de alta complejidad.
- El **Subsidio por Mitigación de Asimetrías (SUMA)**, que compensa asimetrías en el sistema de salud y se otorga a

las obras sociales de menor tamaño o que poseen menores niveles de ingresos.

- Las **Pensiones no Contributivas** (se otorgan también a las PVV), que incluyen pensiones a la vejez, por invalidez y por madres de siete o más hijos. Se prevé una cobertura, para el año 2013, de más de 1.300.000 titulares de derecho.
- Los recursos totales estimados para el ejercicio 2013, para el gasto del sector público nacional en servicios sociales son de \$685.749.000, un 29,91% del PBI. Se destina el 12,1% a educación; el 6,3% a salud y un 71,3% en seguridad social que incluye programas sociales, sistemas de jubilaciones y pensiones contributivas y no contributivas, y un 2,6% en ciencia y tecnología¹⁰.

Marco jurídico referencial

Los avances legislativos se constituyen en un marco jurídico referencial importante que interpela a decisores y efectores de los sistemas de salud responsables de dar respuesta a la problemática de la epidemia. Se pueden mencionar entre las más trascendentes:

- La **Ley Nacional de Sida N° 23.798** del año 1990, que en su Art.1° establece: *Declarase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.*
- El **Decreto reglamentario 1.244/91** que en su Art.1° dice: *Incorpórese la prevención del sida como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.*

Los principios rectores de esta ley definen:

- El acceso a la atención de la salud.
- El respeto a la dignidad y la no discriminación.

8 Roca, Emilia; Golbert, Laura y Lanari, María Estela: ¿Piso o sistema integrado de protección social? - Una mirada desde la experiencia argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Año 2012. Pág. 102.

9 Zaiat, Alfredo: Protección Social - Panorama Económico. Página 12. Junio 1° de 2013. www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-221326-2013-06-01.html

10 Presidencia de la Nación. 2013 Presupuesto Resúmen.

- El consentimiento informado como requisito previo al test diagnóstico.
- El acceso a la información (veracidad).
- El derecho a la confidencialidad de los resultados de la prueba diagnóstica y de las circunstancias del tratamiento.

Se sostiene que todas las disposiciones de esta ley y de sus normas complementarias se interpretarán teniendo presente que:

- No se puede afectar la dignidad humana.
- No puede producir efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación.
- No se puede incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación.

Al reglamentar la ley a través del decreto 1.244/91 se estableció en su artículo 2 que para la aplicación de la ley deberán respetarse las siguientes normativas:

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (Pacto de San José de Costa Rica).
- **Ley Antidiscriminatoria: Ley 23.592** (delito de discriminación).

Posteriormente se sancionaron otras leyes que extienden el marco de garantías definidas en la ley inicial:

En 1995 se aprobó la Ley 24.455 que establece la obligatoriedad para las obras sociales de ofrecer tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas con VIH y de incorporar programas de prevención de la transmisión.

En 1996 se aprobó la Ley 24.754 que incorpora la atención de las PVV por parte de las empresas de medicina prepaga.

Teniendo en cuenta que la respuesta al VIH-sida desde el punto de vista jurídico, requiere profundizar la lucha contra la discriminación y el estigma, como así también promover un enfoque de DDHH y el pleno goce de ellos, es necesario remarcar que, desde la reforma constitucional del año 1994, el marco de DDHH reconocidos por el ordenamiento jurídico argentino se ha visto notoriamente incrementado.

Al mismo tiempo, en los últimos años la legislación ha ido ampliando el marco de derechos reconocidos a todos/as los/as ciudadanos/as, como así también ha tendido a remover obstáculos de acceso al efectivo goce de derechos.

En esa línea debemos destacar la incorporación al texto constitucional, mediante lo dispuesto por el Art. 75, inc. 22

de la Constitución Nacional de los Tratados Internacionales de DDHH suscriptos por la República Argentina hasta ese momento, logrando con esto, para el derecho a la salud, una plena consagración en nuestro ordenamiento. A ello se refieren los artículos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Convención sobre los Derechos del Niño, de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, que pasaron a integrar el texto constitucional y con ello quedó consagrado el rango constitucional de este derecho.

Para completar esta idea del derecho a la salud como derecho constitucional, es decir, como derecho garantizado para toda persona que se encuentre en el territorio nacional, la Ley de Migraciones (Ley 25.871 del año 2004) en su Art. 8 expresa: *No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.*

En el año 1998, la Argentina sancionó la Ley 23.592 que incorpora el delito de discriminación al régimen del Código Penal argentino, dando con esto un importante impulso a la lucha contra la discriminación que desde distintos colectivos sociales se venía desarrollando en la Nación.

En el año 2003 se sancionó la Ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable, que fija, entre otros objetivos, alcanzar el nivel más elevado de salud sexual, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH-sida y patologías genital y mamarias, garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y también promover la salud sexual de los adolescentes.

Ampliando aún más este último concepto, en el año 2006 se sancionó la ley 26.061 *De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*, que permitió ampliar el acceso de las y los adolescentes al testeo del VIH y a la atención de la salud sexual, resolviendo cuestiones vinculadas al conflicto de intereses y el denominado *Interés superior del niño/a*.

En el 2009 se sancionó la Ley 26.529 **Ley de Derechos del Paciente** que regula con claridad derechos tales como: el derecho a la asistencia integral de la salud, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad de la información sobre el paciente y la obligación del consentimiento informado en toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario, público o privado. Estas disposiciones, como se puede apreciar, refuerzan aún más la línea jurídica sostenida por la Ley Nacional de Sida.

En julio de 2010 la República Argentina se convirtió en el primer país latinoamericano en reconocer el derecho a constituir una familia a las personas del mismo sexo, sancionando la Ley 26.618 conocida como **Ley de matrimonio igualitario**. Dicho texto reforma las disposiciones del Código Civil sobre matrimonio en toda la extensión del país, regulando, por lo tanto, incluso temas vinculados a la filiación.

En mayo de 2011 se sancionó la Ley 26.682 que regula a las empresas de medicina prepaga que, entre otras disposiciones, establece que las empresas no podrán disponer de períodos de carencia para aquellas prestaciones incluidas dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO), ni tampoco tener como criterio para el rechazo, las enfermedades preexistentes.

La Ley 26.688, año 2011, declara de Interés Nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, marcando una clara decisión del Estado Nacional en garantizar el acceso al medicamento como integrativo del derecho a la salud.

Por último, en mayo de 2012 se sancionó la Ley 26.743, **Ley de Identidad de Género**, que luego de definir la identidad de género como *la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo*. Reconoce derechos tales como exigir la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre de pila, el derecho al trato digno y respetuoso, la confidencialidad de la documentación y sobre todo, a fin garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Es necesario resaltar que la misma ley establece que dichas prestaciones quedaron incluidas dentro del PMO.



IV. Situación epidemiológica

VIH y sida

Según la información que provee el Boletín sobre VIH-sida N° 29, en Argentina¹¹, se estima que en el país viven alrededor de 110.000 personas con VIH, 4 de cada 1.000 jóvenes y adultos están infectados con el virus, y el 40% de ellos desconoce su condición. La epidemia de VIH en la Argentina es de tipo *concentrada*, ya que la proporción de personas infectadas en la población general es menor al 1%, pero mayor al 5% en algunos grupos.

En estos grupos, la prevalencia entre los HSH es del 12%; entre los UD, del 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual o se encuentran en situación de prostitución, del 2%; y entre las personas trans, del 34%.

Si bien en la última década aumentó el uso del preservativo en todos los segmentos sociales, de las 5.000 personas –en promedio– diagnosticadas con VIH, que se notifican a la DSyETS cada año, el 90% de las mujeres y el 88% de los varones se infectaron durante una relación sexual sin protección. Entre los hombres, el 48% se infectó durante una práctica sexual con una mujer y el 40%, con otro varón.

Las curvas de incidencia, prevalencia y mortalidad por sida se han *amessado* en el último quinquenio. La tasa de diagnósticos de infección por VIH se mantiene en valores cercanos a 13,1 cada 100.000 habitantes (año 2009) y el 90% de las nuevas infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas.

De las 110.000 personas con VIH en el país, aproximadamente el 60% conoce su diagnóstico, lo que posibilita la atención, seguimiento y el acceso a tratamientos antirretrovirales, en caso de necesitarlos. En la Argentina, se distribuye en forma gratuita TARV (tratamiento antirretroviral) para aproximadamente 50.000 personas. De estas, el 69% recibe los medicamentos de parte del sistema público de salud.

Para analizar la tendencia de las tasas de VIH a nivel regional, se clasifican las 24 jurisdicciones del país en 7 categorías: CABA-Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el 2009¹¹ registró una tasa de 26,5 cada 100.000 habitantes; GBA-24 partidos del conurbano bonaerense 12,6; Centro-111 partidos restantes de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe 12,7; NEA-Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones 7,3; NOA-Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán 12,7; CUYO-La Rioja, Mendoza, San Juan

y San Luis 10,8; Patagonia-Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego 12,7.

El mapa de la distribución geográfica de las infecciones por VIH ha cambiado a lo largo de los años. Mientras que a principios de la década casi el 80% de los diagnósticos correspondían a residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y de la región central del país, esta proporción descendió al 65% en los últimos tres años. Al comparar los períodos 2001-2004 y 2009-2011, se observa que las principales variaciones ocurrieron en el GBA, que pasó de concentrar el 35% de las notificaciones al 20%, diferencia que fue absorbida por el resto de las regiones del país. Se ha registrado un descenso en la proporción de diagnósticos a lo largo de la década en la provincia de Buenos Aires (de 49% a 33%) y en CABA (de 18% a 13%), proceso que se ve reflejado en el aumento del resto de los distritos, en muchos de los cuales se ha duplicado el porcentaje de diagnósticos. Dentro de la Provincia de Buenos Aires, no se observan variaciones significativas en la última década. En el período 2009-2011, a nivel de las regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, las regiones V y VI concentran casi la mitad de las notificaciones, proporción que alcanza los dos tercios si se incluyen las regiones VII, VIII y XI. En esta provincia, cuatro partidos concentran el 25% de las notificaciones (La Matanza, General Pueyrredón, Lomas de Zamora y La Plata) y alcanzan el 50% si se les suman otros siete partidos (Lanús, Almirante Brown, Moreno, General San Martín, Quilmes, Avellaneda y Merlo).

Razón hombre/mujer

La razón hombre/mujer en las personas con diagnósticos de VIH-sida a nivel nacional descendió a mediados de la última década, pero ha vuelto a ubicarse en un valor cercano al que tenía en 2001 (1,8). Este indicador presenta diferencias regionales. Para el período 2009, CABA tenía una razón de 2,8; el GBA presentaba un valor de 1,4; Centro 1,9; NOA 1,7; NEA 1,5, Cuyo 2,3 y Patagonia 1,6. A nivel provincial, en el período 2009-2011, los valores más bajos para este indicador los presentaron Catamarca (1); Misiones (1,1) y Santiago del Estero (1,2); en tanto que los valores más elevados se registraron en Chaco (3,4), Tucumán (3,1) y CABA (2,9). La razón hombre/mujer va en aumento a medida que crece la edad de las personas que reciben el diagnóstico de VIH. Los grupos de 15-24 años y de 25-34 años se mantienen por debajo de 2 varones por cada mujer con diagnóstico de VIH, a diferencia de los grupos de 35-44 años y 45-54, que se encuentran por encima.

¹¹ DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. N°29 - Año XV-Diciembre de 2012.

Edad del diagnóstico

En los últimos dos años, la media de edad de diagnóstico fue de 34 años para los varones y de 31 para las mujeres.

Vías de transmisión

En el período 2009-2011, el 87,6% de los varones y el 89,6% de las mujeres diagnosticadas se infectaron por relaciones sexuales sin uso de preservativo. En el caso de los varones, el 48,5% se infectó durante una práctica heterosexual y el 39,1% lo hizo en una relación con una persona del mismo sexo. La evolución de las vías de transmisión de VIH señala un descenso sostenido en las personas infectadas por uso compartido de equipos de inyección para consumir drogas y un aumento del número de aquellas que se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas. Mientras que los varones expuestos por relaciones sexuales heterosexuales aumentan hasta mediados del período y luego se mantienen estables, los infectados por relaciones sexuales homosexuales siguen en ascenso.

A nivel regional, entre los varones en el período 2009-2011, las relaciones heterosexuales desprotegidas son la principal causa de transmisión, exceptuando CABA (donde el porcentaje de infecciones por relaciones homosexuales sin protección es del 52,3%, superando al de las relaciones heterosexuales). En el período 2009-2011, entre los 17 y 30 años, la principal vía de transmisión entre varones es la relación sexual con otro varón sin protección. A partir de los 31 años, la principal vía pasa a ser la relación sexual con una mujer sin protección.

Nivel de instrucción en personas con más de 19 años (edad de finalización de estudios secundarios)

En el momento del diagnóstico las mujeres tienen un menor grado de instrucción en relación con los varones en el período 2001-2011. Entre 2009-2011, el 50% de los varones diagnosticados completó la escuela media, mientras que solo el 33% de las mujeres lo habían hecho.

Transmisión vertical del VIH

A partir del 2009 la DSyETS comenzó a sistematizar la información de los partos de mujeres con VIH –ficha de notificación de partos– a fin de monitorear la tasa de transmisión perinatal del VIH. Entre 2009-2011, 19 jurisdicciones notificaron 1.558 partos en mujeres con VIH. La ficha facilita información sobre la relación temporal entre el embarazo y el diagnóstico de VIH, tratamiento y modalidad de parto. Debido a los retrasos de la notificación de partos y a las dificultades que existen en el circuito de diagnóstico se decidió, a partir del año 2010, monitorear la tasa de transmisión perinatal del VIH con los datos de los laboratorios que centralizan

el diagnóstico de los niños expuestos. Según esta fuente la tasa para el país en el período 2005-2009 es de 5,2%.

La “Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe” propone, como objetivo, la disminución en la región de la tasa de transmisión vertical del VIH a menos del 2%, para el año 2015.

Niños adolescentes y VIH

Los niños diagnosticados entre 0-14 años han ido disminuyendo debido al descenso progresivo de la incidencia de infecciones de transmisión vertical. En el 2012 había 3.000 menores de 14 años infectados con VIH. Las vías de transmisión están claramente diferenciadas entre el grupo de 0 a 14 y el de los de más edad. El 91% de los niños del primer grupo diagnosticados entre 2001 y 2009 se infectaron por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 19, el 80% de los varones y el 88% de las mujeres se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas.

Mortalidad por sida

En el año 2009, la tasa de mortalidad por sida se ubicó en 3,3 cada 100.000 habitantes, valor que señala la estabilidad del indicador desde hace aproximadamente diez años, luego del descenso producido tras la introducción del TARGA en los años 90. La tendencia es más clara entre las mujeres, para quienes la tasa se ubica, igual que hace diez años, en 1,9. Entre los varones, el valor descendió un punto y medio en diez años, hasta alcanzar 5,0 en 2009. El descenso registrado en la tasa de mortalidad en los últimos 15 años se corresponde, fundamentalmente, con el grupo de 25 a 34 años. Desde 1997, en este grupo la tasa descendió un 80% entre los varones y un 68% entre las mujeres. Durante los últimos diez años, las tasas de mortalidad en las regiones del país muestran un descenso en CABA y GBA, la región Centro mantiene sus valores estables y se observa un ascenso en NOA, NEA, Cuyo y Sur.

Diagnóstico tardío

Se considera diagnóstico tardío a los casos que presentan junto o hasta los 12 meses posteriores al diagnóstico de VIH, una enfermedad marcadora de sida. Se trata de un indicador central para monitorear la respuesta a la epidemia, ya que mide la proporción de personas cuyo diagnóstico se produce en una etapa avanzada de la infección por VIH y permite evaluar las condiciones de acceso al diagnóstico.

El 25% de los diagnósticos reportados en el año 2010 fueron tardíos, el 29,5% en el caso de los varones y el 17,3%; en el de las mujeres. Sexo y nivel de instrucción

son variables que influyen diferencialmente en los diagnósticos tardíos; el primero en razón del acceso temprano a la oferta de test de VIH que tienen las mujeres durante el embarazo; y en el caso del nivel de instrucción entre los varones la diferencia es más clara, ya que se observa diagnóstico tardío en el 41% de los que no terminaron la primaria en relación con el 18% de los que completaron educación terciaria o mayor.

Existen diferencias regionales en cuanto a los diagnósticos tardíos; en CABA, el porcentaje de diagnósticos tardíos en varones es de 20,1% y en mujeres del 13,0%; en GBA, en varones un 29,1% y en mujeres 15,5%; en la región Centro, en varones es del 27,8% y en mujeres 10,4%; en NOA varones 38,6% y mujeres 22,7%; en NEA varones 20,7% mujeres 20,9%; en Cuyo varones 43,2% y mujeres 20,0%; en Patagonia varones 23,6% y mujeres 14,9%.

ITS y hepatitis virales

El desarrollo de la información existente sobre ITS y hepatitis virales es inferior al que existe para el VIH-sida en Argentina. De hecho, la DSyETS ha iniciado un proceso de integración de la prevención y atención de estos eventos en años recientes.

Hace más de cincuenta años que existe un antibiótico efectivo para el tratamiento adecuado de la mujer embarazada y que previene la sífilis congénita, sin embargo, los datos muestran que existen todavía dificultades para controlar esta infección. La *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe* se propone como objetivo, la disminución de los casos de sífilis congénita a menos del 0,5 por mil en la región, para el año 2015.

La DSyETS, con el apoyo de OPS y de UNICEF, realizó durante el año 2010 y principios de 2011 una investigación de línea de base nacional de prevalencia de sífilis y VIH en mujeres puérperas¹². Se evaluó la prevalencia de sífilis y VIH en mujeres puérperas hasta las 72 horas después del parto, que concurren a maternidades públicas, con al menos 1.000 partos anuales en la Argentina. Las estimaciones de sífilis en puérperas fueron de 1,32%; para el período 2010-2011, en el total del país. La región Centro supera la media nacional con 1,87% y, en el resto de las regiones el porcentaje es menor, conglomerado de Gran Buenos Aires, NOA y NEA 1,17%; Cuyo y Patagonia 1,20%.

La Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación coordina el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS). Este es un sistema de vigilancia epidemiológico que brinda información para la gestión cotidiana de los distintos programas sanitarios. Tomando esta fuente de datos, la tasa de incidencia de sífilis congénita en menores de un año es de 1,19 cada 1000 nacidos vivos para el año 2012.

En el caso de las hepatitis virales, la información es escasa y de baja calidad, ya que existe una subnotificación considerable. Durante el año 2012 la DSyETS junto a la Dirección de Epidemiología inició un proceso de fortalecimiento para la notificación de las hepatitis virales al SNVS, a través de los módulos SIVILA y C2. Con respecto a la **hepatitis A**, tomando este sistema de notificación, sabemos que, en el año 2000, los casos notificados representaban una epidemia de importante magnitud, hecho que alcanzó su mayor expresión durante los años 2003 y 2004, con tasas a nivel nacional de 106 y 113 casos cada 100.000 habitantes respectivamente, duplicando los valores hallados en los años previos. A partir del año 2005, y luego de la introducción de la vacunación para Hepatitis A en los niños de 1 año con una única dosis, la curva de casos registró un descenso sustancial, hecho que se evidencia hasta nuestros días. Considerando el último trienio las tasas de hepatitis A y sin especificar son de 2,29 cada 100.000 habitantes, para el año 2010; 2,01 cada 100.000 habitantes para el año 2011 y 1,43 cada 100.000 habitantes para el año 2012.

Con respecto a la **hepatitis B**, en los últimos tres años las tasas se mantuvieron por debajo de 0,6 cada 100.000 habitantes, descendiendo considerablemente en ese período y alcanzando un 0,2 cada 100.000 habitantes en el año 2012. Si tomamos la serie histórica desde el año 2000 al 2012 es importante remarcar que las personas de 35 años o más comprenden prácticamente alrededor del 50% de notificaciones en todos los años analizados.

La dinámica de notificación de la **hepatitis C** ocurrió de manera similar a lo sucedido con la notificación de casos de hepatitis B. En ese contexto la evolución histórica de dichas notificaciones adquirió una tendencia descendente a lo largo de la serie, a excepción de los años 2002 y 2005 en los que ocurrieron sendos aumentos en la notificación del evento, alcanzando tasas de 2,26 y 2,37 cada 100.000 habitantes, respectivamente. Es así como en el año 2012 alcanzó la menor tasa de toda la serie: 0,83 cada 100.000 habitantes.

¹² VIH y Sífilis, seroprevalencia en puérperas de Argentina, UNICEF, 2012.
http://www.msal.gov.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2013-09_VIH_Sifilis_Web.pdf

V. Ejes estratégicos de la DSyETS

La situación actual de la epidemia de VIH-sida y el curso futuro que pueda tomar están estrechamente relacionados con las acciones que vienen realizando para controlarla y mitigar su impacto, diversos actores sociales, especialmente el Estado como responsable por la salud de la población.

La Dirección de Sida y ETS, como se menciona más arriba, desarrolla cuatro líneas estratégicas prioritarias en las que articula políticas universales y focalizadas para los grupos en contextos de vulnerabilidad a la epidemia. Los ejes estratégicos son:

- 1. Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otras ITS.**
- 2. Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales.**
- 3. Atención integral de las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis virales.**
- 4. Reducción del estigma y la discriminación.**

Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otras ITS

Como ya se ha mencionado reiteradamente, en las notificaciones de casos de VIH que se realizaron en el último año, el 90% de las mujeres y el 88% de los varones se infectaron durante una relación sexual sin protección. Disminuir la transmisión sexual no depende solo de decisiones individuales de utilizar o no preservativos, sino de factores estructurales que favorecen o impiden su adopción. Dificultades para acceder a los recursos de salud, barreras institucionales para implementar políticas o estrategias que contribuyan a disminuir las nuevas infecciones, así como relaciones asimétricas de género y procesos de estigmatización y discriminación son aspectos que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad de algunos colectivos.

La DSyETS tiene diversas líneas de trabajo para promover el uso y facilitar el acceso a preservativos, información y otros recursos preventivos. Una de ellos es la compra y distribución de preservativos, geles lubricantes y materiales de difusión e información, a través de una extensa red de 2.904 puestos fijos de distribución ubicados en todo el país. Esta red está constituida por instituciones de salud, otros organismos públicos, comedores comunitarios, escuelas, cárceles, pubs y discotecas, entre otros. Asimismo, la

DSyETS desarrolló distintos materiales comunicacionales para población general y grupos focalizados que promueven y enseñan el uso del preservativo.

Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales

En los últimos años, la DSyETS impulsó, junto a las distintas jurisdicciones del país, una política para facilitar y fortalecer el acceso de las personas al diagnóstico de VIH con asesoramiento. Si bien se produjeron claros avances, aún el 40% de las personas infectadas desconoce que lo está. De los que acceden al diagnóstico, un 27% entre los varones y un 15%, entre las mujeres, lo hacen en estados avanzados de la infección. Estos diagnósticos tardíos comprometen la evolución de la infección y contribuyen, en parte, a sostener la mortalidad de las personas con sida.

Con respecto a la tasa de transmisión vertical, en la Argentina se estima que actualmente se infectan 5 de cada 100 niños nacidos de mujeres con VIH por año. La cobertura del análisis de VIH de las mujeres durante el embarazo es alta, y hoy es un desafío universalizar la oferta a sus parejas sexuales. De esta manera se garantizaría un acceso más temprano al análisis en los varones.

En relación al diagnóstico pediátrico, se presenta como problema la pérdida del seguimiento de algunos niños expuestos, que redundan en que sean diagnosticados tardíamente. En el último año la DSyETS junto con la Dirección de Epidemiología incorporó el seguimiento de estos niños/as expuestos al VIH, a través del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA), esto facilitará la identificación temprana de casos que no acceden al diagnóstico final.

Para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH y también al de sífilis, se sostienen estrategias en el tiempo, como la revisión, el mejoramiento y la difusión de los circuitos existentes para su realización, la capacitación permanente a personas claves y equipos de salud, la oferta del análisis de VIH y sífilis a las parejas de mujeres embarazadas, la realización de campañas de testeo y la implementación extendida de test rápidos. Además, la DSyETS apoya la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y sífilis (CePAT), la rotación de equipos de salud por experiencias exitosas de testeo y acompaña eventos nacionales.

Con el objetivo de simplificar procedimientos y reducir los tiempos para la confirmación de un diagnóstico de VIH se

desarrollaron nuevos algoritmos diagnósticos. También continúa la compra y distribución de reactivos para el diagnóstico de VIH, de sífilis y de gonorrea, se sigue trabajando en la expansión de la red de laboratorios con equipos para ELISA de VIH y se ha comenzado a trabajar en el mejoramiento de la tecnovigilancia para reactivos de diagnóstico de VIH.

Durante el año 2013 se formó, dentro de la DSyETS, un equipo ampliado y transversal coordinado desde el área de prevención, con participación de distintos actores, tales como, referentes de agencias internacionales, consejos consultivos y miembros de las distintas áreas de la DSyETS, cuyo objetivo es generar estrategias que provoquen el acceso de la población al test de VIH con asesoramiento. Comenzó la implementación de los nuevos algoritmos diagnósticos para que cada jurisdicción pueda adoptar el que más se ajuste a su realidad cotidiana y así disminuir los obstáculos para el acceso al diagnóstico. Además, se desarrollaron distintos materiales comunicacionales que acompañan todo el proceso y están dirigidos a equipos de salud y usuarios del sistema sanitario.

Atención integral de las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis virales

Para mejorar la atención de las personas con VIH, durante los últimos años se aplicaron distintas estrategias para alcanzar este objetivo. Una de ellas fue, a partir del 2011, comenzar a trabajar en el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático que tiene como finalidad realizar el monitoreo de la atención de las PVV, que son asistidas por el sistema público de salud. En la actualidad, el sistema permite el monitoreo de pacientes, seguimiento de cargas virales y autorización de tratamientos, lo que significa la simplificación y desburocratización de los trámites. Está en desarrollo su ampliación, para que en un futuro se pueda incorporar la posibilidad de conocer el stock y establecer el consumo de todos los insumos que distribuye la DSyETS.

También hay un equipo especializado en adherencia, cuyo objetivo es fomentar la evolución de acciones específicas que permitan fortalecer el sostenimiento de los tratamientos de las PVV. Por otro lado, continúan las visitas de monitoreo y asesoramiento a los laboratorios prestadores de los análisis de CD4 y, se realizan relevamientos en las diferentes pro-

vincias, para definir problemas propios de cada jurisdicción y poder plantear estrategias para mejorar la atención de las PVV de manera conjunta.

Desde el año 2011, la DSyETS adoptó la estrategia de Tratamiento 2.0, iniciativa conjunta de OMS y ONUSIDA, diseñada para responder a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral. La iniciativa busca estimular la innovación y mejorar la eficiencia y el impacto de los programas de atención y tratamiento del VIH, fundamentalmente, en países con recursos limitados, a través del trabajo en cinco áreas prioritarias: simplificación y estandarización de los tratamientos, acceso a servicios de laboratorio para diagnóstico y monitoreo, reducción de costos, mejora en la provisión de servicios y la movilización de las comunidades para aumentar el acceso y la retención de las personas en los programas de tratamiento.

Reducción del estigma y la discriminación

La DSyETS desarrolla distintas acciones para trabajar específicamente con las poblaciones más afectadas y, de esta forma, mejorar el acceso al sistema sanitario y contribuir a mejorar la calidad de vida, impactando en la disminución del estigma y la discriminación.

El área de prevención de la DSyETS posee un componente de diversidad sexual que realiza un trabajo orientado a mejorar el acceso de la población GTB HSH a los servicios y recursos de salud. Para eso se siguen dos líneas complementarias de trabajo: a) el apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de atención integral de la salud, dirigidos a población de la diversidad sexual en distintas ciudades del país; y b) el desarrollo de capacitaciones específicas para equipos de salud con el objetivo de mejorar sus recursos para atender a esta población.

Se amplió la oferta de capacitaciones y se realizaron pasantías por los consultorios en funcionamiento. Se produjeron nuevos materiales para equipos de salud¹³ y para población de la diversidad sexual.

En el año 2008 se firmó el convenio marco de cooperación *Justicia con salud, salud para incluir* entre los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y de Salud de la Nación. Este

¹³ Se produjeron y editaron las guías "Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011", "Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud" y el cuadernillo "Diversidad Sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud", edición de "Homos y travestis. Algunas cuestiones para mejorar la respuesta desde el sector salud".

convenio ha contribuido a la mejora de la implementación de las políticas públicas en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, y al control y seguimiento de las patologías o de enfermedades de las personas que estén o hayan estado en contexto de encierro. El convenio establece una política pública en materia sanitaria de aplicación nacional y provocó un cambio de paradigma en el abordaje penitenciario, donde el valor jurídico **salud** tiene mayor entidad que el valor jurídico **seguridad**. Dio origen, en primera instancia, a la Unidad Coordinadora de Salud en Contextos de Encierro y, a partir del año 2012, fue creado el Programa de Salud en Contextos de Encierro.

La DSyETS, desde el año 2008, ha acompañado estas iniciativas. Desarrolla acciones preventivo-asistenciales con los equipos de salud del sistema penitenciario, agentes penitenciarios y personas privadas de la libertad (PPL). Se puso a disposición de las PPL una línea telefónica de cobro revertido¹⁴ para orientar a las personas con VIH-sida-TBC en proceso de prelibertad y libertad, y en la continuidad y adherencia a los tratamientos. Además se las asesora y contacta con organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El trabajo de la sociedad civil es fundamental para una respuesta integral a la salud de las personas, sobre todo en lo que respecta al VIH-sida y las ITS en donde las organizaciones y grupos de personas afectadas históricamente han sido actores claves para desarrollar acciones dirigidas a la

comunidad. La DSyETS genera estrategias para acompañar, incentivar, fortalecer, promover y difundir el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil. Estas estrategias se traducen en alianzas, financiamiento, apoyo a sus acciones y trabajo articulado con las mismas.

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales

En el año 2012, la DSyETS incorporó dentro de su estructura al Programa Nacional de Control de las de Hepatitis Virales, con el objetivo de desarrollar un abordaje integral en el que se articulen acciones para prevenir nuevas infecciones y facilitar el diagnóstico y el tratamiento de las personas que lo necesiten. El programa distribuye a las jurisdicciones reactivos para la prueba serológica de las hepatitis virales y para seguimiento, carga viral de hepatitis y genotipos de hepatitis C. Además, se entregaron a distintos laboratorios públicos, en los que hacían falta, 62 equipos para diagnóstico. El programa también provee a todas las regiones del país las drogas necesarias para el tratamiento y el manejo de los efectos adversos asociados, en personas con hepatitis virales crónicas que no posean cobertura médica por el sistema de obras sociales o medicina prepaga. Se diseñaron y se distribuyen distintos materiales comunicacionales para la población en general y los equipos de salud.



¹⁴ La línea de cobro revertido (19) 011-4379-9112 está a cargo de un equipo técnico del Área de Prevención que recibe las llamadas de lunes a viernes, en el horario de 9 a 16 h.

VI. Etapas del proceso de planificación estratégica 2013-2017

La formulación del PEN demandó la convocatoria de una importante y diversa cantidad de actores y la organización de espacios que facilitarían su comunicación e interacción.

La DSyETS conformó un equipo para la coordinación de todas las actividades programadas para el proceso de PEN. Este equipo estuvo formado por integrantes del Área de Estudios y Monitoreo de la DSyETS, dos consultoras encargadas de facilitar el proceso de planificación estratégica, una experta para el armado y gestión de la plataforma virtual (PV), una consultora responsable del Plan de Monitoreo y Evaluación y un consultor para la elaboración del presupuesto y costeo de actividades.

Los actores convocados a participar en la formulación del PEN fueron los referentes de las jurisdicciones provinciales, de regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y de municipios. Además, OSC con fuerte representación a nivel nacional, provincial y municipal y otros referentes del Estado tuvieron participación activa en el proceso.

Los diferentes aportes al documento base se realizaron a través de encuentros regionales y de la plataforma virtual.

En noviembre del 2012 se organizó una reunión nacional de jefes de programas de sida de jurisdicciones provinciales y municipales, en la que la DSyETS presentó los lineamientos básicos para iniciar el proceso en cada jurisdicción. Allí se brindó información epidemiológica actualizada y se dieron a conocer los avances de la investigación *país* que se estaba desarrollando. Se comunicó la puesta en marcha de la PV y de los requisitos que cada jurisdicción debía cumplimentar para el desarrollo de las comunicaciones.

Posteriormente, se organizó una reunión de la que participaron la totalidad de las áreas de la DSyETS donde, a partir de las diversas exposiciones se fue construyendo el análisis de situación para luego, y con modalidad de taller, comenzar a definir problemas, líneas estratégicas de acción e indicadores para el monitoreo y evaluación de las actividades.

En las etapas subsiguientes se consultó a la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos y a otras áreas del Ministerio de Salud con las cuales la DSyETS mantiene una relación de complementación, tales como la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Salud en Contextos de Encierro, Dirección de Epidemiología, Dirección de Salud Comunitaria y Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.

La propuesta del PEN, se compartió con las siguientes áreas de otros ministerios: Comisión Nacional de Pensiones del Ministerio de Desarrollo Social, Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional contra la Discriminación y la Secretaría de DDHH del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.

A los efectos de facilitar la participación de los referentes de todo el país, se realizaron seis encuentros regionales en las ciudades de Santa Fe (Centro); Salta (NOA); Corrientes (NEA); San Juan (Cuyo); Córdoba (Centro) y, en la Ciudad de Buenos Aires (Patagonia, Ciudad de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires y sus regiones sanitarias, municipios del conurbano bonaerense). Se dedicó una jornada de trabajo con instancias de exposición y trabajo con modalidad de taller. Los contenidos de los encuentros giraron en torno a los resultados de la investigación *país** y a la presentación y validación del Plan Estratégico del VIH-sida, las ITS y las Hepatitis Virales 2013-2017.

Dada la diversidad de la realidad nacional, durante estos encuentros se validó el documento base del PEN, se analizaron algunas brechas regionales y se definieron metas locales. En el proceso de planificación se tuvieron en cuenta algunas limitantes para la planificación de todos los actores significativos, tales como el tiempo, considerado como recurso escaso de los actores implicados en el proceso de PE, las distancias geográficas y la cantidad de participantes, todas cuestiones que no favorecen encuentros presenciales. Se decidió así el diseño e implementación de una plataforma virtual (PV) como herramienta de participación y comunicación, probada en distintas experiencias educativas y de intervención. La PV permitió el uso racional de la tecnología, para brindar y compartir información sobre las diversidades jurisdiccionales y facilitar intercambios en menor tiempo y en espacio virtual.

La PV funcionó desde el inicio del proceso. Se invitó a que participaran de ella a referentes de los programas jurisdiccionales, así como a otras áreas del Estado y a OSC. Se desarrolló un instructivo para el ingreso y participación en la PV. Allí se cargaron documentos de interés general tales como: estudios epidemiológicos, marcos legales, informes de gestión, etc. A través de la PV se estimuló a las distintas jurisdicciones para que elaboraran y comunicaran sus propios análisis de situación y una evaluación del documento base de la DSyETS.

Tanto a través de la PV como en los encuentros regionales se estimuló la participación de las OSC. En la PV hicieron

* Estado actual de la respuesta preventivoasistencial al VIH-sida, ITS y hepatitis virales en la República Argentina.

aportes las siguientes organizaciones: FEIM, Red de Mujeres con VIH, Red Bonaerense de PVV, Intercambios Asociación Civil, CHA, Nexo Asociación Civil, ATTTA, AMMAR, ALAS de Córdoba. A los encuentros regionales concurren representantes de estas y de otras organizaciones locales convocadas por los jefes jurisdiccionales.

Anticipadamente se preveía cierta dificultad para el ingreso a la PV, ya que no es una modalidad de comunicación, extendida en la gestión pública, lo que motivó una serie de comunicaciones para promover la participación.

Además de los referentes nacionales, se incluyó en las comunicaciones e intercambios a las agencias internacionales de cooperación técnica, con quienes se compartió el borrador del PEN, y se recibieron aportes de: ONUSIDA, OPS, UNFPA, y UNICEF.

Las propuestas y modificaciones realizadas al documento base en los encuentros regionales, en la PV y en las reuniones con otros referentes han sido consideradas en el presente documento.



VII. Consideraciones que surgen de la investigación sobre evaluación y monitoreo de la respuesta del sistema público de salud para el VIH, ITS y hepatitis.

La investigación realizada desde la DSyETS para la **Evaluación y monitoreo del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida, ITS y hepatitis en la República Argentina** muestra algunas tendencias a considerar en la identificación de brechas que deben eliminarse o disminuirse en los próximos cinco años. Participaron los jefes de programa de VIH-sida de las 24 provincias, 10 regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y 18 municipios. Además se entrevistaron referentes de 191 hospitales y 348 centros de salud.

Según la percepción que tienen los jefes de programas jurisdiccionales, sobre el acceso a los insumos de prevención, al diagnóstico y a la atención de PVV, comparando los años 2008 con el 2011, el 90% considera que la situación actual es mejor que la de años anteriores. Esta opinión se fundamenta en que, en la actualidad, se cuenta con mayor cantidad de RRHH capacitados y especializados; mayor cantidad y mejor distribución de insumos preventivos, medicamentos y reactivos; aumento y diversificación de actividades para la promoción del testeo; eliminación de turnos, especialmente para las embarazadas; atención descentralizada y en mayor cantidad de lugares.

Otro dato significativo de la respuesta al VIH-sida y las ITS es que, además de la cobertura realizada por la DSyETS en medicamentos, reactivos e insumos de prevención en todo el país; se observa un mayor compromiso de jurisdicciones y efectores en la disponibilidad de presupuesto para la compra de insumos de prevención y diagnóstico.

Todas las jurisdicciones reconocen haber recibido materiales de comunicación sobre VIH provistos por la DSyETS y la gran mayoría también había recibido materiales sobre ITS. Sin embargo, existe una necesidad sentida por los jefes jurisdiccionales de contar con materiales comunicacionales referidos a las hepatitis y algunos materiales sobre VIH e ITS para poblaciones particulares (adolescentes, pueblos originarios y migrantes de países limítrofes).

Con respecto al diagnóstico, más del 86% (45) de los programas jurisdiccionales informaron que durante el año 2011 desarrollaron alguna estrategia para promover el testeo de VIH. Solo 6 jurisdicciones no tuvieron estrategias durante ese año.

El 92,3% (48) refirió haber tenido en su jurisdicción lugares que facilitaban el testeo de VIH. Estos funcionaban, en su mayoría, en hospitales, centros de salud, CEPAT y centros especializados, y en menor medida en OSC, municipalidades, sindicatos, universidades, laboratorios móviles, entre

otros. El 69% (36) de los programas acompañó o monitoreó estos lugares. Los referentes de los programas informaron que en algunos de estos lugares, además de facilitar el test de VIH, el 75% también lo hacen para sífilis (36) y el 44% para hepatitis (21) y C (21).

El 61,5% (214) de los centros de salud consultados realizaron actividades de promoción del análisis en la comunidad.

En el 47% de los 191 hospitales y el 24% de los 340 centros de salud que manifestaron ofrecer el test de VIH se mencionó que durante el 2011 funcionó un equipo de asesoramiento de pre y post test. Patagonia, Centro y AMBA son las regiones con mayor presencia de equipos en hospitales. NOA, NEA y Patagonia son las regiones donde existían menor cantidad de centros de salud con equipos de asesoramiento.

En todas las jurisdicciones existen hospitales que son referencia de otros efectores para la realización de pruebas de diagnóstico y seguimiento, así como para la atención de PVV. La pauta más frecuente es derivar a las personas (en algunos casos derivan personas o muestras, según el tipo de prueba) y solo en un 19% de los hospitales reconocieron enviar las muestras.

El horario de extracciones y la existencia de demoras en los turnos constituye una barrera en el acceso al diagnóstico de VIH. En el 76% de los hospitales el único horario posible de extracción de sangre es durante la mañana. Solo en 13 hospitales (distribuidos en las regiones de Buenos Aires, Cuyo, Centro y Patagonia) se han implementado horarios extendidos que incluyen mañana, tarde y noche para facilitar el acceso de la población. En el 57,6% de los hospitales y el 62% de los centros de salud se otorgan turnos para las pruebas de VIH.

Todos los hospitales que atienden a mujeres embarazadas ofrecen el test de VIH a las mujeres, sin embargo, la mayoría (71%) solo ofrece el test a la pareja cuando la mujer resulta positiva. El 47% de los hospitales y el 38% de los centros de salud tienen circuito diferenciado para el acceso de la mujer embarazada al diagnóstico de VIH, la estrategia más implementada es que accedan sin turno.

El horario reducido, la existencia de turnos o requisitos administrativos y la derivación de personas generan barreras a la accesibilidad y producen oportunidades perdidas para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Si bien los datos obtenidos indican avances importantes por la presencia del Estado, en la respuesta a la epidemia de VIH

subsisten brechas en el marco de un campo de desigualdades de oferta, según región del país, en problemáticas varias, entre las más importantes: a) de logística, almacenamiento y distribución de insumos preventivos; b) de acceso

al diagnóstico y tratamiento; c) de atención accesible a la población; d) de carencia de RRHH especializados para la respuesta integral al VIH, las ITS y las hepatitis; e) de demoras en el proceso de diagnóstico; f) de oportunidades perdidas y deserciones en las distintas etapas de prevención, diagnóstico, atención y seguimiento y g) de notificaciones tardías y subnotificaciones.

El estigma y la discriminación persisten en distintos niveles y se observan en el incumplimiento de normas y recomendaciones para la prevención, atención y diagnóstico del VIH, como así también de la legislación que protege la identidad de género.

Desde el punto de vista epidemiológico, se consideran que las personas que se encuentran en un contexto de mayor vulnerabilidad de contraer VIH e ITS son las que pertenecen a las poblaciones de trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas (UD) y trabajadoras sexuales o mujeres en situación de prostitución. La condición de pobreza incrementa la vulnerabilidad.



VIII. Ejes, problemas, líneas estratégicas y acciones

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>I. Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otras ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la incidencia de infecciones de VIH e ITS. • Debilidad en el nivel de desarrollo y capacidades de algunos programas jurisdiccionales para la gestión y distribución de los recursos de prevención. • Dificultades derivadas de la falta de estabilidad y continuidad en los cargos de jefes/as y equipos. • Dificultades en el acceso de la población a los insumos para la prevención del VIH, sífilis y hepatitis virales (preservativos y materiales comunicacionales). • Compromiso insuficiente en los servicios de salud por el abastecimiento de recursos de prevención para el conjunto de la población. • Información insuficiente sobre el conocimiento que tiene la población con respecto al uso/acceso al preservativo y a la información preventiva. • Necesidad de recoger de modo sistemático y regular información epidemiológica de VIH en la población general y en grupos vulnerables, así como de la respuesta a la epidemia. • Escasa información y subregistros epidemiológicos de las ITS, en la población en general y en grupos vulnerables. • Ausencia de información con respecto a la situación epidemiológica de las hepatitis crónicas por VHB y VHC. • Cobertura insuficiente de vacunación para VHB, en poblaciones claves. • Debilidad en las capacidades técnicas y financieras de las OSC para sostener actividades de prevención en los niveles locales. • Escasa vigilancia epidemiológica respecto de UD. • Escasas iniciativas del sistema sanitario orientadas a reducir los daños de los UD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de la respuesta preventiva del VIH, ITS y hepatitis virales de los distintos actores de la gestión pública y de la sociedad civil con énfasis en las instituciones educativas y en los programas de educación sexual integral. • Fortalecimiento de las capacidades de producción y de gestión de los distintos actores involucrados en la respuesta. • Estimular la comunicación integral y sostenida en el tiempo en la población general y en los grupos vulnerables, desde una perspectiva de DDHH y no discriminación. • Fortalecer la capacidad de producción de información estratégica, para mejorar la respuesta al VIH, hepatitis virales e ITS.

Acciones

- Promover al trabajo articulado entre programas jurisdiccionales de VIH, referentes de otros sectores y OSC, para disminuir la incidencia de VIH y mejorar la respuesta a la epidemia.
- Instalar expendedores de preservativos masculinos y materiales de comunicación en los distintos servicios de salud, en dependencias estatales, en espacios comunitarios y en aquellos lugares donde circulan grupos afectados durante las 24 horas.
- Fortalecer la articulación con el PRONACER para incrementar la cobertura de vacunación para VHB, en la población general y en grupos con vulnerabilidad incrementada a las hepatitis virales.
- Acompañar el monitoreo del cumplimiento de la vacunación para VHB, según normas vigentes.
- Identificar y ampliar el universo de actores para la respuesta preventiva al VIH, las ITS y las hepatitis virales.
- Apoyar y asesorar a los equipos jurisdiccionales acerca de la gestión y distribución de los recursos preventivos.
- Creación de programas informáticos para la generación de información confiable sobre insumos de prevención (además de medicamentos y reactivos).
- Difundir experiencias exitosas sobre la prevención del VIH y promoción del testeo.
- Eliminar los requisitos que limitan el libre acceso al preservativo.
- Estimular la participación de las OSC y redes para garantizar el suministro y reposición de insumos de prevención.
- Racionalizar el sistema de distribución de insumos de prevención (preservativos y materiales comunicacionales) para reducir las brechas jurisdiccionales en el acceso a estos recursos. Lograr que se distribuyan en lugares más concurridos por grupos vulnerables, boliches, clubes y otros de similares características.
- Apoyar técnica y financieramente a las OSC para fortalecer acciones tendientes a la distribución de insumos de prevención y promoción del testeo.
- Crear un modelo de comunicación integral y sistemático que responda a las necesidades planteadas por los distintos actores de la respuesta al VIH-sida.
- Diseñar circuitos alternativos de circulación de mensajes para una efectiva llegada a la población.
- Adaptar los materiales de difusión para que sean accesibles a las personas con discapacidad.
- Sensibilizar y capacitar de forma continua a periodistas sobre sexualidad, VIH, ITS, hepatitis y educación sexual integral.
- Asesorar a los distintos actores públicos y de la sociedad civil en el desarrollo de programas de comunicación.
- Producir y sostener estrategias de comunicación masivas, a mediano y largo plazo, a través de medios de comunicación, que incluyan distintas modalidades (gráficas, audiovisual u otras) sobre prevención del VIH, ITS y hepatitis y en la producción que se haga con participación de las OSC.
- Evaluar el diseño y los contenidos de los materiales de comunicación que se producen.
- Realizar estudios de segunda generación sobre prácticas sexuales y de cuidado en relación al VIH, ITS y hepatitis virales, en la población general y grupos vulnerables.
- Monitorear y evaluar la respuesta de los distintos subsectores de salud a las problemáticas del VIH, ITS y hepatitis virales, a nivel nacional y jurisdiccional.
- Realizar investigaciones sobre poblaciones particulares afectadas por el VIH (niños en hogares sustitutos, personas en situación de encierro, etcétera) con la incorporación de las OSC y de los grupos vulnerables.
- Realizar estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de ITS en la población general, sífilis congénita y hepatitis virales.
- Asesorar a los programas jurisdiccionales en la producción, análisis y difusión de la información epidemiológica local.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>II. Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una proporción de la población de PVV desconocen su condición. • Persistencia de obstáculos en la accesibilidad al diagnóstico de VIH entre las jurisdicciones. • Controles insuficientes de la calidad de los laboratorios que realizan el diagnóstico y la confirmación de VIH. • Obstáculos para el acceso de menores de 18 años al diagnóstico de VIH. • Persistencia de un elevado porcentaje de diagnósticos en etapas avanzadas de la infección por VIH. • Oferta limitada del test de VIH entre las personas con diagnóstico de TB. • Obstáculos en el acceso al test de VIH y sífilis para mujeres embarazadas y especialmente para sus parejas. • Diagnósticos tardíos de niños expuestos al VIH. • Persistencia de la incidencia de niños infectados por transmisión vertical, debido al diagnóstico tardío o a la pérdida de seguimiento de la mujer embarazada con VIH y su pareja. • Persistencia de una tasa elevada de sífilis congénita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promocionar el testeo voluntario de VIH, sífilis y hepatitis virales, con asesoramiento en la población general y especialmente en los grupos vulnerables, • Optimizar la logística de los circuitos de distribución de insumos para el diagnóstico. • Fortalecer la calidad de los laboratorios para el diagnóstico del VIH y hepatitis virales. • Fortalecer las estrategias para el diagnóstico de la mujer embarazada, su pareja y los niños expuestos a la infección.

Acciones

- Compra, provisión y distribución de reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis.
- Distribución de reactivos por parte de las jurisdicciones a los efectores para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis.
- Desarrollar campañas de comunicación, sostenidas en el tiempo, que promuevan el testeo voluntario en la población general y en los grupos vulnerables al VIH.
- Crear nuevos CEPAT y fortalecer y monitorear los ya creados.
- Establecer circuitos ágiles y rápidos para el traslado de muestras.
- Fortalecer la red de logística de muestras.
- Desarrollar la interrelación con los servicios integrales para adolescentes y los servicios de SSyPR.
- Difundir e implementar los diferentes algoritmos diagnósticos adecuados para cada escenario.
- Estimular acuerdos con OSC y asociaciones científicas que promuevan y realicen el testeo con asesoramiento.
- Instalar consultorios que faciliten el acceso al diagnóstico y atención para población gay, bisexual y trans.
- Realizar actividades de *advocacy* para lograr el cumplimiento del derecho de niños y adolescentes a acceder al diagnóstico temprano de VIH y promoción de una legislación que proteja esos derechos en las jurisdicciones que no las tengan.
- Universalizar la oferta de testeo de VIH para personas con TB, hepatitis virales e ITS, a través de la sensibilización de los equipos de salud, de la definición de un marco normativo por resolución ministerial y la elaboración y difusión de materiales de promoción del testeo de VIH, en personas con TB, para los equipos de salud.
- Monitorear y evaluar los circuitos de distribución intrajurisdiccional de insumos para el diagnóstico.
- Incorporación de un sistema informático que permita facilitar la obtención de información desde las jurisdicciones acerca del stock existente, distribución y seguimiento de reactivos y medicamentos,
- Garantizar la existencia de controles de calidad externos para los laboratorios que realizan el diagnóstico de VIH.
- Desarrollar un plan de capacitación de recursos humanos de los laboratorios.
- Revisión de circuitos e instrucciones y estandarización de protocolos y resultados.
- Renovar el equipamiento para la realización de test ELISA y otros tipos de pruebas.
- Promover el diagnóstico oportuno de VIH, hepatitis e ITS en las mujeres embarazadas.
- Promover el diagnóstico oportuno de VIH, hepatitis e ITS en las parejas de las mujeres embarazadas.
- Difundir las normativas y capacitar a los equipos de salud acerca de la implementación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical y de los algoritmos diagnósticos.
- Monitorear la distribución efectiva de los insumos en las maternidades y centros de salud.
- Promover el uso del test rápido en embarazadas/puérperas sin diagnóstico previo de VIH.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>III. Acceso a la atención y seguimiento integral de las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brechas en la calidad de atención de las PVV. • Persistencia de pacientes en tratamiento con fallo virológico temprano. • Alto porcentaje de pacientes con tratamiento ARV con drogas no recomendadas. • Heterogeneidad en los equipos de salud en el grado de implementación de las recomendaciones sobre el tratamiento ARV del Ministerio de Salud de la Nación. • Pérdida de seguimiento de los niños/as expuestos al VIH por TV y de adolescentes con VIH. • Mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH que no acceden a la profilaxis prenatal e intraparto. • Dificultades de acceso de las PVV a servicios asistenciales por eventos no asociados a su condición. • Dificultades en la logística de distribución intraprovincial de medicamentos e insumos para la prevención, diagnóstico y atención de PVV. • Dificultades de adherencia a los tratamientos ARV de las PVV. • Insuficientes dispositivos institucionales y comunitarios para el apoyo de las PVV. • Alto porcentaje de diagnósticos de sífilis prenatal sin tratamiento adecuado. • Alta tasa de sífilis congénita, en determinadas jurisdicciones. • Implementación desigual de las pautas de tratamiento y seguimiento de las hepatitis virales crónicas en Argentina. • Implementación desigual de los circuitos de diagnóstico y tratamiento de personas coinfectadas con VIH y TB en las distintas jurisdicciones. • Falta información sobre: cobertura total, accesibilidad a otros servicios asistenciales por comorbilidades o por la atención de efectos adversos de la medicación; cobertura de vacunación en la población con VIH, y apoyo social para mejorar el acceso al sistema de salud de las poblaciones de bajos recursos. • Escasa capacidad resolutoria para la atención de las personas con hepatitis virales. • Retraso y subnotificación de casos de VIH y sida. • Escasa información epidemiológica sobre las ITS y hepatitis virales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar y sostener la provisión de reactivos para seguimiento y medicamentos ARV y otros tratamientos relacionados, aumentando la cobertura a PVV, ITS y hepatitis. • Fortalecer al equipo de salud en la atención de las personas con VIH e incorporar herramientas y dispositivos que faciliten la adherencia a los tratamientos ARV y el apoyo de las personas. • Fortalecer la atención de los niños y adolescentes que viven con VIH • Fortalecer la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH y hepatitis. • Optimizar la logística de los circuitos de distribución de insumos para seguimiento y tratamiento. • Fortalecer la atención de personas con hepatitis virales. • Fortalecer la vigilancia epidemiológica del VIH, las hepatitis virales y las ITS.

Acciones

- Compra, provisión y distribución de reactivos para seguimiento de VIH, ITS y hepatitis.
- Compra, provisión y distribución de medicamentos a las jurisdicciones.
- Distribución de medicamentos dentro de las jurisdicciones hacia los efectores.
- Actualizar y difundir las guías de tratamiento, según las recomendaciones definidas por distintas sociedades científicas y en el Consenso nacional de tratamiento antirretroviral de la Sociedad Argentina de Infectología y la DSyETS.
- Desarrollar actividades de capacitación para los equipos de salud, en relación a las recomendaciones sobre tratamiento ARV.
- Evaluar el seguimiento de los pacientes a través del análisis de los resultados de cargas virales para VIH, CD4 y test de resistencia.
- Monitoreo y evaluación de padrones de tratamiento antirretroviral para verificar esquemas predominantes, porcentajes de pacientes con tratamientos de rescate y frecuencia de errores de prescripción.
- Capacitar a los equipos de salud que trabajan fuera del campo de la infectología en la atención de personas con VIH y en educación sexual integral.
- Promover la inclusión de módulos de VIH en los cursos y jornadas de las sociedades científicas.
- Fortalecer y crear equipos interdisciplinarios y redes de atención a nivel de hospitales y centros de salud para facilitar la integración de las PVV a las instituciones.
- Capacitar a los equipos de salud sobre la atención de la coinfección VIH y TB y difusión de las normativas vigentes.
- Capacitar y articular acciones del personal que interviene en la atención del VIH-sida, salud mental o adicciones a nivel nacional, provincial y municipal, en aspectos vinculados a la atención integral de los usuarios de drogas para fomentar los procesos de aproximación a la atención por VIH y otros problemas de salud.
- Producir guías de tratamiento de tuberculosis en PVV, consensuadas con el Programa Nacional de tuberculosis y su difusión.
- Difundir y capacitar a los equipos de salud sobre la implementación de las guías de atención y seguimiento de niños infectados.
- Promover la creación de espacios amigables para la atención de niños y adolescentes con VIH en los servicios de infectología y pediatría y de su interrelación con los servicios integrales para adolescentes.
- Difundir y capacitar a los equipos de salud que asisten a embarazadas con VIH, sífilis o hepatitis virales en la implementación de las normas de atención.
- Implementar programas de capacitación sobre tratamiento de la sífilis, sífilis congénita, VIH y hepatitis.
- Monitorear y evaluar los circuitos de distribución intrajurisdiccional de insumos para seguimiento y tratamiento.
- Establecer procedimientos locales, capacitar a los actores y desarrollar materiales para la distribución y almacenamiento de medicamentos.
- Incorporación de un sistema informático que permita facilitar la obtención de información acerca del stock existente, distribución y seguimiento de medicamentos, desde cada provincia.
- Aumentar la oferta para la atención de las hepatitis virales en aquellas jurisdicciones donde aún no esté instalada.
- Generar y efectuar reuniones, talleres, jornadas, encuentros regionales para la difusión e intercambio de pautas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de hepatitis virales.
- Realizar actividades de sensibilización con decisores políticos de salud para interesarlos en la creación de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales.
- Promover la notificación de casos de VIH, hepatitis e ITS, a través de los distintos sistemas de información.
- Implementar la nueva estrategia de vigilancia de hepatitis virales.
- Actualizar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de ITS.
- Desarrollar investigaciones que permitan mejorar el conocimiento acerca de la cobertura y accesibilidad a recursos y servicios de salud de VIH, ITS y hepatitis virales.
- Desarrollar actividades de apoyo técnico para los equipos de trabajo en las jurisdicciones para fortalecer su capacidad de producción y análisis de información.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
IV. Reducción del estigma y la discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de alta prevalencia de VIH, ITS y hepatitis virales en grupos vulnerables de diversidad sexual. • Discriminación a usuarios/as de drogas y sus familiares y criminalización del uso de drogas que afectan el acceso de estas personas a los recursos preventivos y a la atención de los diferentes problemas de salud • Dificultades en el acceso al sistema de salud de las personas del colectivo LGTB. • Existencia de provincias que desconocen legislaciones vigentes. • Persistencia de situaciones de estigma y discriminación en personas en situación de encierro y en proceso de prelibertad, afectadas por el VIH. • Persistencia en los servicios de salud y en la comunidad del estigma por asociación hepatitis/cirrosis/alcohol. • Persistencia de dificultades en el acceso al sistema de salud de migrantes pobres. • Inexistencia de una red de contención jurídica que potencie una respuesta adecuada al objetivo de reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH, desde una acción articulada con distintas áreas del Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, orientados a las poblaciones con vulnerabilidad incrementada frente al VIH, ITS y hepatitis virales, en el marco de las leyes y normas vigentes. • Desarrollo de la incidencia política que articule al Estado con OSC y actores significativos en la toma de decisiones, en relación a la atención de la población afectada por la epidemia con un enfoque de DD.HH. • Sensibilización de distintas agencias estatales de DD.HH. y acceso a la justicia, INADI y Servicio Penitenciario, para la atención de la problemática vinculada al estigma y la discriminación del VIH y sida.

Acciones

- Realizar encuentros con autoridades del sistema de salud y de la red de servicios sanitarios de cada jurisdicción para garantizar la aplicación de la legislación vigente.
- Delinear estrategias de trabajo conjunto con INADI, Justicia y Derechos Humanos para el establecimiento de una red de respuesta legal en temas de DD.HH., VIH y sida.
- Realizar un mapeo de recursos existentes en las jurisdicciones para afrontar el estigma y la discriminación a las PVV.
- Ejecutar un programa de capacitación y sensibilización a personal de servicios penitenciarios para la remoción de actitudes de estigma y discriminación a PVV.
- Promover capacitaciones o mesas de diálogo con periodistas y medios de comunicación para reducir estigma y discriminación.
- Promover capacitaciones o mesas de diálogo con autoridades judiciales y fuerzas públicas para reducir estigma y discriminación.
- Agilizar procedimientos para la derivación, atención y resolución de casos planteados que impliquen estigma y/o discriminación.
- Capacitación a la sociedad civil, intentando obtener como saldo la formación de promotores “legales y de derechos humanos”.
- Apoyar acciones de incidencia política para lograr armonización de intervenciones dirigidas a usuarios de drogas en acuerdo con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

IX. Principales indicadores y metas de acuerdo con los ejes estratégicos

En este plan, las acciones de monitoreo son entendidas como un seguimiento **sistemático** y **rutinario** de la información prioritaria sobre la implementación de acciones, proyectos o programas, con el objetivo de seguir el grado de cumplimiento, para adecuar y realizar ajustes durante su ejecución.

Las estrategias de evaluación se plantean como un proceso **sistemático** y **periódico** para determinar en qué medida las acciones, proyectos o programas alcanzaron las metas esperadas. Los resultados de la evaluación sirven para perfeccionar o corregir acciones, determinar sus efectos y fundamentar cambios y estrategias futuras.

Para este fin se proponen indicadores útiles para medir la información cuantitativa/cualitativa recopilada durante o después de la implementación de las actividades definidas en los ejes estratégicos de la Dirección de Sida y ETS y el PEN.

Se utilizarán tres tipos de indicadores:

Indicadores de proceso

Monitorean la realización de actividades y la disponibilidad de insumos, respondiendo a preguntas del tipo:

- ¿De cuántos preservativos se dispone por semestre?
- ¿Qué cantidad de material de difusión será producido?
- ¿Cuántos capacitadores fueron contratados?
- ¿Cuántos equipos/profesionales fueron capacitados?
- ¿Cuántos talleres se realizaron?
- ¿Cuántos preservativos se distribuyeron?
- ¿Cuántos folletos se distribuyeron?

Indicadores de resultado

Monitorean los resultados o efectos producidos por las actividades realizadas en la población objetivo, respondiendo a preguntas del tipo:

- Los participantes incorporaron los conocimientos con respecto al uso adecuado del preservativo
- Los talleres aumentaron el conocimiento de los participantes
- Los cursos de capacitación disminuyeron las actitudes discriminatorias hacia la población *trans* en los servicios de salud

Indicadores de impacto

Evalúan el efecto acumulado de la ejecución de varios proyectos o programas sobre determinado problema en un tiempo determinado. Ejemplos:

- Tasa de incidencia de VIH en la población HSH.
- Tasa de transmisión vertical del VIH.
- Tasa de mortalidad por sida.

Se estableció la línea de base para algunos indicadores, mientras que para otros deberá construirse, dado que no se dispone de información en el momento de definir el plan estratégico.*

Definición de los indicadores propuestos, según los ejes estratégicos

Eje estratégico 1

Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis por VHB y VHC y otras ITS.

Indicadores del eje estratégico 1

- 1.1 Tasa de infección por VIH.
- 1.2 Prevalencia de VIH en grupos con mayor vulnerabilidad a la infección.
- 1.3 Número de preservativos distribuidos por la DSyETS, sobre el total de personas de entre 15 y 64 años.
- 1.4 Puntos fijos de distribución de preservativos y otros recursos preventivos cada 100.000 habitantes.
- 1.5 Porcentaje de personas de entre 14 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual ocasional.

* Las líneas de base se calcularon teniendo en cuenta la información de los Boletines Epidemiológicos, registros de la DSyETS del MSAL y estimación Spectrum.



Indicador 1 del eje estratégico 1 (1.1) Tasa de infección por VIH

1.1 Tasa de infección por VIH	
Descripción: mide el número de personas con nuevo diagnóstico de VIH.	
Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Número de nuevas infecciones notificadas a la DSyETS, en el período.
Fuente: notificaciones de casos de VIH de la DSyETS.	
Denominador	Población en el mismo período.
Fuente: estimación poblacional sobre la base del Censo, INDEC 2001.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Desglose	Sexo y edad
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional (2009-2010)	12,4 x 100.000/habitantes

Desglose	
POR SEXO	
Mujeres	9,1 x 100.000
Hombres	17,3 x 100.000

Desglose		
POR EDAD		
EDAD	MUJERES	HOMBRES
< 14	1,2	1,3
15-19	6,7	4,3
20-24	15,4	22,1
25-29	20,3	32,2
30-34	18,6	33,2
35-39	19,0	39,0
40-44	14,2	33,4
45-49	10,6	24,5
50-54	7,6	20,6
55-59	6,0	15,6
60-64	2,7	11,4
65-69	1,1	4,6
70 o >	0,2	1,8

Indicador 1 del eje estratégico 1 (1.1) Tasa de infección por VIH - Línea de base por jurisdicción

	Población 2011	Diagnósticos acumulados de infección por VIH 2001-2011	Tasa VIH x 100.000 habitantes 2009-2010
Total	40.900.496	59.940	12,4
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	26.534.928	44.840	13,1
CABA	3.065.461	9.676	23,9
Buenos Aires	15.444.306	26.285	11,5
24 partidos del GBA	9.652.691	17.793	11,6
Resto provincia Buenos Aires	5.791.615	8.492	11,2
Entre Ríos	1.294.901	985	6,7
Córdoba	3.424.376	4.670	15,1
Santa Fe	3.305.884	3.224	10,8
NOA	4.831.475	5.187	11,7
Catamarca	412.236	258	7,1
Jujuy	707.704	977	15,1
Salta	1.289.272	1.876	16,6
Santiago del Estero	892.738	584	5,7
Tucumán	1.529.525	1.492	10,9
NEA	3.819.826	2.667	7,3
Chaco	1.080.729	440	5,3
Corrientes	1.046.891	702	6,9
Formosa	563.792	256	4,4
Misiones	1.128.414	1.269	11,2
CUYO	3.336.964	2.895	11
La Rioja	362.502	425	16,1
Mendoza	1.783.341	1.524	11
San Juan	724.680	558	9,7
San Luis	466.441	388	9
PATAGONIA	2.377.303	3.442	13,8
Chubut	475.678	867	14
La Pampa	345.349	257	8,7
Neuquén	573.916	944	15
Río Negro	606.706	749	12
Santa Cruz	238.171	360	20,9
Tierra del Fuego	137.483	265	16,7

Indicador 2 del eje estratégico 1 (1.2)

Prevalencia de VIH en población con mayor vulnerabilidad a la infección

1.2 Prevalencia de VIH en población con mayor vulnerabilidad a la infección

Descripción: mide la proporción de personas con VIH, en cada población vulnerable considerada.

Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Personas de la población vulnerable con test de VIH positivo, durante el período.
Fuente: estudios específicos de seroprevalencia.	
Denominador	Muestra de la misma población vulnerable que realizó el test de VIH, en el mismo período.
Fuente: estudios específicos de seroprevalencia.	
Alcance geográfico	Nacional
Desglose	Por población y por edad: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) Trans femeninas Usuarios de drogas (UD) Mujeres trabajadoras sexuales o en situación de prostitución
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	HSH = 12% Trans femeninas = 34% UD = 7% TS = 2%

Indicador 3 del eje estratégico 1 (1.3)

Número de preservativos distribuidos por la DSyETS, sobre el total de personas de entre 15 y 64 años

1.3 Número de preservativos distribuidos por la DSyETS sobre el total de personas de entre 15 y 64 años, durante el período

Descripción: mide el número de preservativos distribuidos por la DSyETS.

Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de preservativos distribuidos por la DSyETS, en el período.
Denominador	Número de personas de entre 15 y 64 años, durante el período.
Fuente: remitos de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional.
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	1,42 preservativos por persona, por año.

Indicador 4 del eje estratégico 1 (1.4)

Puntos fijos de distribución de preservativos y otros recursos preventivos, cada 100.000 habitantes

1.4 - Puntos fijos de distribución de preservativos y otros recursos preventivos cada 100.000 habitantes	
Descripción: mide el número de puestos fijos disponibles para la distribución de preservativos	
Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de puntos fijos de distribución de preservativos, registrados en el período.
Denominador	Total de habitantes x 100.000.
Fuente: registro de la DSyETS y programas jurisdiccionales.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Desglose	Dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud.
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	11 x 100.000 habitantes.

Indicador 5 del eje estratégico 1 (1.5)

Porcentaje de personas de entre 14 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual ocasional.

1.5 - Porcentaje de personas de entre 14 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual ocasional	
Descripción: mide el porcentaje de personas que accedieron al preservativo y lo utilizaron en la última relación sexual ocasional.	
Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Personas de entre 14 y 65 años de edad que refirieron usar preservativo en la última relación sexual con pareja ocasional.
Denominador	Número de personas encuestadas.
Fuente: encuesta de CAP.	
Alcance geográfico	Nacional
Desglose	Sexo y edad
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional¹⁵	A construir

¹⁵ Jorrat, J. R., Actitudes, información y conductas en relación con el VIH-Sida en la población general. Argentina 2008. Buenos Aires, UBATEC S.A., 2008.

Eje estratégico 2

Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis.

Indicadores del eje estratégico 2

- 2.1 Tasa de mortalidad por sida.
- 2.2 Porcentaje de diagnósticos tardíos de VIH.
- 2.3 Porcentaje de la población de 15 a 69 años que realizó el test de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado.
- 2.4 Número de centros de prevención, asesoramiento y testeo (CePAT) cada 100.000 habitantes.

Indicador 1 del eje estratégico 2 (2.1) Tasa de mortalidad por sida

2.1 Tasa de mortalidad por sida	
Descripción: mide el número de personas fallecidas por sida en el período.	
Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Número de personas fallecidas por sida en el período.
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).	
Denominador	Total de la población en el mismo período x 100.000.
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Desglose	Sexo y edad
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	3,3 x 100.000 habitantes (2010)

Indicador 2 del eje estratégico 2 (2.2) Porcentaje de diagnósticos tardíos de VIH

2.2 - Porcentaje de diagnósticos tardíos de VIH	
Descripción: mide la proporción de personas con diagnóstico de sida en forma simultánea o dentro de los 12 meses del diagnóstico de VIH, durante el período.	
Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas con diagnóstico tardío de VIH, durante el período.
Fuente: notificaciones sistemáticas de la DSyETS.	
Denominador	Total de la población con diagnóstico de VIH en el mismo período.
Fuente: notificaciones sistemáticas de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Desglose	Sexo, edad y vía de transmisión
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	Total = 25% Varones = 29% Mujeres = 17%

Indicador 3 del eje estratégico 2 (2.3) Porcentaje de la población de 15 a 69 años que realizó el test de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado

2.3 - Porcentaje de la población de 15 a 69 años que realizó el test de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado

Descripción: mide el número de personas que realizaron el test para el diagnóstico de VIH durante el período, como una medida de los progresos realizados en las políticas de acceso al testeo con asesoramiento.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas de 15 a 69 años que realizaron el test para el diagnóstico de VIH, durante los últimos 12 meses y conocen el resultado.
Denominador	Número de personas de 15 a 69 años entrevistadas durante el período.
Fuente: encuesta.	
Alcance geográfico	Nacional
Desglose	Sexo y edad
Periodicidad de relevamiento	Cada 5 años
Línea de base nacional¹⁶	51%

Indicador 4 del eje estratégico 2 (2.4) Número de centros de prevención, asesoramiento y testeo (CePAT) cada 100.000 habitantes

2.4 Número de CePAT cada 100.000 habitantes

Descripción: mide el número de CePAT disponibles en el período.

Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de CePAT disponibles en el período.
Fuente: registros de la DSyETS y de los programas jurisdiccionales.	
Denominador	Total de la población nacional y jurisdiccional en el mismo período.
Fuente: estimación poblacional sobre la base del Censo. INDEC, 2010.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional.
Desglose	Dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud.
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	1,9 x 100.000 habitantes.

¹⁶ Jorrat, J. R., Actitudes, información y conductas en relación con el VIH-Sida en la población general. Argentina 2008. Buenos Aires, UBATEC S.A., 2008.

Eje estratégico 3

Acceso a la atención de calidad a las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis.

Indicadores del eje estratégico 3

- 3.1 Porcentaje de personas en tratamiento ARV durante más de 12 meses, sobre el total de personas en tratamiento ARV.
- 3.2 Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV sobre el total de personas diagnosticadas.
- 3.3 Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV sobre el total estimado de personas que requieren tratamiento.
- 3.4 Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas de 1.^a, 2.^a y 3.^a línea, provistos por la DSyETS del MSAL.
- 3.5 Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas no recomendados de acuerdo con las normativas de la DSyETS del MSAL.
- 3.6 Número de cargas virales realizadas por persona, por año.
- 3.7 Porcentaje de personas en tratamiento ARV en los últimos 12 meses con carga viral indetectable (< 50 copias/cc).

Prevención de la transmisión perinatal del VIH y sífilis congénita

- 3.8 Tasa de transmisión perinatal del VIH.
- 3.9 Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH en el control prenatal.
- 3.10 Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron profilaxis prenatal.
- 3.11 Porcentaje de niños infectados por transmisión perinatal que inician tratamiento ARV antes del año de vida.
- 3.12 Tasa de incidencia de sífilis congénita en menores de un año.

Indicador 1 del eje estratégico 3 (1.3) Porcentaje de personas en tratamiento ARV durante más de 12 meses sobre el total de personas en tratamiento ARV

3.1 – Porcentaje de personas en tratamiento ARV durante más de 12 meses, sobre el total de personas en tratamiento ARV

Descripción: mide el nivel retención en el seguimiento de las personas con VIH que iniciaron el tratamiento ARV.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas con VIH con tratamiento ARV por más de 12 meses, en el período.
Fuente: padrón de la DSyETS y del APE.	
Denominador	Número de personas con VIH en tratamiento ARV, en el mismo período.
Fuente: padrón de la DSyETS del MSAL.	
Alcance geográfico	Nacional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	63%

Indicador 2 del eje estratégico 3 (3.2) Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV sobre el total de personas diagnosticadas

3.2 – Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV sobre el total de personas diagnosticadas

Descripción: mide el nivel de cobertura de las personas con VIH diagnosticadas que requieren tratamiento ARV.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas con VIH diagnosticadas que reciben tratamiento ARV, en el período.
Fuente: padrón de la DSyETS del MSAL.	
Denominador	Número de personas con VIH diagnosticadas que requieren tratamiento ARV, en el mismo período.
Fuente: notificaciones epidemiológicas de la DSyETS del MSAL.	
Alcance geográfico	Nacional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	72%

Indicador 3 del eje estratégico 3 (3.3) Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV durante más de 12 meses sobre el total de personas en tratamiento ARV

3.3 – Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV

Descripción: mide el nivel de cobertura de las personas con VIH que requieren tratamiento ARV.

Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Número de personas con VIH que reciben tratamiento ARV, en el período.
Fuente: padrón de la DSyETS y del APE.	
Denominador	Número estimado de personas con VIH que requieren tratamiento ARV, en el mismo período.
Fuente: estimación poblacional definida por la DSyETS sobre la base del programa Spectrum.	
Alcance geográfico	Nacional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	60%

Indicador 4 del eje estratégico 3 (3.4) Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas de 1.a, 2.a y 3.a línea, provistos por la DSyETS del MSAL

3.4 Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas de 1.a, 2.a y 3.a línea, provistos por la DSyETS del MSAL.

Descripción: mide el nivel de acatamiento de las recomendaciones de la DSyETS con respecto al uso de ARV, durante el período.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 1.a línea, durante el período. • Número de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 2.a línea, durante el período. • Número de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 3.a línea, durante el período.
Fuente: padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Denominador	Número de personas en tratamiento ARV, durante el mismo período.
Fuente: padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional¹⁷	

Indicador 5 del eje estratégico 3 (3.5) Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas no recomendados, de acuerdo con las normativas de la DSyETS del MSAL

3.5 Porcentaje de personas en tratamiento ARV con esquemas no recomendados por la DSyETS del MSAL.

Descripción: mide el nivel de acatamiento de las recomendaciones de la DSyETS con respecto al uso de ARV, durante el período.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas no recomendados, durante el período.
Fuente: padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Denominador	Número de personas en tratamiento ARV, durante el mismo período.
Fuente: padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	20%

¹⁷ Bissio, E. S y ETS del MSAL/OPS, Análisis de la utilización de fármacos antirretrovirales en Argentina, junio de 2011.

Indicador 6 del eje estratégico 3 (3.6) Número de cargas virales realizadas por persona, por año

3.6 Número de cargas virales realizadas por persona, por año.

Descripción: mide el nivel de acatamiento de las recomendaciones de la DSyETS, con respecto al monitoreo de la viremia de las personas con VIH, durante el período.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número cargas virales realizadas durante el período.
Fuente: padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Denominador	Número de personas con VIH en seguimiento, durante el mismo período.
Fuente: Registro de cargas virales ejecutadas por la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	1,7 x persona x año

Indicador 7 del eje estratégico 3 (3.7) Porcentaje de personas en tratamiento ARV, en los últimos 12 meses, con carga viral indetectable (< 50 copias/cc)

3.7 Porcentaje de personas en tratamiento ARV, en los últimos 12 meses, con carga viral indetectable (< 50 copias/cc)

Descripción: mide el grado de efectividad del tratamiento ARV, a nivel poblacional, durante el período.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de personas en tratamiento ARV, por lo menos en los últimos 12 meses del período, con niveles de carga viral < 50 copias/cc.
Fuente: registro de cargas virales ejecutadas por la DSyETS.	
Denominador	Número de personas en tratamiento ARV, durante el mismo período
Fuente: padrón de personas en tratamiento de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	A construir

Indicador 8 del eje estratégico 3 (3.8) Tasa de transmisión perinatal del VIH

3.8 Tasa de transmisión perinatal del VIH

Descripción: mide el número de niños/as infectados con VIH por transmisión perinatal, durante el período.

Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Número de niños/as infectados con VIH por transmisión perinatal, durante el período.
Fuente: Laboratorios centralizados de diagnóstico pediátrico y notificaciones de partos en mujeres con VIH a la DSyETS, y Programas jurisdiccionales.	
Denominador	Número de niños/as expuestos al VIH por vía perinatal, con diagnóstico definitivo, durante el período.
Fuente: Laboratorios centralizados de diagnóstico pediátrico y notificaciones de partos en mujeres con VIH a la DSyETS, y Programas jurisdiccionales.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	5%

Indicador 9 del eje estratégico 3 (3.9) Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH en el control prenatal

3.9 Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH en el control prenatal

Descripción: mide el porcentaje de cobertura de diagnóstico prenatal del VIH.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de embarazadas que realizaron el test de VIH antes del parto, durante el período.
Fuente: SIVILA y Sistema Informático Perinatal (SIP).	
Denominador	Número de embarazadas durante el período.
Fuente: SIVILA y Sistema Informático Perinatal (SIP).	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	80%

Indicador 10 del eje estratégico 3 (3.10) Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron profilaxis con ARV

3.10 Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron profilaxis con ARV

Descripción: mide el porcentaje de cobertura de profilaxis con ARV de la transmisión perinatal del VIH.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de embarazadas con VIH que recibieron ARV en para prevención de la TV, durante el período.
Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) y notificaciones de partos a la DSyETS.	
Denominador	Número de embarazadas con VIH, durante el período.
Fuente: Notificaciones de partos a la DSyETS y estimación sobre la base de los datos de prevalencia en embarazadas.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Durante el embarazo Durante el parto
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	82%

Indicador 11 del eje estratégico 3 (3.11) Porcentaje de niños infectados por transmisión perinatal que inician tratamiento ARV antes del año de vida

3.11 Porcentaje de niños infectados por transmisión perinatal que inician tratamiento ARV antes del año de vida

Descripción: mide el nivel de acatamiento de las recomendaciones de la DSyETS con respecto al inicio temprano de tratamiento ARV en los niños infectados por transmisión vertical, durante el período.

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de niños infectados con VIH por TV que iniciaron tratamiento ARV antes del primer año de edad, durante el período.
Fuente: Padrón de personas en tratamiento ARV de la DSyETS.	
Denominador	Número de niños infectados con VIH por TV por edad, durante el mismo período.
Fuente: Registro de cargas virales ejecutadas por la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	A construir

Indicador 12 del eje estratégico 3 (3.12) Tasa de incidencia de sífilis congénita en menores de un año

3.12 Tasa de incidencia de sífilis congénita en menores de un año	
Descripción: mide el número de nuevos casos de sífilis congénita, durante el período.	
Tipo de indicador	Impacto
Numerador	Número de casos de sífilis congénita durante el período.
Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP).	
Denominador	Número de nacidos vivos durante el período.
Fuente: Estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Desglose	
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	0,8 x 1.000 NV

Eje estratégico 4

Reducción de estigma y discriminación (es considerada como eje transversal a los otros, entendiéndose que afecta todo el proceso de salud/enfermedad/atención y apoyo).

Indicadores del eje estratégico 4

- 4.1 Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos capacitados/sensibilizados para una atención basada en la perspectiva de DDHH.
- 4.2 Proporción de jurisdicciones que cuentan con un servicio de atención legal instalado.
- 4.3 Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH.
- 4.4 Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación.

Indicador 1 del eje estratégico 4 (4.1) - Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos capacitados/sensibilizados para una atención basada en la perspectiva de DDHH

4.1 Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos capacitados/sensibilizados para una atención basada en perspectiva de DDHH	
Descripción: mide el alcance de las estrategias dirigidas a disminuir el estigma y la discriminación en los equipos de salud.	
Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de jurisdicciones que cuentan con equipos capacitados para una atención basada en DDHH, durante el período.
Denominador	Número de jurisdicciones relevadas.
Fuente: DSyETS y programas jurisdiccionales/encuestas.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	A construir

Indicador 2 del eje estratégico 4 (4.2) Proporción de jurisdicciones que cuentan con un servicio de atención legal instalado

4.2 Proporción de jurisdicciones que cuentan con un servicio de atención legal instalado

Descripción: mide el esfuerzo de las jurisdicciones para garantizar el ejercicio de derechos y para reducir el estigma y discriminación

Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de jurisdicciones que disponen de un servicio de atención legal, en el período.
Fuente: DSyETS y programas jurisdiccionales/encuestas.	
Denominador	Número de jurisdicciones relevadas.
Fuente: DSyETS y programas jurisdiccionales/encuestas.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	A construir.

Indicador 3 del eje estratégico 4 (4.3) Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH

4.3 Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH

Descripción: mide el esfuerzo de las instituciones por ampliar el marco de derechos y reducir el estigma y la discriminación

Tipo de indicador	Proceso
Numerador	Número de organismos gubernamentales con equipos capacitados en DDHH, en el período.
Fuente: registros de la DSyETS/encuestas.	
Denominador	Número de organismos gubernamentales relevados.
Fuente: DSyETS y programas jurisdiccionales/encuestas.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base nacional	A construir

Indicador 4 del eje estratégico 4 (4.4) Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación

4.4 Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación

Descripción: mide el grado de aceptabilidad de los usuarios con respecto a la demanda de acciones para reducir el estigma y la discriminación

Tipo de indicador	Resultado
Numerador	Número de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma y discriminación, en el período.
Fuente: Registros de la página web o de la línea telefónica de la DSyETS.	
Denominador	Número de usuarios que consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma y discriminación, en el mismo período.
Fuente: Encuesta de satisfacción en la página web o en la línea telefónica de la DSyETS.	
Alcance geográfico	Nacional y jurisdiccional
Periodicidad de relevamiento	Anual
Línea de base Nacional	A construir

X. Matriz de indicadores y metas seleccionadas

Acceso al diagnóstico

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes	3,3	3,0	2,9
Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por VIH	Total = 25% Hombres = 29% Mujeres = 17%	Total = 20% Hombres = 26% Mujeres = 15 %	Total = 17% Hombres = 23% Mujeres =12%
Proporción de la población de 15 a 60 años que realizó el test de VIH en el último año y conoce el resultado	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Número de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT) x 100 mil habitantes	1,9	2,6	3,1

Reducción del estigma y la discriminación

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos sensibilizados/capacitados en atención basada en un enfoque de DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de jurisdicciones con servicio de atención legal instalado	A construir	50%	80%
Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación	A construir	50%	80%

Reducción de la transmisión vertical

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de transmisión perinatal del VIH	5%	3%	2%
Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH durante el control prenatal	80%	85%	90%
Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron ARV durante el embarazo	82%	85%	87%
Porcentaje de niños/as con transmisión perinatal del VIH que iniciaron tratamiento ARV antes del año de vida	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Porcentaje de embarazadas testeadas para sífilis durante el control prenatal	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Tasa de incidencia de sífilis congénita por mil nacidos vivos	0,8	0,5	0,5

Acceso a recursos preventivos

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de infección por VIH (Tasa de diagnósticos de VIH notificados)	Total = 12,4 x 100 mil Varones = 17,3 x 100 mil Mujeres = 9,1 x 100 mil	No se pueden definir metas, ya que se trata de diagnósticos, no de incidencia de infecciones	
Prevalencia de infección por VIH en grupos vulnerables	Hombres que tienen sexo con hombres = 12% Trans = 34% Mujeres en situación de prostitución = 2% Usuarios de drogas = 7%	No se pueden definir metas, ya que un aumento de la prevalencia puede estar causado tanto por incremento de la incidencia como por la reducción de la mortalidad	
Preservativos distribuidos por persona por la DSyETS entre el grupo de 15 a 64 años	1,42	3,8	4,6
Puntos fijos de distribución de preservativos x 100 mil habitantes	11	15	18
Porcentaje de personas de entre 15 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual con una pareja ocasional	81%	Se fijarán metas una vez que se ajuste la línea de base	

Calidad de atención

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Porcentaje de personas con VIH que sostienen el tratamiento ARV por más de 12 meses	63%	70%	75%
Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV en las personas diagnosticadas con VIH	72%	75%	78%
Porcentaje de cobertura de terapia ARV en el estimado de personas con VIH que requieren tratamiento	60%	65%	70%
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 1ª, 2ª y 3ª línea	1ª línea = 63,1% 2ª línea = 39,3% 3ª línea = 2,1%	Metas pendientes de definición	
Porcentaje de personas con VIH con esquemas de tratamiento ARV no recomendados por la DSyETS	20%	10%	5%
Promedio de cargas virales por personas con VIH por año	1,7	1,9	2,0
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con carga viral indetectable (< 50 copias/cc)	60%	65%	70%

Bibliografía

- Bissio, E. DSyETS del MSAL/OPS:** *Análisis de la utilización de fármacos antirretrovirales en Argentina.* Junio de 2011.
- DSyETS:** *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina.* N°29 - Año XV - Diciembre de 2012.
- Jorrat, J. R.:** *Actitudes, información y conductas en relación con el VIH-Sida en la población general.* Buenos Aires, UBATEC S.A., 2008.
- MSAL, UNICEF, UNFPA, OPS, OMS:** *VIH y Sífilis - Seroprevalencia en puérperas de Argentina.* Noviembre 2012.
- ODM:** *Declaración del Milenio – Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas.* Septiembre de 2000.
- OMS-ONUSIDA-OPS:** *Marco de Acción del Tratamiento 2.0; Impulsando la próxima generación del Tratamiento, Atención y Apoyo.* 2011.
- ONU:** *Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Septiembre de 2000.
- ONUSIDA:** *Informe para el Día Mundial del Sida - 2011. Cómo llegar a cero: más rápido, más inteligente, mejor.*
- OPS/OMS/UNICEF/CLAP:** *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual.* Montevideo 2009.
- Presidencia de la Nación.** 2013 Presupuesto Resumen.
- Roca, Emilia; Golbert, Laura y Lanari, María Estela:** *¿Piso o sistema integrado de protección social? - Una mirada desde la experiencia argentina.* Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Año 2012. Pág. 102.
- Rovere, Mario:** *Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médico Sociales.* Mayo de 1999. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales-Asociación Médica de Rosario.
- Toro Papapietro, Luis:** *Notas sobre Gestión y Planificación Estratégica. Curso Taller de Planificación Estratégica en VIH-sida,* Bs. As. Septiembre de 1999. Págs 4 y 22.
- Zaiat, Alfredo:** *Protección Social – Panorama Económico.* Página 12. 1º Junio de 2013.

Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Tel.: (005411) 4379-9017 Fax: (005411) 4379-9210

dir-sida-ets@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/sida

0800 3333 444

LÍNEA PREGUNTE SIDA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Es gratis, es confidencial, es anónima