

MINISTERIO DE SALUD

**DIRECCION DE SIDA Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)**

**PROYECTO DE INFORME DE
AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN

GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS ESPECIALES

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN AMBIENTAL

*Equipo de Trabajo
Lic. Blanca Virasoro
Lic. Silvia Leicher
Dra. Natalia Berjacio
Lic. Claudia Marciano
Srita. Tamara Gordon Goldberger
Srita. Iliana Fernandez Vilchez*

INFORME DE AUDITORIA

Al Señor Ministro de Salud

En uso de las facultades conferidas por el artículo 118 de la Ley 24.156, la AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN realizó un examen en el ámbito de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

1.- OBJETO DE AUDITORÍA

Examen de la gestión de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (en adelante, DSyETS), ex Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS y en particular los relacionados con la lucha contra el sida.

Período auditado: año 2008.

2.- ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, aprobadas por la Resolución 145/93, dictada en virtud de las facultades conferidas por el artículo 119, inciso d, de la Ley 24.156, habiéndose practicado los siguientes procedimientos:

- Análisis de la normativa aplicable.
- Relevamiento y análisis de documentación.
- Examen de las siguientes fuentes de información:
 - Nota de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual N° 217, de fecha 12/05/09.
 - Nota de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual N° 42, de fecha 11/02/09.

- Boletín sobre VIH/sida en la Argentina, Año 12, N° 25, de fecha diciembre de 2007.
- Boletín sobre el VIH/sida en la Argentina, Año 11, N° 25, de fecha agosto de 2008.

-Entrevistas con los siguientes funcionarios:

- Director de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Directora Ejecutiva del hospital Posadas.
- Jefa del Servicio de Infectología Pediátrica del hospital Posadas.
- Jefe del Servicio de Infectología del hospital Posadas.
- Equipo del Consultorio de Atención Inmediata –CAI– del hospital Posadas.
- Equipos del Servicio de Obstetricia y del Departamento de Servicio Social.
- Coordinadora del Programa Provincial de VIH/sida/ETS Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Responsables del Programa de VIH/sida de la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires. Equipo a cargo del Programa VIH/sida del Hospital de Bernardo A. Houssay, Provincia de Buenos Aires.
- Director asociado y responsable del Programa VIH/sida del Hospital Provincial Pedro Fiorito, Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.
- Equipo a cargo del Programa VIH/sida del Centro Municipal de Moreno, Región Sanitaria VII de la Provincia de Buenos Aires.
- Directora General, Secretario Ejecutivo Médico, Coordinador de Programas, Director de Salud de las Personas y Jefa de la Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS del Sistema Provincial de Salud, de la Provincia de Tucumán.
- Jefa de la Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS del Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Subdirector y equipo del Hospital Niño Jesús de la Provincia de Tucumán.
- Jefa del laboratorio del Centro de Referencia para VIH/sida y ETS, Provincia de Tucumán.

- Directora y equipo del Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, de la Provincia de Tucumán.
- Jefe del Servicio de Infectología del Hospital Ángel C. Padilla, Hospital Regional Polivalente de Concepción Miguel Belascuain, Provincia de Tucumán.
- Jefa del Servicio de clínica médica y responsables del área de laboratorio del Hospital Regional Polivalente de Concepción Miguel Belascuain de la Provincia de Tucumán.

Las tareas propias del objeto de examen se desarrollaron entre el 23/10/08 y el 29/05/09.

3.- ACLARACIONES PREVIAS

3.1. Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana, VIH, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario, destruyendo y dañando su funcionamiento de manera progresiva. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede combatir infecciones y enfermedades. Si hay una inmunodeficiencia grave, las infecciones se asocian a ella y se convierten en “oportunistas”, causadas por un agente que normalmente no sería patógeno. Los síntomas de la infección por el VIH no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus, por lo que la mayoría de las personas cuando se han infectado, no lo saben. Sin embargo, algunas desarrollan el “síndrome retroviral agudo”, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

Una persona infectada por el VIH es altamente contagiosa durante el período inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el organismo es mediante pruebas para detectar anticuerpos de VIH o el propio VIH. Una vez que el virus ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

“Sida” es el término que corresponde al “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario resultante de la infección por el VIH. (Fuente: ONUSIDA. 2008).

Según Claudio Bloch¹ (1997), el sida se puede definir como la manifestación final y más grave del VIH.

La epidemia de sida es una crisis de salud muy importante y también una compleja problemática social, política, económica y cultural que presenta desafíos y compromete a todas las regiones del planeta. La enfermedad fue variando algunas de sus características a lo largo del tiempo. Por ejemplo, Según Pedro Cahn (2007), dada la vulnerabilidad biológica y social de la mujer al VIH se registra una creciente feminización de la epidemia. Otro factor a escala global está ligado al entorno social. Menos de una de cada cinco personas con riesgo de contraer VIH tiene acceso a los servicios básicos de prevención. Por otra parte, los países en desarrollo albergan al 95% de las personas que viven con VIH, lo que conforma un círculo vicioso: los que castiga más duramente a aquellos países con menos capacidad de respuesta. (Cf. Anexo II).

3.2. Marco legal e institucional

3.2.1. Normas Internacionales

Los tratados internacionales de Derechos Humanos recogidos en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional establecen la obligación del Estado de garantizar la salud a todos los habitantes, ya sea de manera primaria o subsidiaria. Esos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud de las personas, todos ellos vinculados con la obligación de brindar asistencia y cuidados especiales a todos los habitantes de la Nación que así lo requieran (*art. VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes*

¹ Bloch, Claudio, *Sida, una nueva enfermedad de la pobreza*, Buenos Aires: FLACSO, Tesis de Maestría, Programa Argentina, 1997.

del Hombre; art. 25, inc. 2, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 4°, inc. 1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos –Pacto de San José de Costa Rica–; art. 24, inc. 1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; art. 5° de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; arts. 3° y 6° de la Convención sobre los Derechos del Niño).

3.2.2. Normas nacionales

Conforme la ley 23.798 de 1990 “*Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a 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*”.

La norma establece que los casos de enfermos de sida deben notificarse dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico. Las notificaciones son de carácter reservado, para lo cual se establece un sistema de clave con datos para localizar e individualizar a la persona. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte. El almacenamiento de estos datos debe llevarse en forma codificada (*Leyes 23.798 y 15.465*).

Toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que otra persona está infectada por el virus VIH o está enferma de sida, tiene prohibido revelar esa información, y no puede ser obligada a suministrarla, salvo en circunstancias específicas (confidencialidad frente al test y sus resultados). (*Decreto 1244/91, reglamentario de la Ley 23.798*).

En 1992 se crea el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos (leucemia y sida) que depende directamente del Ministerio de Salud y Acción Social (*Res. 18/1992*). El Programa realiza actividades de detección e investigación de los retrovirus humanos y sus

patologías sobrevenientes, su diagnóstico y tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, y estudia las maneras de evitar su propagación.

Las Obras Sociales deben dispensar los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH/sida, los Programas de prevención del VIH/sida y de drogadependencia (*Ley 24.455, 1995*). Los seguros de salud privados deben atender a las personas con VIH/sida (*Ley 24.754, de Medicina Prepaga, 1996*).

La ley 25.543 establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.

Los internos carcelarios deben recibir la oportuna asistencia integral y su acceso a la consulta y a los tratamientos prescritos no pueden ser interferidos (*Ley 24.660*). Los análisis son en todos los casos voluntarios y se efectúan por pedido del interno o por pedido del médico con su autorización, el resultado debe ser secreto y se les deben prescribir medicamentos como los brindados al resto de la comunidad por los Hospitales Nacionales, Municipales o Provinciales (*Resol. 787/91*).

3.2.3. Marco Institucional

La Ley 25.673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Una de sus metas principales es contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias. Según lo informado por el Organismo, la DSyETS está trabajando en forma conjunta con los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable en el armado de compras en conjunto de preservativos y trabajo en prevención. También se encuentra en un grado avanzado de articulación con el Programa REMEDIAR (cuyo objetivo es asegurar que los medicamentos genéricos sean accesibles a la población que asiste a los Centros de Atención Primaria de la Salud para distribuir preservativos y llegar en forma directa a mayor número de centros de salud. Se está trabajando además con la Dirección de Maternidad e

Infancia en las estrategias de Prevención de la Transmisión Vertical (transmisión de madre a hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia) y de Prevención de la Sífilis Congénita –en esta última, junto a la Dirección de Epidemiología y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

El Decreto 385/1989 instituye la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida, en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, con funciones de coordinación y asesoramiento:

- Proyectar estrategias de nivel político sanitario para la prevención y control de la infección por VIH;
- coordinar las tareas de organismos gubernamentales afectados directa o indirectamente al tratamiento del problema;
- establecer las bases para celebrar convenios con las autoridades provinciales para el cumplimiento de los objetivos de política nacional en el tema de la lucha contra el sida;
- establecer las bases para celebrar acuerdos con organismos internacionales y/o regionales, públicos o privados, en relación a sus funciones;
- estudiar y, eventualmente, redactar proyectos de actualización o reforma de la legislación vigente en esta materia;
- contribuir a través de las entidades que la conforman a la difusión de información y educación para la salud.

Esta Comisión no se ha constituido todavía. La DSyETS informa que se ha propuesto en el Consejo de Políticas Sociales constituir una Comisión Nacional de Sida con representación de distintos ministerios nacionales, redes de personas con VIH, representación científica, Organizaciones No Gubernamentales, que se encuentra en estudio (*Cf. Anexo I*).

3.2.4. Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

La responsabilidad primaria de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS), dependiente del Ministerio de Salud, Secretaría de Promoción y Programas

Sanitarios, Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, es elaborar una estrategia integral para reducir el impacto de la epidemia de VIH/sida y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) mediante acciones de prevención y promoción del cuidado de la salud. Debe coordinar acciones para asegurar que las personas viviendo con VIH/sida (PVVS) y mejorar su calidad de vida; fortalecer la vigilancia epidemiológica y promover la investigación relacionada con el VIH/sida y las ETS (*Decreto 1343/07*).

Las principales acciones a cargo de la DSyETS establecidas en el Decreto 1343/07 se detallan en el Anexo I, Marco legal e institucional.

La DSyETS está dividida en cuatro áreas: Prevención, Estudios e Investigación, Asistencial y Comunicación

A la fecha de cierre de las tareas de campo de esta auditoría la estructura organizativa de la DSyETS no había sido aprobada.

3.3. Planificación Estratégica 2008-2011

La DSyETS conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida, conformó el “Proceso de actualización de la Respuesta Estratégica al VIH/sida y ETS en Argentina” para el período 2008-2011, con el objeto de continuar con las acciones realizadas, de manera de reducir las diferencias observadas a partir de las nuevas realidades visualizadas en los ámbitos nacional, provincial y local.

Con el fin de incorporar una visión estratégica sobre el VIH/sida; garantizando el acceso universal a la prevención, asistencia y tratamiento en VIH/sida a todas las personas que lo necesiten la DSyETS programó metodológicamente dos etapas: una inicial, de actualización de la mirada estratégica a nivel nacional hasta el 2011; y otra, de formulación y expresión programática y operacional de las estrategias, políticas y planes operativos anuales (POAS) articulados entre el plan nacional y las especificidades provinciales.

Se establecieron 4 ejes principales en la Planificación Estratégica 2008-2011 en políticas de VIH/sida:

Eje estratégico 1: Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de la epidemia de VIH/sida a nivel de país, provincias y municipios desde sus particularidades.

Eje estratégico 2: Garantizar e incrementar el acceso a la prevención de VIH destinada a la población en general, priorizando a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al virus: personas en situación de pobreza, usuarias de drogas, hombres que tienen sexo con hombres y hombres gay, trabajadores/as sexuales, personas privadas de la libertad, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres, pueblos originarios.

Eje estratégico 3: Garantizar de manera integral el acceso a una atención calificada por equipos multidisciplinarios, la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psicosocial de las personas afectadas por VIH y sida.

Eje estratégico 4: Desarrollar los recursos humanos, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, y las competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, sida y ETS; a nivel del sector público y la sociedad civil, de los Municipios, las Provincias y la Nación.

El Plan Estratégico 2008-2011 fue elevado a las autoridades pertinentes mediante expediente 5873-09-8, y se está a la espera de su aprobación.

En 2008, el Organismo realizó una investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión en el marco del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida que permitió por un lado, realizar un diagnóstico sobre la respuesta preventivo-asistencial desde el sistema público de salud al VIH/sida y algunas infecciones de transmisión sexual (ETS) y por otro elaborar una herramienta o dispositivo de gestión que cree un modelo de trabajo conjunto y participativo entre los actores involucrados. Por otra parte, se establecieron las poblaciones prioritarias (*Cf. Anexo III*).

3.4. Plan Operativo 2008

La DSyETS elabora anualmente un plan operativo (POA) en forma descentralizada donde incluye metas de la Planificación Estratégica a través de talleres regionales y provinciales, Capacitación en Monitoreo y Evaluación, Utilización de Herramientas Informáticas de Monitoreo y Evaluación; y Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica.

Durante el período 2008, la DSyETS elaboró la Planificación Estratégica participando con las jurisdicciones provinciales y se realizaron talleres –entre otros, el referido al desarrollo del Plan Operativo en la Provincia de Santa Fe como respuesta al VIH.

3.5. Dirección de Sida y ETS. Indicadores de gestión: Personas bajo seguimiento médico y pacientes con medicación antirretroviral.

“La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) cubre los costos de medicación y estudios de CD4, Carga viral para VIH y para hepatitis C y tests de resistencia de pacientes que se atienden en el sistema público de salud”. (Boletín sobre VIH/sida en la Argentina, Año 12, N° 25, diciembre de 2007).

El Organismo señala que *“la recomendación es realizar 2 estudios de carga viral por año y 3 estudios de CD4”*. (El CD4 es un control del sistema inmunológico mediante el recuento de linfocitos TDC4).

En los datos suministrados por el Organismo se informa el número de estudios autorizados (test de resistencia, carga viral –en adelante, CV– para hepatitis C, y CV para VIH), y de pacientes que han recibido medicación provista por el Ministerio de Salud, durante el período 2003-2008.

Los datos que se presentan difieren de los señalados en el punto 3.3, pues aquéllos incluían las notificaciones provenientes de los subsectores de seguridad social y privado.

Durante 2008 se autoriza un total de 37.878 estudios: 36.910 estudios de CV de VIH para 24.780 personas; 506 de CV de hepatitis C para 454 personas, y 462 tests de resistencia a 447 personas.

La relación entre el número de autorizaciones de estudios de CV para VIH (36.910) y el de personas autorizadas para éstos (24.780) es de 1,49; relación similar a la de 2007: 1,50.

En 2008, el 42,4% del conjunto de la población bajo seguimiento mediante estudios (24.890 personas) es de sexo femenino.

La desagregación de beneficiarios según grupo de edad, por sexo, muestra que en los menores de 25 años (hasta 14 años y de 15 a 24 años) los porcentajes de población femenina superan a los masculinos (53,4% en el primer grupo de edad, y 60,8% en el segundo). En el de 25-34 años, las proporciones prácticamente se igualan, y a partir de los 35 el porcentaje de varones se eleva significativamente –de modo que resulta muy superior al de mujeres.

“Este patrón puede estar relacionado con un mejor y más temprano acceso de las mujeres al sistema de salud” (Boletín..., ob. cit., pág. 27). La información anual del período 2004-2008 revela que, salvo en el grupo de 15 a 24 años, la participación femenina dentro de cada grupo de edad presenta en el lapso una tendencia ascendente, ligera entre menores de 15 años (con un número relativamente bajo de casos), más acentuada en mayores de 24.

De la distribución por regiones de las personas a quienes se les autorizó estudios en 2008, la mayor proporción corresponde a la CABA (37,9%), seguida por el resto de la zona central (26,8%) y el GBA (19,7%). El resto de la población corresponde al NOA (5,3%), Cuyo (4,1%), NEA (3,2%), Patagonia (1,6%). (La diferencia respecto de 100 se registra en la categoría “otro”: 1,4%).

Con respecto a la provisión de medicamentos, en 2008 reciben tratamiento antirretroviral 28.168 pacientes. En 2007, el número de personas que recibían medicación era de 25.601; es decir, hubo un incremento de 9,8%.

La mayor proporción de pacientes bajo tratamiento antirretroviral, se concentra en 2008, en la CABA (37,3%), seguida por Buenos Aires (29,9%), Santa Fe (11,9%) y Córdoba (6,0%).

Es esperable que el número de pacientes a los que se autorizan estudios sea superior al de aquéllos que están recibiendo medicación antirretroviral. En 2008, a nivel nacional, la

relación entre el número de personas a quienes se autorizan estudios y el de pacientes bajo tratamiento antirretroviral es de 0,88 –tal como se observa en el cuadro siguiente–; algo inferior al cociente de 2007, 0,92.

Cuadro N° 2:

Año 2008. Pacientes que reciben medicación antirretroviral y pacientes con estudios, según jurisdicciones.

Jurisdicción	Pacientes ARV* (a)	Pacientes ARV* %	Pacientes con Estudios (b)	Pacientes con Estudios/ Pacientes ARV (b) / (a)
CABA	10.522	37,3	9.439	0,90
Buenos Aires	8.430	29,9	8.056	0,96
Catamarca	94	0,3	71	0,76
Chaco	206	0,7	248	1,20
Chubut	217	0,8	6	0,03
Córdoba	1.681	6,0	1.475	0,88
Corrientes	247	0,9	278	1,13
Entre Ríos	415	1,5	424	1,02
Formosa	108	0,4	66	0,61
Jujuy	233	0,8	215	0,92
La Pampa	74	0,3	81	1,09
La Rioja	81	0,3	166	2,05
Mendoza	474	1,7	548	1,16
Misiones	296	1,0	197	0,67
Neuquén	400	1,4	10	0,02
Río Negro	223	0,8	206	0,92
Salta	184	0,6	505	2,74
San Juan	162	0,6	149	0,92
San Luis	114	0,4	152	1,33
Santa Cruz	80	0,3	45	0,56
Santa Fe	3.347	11,9	1.623	0,48

Santiago del Estero	199	0,7	205	1,03
Tierra del Fuego	77	0,3	48	0,62
Tucumán	304	1,1	326	1,07
Otro	-	-	351	-
Total del País	28.168	100	24.890	0,88

* ARV: Pacientes con tratamiento antirretroviral.

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por la DSyETS.

Se presentan significativas variaciones interprovinciales. La mayoría de las provincias se aproxima o supera ligeramente, la autorización de un estudio por paciente bajo tratamiento antirretroviral. En dos jurisdicciones se excede la cantidad de dos estudios (Salta y La Rioja).

En cambio, en otras dos (Chubut y Neuquén) prácticamente no se registran estudios (0,03 y 0,02 por paciente, respectivamente), y en cinco (Catamarca, Formosa, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego) hay e entre 0,48 y 0,76 estudios por paciente. En el Boletín 2007 –donde se presentan situaciones similares con diferencias en pocas jurisdicciones– se señala: *“En los casos de Chubut, Santa Fe y Neuquén, se debe señalar que son jurisdicciones que cuentan con laboratorios alternativos al circuito de gestión nacional (tanto privados como estatales), por lo cual no autorizan sus estudios en la DSyETS. Así, se produce un subregistro con relación a estas provincias (...)”* (pág. 25).

Con respecto a otras provincias que registran bajas proporciones de estudios por paciente en tratamiento ARV, se indica que las variables a tener en cuenta son: *“(...) el difícil acceso de las personas a los servicios y los problemas de logística para el envío de muestras a los prestadores (...) resulta imprescindible un análisis particular sobre las posibles dificultades de gestión de los programas a nivel local para avanzar en alternativas que mejoren el seguimiento de las personas en tratamiento”*.

No hay un registro nacional de la población total en seguimiento, informa la DSyETS. Estima que el 70% de las personas atendidas en instituciones públicas necesita medicación y, dado

que en 2008 la cantidad de pacientes con medicación es levemente superior a 28.000, el total bajo seguimiento rondaría las 40.000 personas.

3.6. Circuito de notificaciones en los subsistemas públicos

El Organismo informa que a partir del año 2001 se puso en marcha la notificación obligatoria de infecciones por VIH. Desde entonces, además de las notificaciones de nuevas infecciones, se reciben notificaciones retrospectivas de personas diagnosticadas con anterioridad a ese año. Un elemento clave en la vigilancia tradicional de VIH-sida es el reporte de nuevas infecciones por VIH y de los nuevos casos de sida. Esta instancia involucra el reporte de toda persona con un diagnóstico positivo de VIH o de sida en cualquier unidad sanitaria del país. El objetivo del reporte de caso de sida o de una nueva infección por VIH es monitorear la morbilidad en la población general e identificar necesidades de terapia antirretroviral a los efectos de planificar la respuesta del sistema de salud.

En la actualidad todas las jurisdicciones del país notifican con la misma ficha, excepto la Ciudad de Buenos Aires, que usa una ficha en la que releva más información; y la Provincia de Misiones, que usa una ficha acordada en reunión de Directores de Programas de 2006 pero que no se llegó a implementar en todo el país.

Respecto de los pacientes atendidos en obras sociales en general, la Superintendencia de Seguros de Salud requiere para reintegrar los gastos en medicamentos y estudios que los médicos tratantes envíen cada seis meses la ficha de notificación del paciente. Esta condición que podría pensarse como un estímulo a la notificación, en numerosas ocasiones es vista por el médico notificante como una carga extra de trabajo.

Probablemente por esta razón, las fichas que se reciben son, a veces, copia fiel –cuando no la fotocopia– de fichas anteriores y pocas veces resulta una verdadera actualización de la condición del paciente. Las notificaciones llegan directamente al nivel central a través de las obras sociales, pero no llegan a las jurisdicciones.

Las transformaciones del proceso de atención a partir del aumento de recursos terapéuticos y del incremento del volumen de personas bajo seguimiento han producido un relajamiento y un deterioro en la calidad y en la oportunidad de la notificación.

3.7. Circuito de distribución de medicamentos

Cada jurisdicción solicita los medicamentos necesarios para cubrir el tratamiento mensual de los pacientes que se atienden en los distintos efectores de salud. El área asistencial de la DSyETS prepara los pedidos de medicamentos solicitados por las provincias e informa a cada jurisdicción para su retiro.

Con respecto al presupuesto, el 75% se destina a asistencia (medicamentos) y el resto a prevención.

Los medicamentos son retirados de los depósitos que tiene habilitado el Ministerio de Salud.

Incorporación de un paciente al tratamiento

- 1) La jurisdicción realiza el pedido de medicamentos a la DSyETS mediante el “Formulario para Inicio de Tratamiento con Medicación de Uso Restringido para el Tratamiento de la Infección por VIH-sida”.
- 2) El médico infectólogo, responsable del área asistencial de la DSyETS, analiza la solicitud. Si fue realizada en base a las recomendaciones para el tratamiento de los pacientes registrados en la DSyETS, la aprueba.
- 3) Si la solicitud ha sido aprobada, la jurisdicción incorpora al paciente en el pedido mensual.
- 4) La DSyETS emite una autorización (orden de entrega) vía correo electrónico.

Si el paciente requiere medicamentos que no se encuentran en el Vademécum de la DSyETS y que son provistos en la Dirección de Asistencia para Situaciones Especiales (DADSE) del Ministerio de Desarrollo Social, se recurre a un mecanismo especial que ha sido informado a todas las jurisdicciones y que incluye la tramitación de subsidios.

3.8. Circuito de distribución de reactivos

El Organismo informa que los reactivos de diagnóstico se distribuyen en las veinticuatro jurisdicciones provinciales del país, al Servicio Penitenciario Federal y Bonaerense, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud –ANLIS–, Malbrán e Instituto Nacional de Epidemiología –INE– Mar del Plata y Centro Nacional de Referencia.

Los reactivos de carga viral se distribuyen en 12 laboratorios efectores y los reactivos de citometría, en 14 laboratorios efectores.

No se cuenta con almacenamiento propio, el insumo ingresa al proveedor según el plan de entrega establecido en la licitación. Los períodos de entrega varían según el producto, pero en general se desarrollan cada tres o cuatro meses.

La logística está a cargo del proveedor por licitación, el sistema de control de recepción y distribución se realiza a través de la Comisión de Liberación del Ministerio, responsable de revisar que la cantidad y calidad de los insumos estén de acuerdo con el pliego de la licitación. Una vez distribuido el correspondiente insumo, el proveedor envía los remitos conformados de cada efector para ser chequeados por la Comisión de Liberación y copias a la DSyETS para avalar el proceso. Posteriormente se libra el pago al proveedor.

3.9. Monitoreo y seguimiento de la DSyETS

La Dirección no tiene una unidad de monitoreo y evaluación. En la actualidad se están armando instrumentos para poder desarrollar a futuro ese proceso en las provincias. La línea de base se estableció con el Diagnóstico y Propuestas para Mejorar la Respuesta al VIH/sida y ETS desde el Sistema Público de Salud.

3.10. Implementación de políticas preventivas

En noviembre de 2008, el Área de Prevención presentó la política preventiva y los materiales involucrados (valija preventiva y dispensers), en una reunión a la que asistieron todos los jefes de Programa y los responsables de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

La DSyETS ha detectado como problemas más frecuentes:

- Falta de financiamiento para viajes dentro de la provincia, lo que restringe la cantidad de participantes.
- La relación de los jefes de Programa con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) es heterogénea.
- Es complejo el abordaje con el sector educación. En algunas jurisdicciones hay acuerdos de trabajo, lo que facilita la realización de reuniones.
- La mayoría de los trabajos preventivos en el país, en especial aquellos realizados por las organizaciones de la sociedad civil, han sido financiados hasta diciembre de 2008 con recursos del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida. Este financiamiento finalizó. Si bien la actual gestión incluyó en el presupuesto de la DSyETS una partida para financiar estas actividades, aún no ha sido ejecutada.

3.11. Laboratorios

Se estima que hay unos 800 laboratorios públicos en todo el país dependientes de cada jurisdicción, a los cuales la DSyETS remite reactivos. No se remiten reactivos a laboratorios privados.

3.12. Sistema de información

Un modelo de gestión eficiente que priorice la equidad y adquiera eficacia social requiere de soportes matriciales de información que constituyan la base del sistema integrado de información para la gestión.

3.13. Verificación in situ

Durante el período comprendido entre el 25 de noviembre de 2008 y el 25 de marzo de 2009 se realizaron entrevistas en el Hospital Nacional Posadas; en la Provincia de Buenos Aires: Unidad Central del Programa Provincial y Regiones Sanitarias V, VI y VII y en la Provincia de Tucumán. (*Cf. Anexo IV*).

4.- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

4.1. La estructura organizativa de la DSyETS no cuenta con resolución aprobatoria.

4.2. No se encuentra constituida la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida, en el ámbito del Ministerio de Salud, establecida por el Decreto 385/89.

4.3. La DSyETS no cuenta con almacenamiento propio de los reactivos.

4.4. En la DSyETS no hay un área específica de monitoreo y seguimiento para evaluar la implementación de las acciones de lucha contra el sida y las ETS y homogeneizar las respuestas de los efectores de salud en las distintas jurisdicciones provinciales.

4.5. El Plan Estratégico 2008-2011 no está aprobado.

4.6. El registro de personas con VIH se realiza mediante un sistema de codificación que asegura la confidencialidad de la información. No hay un registro nacional completo de las personas infectadas por VIH bajo seguimiento en el subsector público, sólo hay datos estimativos. En los datos estadísticos suministrados por la DSyETS sobre la población bajo seguimiento en el subsector público del país –en el que el Organismo cubre los estudios de CD4, CV para VIH y para hepatitis C, tests de resistencia, y medicación–, se observa un subregistro en las jurisdicciones donde los estudios se realizan en laboratorios alternativos al circuito nacional, lo cual sesga los datos a nivel nacional sobre población con VIH bajo seguimiento.

4.7. Se observa un problema de subdiagnóstico y un déficit en la captación de personas infectadas: de acuerdo con la estimación efectuada por la DSyETS, ONUSIDA y OMS, en la Argentina en 2006 vivían con VIH unas 130.000 personas, la mitad de las cuales desconocía su situación.

4.8. Con respecto a las notificaciones de infección por VIH/sida provenientes de los tres subsectores de salud –público, obras sociales, privado– desde 2001 a 2007, y al descenso de las tasas de notificación por VIH desde 2005, el Organismo menciona el problema del retraso en las notificaciones. En el *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina N° 25* también se alude a otros factores potenciales de sesgo de la notificación: subregistro, retraso en el envío de fichas al nivel central, datos incompletos y errores en el volcado de la información. La notificación resulta fundamental para el conocimiento cierto de la evolución de los diagnósticos de VIH/sida a nivel nacional, provincial, municipal/local, y regiones/zonas sanitarias, y de sus particularidades (vías de transmisión, sexo, edad, nivel de instrucción, diagnósticos tardíos, entre otras), a los efectos de una planificación adecuada a las necesidades reales y diversas, de prevención, asistencia y atención.

4.9. No se ha logrado una articulación permanente entre el nivel nacional y el nivel provincial que permita dar una respuesta eficaz y eficiente en materia de prevención, asistencia y atención del VIH/sida.

4.10. No se ha completado la implementación de una política de prevención basada en la estrategia de atención primaria de la salud articulada con las otras áreas gubernamentales involucradas y en el trabajo territorial en todo el país, a fin de disminuir la incidencia real de la enfermedad.

4.1.1. La actividad de prevención que realiza la DSyETS está limitada por las diferencias de implementación en las jurisdicciones locales de la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

4.12. Es insuficiente el seguimiento de la evolución de los pacientes en algunas jurisdicciones, donde los pacientes que reciben medicación ARV registran menos de un estudio anual, debido a dificultades de acceso a los servicios y de logística para envío de muestras.

4.13. No se ha implementado un sistema de información permanente y actualizado de la situación, entre los distintos niveles involucrados (nacional, provincial, local, zonas o regiones sanitarias y unidades sanitarias) que posibilite a los responsables el seguimiento de la evolución de la infección por VIH/sida, como la detección y rápida solución de dificultades, problemas emergentes, y la evaluación general del desarrollo de la planificación.

4.14. De la verificación in situ (Anexo IV) surgen las siguientes observaciones:

- El aumento de población registrado en la última década en el conurbano bonaerense no se ha visto acompañado de un incremento en la disponibilidad de efectores de salud.
- Se observan dificultades de continuidad del tratamiento debido a la precariedad de la situación socio-económica y el bajo nivel de instrucción de los pacientes, agravados por la distancia y difícil acceso a los centros de salud.
- La demanda del área de infectología para pacientes con VIH supera la cantidad de médicos infectólogos. No está organizado que los pacientes con VIH estén bajo supervisión de médicos clínicos para asegurar la atención de los médicos infectólogos para casos de mayor complejidad o para el inicio o cambios en el tratamiento antirretroviral.
- La fuente principal de la vía de transmisión en pediatría es la transmisión vertical en un 97% a 99% de los casos. Es muy importante diagnosticar durante el embarazo.
- La población femenina infectada ha aumentado debido al incremento del contagio heterosexual.
- El VIH con el tratamiento de antirretrovirales se ha transformado en la actualidad en una enfermedad crónica.
- Hay problemas en el circuito de las notificaciones entre la DSyETS y los programas provinciales que obstaculizan el diagnóstico actualizado sobre la distribución de la enfermedad. No se cuenta con recursos humanos y medios informáticos suficientes para asegurar una carga eficiente de las notificaciones.
- No funciona un sistema informático que unifique la base de datos de registro de pacientes.

- No se ha logrado unificar una política de prevención. Tampoco se ha articulado un plan de educación sexual responsable.

5.- ANÁLISIS A LA VISTA

El presente informe en su etapa de proyecto fue puesto en conocimiento del organismo con fecha 22/04/10 mediante Nota 98/10 PCSPPEyCI. La respuesta, enviada por Nota 1315/10 de fecha 07/06/10, no formula aclaraciones ni descargos respecto de los comentarios y observaciones, por lo cual se mantienen sin modificaciones.

6.- RECOMENDACIONES

6.1. Aprobar la estructura organizativa de la DSyETS.

6.2. Constituir la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida, según lo establece el Decreto 385/89.

6.3. Dotar a la DSyETS de un espacio de almacenamiento propio de reactivos.

6.4. Incorporar en la estructura organizativa de la DSyETS un área específica para las tareas de monitoreo y seguimiento, para optimizar las respuestas de los efectores de salud en las distintas jurisdicciones provinciales.

6.5. Aprobar el Plan Estratégico 2008-2011 y formular los lineamientos de política sanitaria en materia de prevención, asistencia y atención del VIH/sida en todo el territorio nacional.

6.6. Arbitrar los medios para disponer de un registro nacional completo de las personas infectadas por VIH bajo seguimiento en el subsector público, respetando el sistema de codificación y confidencialidad vigente.

6.7. Mejorar el diagnóstico de la población con VIH/sida posibilitando la intervención de los efectores de salud.

6.8. Mejorar el mecanismo de las notificaciones como práctica regular proveniente de los tres subsectores de salud, ya que resulta fundamental para un conocimiento cierto y oportuno de la evolución de los diagnósticos de VIH/sida a nivel nacional, provincial, regiones, zonas sanitarias.

6.9. Alcanzar una articulación permanente de los niveles nacionales, provinciales y locales, para mejorar la promoción, prevención, asistencia y atención del VIH/sida, priorizando a las poblaciones más vulnerables.

6.10. Diseñar e implementar una política de prevención basada en la estrategia de atención primaria de la salud y en la articulación con otras áreas gubernamentales, enfatizando el trabajo territorial en todo el país, con la finalidad de disminuir la incidencia real de la enfermedad.

6.11. Arbitrar medios a fin de lograr la implementación de la Ley 25.673.

6.12. Desarrollar desde la DSyETS las acciones conjuntas con las provincias que presentan dificultades de acceso y de logística, a fin de asegurar la realización de estudios de seguimiento con la periodicidad necesaria a los pacientes que reciben medicación ARV.

6.13. Crear un sistema de información permanente entre los distintos niveles jurisdiccionales involucrados que posibilite el seguimiento de la evolución del VIH/sida, la detección y rápida solución de dificultades, problemas emergentes y la evaluación del desarrollo de la planificación como respuesta del sector salud.

6.14. Desarrollar mecanismos para resolver los problemas de aplicación del programa y su articulación con los centros primarios de salud.

7.- CONCLUSIÓN

La aparición de terapias antirretrovirales altamente activas (HAART) permite controlar el virus y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH; el programa nacional provee medicación para el tratamiento en todo el país. Sin embargo, se observa un problema de subdiagnóstico y un déficit en la captación de personas infectadas y problemas de registro, notificación, seguimiento y diagnóstico de pacientes. Se estima que hay unas 130.000 personas viviendo con VIH, de las cuales aproximadamente la mitad desconoce su situación. La educación ocupa un lugar esencial en la prevención del VIH/sida, ya que la adopción de métodos preventivos es uno de los principales recursos para dar respuesta a la epidemia. Es necesario profundizar las políticas públicas, mejorando permanentemente la articulación del nivel nacional, provincial y gobiernos locales, ya que de ello depende la efectividad de las acciones de respuesta, habida cuenta que son éstos últimos los que aplican el programa.

8.- LUGAR Y FECHA

BUENOS AIRES, noviembre de 2009.

9.- FIRMA

ANEXO I

Marco legal e institucional

Normas	Síntesis
Pactos internacionales	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos – Pacto de San José de Costa Rica-, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, Convención sobre los Derechos del Niño.
Constitución Nacional, artículos 14, 16, 19, 43 y 75.	Artículos 14,16 y 19 –Derechos y Garantías-. Artículo 18 – Cárceles sanas y limpias-. Artículo 43 – Acción de Amparo-. Artículo 75 inc. 22 –Superior jerarquía de los tratados internacionales frente a las leyes nacionales- y 23 Obliga al Estado a legislar y promover medidas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la CN-.
Ley 11.179 y sus modificatorias	Código Penal.
Ley 15.465	Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria.
Ley 22.520	Ley de Ministerios.
Ley 23.798	Declara de interés nacional a la lucha contra el sida
Ley 23.592	Ley Antidiscriminatoria
Ley 24.455	Obligatoriedad de que las Obras Sociales dispensen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH/sida.
Ley 24.660	Pena Privativa de la Libertad: Ejecución de la pena privativa de la libertad. Principios y modalidades básicas de la ejecución. Normas de trato. Disciplina. Conducta y concepto. Recompensas. Trabajo. Educación. Asistencia médica y espiritual. Relaciones familiares y sociales. Asistencia social y postpenitenciaria. Patronatos de liberados. Establecimientos. Personal. Contralor judicial y administrativo. Integración del sistema penitenciario nacional. Disposiciones complementarias, transitorias y finales.-
Ley 24.754	Incorpora la atención de las personas con VIH/sida por parte de los seguros de salud privados: Medicina Prepaga.
Ley 25.452	Reasignación de partidas presupuestarias destinadas a otorgar un subsidio a favor de la Fundación de la Hemofilia, para ser distribuidos a los pacientes con hemofilia infectados con el virus VIH y a sus causahabientes.
Ley 25.543	Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico

	del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.
Ley 25.673	Crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.
Ley 26.061	Disposiciones Generales. Objeto. Principios, derechos y garantías. Sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Órganos administrativos de protección de derechos. Financiamiento. Disposiciones complementarias
Ley 26.150	Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
Decreto 385/89	Constituye la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida, en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social. Funciones.
Decreto 1244/91	Reglamenta la Ley 23.798 – Ley Nacional de Sida-.
Decreto 580/95	Reglamenta la Ley 24.455 de obras sociales.
Decreto 1058/97	Ejecución pena privativa de la libertad. Reglamentación art. 33 de la Ley N° 24660. Reglamentación del Capítulo II - sección tercera - Alternativas para situaciones especiales - prisión domiciliaria.
Decreto 881/01	Modifica el Decreto 1244/91.
Decreto 1282/03	Reglamenta Ley 25.673.
Decreto 828/06	Modifica la Ley de Ministerios. Establece Funciones y Objetivos del Ministerio de Salud de la Nación.
Decreto 1343/07	Establece las acciones a cargo de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
Resolución Ministerial 787/91	VIH/sida en cárceles. Tratamiento. Política Educativa. Política de Prevención y rehabilitación.
Resolución 18/92	Crea el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos (Leucemia y sida) con dependencia directa del Ministerio de Salud y Acción Social.
Resolución 528/92	Incorpora al Programa Médico Obligatorio (PMO) la obligatoriedad por parte de las Obras Sociales de participar en los programas de prevención del sida.
Resolución 454/92	Regula en su Anexo las normas que deben cumplir los preservativos.
Resolución de la Secretaría de Programas de Salud 105/97	Aprueba la norma de sida en Perinatología (transmisión madre-hijo).
Resolución Ministerio de Salud y Acción Social 625/97	Aprueba el Programa de Cobertura VIH/sida de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) y/o las enfermedades intercurrentes, y el Programa de Prevención del sida que deberán ser cumplimentados por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro

	de Salud incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, y por las empresas y/o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.
--	---

Decreto 1343/07

Establece las acciones a cargo de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual:

1. Proponer e implementar políticas de prevención de la transmisión vertical del VIH/sida y de las ETS congénitas, mediante campañas, fortalecimiento de los efectores de salud, provisión de insumos, pruebas de *screening* y confirmatorias.
2. Proponer e implementar políticas de prevención primaria y secundaria de VIH/sida y ETS en la población general, focalizando la estrategia en poblaciones vulnerables y vulnerables emergentes: trabajadores formales e informales, trabajadores sexuales, minorías sexuales, niños y adolescentes en situación de calle, poblaciones migrantes y de frontera, población privada de su libertad.
3. Proponer e implementar políticas de educación sexual y prevención del VIH/sida e ETS en jóvenes escolarizados y no escolarizados, promoviendo el acceso a preservativos masculinos y fomentando el uso del preservativo femenino.
4. Elaborar y desarrollar estrategias de reducción de daños en la población usuaria de drogas y alcohol.
5. Asegurar el diagnóstico serológico de la infección por VIH y ETS en el control prenatal en todos los establecimientos públicos de salud.
6. Asegurar la calidad y la continuidad de los estudios de laboratorios necesarios para el seguimiento de PVVS.
7. Asegurar la provisión de medicamentos para las PVVS en todo el país, según normas legales.
8. Gerenciar la provisión de medicamentos para VIH/sida y ETS y otras enfermedades asociadas, para PVVS que se encuentran bajo el Programa.
9. Elaborar y actualizar las normas que garanticen la atención integral, adoptando criterios de nuevas formas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

10. Promover el respeto a los derechos fundamentales de adultos y niños afectados directa o indirectamente por VIH/sida mediante el desarrollo de campañas de difusión específicas sobre estos temas.
11. Desarrollar cursos de capacitación, formación y actualización para el personal de los equipos de salud y de otras áreas involucradas.
12. Diseñar y ejecutar acciones programáticas referentes a la vigilancia epidemiológica de VIH/sida de primera, segunda y tercera generación.
13. Promover la descentralización de acciones de promoción y prevención a niveles locales o municipales, transfiriendo lineamientos y políticas sanitarias a las jurisdicciones y distribuyendo recursos presupuestarios de acuerdo a los convenios establecidos con ellas. Promover la participación activa de los actores sociales involucrados, con el fin de garantizar la efectividad del Programa.
14. Promover e incentivar el desarrollo de programas de investigación con relación al VIH/sida y ETS, en forma articulada con las demás áreas pertinentes del Ministerio de Salud, garantizando las pautas bioéticas.

ANEXO II

Caracterización general de la enfermedad en la Argentina.

Pedro Cahn en “El VIH/sida desde una perspectiva integral” (2007) caracteriza al sida cuando un sistema inmunológico debilitado por el VIH permite la aparición de ciertas enfermedades llamadas definidoras del sida. Estas enfermedades son llamadas “oportunistas” porque se presentan cuando el estado general de la persona se encuentra deteriorado.

El primer caso de sida en la Argentina fue advertido en 1982. Si bien durante la década de 1980 los casos se concentraban entre usuarios de drogas inyectables y hombres que tenían sexo con hombres, actualmente ha crecido la transmisión por vía heterosexual, siendo la causa del 50% de los casos notificados de sida y del 55,6% de los casos notificados de VIH en el año 2004.

También la distribución de los casos de sida por sexo fue variando: hasta el año 1987 eran predominantemente hombres. Ese mismo año se diagnostica el primer caso de sida en una mujer.

Los casos notificados de VIH indican que hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres aunque la diferencia es menor que en los casos notificados de sida. Tendencias recientes indican que por cada caso diagnosticado en una mujer viviendo con el virus se diagnostican 1,51 hombres.

El contagio del VIH está directamente vinculado con la pobreza y la desigualdad social. Se estima que existen cerca de 130.000 personas viviendo con VIH, de las cuales el 60% no lo sabe. El crecimiento de infecciones entre las mujeres afecta especialmente a la población más joven y de menores recursos, potenciando los riesgos de transmisión de madre a hijo. La educación ocupa un lugar esencial en la prevención del VIH/sida, ya que en uno de los principales recursos para dar respuesta a la epidemia. No solo por la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, sino también por medio de la adquisición de métodos preventivos para evitar la infección se busca promover los Derechos Humanos, la falta de

discriminación y por último sistemas de valores positivos que permitan la autonomía de los niños y jóvenes para elegir opciones de vida saludables y evitar las prácticas perjudiciales.

Estos números señalan que en la Argentina –coincidiendo con los patrones mundiales de la epidemia- el VIH/sida afecta cada vez más a mujeres y varones que se transmiten el virus a través de relaciones heterosexuales sin preservativo.

El crecimiento sostenido en las mujeres afecta especialmente a la población más joven y de menores recursos económicos en las zonas urbanas del país. Esto potencia los riesgos de transmisión del VIH/sida de la madre al hijo, ya que entre estas mujeres la tasa de natalidad es más alta que el promedio nacional.

Cabe destacar que desde 1982 los casos notificados de sida crecieron año a año, con un pico de casi 3.000 casos en 1996. Sin embargo, a partir de 1997 comenzaron a bajar. Esto coincidió con la introducción de terapias antirretrovirales altamente activas (HAART), que lograron detener el avance de la enfermedad y, al mismo tiempo, retrasar la edad promedio de diagnóstico de sida.

Epidemia de VIH/sida. Diagnóstico.

“A nivel nacional, la información actual muestra la existencia de una epidemia concentrada que a su vez presenta sus particularidades regionales (...)” (*Ministerio de Salud de la Nación, Políticas en VIH/sida - Planificación Estratégica 2008-2011, en adelante, PE 2008-2011, pág. 9*).

El primer caso de sida en el país se registró en 1982. El primer caso en una mujer se diagnosticó en 1987.

Según estimaciones de la DSyETS, la ONUSIDA y la OMS, durante 2006 unas 130.000 personas vivían con VIH/sida en la Argentina, la mitad de las cuales desconocía su situación (*PE 2008-2011, pág. 6*).

Al crearse el Registro Nacional de Personas Infectadas con VIH, en junio de 2001, se inicia el trabajo conjunto entre el Programa Nacional de Lucha contra los RH (retrovirus humanos), sida y ETS, los Programas Provinciales de sida, efectores de salud y médicos notificantes para reconstruir la evolución histórica.

Desde 1982 hasta el 31 de diciembre de 2007, se registran para todo el país 67.245 notificaciones de personas infectadas. De este total, más de un tercio (36%) corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), el 26% a la provincia de Buenos Aires, 5% a Córdoba, 4% a Santa Fe. El resto se distribuye entre las demás provincias, las categorías “jurisdicción desconocida”, y “otros” -obras sociales y servicios penitenciarios federal y bonaerense.

Según las características de las jurisdicciones donde se originan las notificaciones, se distinguen tres grandes períodos en la evolución de la epidemia: 1982-1990, 1991-2000 y 2001-2007.

En el primero, el 75% de las notificaciones se originan en efectores de los grandes centros urbanos: el 51% corresponde a la CABA (51%), seguida a importante distancia por la provincia de Buenos Aires (16%).

En el último período (2001-2007) decae de manera significativa la participación de la CABA (30%), en tanto la provincia de Buenos Aires casi duplica su participación (30%), y Córdoba la triplica (6%). Del total de notificaciones producidas en la CABA en 2005-2007, sólo el 40% corresponde a la Ciudad y el 52% a la provincia de Buenos Aires.

1. Tasas de incidencia de infecciones por VIH y tasas de casos de sida

Tasa de prevalencia: Número total de casos cada 100.000 habitantes.

Tasa de incidencia: Número de casos nuevos en un año determinado cada 100.000 habitantes.

A partir de 2001, es obligatorio notificar las infecciones por VIH/sida. De las 67.245 personas infectadas por VIH, 35.572 han desarrollado una enfermedad marcadora de sida.

La tasa de incidencia de sida alcanza su punto máximo en 1997. Desde 1997, con el advenimiento de los HAART (antirretrovirales), la tasa desciende y se estabiliza en alrededor de 5 casos cada 100.000 habitantes, con cierta declinación en los últimos años.

La tasa de incidencia de VIH presenta hasta 2001 un comportamiento similar a la del sida, pues parte importante incluía notificaciones de casos de sida y notificaciones retrospectivas de VIH. En los últimos años (2005 a 2007) se observa una tendencia descendente. (Cf. Cuadro N° 1).

En los años 2001 a 2005, las tasas de infección en varones aproximadamente duplican a las de mujeres –en 2004, la tasa masculina era de 19,6 casos; y la femenina, de 11,5.

Cuadro N° 1

Incidencia de VIH y sida en la Argentina.

Números absolutos y tasas de infección por VIH*. Números absolutos y tasas de casos de sida*.

Año	Infección por VIH	Tasa de Infección por VIH*	Casos de sida	Tasa de casos de sida*
1982-1990	2222	--	2051	--
1991	1157	3,5	783	2,4
1992	1696	5,1	1180	3,5
1993	2129	6,3	1587	4,7
1994	2980	8,7	2235	6,5
1995	3169	9,1	2301	6,6
1996	3637	10,3	2834	8,1
1997	4223	11,9	4244	9,1
1998	3280	9,1	2087	5,8
1999	3655	10,0	2331	6,4
2000	4294	11,7	2374	6,5
2001	5572	15,0	2156	5,8
2002	5033	13,4	2241	6,0
2003	5561	14,7	2138	5,6
2004	5904	15,4	1954	5,1

2005	4965	12,9	1663	4,3
2006	4357	11,2	1560	4,0
2007	3411	8,7	1089	2,8
Total	67245	--	35572	--

* Las tasas se calculan por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud, *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina*, Año 11, N° 25, agosto de 2008.

2. Notificaciones nuevas por VIH entre 2001 y 2007. Características.

Lugar de residencia. El Organismo considera cinco grandes zonas: NOA, NEA, Patagonia, Centro y Cuyo. La epidemia se concentra en el área central del país, desagregada en tres componentes: CABA, Gran Buenos Aires (GBA), y el resto de la zona central, que comprende el área restante de la provincia de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Córdoba.

La tasa de notificación por VIH, entre 2001 y 2004 (año en que alcanza su mayor valor: 15,4 por 100.000 habitantes) no evidencia variaciones significativas. A partir de 2005 se registra una caída que se intensifica en los años siguientes y respecto de la cual el Organismo señala: *“(...) probablemente se deba al retraso en la notificación y se advierte en todas las regiones y provincias (...), aunque no podemos descartar que efectivamente haya ocurrido un descenso en la incidencia real de infecciones. A nivel regional en general no se observan tendencias claras salvo en la región central, que presenta un leve aumento.”*

En el año 2007, la tasa nacional, de 8,7 por cada 100.000 habitantes, es superada en la CABA (15,7); el GBA (10,3), el resto de Buenos Aires (10) y la Patagonia (9,2).

La comparación de la distribución de diagnósticos de infección por VIH en 1991-1993 y en 2005-2007 muestra que la participación de la región central, aun cuando ha ido disminuyendo (de 87,8% a 77,4%), continúa concentrando más de las tres cuartas partes del total. Se registra un descenso en la participación de las notificaciones de residentes de la CABA (de 35,1% a 31,4%), en tanto se eleva la de las restantes regiones, en particular: “Resto de Buenos Aires” (donde , excluido el GBA, aumentó de 7,4% a 16,0%); NOA (de 2,5% a 6,5%) y NEA (de

1,7% a 5%). La provincia de Buenos Aires, en su conjunto, reúne aproximadamente la mitad (47,4%) de las notificaciones de VIH.

Notificaciones de infección de VIH, según sexo, en personas mayores de 13 años

La razón hombre/mujer (número de hombres infectados por cada mujer infectada) a nivel nacional desciende ligeramente de 1,9 en 2001 y a 1,7 en 2007. Este descenso indica la feminización de la epidemia. No obstante, se registran importantes diferencias de tendencias según regiones: en la CABA, la razón es creciente; se mantiene estable en el NOA y Cuyo; disminuye en el GBA, en el NEA y la Patagonia y, ligeramente, en el Centro.

Esta razón es menor entre los más jóvenes, lo cual señala una tendencia a la feminización de la infección en estos grupos.

Edad de diagnóstico de VIH en mayores de 13 años

Entre 2001 y 2007, la mediana de edad de diagnóstico se elevó de 32 a 36 años entre los varones, en tanto el incremento fue leve entre las mujeres: de 31 a 32 años, de manera que aumentó la diferencia entre sexos.

Nivel de instrucción en mayores de 13 años

En el período 2001-2007, las mujeres diagnosticadas con VIH presentan un nivel de instrucción formal inferior al de los varones. El porcentaje de mujeres “con primaria completa o menos” en el total de la población femenina diagnosticada supera el 60%; mientras que en la masculina, menos del 54% se ubica en ese nivel de instrucción.

En el transcurso del período, el nivel de instrucción aumenta levemente en la población masculina, excepto en el NEA, y tiende a disminuir en la femenina, salvo en Cuyo y en la Patagonia.

Vías de transmisión

La principal vía de transmisión de la infección es la sexual: en el período considerado, 2001-2007, alcanza en la población infectada al 81,6% entre las mujeres, y al 73,4% en los varones (incluye relaciones heterosexuales y relaciones con otros hombres). La transmisión asociada

al consumo de drogas inyectables constituye el 4,6% entre las mujeres y el 14,5% en los hombres; los diagnósticos por transmisión vertical (transmisión de madre a hijo) representan el 6,2% en mujeres y el 3,2% en varones

Notificaciones por otras vías de transmisión: 198 personas por transfusiones; 23 por accidentes laborales y 9 personas hemofílicas.

El Organismo destaca que durante el período tuvieron lugar modificaciones de importancia. La transmisión asociada al consumo de drogas desciende a una tercera parte en ambos sexos y aumenta la vinculada con relaciones heterosexuales. La transmisión vertical reduce su porcentaje a la mitad. No se modifica, en cambio, la proporción de varones infectados por relaciones sexuales con otros hombres.

Diagnóstico tardío en personas mayores de 13 años

Se entiende por diagnóstico tardío *“la situación en que la detección de la infección por VIH ocurre durante el período sintomático, o la situación en que la primera enfermedad marcadora se produce dentro de los primeros 12 meses posteriores al diagnóstico de la situación”*

De las 33.232 infecciones de VIH que se notificaron en mayores de 13 años en el lapso 2001-2007, el 70,5% se encontraba en etapa asintomática y el 29,5% eran diagnósticos tardíos. Hay una importante diferencia favorable a las mujeres; esto es, registran proporciones menores de diagnósticos tardíos.

Durante ese período, hubo en ambos sexos un descenso en el porcentaje de diagnósticos tardíos que *“puede deberse tanto a la generalización de la oferta del testeo como al hecho que la notificación de VIH se ha ido instalando con el transcurso del tiempo como una práctica regular entre los efectores que, anteriormente, sólo notificaban casos de sida”*

La proporción de notificaciones con diagnóstico tardío es más frecuente entre los usuarios de drogas intravenosas que en quienes se infectaron por relaciones heterosexuales y en hombres que mantienen relaciones sexuales con varones. Por otra parte, tiene una relación inversa con el nivel de instrucción alcanzado en ambos sexos, si bien es mayor entre los varones.

Infecciones por VIH en menores de 14 años

Hasta fines de 2007 hubo 3857 notificaciones de diagnósticos en este grupo de edad. La distribución geográfica de los niños se mantiene relativamente constante desde 2001: alrededor del 45% se concentra en el GBA, 28% en el área “Centro” y 7% en la CABA (*Boletín..., ob. cit., pág. 15*). Entre 2001 y 2007, el 91% de los varones y el 94% de las niñas se infectaron por transmisión vertical. Es importante el porcentaje de notificaciones con vía desconocida (6,7% entre los varones y 4,8%, en las mujeres)

Transmisión vertical de la infección por VIH

Entre 1986 y 2007 se registran 3660 notificaciones de infección por transmisión vertical. De éstas, 1493 corresponden a diagnósticos realizados en el período 2001-2007, y la mitad de los niños nació en este último lapso.

TNI (tasa de niños infectados): Número de niños infectados por transmisión vertical, por cada 10.000 nacidos vivos.

La TNI presenta una tendencia ascendente hasta 1995-1996 (con 4,74 y 4,19 respectivamente). En 1996 se inicia una tendencia descendente, en coincidencia con la implementación del protocolo ACTG 076 en la Argentina. En la región central, la más elevada TNI tuvo lugar a mediados de la década del 90; en las demás regiones, se registró a fines de esa década o en los primeros años de la década de 2000.

De los 788 niños nacidos con sida desde 2001, el 45,5% reside en la CABA y un 32,1% en el resto de la región central del país.

A nivel nacional, el 38,6% de estos diagnósticos son tardíos. Los porcentajes varían según región: el NOA, el NEA, el GBA y la Patagonia presentan en el período 2001-2007 proporciones superiores a la nacional: 54%, 45%, 41% y 40%, respectivamente.

3. Mortalidad por VIH-sida en la Argentina

En la Argentina, la tasa de mortalidad por sida llega a su valor máximo en 1996 con 58,4 defunciones por millón de habitantes, luego desciende y se estabiliza en 1999, con alrededor de 40 personas por millón. En 2004 se inicia una nueva declinación.

Si bien la tasa de mortalidad descendió en ambos sexos, la caída fue más significativa en la población masculina: entre 1997 y 2006, la tasa masculina decreció de 77,4 por millón de habitantes a 53,2; la femenina, de 24,1 a 19,5.

Los grupos menores de 35 años de edad vienen reduciendo su tasa de mortalidad. El grupo de 35 a 44 años presenta, en ambos sexos, las tasas más elevadas. En la población masculina sólo el grupo de 45 años y más presenta una tendencia creciente; en las mujeres, el aumento también se registra en el grupo de 35 a 44 años.

La participación de las muertes por VIH/sida en el total de fallecimientos se modificó en últimos años. En el 2000, el sida era la tercera causa de muerte tanto en la población masculina como en la femenina de 25 a 34 años de edad; en el 2005, en este grupo de edad, constituía la cuarta causa de mortalidad femenina y la quinta de mortalidad masculina.

En cambio, en el grupo de 35 a 44 años, en el año 2000 representaba la sexta causa de muerte en ambos sexos; en 2005 había pasado a constituir la cuarta causa de muerte de varones, y la quinta de mujeres.

Bibliografía

- Pedro Cahn, Claudio Bloch, Silvana Weller: *El sida en la Argentina: Epidemiología, subjetividad y ética social*, editorial Arkhetypo, Buenos Aires, 1999.
- Cahn, Pedro y colaboradores: *VIH/SIDA desde una perspectiva integral*, editorial Eudeba, Buenos Aires, 2007.
- Bloch, Claudio, *Sida, una nueva enfermedad de la pobreza*, Buenos Aires: FLACSO, Tesis de Maestría, Programa Argentina, 1997.

ANEXO III

Líneas de acción de la Planificación Estratégica 2008-2011

En políticas de VIH/sida, la Planificación Estratégica 2008-2011 estableció 4 ejes estratégicos donde se desarrollan las siguientes líneas de acción:

Líneas de acción del Eje Estratégico 1 “Mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de la epidemia de VIH/sida a nivel de país, provincias y municipios desde sus particularidades”:

- 1- Desarrollar una plataforma de conocimiento que permita sistematizar, unificar y asegurar la circulación y transparencia de información epidemiológica estratégica, posibilitando disponer de información sobre experiencias exitosas o no.
- 2- Incorporara en los estudios epidemiológicos la perspectiva sociocultural. Profundizar la vigilancia epidemiológica de 2ª generación.
- 3- Mejorar el conocimiento sobre poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en temas de seroprevalencia, incidencia y de comportamientos.
- 4- Mejorar la calidad y profundidad de los indicadores epidemiológicos utilizados actualmente.
- 5- Establecer la influencia de los determinantes sociales y económicos en la evolución de la epidemia para cada región.
- 6- Disponer información relevante y oportuna sobre las ETS.
- 7- Mejorar la notificación, incluyendo al sector privado. Incorporar a las Obras Sociales, Prepagas y Mutuales en el proceso de generación de información y conocimiento.
- 8- Posibilitar y fortalecer la producción de conocimientos a nivel provincial y local.
- 9- Mejorar el uso de la información en los procesos decisorios de todos los niveles.
- 10- Consolidar y mantener en el tiempo las redes de informatización de vigilancia epidemiológica.
- 11- Fortalecer la vigilancia de la resistencia de VIH a los ARV.
- 12- Favorecer la evaluación del impacto de las acciones, estrategias y programas implementados.
- 13- Sociabilizar la información generada por investigaciones de diferentes actores, centros académicos, universitarios y la sociedad civil.

14- Publicar.

15- Estimular la realización de estudios de costos.

Líneas de acción del Eje Estratégico 2 “Garantizar e incrementar el acceso a la prevención de VIH destinada a la población en general, priorizando a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al virus”:

- 1- Intensificar la prevención de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.
- 2- Implementar y apoyar programas sobre educación sexual, prevención de ETS y VIH en población en situación de vulnerabilidad.
- 3- Profundizar la participación y la articulación efectiva de la sociedad civil en los diferentes niveles y dimensiones de decisión con relación con el VIH.
- 4- En una alianza efectiva entre Salud y Educación, profundizar la implementación de programas y proyectos conjuntos sobre salud sexual y prevención de VIH y ETS para niñas, niños, adolescentes y jóvenes.
- 5- Establecer la institucionalidad y sostenibilidad de los fondos del presupuesto del Tesoro Nacional y de las provincias, destinados a la prevención.
- 6- Optimizar la articulación e intersectorialidad a nivel nacional, provincial y local de la prevención.
- 7- Disminuir el diagnóstico tardío, ampliando la oferta del análisis voluntario pre y post promoviendo y garantizando el análisis voluntario y con consejería/asesoría.
- 8- Multiplicar los centros de consejería fuera y dentro de salud (municipios, educación espacios públicos en general).
- 9- Avanzar en la formulación e implementación de planes transversales de prevención. Progresar en el cumplimiento de la Ley de sida en lo que respecta la articulación interministerial e intersectorial.
- 10- Garantizar la periodicidad de la comunicación masiva focalizada en prevención de VIH, teniendo en cuenta las diferentes situaciones y singularidades de las personas.
- 11- Perfeccionar la política y la estrategia de distribución de preservativos a fin de garantizar a la población la accesibilidad a los mismos.

- 12- Garantizar la accesibilidad a programas de prevención a las diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad frente al VIH, teniendo en cuenta las distintas especificidades de las mismas.
- 13- Ampliar las acciones en defensa de los derechos humanos, la no estigmatización y no discriminación a nivel de país y en las provincias.
- 14- Mejorar en asegurar una provisión y distribución continua y equitativa de los recursos destinados a la prevención, en función de la prevalencia e incidencia de la epidemia en las provincias.
- 15- Institucionalizar el espacio de consejería dentro del sistema de salud consejería/asesoría.
- 16- Profundizar la implementación de programas y proyectos conjuntos de prevención primaria, secundaria y terciaria en los servicios penitenciarios y patronatos vinculando de manera efectiva con Salud, Justicia u Organismo Gubernamental del cual dependan.
- 17- Optimizar los mecanismos de manera de garantizar stock mínimo a nivel de las provincias, asegurando un abastecimiento regular de insumos.
- 18- Impulsar la ampliación de la cobertura de la legislación para que contemple la incorporación de presupuesto a los programas provinciales.
- 19- Posibilitar y facilitar un trabajo coordinado en nación y provincias, entre los niveles gubernamentales, las organizaciones civiles, y otros actores que trabajan en la prevención de la transmisión del VIH.
- 20- Promover la adecuación de la legislación vigente en materia de drogas y contravencional que dificultan las acciones de prevención.
- 21- Avanzar en la prevención secundaria de las PVVS (personas viviendo con VIH/sida).
- 22- Fortalecer el trabajo con países limítrofes a fin de implementar programas de prevención conjunta en zonas de frontera.
- 23- Promover y fortalecer programas de reducción de daño.

Líneas de acción del Eje Estratégico 3 “Garantizar de manera integral el acceso a una atención calificada por equipos multidisciplinarios, la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psicosocial de las personas afectadas por VIH/sida”:

- 1- Desarrollar mecanismos de articulación y coordinación del trabajo de atención, tratamiento y apoyo a personas viviendo con VIH/sida, de manera de posibilitar una relación y atención desburocratizada.
- 2- Fortalecer y apoyar el trabajo y formación de equipos integrales de salud en tratamientos, cuidados y apoyo a personas con VIH/sida.
- 3- Asegurar el abastecimiento regular de insumos, garantizando el stock mínimo de medicamentos tanto para situaciones especiales como para asegurar la continuidad de los tratamientos, especialmente en las provincias.
- 4- Avanzar en el diseño e implementación de estrategias de acceso a necesidades básicas de las PVVS, que permitan mejorar la calidad de vida.
- 5- Promover el desarrollo de presentaciones pediátricas de las drogas ARV que aún no se encuentran en el mercado.
- 6- Actualización oportuna de las recomendaciones y protocolos para los tratamientos.
- 7- Fortalecimiento de las redes de laboratorio para facilitar el acceso a pruebas de monitoreo.
- 8- Mejorar el uso racional de los medicamentos.
- 9- Avanzar en la creación de una base de datos única de pacientes, incluyendo los tres subsectores de salud.
- 10- Monitorear el cumplimiento de las obligaciones de las obras sociales y prepagas, por parte de la autoridad competente.
- 11- Aplicar y controlar el cumplimiento de las normas vigentes para asegurar el transporte de las muestras orgánicas que garanticen la bioseguridad y llegada oportuna para su análisis.
- 12- Fortalecer el trabajo conjunto entre la DSyETS y el Programa de Tuberculosis.
- 13- Impulsar el desarrollo de tecnología para la investigación, producción y control de medicación.

Líneas de acción del Eje Estratégico 4 “Desarrollar los recursos humanos, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, y las competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, sida e ETS; a nivel del sector público y la sociedad civil, de los municipios, provincias y Nación”:

- 1- Formular e implementar estrategias y programas de desarrollo de capacidades y competencias en los recursos humanos, necesarias para asegurar una respuesta de calidad e integral a las PVVS y a la población.
- 2- Viabilizar la creación de laboratorios públicos de producción de medicamentos.
- 3- Fortalecer los distintos componentes o áreas de trabajo de la DSyETS y de las provincias, con énfasis en el área de prevención.
- 4- Impulsar la adecuación de la legislación vigente a fin de promover el desarrollo de medicamentos genéricos para VIH.
- 5- Promover la incorporación de las PVVS en la gestión de programas y proyectos en VIH/sida.
- 6- Impulsar el diseño de una arquitectura de organización y de gerencia de la DSyETS y de los Programas de sida en las provincias y de sus recursos humanos, de acuerdo con las estrategias, prioridades y costos definidos en el plan estratégico nacional de respuesta al VIH/sida para el período 2008-2011.
- 7- Progresar en la articulación interministerial e intersectorial.
- 8- Ampliar las relaciones intraprogramáticas con los diferentes Programas del Ministerio de Salud, especialmente con Adicciones, TBC, Salud Sexual y Procreación Responsable, Maternidad e Infancia, Municipios Saludables, etc., incorporando transversalmente el VIH en sus actividades; favoreciendo una respuesta amplia desde el sector salud.
- 9- Organizar las compras de insumos en coordinación con las provincias y promover la provisión de recursos necesarios para la acción de los programas provinciales, municipales y sociedad civil.
- 10- Impulsar la temática de VIH/sida en las agendas políticas de los gobiernos provinciales.
- 11- Impulsar efectivamente la articulación de acciones, principalmente en materias de sexualidad y educación sexual, entre los ministerios de salud y educación.
- 12- Ampliar y desarrollar las relaciones y articulación con los otros actores relevantes para dar respuesta al VIH/sida en todos los niveles. Avanzar en una expresión presupuestaria e institucionalizada de estas articulaciones.

13- Desarrollar un plan de acompañamiento y de evaluación continua de las acciones de implementación del plan nacional 2008-2011, que considere también el seguimiento de la eficiencia en el uso de los recursos, en forma sistemática periódica e intersectorial.

14- Promover y desarrollar investigación científica y técnica desde el punto de vista básico, clínico y social, fiscalizado por organismos competentes.

ANEXO IV

Verificación in situ

Durante el período comprendido entre el 25 de noviembre de 2008 y el 25 de marzo de 2009 este equipo de auditoría realizó entrevistas en: el Hospital Nacional Posadas; la provincia de Buenos Aires, la Unidad Central del Programa Provincial y en las Regiones Sanitarias V, VI y VII; y en la provincia de Tucumán.

Se desarrollaron entrevistas con:

Hospital Nacional Posadas

Directora del Hospital Posadas. Dra. Lucrecia Raffo

Fecha: 25/11/08

Servicio de Infectología Pediátrica. Dra. Rina Moreno

Fecha: 16/12/08

Jefe del Servicio de Infectología. Dr. Héctor Laplumé

Fecha: 17/12/08

Profesionales del Servicio Social A.S. María Claudia Belziti, T.S Gladys Martino, Jefa del Departamento de Servicio Social Ana Beovide, médica infectóloga Silvia Gabotti y médica obstetra Mónica Gentile

Fecha: 16/04/09

Clínica Médica. Consultorio de Atención Inmediata (CAI)

Fecha: 16/12/08

A continuación se desarrollan las principales conclusiones de las entrevistas:

1. Hospital Nacional Posadas.

Directora del Hospital Posadas. Dra. Lucrecia Raffo

Fecha: 25/11/08

En la reunión se relevaron los siguientes problemas del Programa Nacional:

- Si bien en el programa de sida el estado nacional provee la medicación para el diagnóstico y tratamiento, son las provincias las que implementan el programa. En un componente central, que es la prevención de la transmisión sexual y entre usuarios de drogas, cada provincia desarrolla lo que quiere. Por ende se requiere una articulación para la aplicación del programa que aun no se ha logrado.
- Con la medicación se ha logrado controlar el virus, controlar, posponer y adelantar las posibilidades de calidad de vida de las personas con VIH, y la cobertura es universal ya que el Programa Nacional garantiza el tratamiento en todo el país, a todos los que no tengan cobertura social o privada. La aparición de los antirretrovirales fue una solución para todos los afectados, pero otorga un peso enorme a los laboratorios y la industria farmacéutica, que trabaja sobre los equipos de salud.
- En aquellos sectores donde las variables sociales de pobreza siguen siendo marcadas y las condiciones de vida malas, la sobrevida y los beneficios de estos tratamientos son menores. El sida de la pobreza no es tan distinto del sida previo a los antirretrovirales. Siendo una enfermedad crónica y controlable para algunos sectores, sigue transcurriendo con toda su devastación en otros, casi hermana de la tuberculosis, y otras enfermedades íntimamente ligadas a la pobreza.
- En cuanto al presupuesto, la incidencia en compra de medicamentos resultó ser enorme. La incidencia mayor es en compra de medicamentos y reactivos de laboratorio.
- Nuestro país tiene un atraso respecto al mundo en la compra de profilácticos que ha sido subsanada en los últimos años. El Programa de Sida y el de Salud Sexual y Reproductiva, en sus inicios, nunca se pusieron de acuerdo en relación al tema; no hubo una articulación.
- Falta una articulación general en todos los niveles. Se debe involucrar a los municipios y capacitar el personal afectado. Si la persona de salud que debe promover no está convencida no hay Programa que sea exitoso, porque en definitiva ahí el trabajador de salud tiene un enorme poder de decisión que no puede controlar nadie.

- Hay otro tema que es el recambio permanente de la gente que trabaja en el sector. Las provincias que tienen Jefes de Programas muy antiguos, así sean personas sumamente ortodoxas y llenas de prejuicios, se han ido adecuando más a las etapas que esta epidemia generó que aquellas que todos los años cambian de responsable y que en las reuniones nacionales, los Jefes de Programas nuevos están siempre empezando, pueden no saber del tema y se sientan ahí, pasan el tiempo de su gestión tratando de aprender de qué se trata. Este país no debiera darse el lujo ni se merece a una persona que va a hacer el aprendizaje cada vez.

Servicio de Infectología Pediátrica. Dra. Rina Moreno

Fecha: 16/12/08

Clínica Médica. Consultorio de Atención Inmediata (CAI)

Fecha: 16/12/08

- En la mayoría de los hospitales, el seguimiento de los pacientes con VIH/sida los realizan los infectólogos. La cantidad de pacientes con VIH sobrepasa a la cantidad de infectólogos para el seguimiento. Los infectólogos tendrían que estar reservados para determinadas cosas importantes, para iniciar el tratamiento antirretroviral, para evaluar cambios de tratamientos, pero el seguimiento clínico del paciente lo tendría que hacer un clínico.
- El cuidado sexual es el gran déficit que tenemos. En cuanto al uso del preservativo, todavía en ciertas poblaciones la gente no lo quiere usar.
- La prevención se debería trabajar desde los colegios; hasta el tema de la alimentación se debería trabajar. Se ofrece el test a todos los pacientes de clínica porque hoy tener relaciones sexuales es un factor de riesgo. Me parece que no hay que preguntarle si se droga. Primero *hay que preguntarle si tiene relaciones sexuales porque por ahí esa persona se cuida pero tiene una pareja que no se cuida.*

- La calidad de vida de la persona con VIH que toma el medicamento es excelente siempre y cuando la persona adhiera al tratamiento y también depende de otros factores: la medicación no es agua. A veces tiene un alto grado de intolerancia pero los que tienen una buena adherencia al tratamiento son pacientes como con cualquier enfermedad crónica
- En cuanto a transmisión vertical, más allá del parto, lo importante es diagnosticar en el embarazo a la madre. En este país todavía nacen chicos con sífilis congénita. Además, en el caso de una embarazada ni tenés que tener autorización porque lo que se está protegiendo es a la nueva vida.
- Si para hacer el test hay que pedir autorización, eso es algo que habría que revisar. Una persona puede ser portador asintomático durante diez años y ahí se efectúan contagios. Todavía se le pide autorización al paciente porque eso es algo prioritario pero yo creo que si se tiene una buena relación médico- paciente, eso está implícito. Hay muchos pacientes que no se lo quieren hacer porque piensan que pueden tenerlo o porque tienen miedo y habrá que reforzarlo en la próxima consulta.
- Los médicos clínicos que vemos VIH deberíamos ser más en el hospital. Por la calidad de atención que les podemos dar a los pacientes; que no estén limitados al infectólogo. No porque no sepan, ellos son los que más saben, pero el paciente con VIH tiene anginas, tienen neumonía y la calidad de atención puede ser distinta en clínica. Pienso que ese sería el modelo ideal para los pacientes. Y que se los pueda ver cerca de la casa, que no tengan que viajar tanto para ver a un infectólogo. La atención primaria debería dar acceso a la atención del paciente con VIH. Hay pacientes que les cuesta tomar un colectivo. Los médicos deberían perder el miedo a ver pacientes con VIH. Pero aún es una constante que esos pacientes son de los infectólogos.

Jefe del Servicio de Infectología. Dr. Héctor Laplumé

Fecha: 17/12/08

- Según la ley los que tienen que recetar son los médicos infectólogos. Hay un problema muy grande en el manejo de la medicación. No toda persona que tiene un consultorio puede atender VIH, por la complejidad de la enfermedad. Es un campo en el que tiene que intervenir un infectólogo. En la medida que en este país no haya un sistema de clasificación o calificación tienen que ser los infectólogos los que den las recetas. En mi opinión es la medida correcta, pero tampoco está bien que no se atiendan a los pacientes.
- Hay problemas de prevención. Debería proveerse mucho preservativo. Hasta ahora no hay nada que haya demostrado mayor efectividad que el preservativo en prevención.

Profesionales del Servicio Social A.S. María Claudia Belziti, T.S Gladys Martino, Jefa del Departamento de Servicio Social Ana Beovide, médica infectóloga Silvia Gabotti y médica obstetra Mónica Gentile

Fecha: 16/04/09

- Comparado con otras enfermedades, el VIH tiene una cobertura mucho más satisfactoria. La irrupción de los antirretrovirales fue un punto de inflexión tanto para la disciplina médica como para el sistema social específico. Cambió el eje de trabajo porque los primeros años era importante el tema de la discriminación, de la comunicación de la enfermedad y ahora el eje está puesto, desde nosotros, en la adherencia al tratamiento.
- En cuanto a lo que es atención primaria, donde más se debería trabajar es en concientizar a la gente en la necesidad de hacer control y que en el embarazo comienza con la primera falta menstrual. Antes era usual que una paciente iniciara su

control prenatal durante las catorce o dieciséis semanas, ahora están empezando a venir al inicio del primer trimestre.

- Creemos que el Programa da una óptima cobertura, a principios de enero hubo demoras en la entrega de medicamentos, actualmente tenemos algunos faltantes pero son retrasos y no es lo habitual, además acá funciona una suma de voluntades; desde farmacia nos brindan una solución. Tal vez los pacientes no se llevan la medicación para todo un mes pero sí para una semana. No quedan sin tomar su medicación.
- Necesitamos que el Programa cubra el test de resistencia, y que el Hospital cuente con el test rápido que nos sirve en obstetricia para tomar una medida concreta que es la profilaxis de la transmisión vertical; el componente intraparto.
- El mayor problema hoy no es la medicación sino la adherencia al tratamiento, relacionado con los problemas sociales en que están inmersos muchos de los pacientes, familias disgregadas, problemas económicos; sumado a situaciones de violencia y subordinación, muchos nenes quedaron con los abuelos, muchos son adictos. El verdadero problema pasa por otro lado y no por la cobertura del Programa en relación al medicamento. Además falta educación sexual y reproductiva y entender la necesidad de usar preservativo. Pensamos que es un tema que debe abordar atención primaria de salud.
- El Programa de Salud Reproductiva les provee de lo necesario, en este momento tenemos disponibles preservativos y otros métodos anticonceptivos.

2. Provincia de Buenos Aires

El día 23 de febrero de 2009 se realizó una entrevista con la Coordinadora del Programa Provincial de VIH/sida/ETS del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Dicha entrevista tuvo como objeto lograr la autorización para realizar entrevistas en las Regiones Sanitarias V, VI y VII de la provincia de Buenos Aires, a efectos de conocer la implementación del Programa provincial con relación a la asistencia y prevención, circuito de medicamentos, circuito de reactivos y mecanismo de notificación de las distintas regiones.

La entrevistada expresó que existe una necesidad de fortalecer la articulación entre el Programa provincial y la DSyETS .

También expresó que no se encuentra implementado un sistema informático integral.

Región Sanitaria V. Responsables del Programa de VIH/sida.

Fecha: 04/03/09

La Región V tiene trece municipios y 21 hospitales que mensualmente realizan un pedido de medicamentos. Antes del día 7 de cada mes se calcula la cantidad necesaria y se completan las planillas, se confecciona un consolidado que se envía a Dirección provincial y a la DSyETS.

Las notificaciones de ETS y sida se envían todas las semanas a la Dirección provincial. Según lo expresado por los entrevistados los números registrados en la Región V no coinciden con lo registrado en el Boletín sobre el VIH/sida en la Argentina, el número de notificaciones que figuran en dicho Boletín resulta inferior a los registrados en la Región V.

La Dirección no cuenta con profesionales para realizar estadísticas, tampoco existe una articulación con el área de epidemiología de la región.

Uno de los hospitales de mayor relevancia en la Región es el Hospital Bernardo A. Houssay.

Hospital de Bernardo A. Houssay. Equipo a cargo del Programa VIH/sida, el farmacéutico, una asistente social y un médico infectólogo.

Fecha: 25/03/09

Según lo manifestado por los entrevistados el servicio de infectología depende de clínica médica. Este servicio cuenta con 4 médicos infectólogos. En este momento existen 150 pacientes bajo tratamiento.

Los medicamentos para los pacientes que se encuentran bajo tratamiento son solicitados del 1 al 5 de cada mes en la Región Sanitaria V y se retiran mensualmente. Cada paciente tiene una fecha de retiro, esto ayuda a llevar un mayor control.

La farmacia del hospital cuenta con un stock de medicamentos para 45 días.

El hospital es el que se encarga de retirar los medicamentos en el depósito de la zona sanitaria, lo que representa una dificultad por la escasez de vehículos.

Los medicamentos de segunda línea se entregan directamente en el hospital (son medicamentos de mayor restricción).

Según opinión de los profesionales entrevistados algunas obras sociales generan dificultades a los pacientes por la cantidad de trámites burocráticos que deben realizar.

El hospital solicita información a la Región sobre los pacientes nuevos. Si el paciente tiene obra social no entra en el Programa. Las autorizaciones actualmente tardan 2 a 3 semanas. Si el paciente tiene obra social y esta es abierta pueden atenderse en el hospital con el médico de su confianza y tramitar estudios, medicamentos, etc., a través de su obra social. En la actualidad existen 35 pacientes en esas condiciones.

Según la opinión de los profesionales entrevistados algunas obras sociales generan dificultades a los pacientes por la cantidad de trámites burocráticos que deben realizar. Éstas deberían enviar al servicio social hospitalario toda la normativa actualizada y los modelos de planillas necesarias para realizar los diferentes trámites, así se podría orientar mejor a los pacientes.

Una de las dificultades mencionadas es el tiempo que se tarda para realizar la carga viral; entre que se envía a la Región y luego a Nación se demora dos o tres semanas.

En cuanto al problema de la accesibilidad al tratamiento se mencionó que en muchas oportunidades los pacientes por no tener recursos económicos suficientes tienen dificultades para movilizarse. Desde que se considera una enfermedad crónica y no se categoriza como

discapacidad los pacientes tienen dificultades para conseguir pases gratis en el transporte público lo que en muchos casos lleva a abandonar el tratamiento.

El Hospital es básicamente un efector asistencial.

Los profilácticos están a disposición de la población en la farmacia donde cuentan con un stock suficiente, lo más difícil es que se entienda la importancia de su uso.

En el laboratorio se realiza el test Elisa, para los demás estudios se extrae la sangre y se envía la muestra al Hospital Eva Perón. Los entrevistados expresaron que sería conveniente por un tema de seguridad en los resultados, que todos los estudios se realicen en el mismo lugar.

El Western Blot tarda de 3 a 4 semanas, hasta que no se realiza esta confirmación definitiva no se puede notificar ni comenzar el tratamiento.

Las notificaciones de altas y fallecimientos las realiza el servicio de infectología y son enviadas a la Región Sanitaria V. Los pacientes fallecidos son dados de baja en el sector farmacia.

Los pacientes son en su mayoría población masculina, llegan al servicio derivado por Clínica Médica y en muchos casos cuando se les realiza el test la enfermedad ya está avanzada.

Según el médico infectólogo entrevistado, se calcula que el 60% de los portadores no lo saben (dato tomado de epidemiología del Ministerio de Salud). Opina que la enfermedad va en aumento y que no es tanto por un problema de información sino que es muy difícil lograr cambios de conductas sexuales, esto se da en algunos casos cuando el paciente se entera que está infectado.

Durante la entrevista se expresó la necesidad de que los enfermos contasen con pases de colectivos. Antes se les otorgaba por ser considerada una discapacidad, pero actualmente se categoriza como una enfermedad crónica.

Mejorar los trabajos de prevención y trabajar conjuntamente con educación.

Crear una base nacional unificada para la farmacia

Incentivar los test de VIH, para poder detectar precozmente la enfermedad.

Región Sanitaria VI.

Hospital Provincial Pedro Fiorito

Director Asociado. Dra. Marta Blasco, responsable del Programa VIH/sida.

Fecha: 09/03/09

La Región Sanitaria VI se encuentra ubicada en el sur del conurbano bonaerense y esta conformada por 9 municipios: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes.

La población total asciende a 3.407.415 habitantes (datos INDEC 2001), lo que representa el 24,6% de la población de la provincia de Buenos Aires y según informa la entrevistada en el año 2007 se tramitaron 2.209 cargas virales.

La sede de la Región Sanitaria VI esta ubicada en Lomas de Zamora, pero a raíz de que se producían robos de los medicamentos para el tratamiento de VIH/sida en forma sistemática, en el año 2000 se decidió el traslado de el lugar de depósito al Hospital Eva Perón, paralelamente se le ofrece a la Dra. Blasco la coordinación del Programa (para que se hiciera cargo de todo lo referente a cuestiones administrativas y registro de pacientes) desde el Hospital Fiorito.

A partir del 1 de marzo de 2009 (no queda claro el motivo) se traslada nuevamente a Lomas de Zamora la distribución de medicamentos continuando en el Hospital Fiorito solo la organización administrativa.

Circuito de medicamentos:

Se informa a provincia pero el pedido de medicamentos se tramita por Nación.

El día 25 de cada mes se envía el listado con el pedido de los diferentes hospitales a Nación y el móvil de la zona sanitaria los retira del depósito de Nación, quedando en el depósito de la sede de la Región Sanitaria donde son retirados por los diferentes efectores de salud.

Notificaciones:

Se reciben las planillas de todos los efectores de salud (formato único para todo el país), la Región Sanitaria notifica a provincia y provincia a Nación.

Los datos son registrados en una base estadística.

Prevención:

La doctora informa que es escasa. Tienen algunos folletos, se reparten profilácticos en “boliches” o en alguna fecha especial como por ejemplo el día de la primavera.

La entrevistada dice que existe una ONG llamada Intercambio que trabaja con adictos, realizando intercambio de jeringas nuevas por las usadas.

En las escuelas es muy difícil hacer prevención por la resistencia social a hablar de sexualidad.

Comentarios

En relación a las necesidades a cubrir sería positivo contar en la Región Sanitaria VI con más médicos infectólogos.

Contar con computadoras para todos los efectores para facilitar la comunicación y agilizar el envío de notificaciones, resultados de serología y carga viral.

Contar con un móvil en óptimas condiciones para retirar la medicación y la leche maternizada del depósito nacional.

Las unidades sanitarias de la Región Sanitaria VI son municipales y allí se realizan pedidos de serología en adultos y niños, control de embarazadas y en el caso de ser positivas son derivadas a los hospitales de referencia.

En muchos casos enfrentan la dificultad de no contar con un móvil necesario para trasladar las muestras de sangre hasta el laboratorio.

Región Sanitaria VII

Centro Municipal de Moreno. Equipo a cargo del Programa VIH/sida

Fecha: 26/03/09

La Región Sanitaria VII depende del Programa Provincial de Sida, el cual a su vez debe seguir los lineamientos del Programa Nacional de Lucha contra el Sida y ETS.

El municipio responde a los lineamientos de gestión del Programa Nacional y a su vez desarrolla tareas asistenciales en función de las necesidades y demandas propias de la localidad.

En relación con la gestión de medicamentos, los mismos son solicitados en la Región Sanitaria. Esta tiene cerca de 200 pacientes medicados. La medicación que no es cubierta por el Programa Nacional de VIH/sida, lo cual ocurre en pocos casos, es provista por esquemas de medicación que suministra el Ministerio de Desarrollo Social.

En el caso de enfermedades oportunistas, los medicamentos para tratarlas son suministrados por el Programa Nacional. Pero otras menos habituales, son cubiertas a través del Municipio.

Este año ha habido inconvenientes en la licitación de la compra de medicación, a esto se suma demoras en las entregas de medicamentos debido al cambio de Región Sanitaria ocurrido en los meses de Enero y Febrero de 2009. Otra problemática que genera demoras en la provisión de medicamentos es la falta de un depósito en la Región. Para evitar la falta de medicamentos, los médicos anticipan el pedido de medicación, para tener stock antes de que se acaben.

Además, hay medicación que aún no se encuentra cubierta por el Programa por tratarse de casos en los cuales se genera resistencia a la medicación habitualmente utilizada.

Las autoridades de la Región manifestaron que por ser un sector de mucha población sería conveniente hacer el pedido de medicamentos directamente a Nación para agilizar la entrega.

En cuanto al problema de la accesibilidad al tratamiento se mencionó que en muchas oportunidades los pacientes no realizaban el tratamiento por no tener recursos económicos suficientes para movilizarse, problemática que impulsó la creación del centro.

Moreno tiene 36 unidades sanitarias. La Subsecretaria de Atención Primaria es una dependencia compartida con otras unidades sanitarias. Ahí se atiende también tuberculosis, diabetes, hipertensión, salud ambiental, odontología, hábitos saludables y VIH.

En lo relacionado con la Transmisión vertical y niñez, el Programa Nacional les provee leche a los recién nacidos hasta los 6 meses, notificando los nacimientos. Después de esta edad, la leche es provista a través del “Programa Materno Infantil”. Por otra parte, hay un sistema diario de vigilancia para ver si los recién nacidos nacen con VIH a través del test rápido. Se notifican nacimientos con VIH y embarazos para empezar el tratamiento antes del primer trimestre, fundamental para cuidar al bebe del contagio. Este centro se encuentra hoy trabajando con pacientes infectados por transmisión vertical, quienes en la actualidad ya son adolescentes. Para este grupo se realizan tratamientos llevados a cabo por un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y ginecólogos. Además se hacen talleres buscando dispositivos culturales que los motiven. Por otra parte, se llevan a cabo eventos especiales con estrategias de prevención en fechas como el Día de la Primavera y el Día Internacional de Lucha contra el sida.

Las actividades de extensión comunitaria establecen dos vías de prevención en relación a la educación: Por un lado, se realizan talleres para docentes sobre sexualidad y VIH. Por otra

parte, se han realizado capacitaciones a enfermeros por tener más llegada a la población, reforzando la figura de este actor social como promotor de salud.

También se conformaron talleres de concientización a embarazadas. Durante los años 2004 y 2005 se articuló la problemática de la transmisión vertical con los Programas “Comadres” y “Vida”. Esto fue gracias al flujo de trabajo con la red de Obstetricia. La modalidad de trabajo se basó en talleres realizados a través de encuestas sobre conocimiento del tema en las mujeres que asistían. Durante un año y medio se capacitó a “Manzaneras”, buscando formar a la gente que estaba cercana a zonas vulnerables.

En el último año se han producido algunos avances con respecto a facilitar el acceso al tratamiento. En la actualidad la administración nacional del Programa para incorporar al paciente al tratamiento cruza los datos de PAMI y ANSES para certificar que no tenga obra social. Antes el propio paciente debía proveerse de los certificados de ambas instituciones para comenzar a recibir la medicación. Se unificaron también algunas entregas de medicamentos. Desde hace un año, el Programa cubre costos como el tratamiento de coinfección con hepatitis C y el del test de resistencia.

El grupo de trabajo a cargo del Centro de ETS y VIH/sida de Moreno manifiesta como idea rectora de su labor reposicionar al Estado como asistente, previsor y garante, en el ámbito de la salud.

3. Provincia de Tucumán

Fecha: del 16 al 20 de marzo de 2009.

Dirección de Programas Integrados de Salud.

Directora General, el Secretario Ejecutivo Médico, el Coordinador de Programas, el Director de Salud de las Personas y la Jefa de la Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS del Sistema Provincial de Salud.

Fecha: 16/03/09

En esta reunión se informó que la provincia de Tucumán posee una población aproximada de 1.500.00 habitantes, se realizan 10.400 partos al año, 37% de los partos de toda la provincia y registra a partir del año 1987 un número aproximado de 1000 notificaciones de VIH.

Los lugares de atención para personas con VIH/sida son: la Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS del Sistema Provincial de Salud (UCE), el Laboratorio de Referencia y 6 hospitales. Todos los centros mencionados están ubicados en la capital de la provincia excepto un hospital ubicado en el interior, en la localidad de Concepción una de las ciudades más importantes del sur de la provincia distante 70 Km. de San Miguel de Tucumán.

El laboratorio de referencia de Tucumán trabaja para seis provincias (Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, Salta, Jujuy, La Rioja)

Las notificaciones de casos positivos las realizan los efectores de salud y las envían a la UCE que es la encargada de transmitir la información a la Dirección de Epidemiología provincial y a la DSyETS. La Jefa de la UCE expresó que los datos publicados en el Boletín sobre el VIH/sida en la Argentina son coincidentes con los transmitidos por la provincia.

En relación a los medicamentos se manifestó que son entregados en tiempo y forma en la ciudad de San Miguel de Tucumán y Concepción.

Con respecto a la provisión de preservativos, se expresó que la cantidad recibida durante el año 2008 fue menor a la necesaria.

Se expresó la necesidad de ampliar los trabajos de prevención brindando mayor información a la población en relación a la salud sexual y reproductiva.

Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS del Sistema Provincial de Salud.

Jefa de la Unidad, la encargada del área de prevención y la asistente social.

Fecha: 16/03/09

El equipo de la UCE está conformado por: una médica infectóloga, un médico dermatólogo especialista en ETS, una médica sexóloga, dos psicólogas, dos asistentes sociales, dos farmacéuticas, dos enfermeras y dos empleadas administrativas.

La UCE posee dentro de sus funciones: notificar a la Dirección de Epidemiología provincial y a la DSyETS los casos detectados de VIH y los fallecimientos; organizar el pedido a la DSyETS y su posterior distribución de los insumos necesarios para el tratamiento y prevención de VIH; organizar los traslados de los enfermos para que puedan cumplir con sus tratamientos; realizar tareas de prevención como por ejemplo la entrega de material gráfico y preservativos en eventos públicos.

A modo de ejemplo se vio documentación de trabajos realizados con población no escolarizada, auspiciado por el Fondo Global de Lucha Contra el Sida. También se vio documentación de un trabajo con la población carcelaria donde se expresó que se logró entre otras cosas que el testeo intramuros sea voluntario.

El equipo de auditoría se entrevistó con la encargada de la farmacia de la UCE, quien informó que tiene la función de distribuir los medicamentos en la provincia de acuerdo con lo solicitado por cada hospital en la planilla mensual correspondiente.

Los medicamentos se retiran en el depósito de Nación y los de segundo nivel son entregados directamente por los laboratorios.

Expresó que los medicamentos son entregados en tiempo y forma según lo solicitado.

La médica sexóloga de la UCE manifestó que se firmó un Acta Acuerdo entre los Ministerios de Salud y Educación para llevar adelante el Programa de Salud Sexual Integral.

Hospital de Niño Jesús

Subdirector del Hospital, la médica infectóloga responsable del área y una médica infectóloga integrante del equipo.

Fecha: 17/03/09

Durante la entrevista se expresaron los siguientes puntos principales:

Este hospital cuenta con un infectólogo pediátrico, atiende pacientes de Tucumán y derivados de otras provincias.

El equipo está integrado por dos médicos infectólogos, dos psicólogas, un médico neurólogo y un nutricionista.

Actualmente hay 24 menores en tratamiento por VIH y 3 pacientes con sida.

El contagio por transmisión vertical ha disminuido desde el año 2006.

Las notificaciones son enviadas semanalmente a la UCE.

El servicio lleva un registro actualizado por paciente donde constan todos los datos que el equipo considera relevantes para su mejor atención.

Los medicamentos son pedidos mensualmente a la UCE y son los médicos infectólogos los encargados de entregar la medicación a los pacientes. Nunca hubo problemas de abastecimiento.

Desde el año 2006 reciben leche maternizada enviada por el Programa Nacional la que es entregada a los bebés que tienen contraindicada la lactancia materna.

El equipo médico expresó la necesidad de acelerar el pedido de carga viral, centralizar en un laboratorio todos los estudios, agilizar el trámite que realiza la DSyETS para determinar si el paciente posee obra social y considera que sería de suma utilidad realizar el análisis de PCR (estudio que evalúa el ADN del recién nacido y determina la presencia de VIH) en la provincia de Tucumán a través del Programa Nacional.

Laboratorio de Referencia para VIH/sida y ETS

Jefa del laboratorio del Centro de Referencia.

Fecha: 17/03/09

Este laboratorio realiza análisis relacionados con el VIH desde el año 1996, entre ellos el Western Blot, (estudio que confirma la presencia del virus).

En dicha entrevista se manifestó que existe un aumento progresivo del VIH, en el año 1995 se registraban 5 casos mensuales, actualmente 20.

Se expresó que sería importante contar con la posibilidad de realizar el análisis PCR.

El laboratorio carece de un programa específico para cargar los datos lo que representa una importante limitación.

No se realiza seguimiento del retiro de análisis por parte de los pacientes.

Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes

Directora, la Subdirectora Médica, la Jefa del Laboratorio de Bacteriología y la Jefa a cargo del Servicio de Insectología

Fecha: 18/03/09

En esta institución se producen aproximadamente 10.400 partos al año.

En esta maternidad siempre se realiza el análisis para detectar el VIH; los resultados positivos son informados al laboratorio de referencia, si la paciente no puede asistir se envía el suero para ser analizado.

Si bien los casos de embarazadas infectadas con VIH aumentaron, no se presentan casos de transmisión vertical.

El equipo del Servicio de Insectología esta integrado por dos infectólogas generales y una infectóloga pediátrica.

La jefa del Servicio manifiesta que en el año 2007 se registraron 18 casos positivos y 35 en el año 2008.

Actualmente se ha incrementado la cantidad de análisis para detectar VIH en los controles prenatales a 9000 por año.

Los medicamentos se solicitan en forma mensual al Programa provincial y son recibidos en tiempo y forma.

Los entrevistados manifestaron que sería conveniente incrementar las acciones preventivas.

Hospital Ángel C. Padilla

Jefe del Servicio de Infectología.

Fecha: 18/03/09

Es el principal hospital de emergencias de la provincia.

El servicio de infectología atiende pacientes con VIH desde el año 1991. Está integrado por 3 médicos infectólogos y 2 enfermeras. Además de las consultas ambulatorias atiende a pacientes internados. Actualmente el 75% de los pacientes corresponde a pacientes con VIH. Se atienden 140 consultas mensuales programadas, además de la demanda espontánea.

Cada paciente con VIH tiene una historia clínica general y una del servicio, los tratamientos tienen una adherencia del 85% aproximadamente, y para valorar la tolerancia, se realizan pruebas de laboratorio cada 3 o 4 meses.

Las notificaciones son realizadas en forma doble, se envían al Programa provincial y guardan una copia en el servicio. En el año 2008 se realizaron 90 notificaciones, 60 masculinos y 30 femeninos, se produjeron 13 fallecimientos.

Los medicamentos son solicitados por el servicio al Programa provincial del 1 al 5 de cada mes, en marzo se solicitaron 102 tratamientos. No han tenido problemas con las entregas de los medicamentos. Cuando un paciente no concurre se da aviso al Programa provincial. El paciente retira la medicación de la farmacia del Programa.

Durante la entrevista se expresó que la reducción de la cantidad de pacientes no tiene relación directa con el buen funcionamiento del sistema, en muchos casos los pacientes son internados por tener enfermedades marcadoras con un alto grado de deterioro, en su mayoría estos pacientes no fueron diagnosticados en el momento del contagio.

El 4% de los internados son VIH, para ser un hospital que atiende las emergencias es un índice muy alto.

Existe la necesidad de armar equipos interdisciplinarios para tratar esta problemática

Hospital Regional Polivalente de Concepción Miguel Belascuain

Jefa del servicio de clínica médica (médica infectóloga) y responsables del área de laboratorio.

Fecha: 19/03/09

El Hospital atiende a la población de la zona sur de la provincia, desde Monteros hasta Catamarca, aproximadamente 270.000 personas, el 50 % de los ingresos al hospital son partos (3500 anuales). En el año 2008 se realizaron 7 partos a mujeres VIH positivas.

Los pacientes VIH llegan referidos por otros médicos y son atendidos por la única infectóloga. Actualmente se atienden 37 pacientes en control y 12 en tratamiento con buena adherencia, de los cuales 21 son mujeres.

En el año 2008 se produjeron tres fallecimientos por VIH.

Las notificaciones las realiza el servicio de infectología y las envía a la UCE.

Los medicamentos y la leche maternizada son recibidos en tiempo y forma.

Se expresó que no está informatizado el ingreso de pacientes con VIH y sería conveniente contar en el laboratorio con un programa unificado por el Programa SIBILA y el Programa VIH y contar con la posibilidad de realizar el Western Blot para no tener que trasladar a los pacientes a San Miguel de Tucumán.

Durante la entrevista se expresó que se dificulta seguir con la normativa de control trimestral ya que más de la mitad de la población proviene del interior de la provincia, muchos de ellos semianalfabetos y en su mayoría, trabajadores golondrina.

También se manifestó problemas con algunos trabajadores golondrina que en algún momento se les da el alta en alguna obra social, pero no la baja cuando terminan su trabajo, motivo por

el cual no se los puede tratar a través del Programa ya que en el sistema aparecen con cobertura de obra social que en realidad no tienen.

También en opinión de la doctora sería positivo que desde el Programa nacional se realizara mayor difusión sobre el VIH/sida haciendo hincapié en los métodos de prevención a través de los medios masivos de comunicación.

La entrevistada piensa que la ley de consentimiento para análisis de VIH es anacrónica y la firma del paciente es una barrera para controlar la epidemia.

Glosario

Adherencia

También conocido como observancia. Estricto seguimiento de un régimen de tratamiento recetado. Exige que un paciente tome la dosis correcta de un medicamento, en el momento preciso, exactamente como se ha recetado. La inobservancia de un régimen de tratamiento contra el VIH puede ocasionar fracaso virológico y farmacorresistencia.

Anticuerpos

Son moléculas del cuerpo que identifican y destruyen sustancias extrañas como virus o bacterias. Los tests estándares de VIH identifican la presencia de anticuerpos del VIH en sangre.

Carga viral

Cantidad de VIH en una muestra de sangre. El test de carga viral es una herramienta muy importante para los médicos para monitorear la enfermedad y tomar decisiones respecto del tratamiento, ya que proporciona información sobre el número de células infectadas por el VIH y es un indicador importante del avance de la infección por el VIH y de eficacia del tratamiento.

Incidencia

Es la tasa de frecuencia de casos nuevos de una enfermedad en particular en determinada población. Por lo general, se notifica como el número de casos por cada 100.000 personas.

Infección oportunista

Enfermedad causada por uno de varios microorganismos que ocurren en personas con inmunodeficiencia, incluso en las infectadas por el VIH/sida. Las infecciones oportunistas comunes en las personas con sida incluyen neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (PCP); criptosporidiosis; histoplasmosis; toxoplasmosis; otras infecciones parasitarias, víricas y micóticas; y algunos tipos de cáncer.

Prevalencia

El número de personas en una población que se ven afectadas por una enfermedad o trastorno particular en un momento dado. Se puede considerar como una fotografía instantánea de todos los casos existentes de una enfermedad o un trastorno en un momento determinado.

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida)

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida) tiene lugar cuando el sistema inmunológico de un individuo está debilitado por el VIH hasta el punto de desarrollar enfermedades o varios tipos de cáncer. En algunos países como E.E.U.U., las personas que no han tenido estas enfermedades pero que presentan, a través de pruebas de laboratorio, sistemas inmunológicos severamente dañados también son consideradas bajo diagnóstico de sida.

Tratamiento antirretroviral

Tratamiento con medicamentos que inhibe la capacidad de los retrovirus como el VIH para multiplicarse en el cuerpo. El recomendado para la infección por el VIH se llama tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), en el que se emplea una combinación de medicamentos para atacar al VIH en diferentes puntos de su ciclo de vida.

Tratamiento antirretroviral directamente administrado

Método empleado para asegurar que una persona tome los medicamentos antirretrovirales de la forma recetada. Este tratamiento, también conocido por sus siglas en inglés como DAART (directly administered antiretroviral therapy), exige que un proveedor de cuidado observe directamente al paciente al tomar los medicamentos contra el VIH para ampliar la adherencia del plan de tratamiento.

Fuente: Cahn, Pedro y colaboradores “El VIH/sida desde una perspectiva integral”, EUDEBA, Buenos Aires 2007 y Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.