COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES

TRIGÉSIMA TERCERA ASAMBLEA DE DELEGADAS
13 al 15 de noviembre de 2006
San Salvador, El Salvador

OEA/Ser.L/II.2.33
CIM/doc.8/06
15 noviembre 2006
Original: textual

COMPILACIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA PRESENTADO POR LOS PAÍSES

(Punto 5 d) del temario)

Tabla de Contenido

Página

ARGENTINA 1

CHILE 15

COLOMBIA 19

ECUADOR 37

GUYANA 47

JAMAICA 53

MÉXICO 59

PARAGUAY 101

SAINT LUCIA 103

SURINAME 109

TRIGÉSIMA TERCERA ASAMBLEA DE DELEGADAS DE LA COMISION INTERAMERICANA DE MUJERES

INFORME ARGENTINO SOBRE PRÁCTICAS GÉNERO SENSIBLES DE RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Octubre de 2006

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo compartir las mejores prácticas realizadas en la Argentina por organizaciones de gobierno, nacionales y jurisdiccionales, con la finalidad de dar respuesta a la epidemia del VIH/sida. Se prestará especial atención a aquellas acciones gubernamentales de prevención, atención, tratamiento del VIH/sida realizadas desde la perspectiva de género y derechos humanos.

A continuación se realiza una breve síntesis de la situación de la epidemia en la Argentina así como la reseña de las mejores prácticas seleccionadas. En calidad de anexo se adjunta la información relativa al marco normativo nacional vinculado al VIH/SIDA. Asimismo, cabe aclarar que queda a disposición información ampliatoria relacionada con los programas reseñados.

II. EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN LA ARGENTINA

La tendencia de la epidemia tanto en la Argentina como en el resto del mundo, se extiende cada vez más en la población femenina, heterosexual, joven y pobre.

La feminización del VIH/SIDA se explica por una suma de factores que trascienden largamente los biológicos. Se relaciona con aspectos sociales, culturales, económicos, e incluso políticos estrechamente enlazados a la desigualdad de género. En este sentido, la epidemia del VIH/SIDA constituye uno de los mayores desafíos que enfrenta la humanidad a inicios del siglo XXI.

De acuerdo al Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina (Año X; Nº 24; Diciembre 2005) las estimaciones durante el año 2005 realizadas en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS, muestran que aproximadamente 127.000 personas viven con VIH en la Argentina, y los casos de sida notificados al 31 de diciembre del mismo año, suman un total de 30.496.

La tasa de incidencia en el 2004 fue de 45,71 casos por millón de habitantes, presentando una reducción del 43% aproximadamente en comparación con el año 1996, momento en se alcanzó el valor máximo con 2866 casos de sida. Esta reducción coincide con la aplicación de la terapia antirretroviral de alta eficacia a partir de 1997, la que influye directamente en la tasa de incidencia de diagnóstico de enfermos de sida.

Del total de casos acumulados de sida (1982- 2005), las mujeres representan el 24,6%, los hombres el 74, 9%, siendo el 0,5% los registros sin información de sexo.

En el año 1987 se diagnosticó el primer caso de sida en una mujer siendo la razón hombre/mujer de 92/1. En el 2004 la media nacional es de 2,4/1 hombres por mujer.

En cuanto a la distribución por edad los casos de sida acumulados afecta a la franja de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre los 20 y 39 años. En la población de sexo femenino, la enfermedad presenta el mayor pico en el rango de 20 a 25 años, aunque se puede decir que el período de mayor frecuencia es de 25 a 34 años.

Es importante resaltar que en los últimos cinco años, la edad de los y las pacientes que desarrollaron el sida en ambos sexos fue mayor. La media de edad en el 2004 para hombres fue de 37,5 años y para mujeres de 34,5 años, lo que indica que las mujeres desarrollan el sida a edades más tempranas.

El desplazamiento de la media de edad para desarrollar el Síndrome de Inmuno- Deficiencia Adquirida se relaciona con el uso temprano de la terapia antirretroviral de alta eficacia en infectados/as por VIH, incorporada en la Argentina en 1997, tratamientos que retrasan la evolución de la infección por VIH al desarrollo del sida.

El patrón de transmisión que sigue la epidemia actualmente, según vías de transmisión más frecuentes, es por relaciones sexuales desprotegidas. En las personas que desarrollaron sida en el 2004, la distribución fue la siguiente: relaciones heterosexuales con el 50,7%, seguido por hombres que tienen sexo con hombres 18% y usuarios de drogas intravenosas el 16,8%

La evolución de las categorías de transmisión tiene diferente peso en cada sexo. En las mujeres la tendencia decreciente del número de casos en usuarias de drogas intravenosas (UDIs), unido al incremento de casos por transmisión heterosexual, dio como resultado que casi el 85% de los nuevos casos diagnosticados de sida en el 2004 fueron por transmisión sexual en mujeres heterosexuales.

La mayor concentración de casos de sida en edades sexualmente activas se relaciona directamente con los datos de Transmisión Vertical. En el año 1996 el total acumulado en el país fue de un 8%, porcentaje que fue decreciendo anualmente hasta reducirse a un 3% en las notificaciones del año 2004.

El testeo de mujeres embarazadas del sistema público en todo el país es mayor al 75% y el porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con VIH que reciben terapia antirretroviral es mayor al 92%

La tasa de incidencia de infección de VIH por transmisión vertical en el quinquenio 1991-1996 fue de 2,8 a 3,4 nacidos infectados por VIH cada 10000 nacidos vivos (NV). En el año 2003 dicha tasa es de 1,4/10000 NV, que equivale a un 50% menos que la del año 1996 y se encuentra por debajo de la tasa de incidencia acumulada: 2,1 por 10000 NV. Actualmente, el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA tiene una política sostenida para erradicar la transmisión vertical, focalizando acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de VIH o sida en población femenina, con particular énfasis en aquellas mujeres que cursan un embarazo.

III. BUENAS PRÁCTICAS

III.A. Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

El Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS incluye en su planificación estratégica la incorporación de la perspectiva de género en todas las etapas del proceso de prevención y atención, a saber:

1. En la disponibilidad y accesibilidad real a recursos integrales de información, orientación y consejería.
2. En el acceso a los exámenes de detección y diagnóstico de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual
3. En el acceso oportuno a tratamientos

En la disponibilidad y accesibilidad real a recursos integrales de información, orientación y consejería se realizan las acciones que se detallan a continuación.

1.1. *Línea 0800 "Pregunte SIDA"*

Es un servicio de respuesta inmediata a la comunidad, gratuito y de alcance nacional. Un equipo de profesionales especializados atiende las llamadas en función de estrategias comunicacionales que contemplan el perfil sociocultural de los/as usuarios/as respetando la confidencialidad y el anonimato de los/as consultantes.

A través de esta línea de atención se brinda información sobre todos los aspectos biomédicos, epidemiológicos, jurídicos, y sociales del VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual y reducción de daños. También se ofrece asesoramiento y consejería en temáticas como prevención, impacto diagnóstico; discriminación; violencia y violación con perspectiva de género. Por último, orienta y deriva a los/as usuarios/as a los efectores públicos de salud y a organismos no gubernamentales especializados en la temática.

1.2. Folletería y Preservativos

Como parte de las acciones de fortalecimiento en actividades de prevención, este programa distribuye en todo el ámbito del país y de manera sistemática, material gráfico de prevención conjuntamente con preservativos, tanto a organismos gubernamentales provinciales como a organizaciones de la sociedad civil.

Con respecto a la segunda etapa del proceso de prevención y atención, y a los fines específicos de fortalecer el acceso al testeo de las mujeres embarazadas y sus bebés para VIH/sida, sífilis y chagas, en las provincias de las regiones de NOA y NEA se desarrolla desde el año 2005 un proyecto que tiene dos cometidos. Por un lado, elabora un diagnóstico de situación de las provincias de la región y, por el otro, ofrece apoyo técnico a los equipos de salud con la intervención de los programas provinciales de Sida; Materno Infantil; Salud Sexual y Procreación Responsable; y la red de laboratorios.

Asimismo, desde el año 2004 a la fecha, se desarrolla un proyecto de actualización y capacitación a los profesionales de la salud de todo el país, en prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual.

A estos fines, el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS provee los siguientes insumos:

- Reactivos para el Test de ELISA y Western Blot para mujeres embarazadas
- Test rápido para la detección del VIH para mujeres que al momento del parto no tuvieron controles prenatales
- Test de Resistencia para 2º fallo de tratamiento en adultos y para niños nacidos de mujeres con VIH positivo
- Reactivos para diagnóstico y confirmación de sífilis.

Los resultados obtenidos al 2005 son los siguientes:

- Participación de más del 70% de los programas Provinciales de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual
- Ejecución del 100% de los proyectos locales
- Realización de 90 talleres
- Capacitación de 2106 recursos humanos en salud.
- Confección y distribución de un total de 88.030 Guías de manejo sindrómico de las ITS; Revista de ITS para la comunidad; y Cuadernillos de ITS y VIH-SIDA.

Finalmente, en lo que concierne a al acceso oportuno a los tratamientos, el programa provee los medicamentos para el tratamiento de la Infección por VIH-SIDA y de enfermedades oportunistas a todas las personas que carecen de cobertura de seguridad social o de medicina Prepaga.

El vademécum incluye:

- 17 antiretrovirales- ARV- (Inhibidores de la Transcriptasa Reversa; Nucléosidos Análogos y No Nucleósidos Análogos; Inhibidores de la Proteasa) en 30 formas farmacéuticas.
- 36 medicamentos NO antiretrovirales para enfermedades oportunistas (Antivirales; Antimicóticos; Antibióticos; Antiparasitarios; Corticoesteroides; Citostáticos)

Asimismo, el programa provee:

- Leche de inicio para niños nacidos de mujeres con VIH
- Reactivos para CD4 y Carga Viral para el monitoreo de personas bajo tratamiento
- Tratamiento para mujeres embarazadas con VIH a partir de la semana 14 de embarazo, durante el parto y al recién nacido durante los primeros 45 días.

III.B. Campaña Mujer y Salud. La mirada de equidad de género sobre la salud de las mujeres. Consejo Nacional de la Mujer.

El Consejo Nacional de la Mujer lanzó en Septiembre de 2005 una campaña gráfica de difusión sobre los derechos de las mujeres en lo referido a su salud.

La iniciativa constituye una estrategia conjunta, entre el Estado y una empresa privada (Laboratorio LKM), que ha contado con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el acompañamiento de la Unidad de Género del Ministerio de Salud de la Nación.

La mirada de equidad en salud implica considerar las diferencias y las particularidades de las mujeres en lo referido a su cuerpo, sus vínculos, la forma de vivir, enfermar, consultar, y los modos de ser atendidas en los servicios de salud. Tienen derecho a disfrutar de una salud integral entendida como un completo estado de bienestar físico, mental y social a lo largo de todo el ciclo de vida. Comprende la capacidad de cada persona para desarrollar sus propias potencialidades y de responder en forma positiva a los retos que les ofrece el ambiente.

La campaña comprende cinco motivos gráficos y sus desarrollos explicativos se proponen instalar nuevas prácticas que le aseguren a las mujeres el efectivo ejercicio de su derecho a gozar de salud física, mental, sexual, reproductiva y social. Uno de los temas recogidos por estos afiches y sus correspondientes folletos refiere a la prevención del VIH/sida. Los otros cuatro ejes temáticos se detallan a continuación.

- Prevención de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino
- Prevención de la Violencia contra las Mujeres
- Prevención de Accidentes Domésticos
- Salud Sexual, Procreación Responsable y Parto Humanizado

Cada uno de estos materiales (afiche-folletos) se distribuyeron en todo el país a través de las Áreas Mujer de las provincias, los Centros de Salud y Hospitales Públicos. Asimismo, la campaña se ha difundido en las carteleras de los subterráneos y estaciones de trenes. La distribución continuará hasta el 8 de marzo de 2006, fecha en que se conmemora el Día Internacional de la Mujer.

III.C. Programa Nacional de Prevención del VIH/sida en la Escuela (“PREVIHSIDA”). Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

Desde el año 2006, el Programa Nacional de Prevención del VIH/sida en la Escuela se propone generar un marco de trabajo compartido a partir de la activa inclusión de:

- La promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la escuela
- La concepción del VIH/sida como problema de derechos humanos, relacionado con las relaciones desiguales entre los géneros
- La sensibilidad por la discriminación y la estigmatización hacia las personas con VIH, por razón de sexo y/o opción sexual.
- La promoción del respeto por la libertad y la diversidad

La meta del programa es propiciar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes escolarizados, mediante el fortalecimiento, ampliación y

consolidación de las capacidades del sistema educativo para el abordaje promocional de la salud y preventivo del VIH/sida y la discriminación asociada.

Por ello, se pretende trascender la transmisión de información y tomar en consideración, los siguientes ejes de acción, a saber:

1) Formar, sensibilizar y capacitar adecuadamente a los actores educativos (directivos, docentes, preceptores, tutores, alumnos/as) para la prevención del VIH-sida y promoción de la salud en el ámbito escolar, desde una perspectiva de derechos humanos e igualdad de género, con el objeto de promover (y ampliar) los derechos de las y los adolescentes y los propios docentes.

2) Comprometer a la comunidad local en la labor de prevención y promoción de la salud desde la escuela, posibilitando el desarrollo de herramientas locales de apropiación y control del acceso a derechos.

3) Propender a la intersectorialidad, de modo de establecer objetivos/acciones que potencien las posibilidades y recursos para garantizar los derechos de adolescentes, niñas y niños. Dentro de este aspecto, resulta de importancia mejorar la continuidad y el trabajo conjunto entre las instituciones educativas y las sanitarias.

Las acciones desarrolladas durante el corriente año son las siguientes:

1. Encuentros con Autoridades del Sistema Educativo

Esta acción tuvo como finalidad el fortalecimiento de las acciones realizadas durante el 2005 a partir de un relevamiento de la percepción de las autoridades locales respecto del programa implementado con anterioridad. Asimismo, se debatió en torno a la necesidad de incorporar la perspectiva de género y derechos humanos en los programas de prevención del VIH/SIDA. Las autoridades convocadas de cada provincia fueron el/la Responsable del Área de Educación Media, el/la Referente Provincial del Programa VIH/SIDA, el/la Jefe/a de Supervisores y miembros de la Unidad Técnica Provincial de los Centros de Actividades Juveniles.

Se realizaron cuatro encuentros regionales entre las provincias bajo programa (Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Chaco, Entre Ríos, Misiones, La Rioja, Catamarca, San Luis Provincia de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Chubut)

2 Encuentro intersectorial local

Los encuentros intersectoriales tienen como finalidad establecer acuerdos de trabajo con Autoridades Locales para re-articular y fortalecer la intersectorialidad, principalmente entre salud – educación, con el objetivo de consensuar una agenda de trabajo.

Se realizó un primer encuentro en la Provincia de Salta.

3. Capacitación a Referentes Provinciales

El Equipo Técnico Nacional convocó a los Referentes Provinciales de todas las jurisdicciones bajo programa a una capacitación de dos jornadas en el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. En esta instancia de reunión, también se buscó construir con ellos/as una agenda de trabajo.

4. Capacitación Virtual a directivos

La capacitación se dirigió a los directivos de los establecimientos educativos bajo programa. La disertación virtual estuvo a cargo de la Lic. María del Carmen Feijoo (UNFPA, Oficial de Enlace Argentina) y los talleres posteriores en cada jurisdicción fueron dirigidos por representantes de un consorcio de ONGs (Conders) abocado a la promoción de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.

5. Confección de una Caja de Herramientas Educativas PREVIHSIDA

El Equipo Técnico Nacional se encuentra en proceso de selección, confección y producción de materiales de divulgación, reflexión y formación dirigidos a docentes y alumnos/as de nivel medio.

III.D. Programas provinciales destacados

En el ámbito jurisdiccional se destacan las siguientes prácticas:

- **Área de Salud Comunitaria y Género. Dirección General de la Mujer de la Ciudad de Buenos Aires**

  Desde la Dirección General de la Mujer, Área Salud, se llevan a cabo acciones comunitarias para promover el acceso de las mujeres a los Servicios de Salud. Este trabajo se efectúa enmarcado en leyes N° 418 (Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable) y N° 474 (Ley de Igualdad Real de Oportunidades y de Trato entre Mujeres y Varones).

  Uno de los objetivos centrales de esta labor es que las mujeres puedan apropiarse del conocimiento acerca de sus derechos desarrollando de esta manera, un ejercicio cotidiano de la ciudadanía.

  Específicamente en lo relativo al cuidado de la Salud Sexual, se destaca la *Consejería en Salud Sexual, Promoción de Sexo Seguro.* Se trata de un espacio preventivo en el que se brinda asesoramiento y se entrega material de difusión así como preservativos. Asimismo, se orienta a las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la concientización de mitos y obstáculos para la prevención de embarazos no planificados. También se realiza un seguimiento personalizado de las situaciones socio-familiares complejas que obstaculicen la adherencia del tratamiento con drogas antiretrovirales en mujeres que vivan con VIH/SIDA.

Es muy importante enfatizar que la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un protocolo para la actuación profesional que define los *procedimientos de atención a las mujeres*

víctimas de violación sexual. La vigencia de este protocolo se enmarca dentro de lo establecido por la Resolución N° 2557/2004. El mismo establece la provisión de anticoncepción hormonal de emergencia a los fines de evitar un embarazo no previsto así como la terapia de profilaxis antiretroviral. La mujer víctima de agresión sexual debe permanecer bajo tratamiento por un período no menos a un mes, y realizando controles de serología. La promoción de la adhesión al tratamiento es vital para su eficacia.

- **Programa Provincial de VIH-sida/ITS de la Provincia de Buenos Aires**

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través del Programa Provincial de Prevención de VIH-sida/ITS, focaliza su accionar en la reducción de la Transmisión Vertical del VIH tomando en consideración que la reducción progresiva de transmisión perinatal evidenciada por los datos nacionales no encuentra su correlato en la situación epidemiológica de esta jurisdicción.

De acuerdo al relevamiento del testeo serológico para VIH de embarazadas, según planillas de laboratorio de la Provincia de Buenos Aires (Período 1998-2005), puede señalarse que el porcentaje del testeo al año 2005 alcanza el 86,76% marcando una prevalencia del 0,30.

Año	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
% Testeo de embarazadas	11.7%	34.4%	52.2%	65.5%	78%	81%	91.9%	86.76%
Nº embarazadas VIH positivas	164	302	510	539	485	465	521	385
Prevalencia de embarazadas	1.15	0.72	0.76	0.67	0.48	0.46	0.43	0.30

La reducción registrada en el porcentaje de niños infectados de madres VIH positivas, debido probablemente a los adelantos en los tratamientos ARV desde hace casi ya una década y el incremento de las pruebas en embarazadas, se superponen con la persistencia de condiciones que aún limitan una reducción al mínimo de la Transmisión Perinatal del VIH.

La confianza en la efectividad de los tratamientos no debería implicar menor trascendencia social y sanitaria de la Transmisión Vertical, cuyas estrategias deberían integrarse con los programas de Salud Sexual y Reproductiva.

El fortalecimiento del control del embarazo en su concepción más integral y desde una visión holística de la mujer, siguen siendo herramientas insustituibles para avanzar en la problemática particular del VIH, por lo que el grado de desarrollo de los programas materno infantiles acompaña estrechamente los avances o retrocesos en la reducción del VIH perinatal.

En función de ello es necesario supervisar los comportamientos de los agentes de salud y la calidad de los servicios, considerando sus particularidades y expresiones, las que modifican expectativas y condicionan la existencia de ambientes receptivos, contenedores y confiables para las mujeres embarazadas.

Conocer, analizar y considerar esos procesos, causas y factores intervinientes constituye un aspecto fundamental para elaborar recomendaciones y nuevas estrategias que deberían contemplar las trayectorias de vida de las mujeres embarazadas, sus experiencias y las dificultades experimentadas durante sus contactos con los servicios sociales y de salud que alentaron -o no- su participación en el cuidado de su salud.

A continuación se consignan los proyectos en actual implementación que se abocan a la especificidad de la temática en cuestión.

Área de comunicación social

- Proyecto desarrollado a nivel central.
  "Reducción de la transmisión vertical. Cartilla integral de enfermedades para la mujer"

Área de vigilancia y prevención

- Proyecto desarrollado en Región Sanitaria (RS) V- VI- VIIA.
  "Vigilancia epidemiológica y comunicación social como herramienta para la reducción del VIH y Sífilis Perinatal"
- Proyecto desarrollado en RS VIII.
  "Relevamiento de datos y prevención en la transmisión vertical del VIH. Gral. Pueyrredon. Mar del Plata."

Área de asistencia y prevención

- Proyecto desarrollado en RS I.
  "Prevención y control del VIH-Sida en mujeres embarazadas: una propuesta de integración de acciones desde el sector salud y la comunidad en el partido de Villarino, Prov. de BS. AS."
- Proyecto desarrollado en RS XI.
  "Prevención de la transmisión vertical del VIH y sífilis desde una estrategia de intervención asistencial y comunitaria."

Área de investigación

Prevención de la transmisión vertical del VIH-Sida en la provincia de Buenos Aires (RS V y VI). Trabajo colaborativo entre el Ministerio Provincial de Salud y UNICEF. *"Discursos y percepciones en torno a la transmisión vertical del VIH-Sida: construcción de sentido desde la mirada de las mujeres embarazadas y de los profesionales del sistema de salud. Un análisis en el subsector publico de Salud del Conurbano de la Provincia de Buenos Aires"*.

Es destacable la creación, dentro del ámbito provincial, de la Comisión Provincial de Coordinación y Control de Políticas Asociadas a la Problemática del VIH/sida. Esta comisión ha sido creada el 1° de Diciembre de 2005 a través del Decreto del Poder Ejecutivo N°

2887/05 y tiene como fines promover y priorizar la atención integral de la problemática de las personas viviendo con VIH/sida (PVVS) y sus familias, así como la difusión de este tema para la prevención, información, sensibilización y conocimiento de la comunidad.

Si bien no hay menciones específicas a la atención de los aspectos de género vinculados a la epidemia del VIH/sida, entre sus objetivos figuran los siguientes (Artículo 2):

"a- Prevenir y atender integralmente la problemática derivada de la pandemia del SIDA, en el marco de la promoción de políticas que tiendan a asegurar los derechos de las minorías y los grupos más desprotegidos.
b- Promover estrategias de prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), incidiendo en mitos, prejuicios y estereotipos sociales.
(...)
e- Promover la igualdad de oportunidades a todas las personas afectadas directamente por la enfermedad.
(...)
f- Fortalecer la aceptación de formas de prevención de la transmisión por vía sexual"

- **Programa Provincial de VIH/SIDA de la Provincia de La Pampa**

La labor de este programa se enmarca institucionalmente dentro de la Subsecretaría de Salud Integral del Ministerio de Bienestar Social de La Pampa. La perspectiva de género ha sido transversalizada en todas las acciones realizadas hasta la fecha. Las más salientes, en lo referido a atender la desigualdad de género y el VIH/sida, se reseñan a continuación.

2. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Conjuntamente con la Coordinación de Salud Reproductiva, se han desarrollado cuatro capacitación destinadas al personal de salud en Victorica, General Acha, Santa Rosa y General Pico. Los ejes centrales abordados en estas capacitaciones han sido derechos sexuales y reproductivos, género y VIH/sida.

3. Proyecto de accesibilidad al preservativo

Se establecieron bocas de distribución gratuita de preservativos en Santa Rosa. La entrega continúa en los establecimientos asistenciales de la provincia.

3. Proyecto de Capacitación Docente "Salud y Educación: Por una cultura preventiva en VIH/sida".

En el año 2005, se capacitaron a 46 docentes en General Acha; actualmente la capacitación alcanza a 47 docentes.

4. Talleres para jóvenes (en coordinación con la Dirección Provincial de Juventud)

- **Programa Provincial de VIH/SIDA de la Provincia de Entre Ríos**

Este programa depende de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de Entre Ríos. Desde el programa se provee el tratamiento de mujeres embarazadas con VIH a los fines de evitar la transmisión vertical. El tratamiento suministrado consiste en la indicación de una combinación de tres drogas y en la realización de una cesárea en la semana 38 del embarazo a aquellas mujeres que tienen una indicación infectológica. Actualmente, en esta provincia, la incidencia de niños/as nacidos con VIH es de 7%.

En relación con el aumento de mujeres con VIH, el programa realiza consejería destinada a las mujeres con la finalidad de prevenir la transmisión del VIH o la re- infección en las personas con VIH.

IV. CONCLUSIONES

El perfil de la epidemia de VIH/sida en Argentina constituye un claro reflejo de la falta de control y autonomía de las mujeres sobre su cuerpo; esta afirmación tiene especial resonancia para las mujeres jóvenes y pobres. En este sentido, la transmisión del VIH evidencia el restringido acceso de las mujeres a aquellos recursos materiales y simbólicos que posibiliten el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos. En este marco, es posible concluir que la violencia de género en el terreno de la sexualidad somete a casi la mitad de la población del país a situaciones de alta vulnerabilidad.

Atendiendo a esta situación, las acciones desarrolladas por los Ministerios de Salud, Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, y el Consejo Nacional de la Mujer, así como las organizaciones gubernamentales jurisdiccionales, evidencian el intento de construir una política pública intersectorial tendiente a garantizar los derechos de las mujeres y revertir progresivamente la desigualdad de género que trasluce el perfil de la epidemia en la Argentina. Sólo las prácticas de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida coordinadas y atentas a las desigualdades de género serán aquellas capaces de detener la propagación de la epidemia en la Argentina.

ANEXO I

MARCO LEGAL REGULATORIO SOBRE VIH/SIDA

La Argentina transita un cambio importante en la orientación de sus políticas públicas en relación con la salud de las mujeres, tanto en lo legislativo como en lo programático. Desde el año 2002 en nuestro país existe la tendencia a consolidar políticas públicas orientadas a dar respuestas a las demandas de la población femenina, por ejemplo, en materia de salud sexual y reproductiva. Si bien no es el único aspecto a tener en cuenta sobre la salud de las mujeres, es sin dudas uno de los aspectos más relevantes a considerar teniendo presente las consecuencias duraderas que tiene en sus vidas.

El abordaje de la prevención y la atención del VIH-SIDA en Argentina está orientado por un marco regulatorio nacional de principios tales como el de autonomía, del respeto por la privacidad de las personas, no discriminación y de todos aquellos que hacen a la dignidad de las personas.

- **Constitución Nacional**: Art. 19; 33 y 75
- **Ley 23.592**: Ley Anti- discriminación
- **Ley 23.798/90**: Ley Nacional de Sida
  - **Decreto Reglamentario 1244/91:**
    Art. 2, incisos a) y b), expresa que para la aplicación de la ley y su reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por leyes Nº 23.054 y N° 23.592. Crea el Programa Nacional de Lucha contra los RH-SIDA y ETS
- **Ley 24.455/95**: Obliga a las Obras Sociales a brindar las mismas prestaciones (diagnóstico, tratamiento médico, farmacológico y psicológico) que establece la ley nacional a todos los afiliados infectados por VIH.
- **Ley 24.754/96**: Obliga a las empresas de medicina privada a brindar las mismas prestaciones que establece la ley nacional.
- **Ley 25.543/01**: Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico de VIH a toda mujer embarazada. Contempla el consentimiento expreso y previamente informado. Establece que el profesional y el establecimiento serán solidariamente responsables de la confidencialidad y de la garantía de la provisión de medicamentos.
- **Ley 25.673/02:** de Salud Sexual y Procreación Responsable y su Decreto Reglamentario 1282/ 03 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

BUENAS PRÁCTICAS GUBERNAMENTALES PARA PREVENIR Y ATENDER EL VIH-SIDA E ITS EN MUJERES
PARA PRESENTAR EN LA XXXIII ASAMBLEA DE DELAGADAS DE LA CIM

El VIH e ITS en mujeres es una problemática cada vez de mayor envergadura en Chile como en el mundo. Así lo demuestran los datos que señalan que hay un incremento anual mayor en casos de mujeres, mientras la incidencia en hombres comienza a bajar, esto es lo que se denomina feminización de la epidemia. Esta es una situación a nivel mundial, donde las mujeres representan actualmente el 50% de las personas que viven con VIH.

Una de las causas que plantea Naciones Unidas en la Declaración Política sobre el VIH/ SIDA de Junio del 2006, se refiriere a que las desigualdades entre los género y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas aumentan su vulnerabilidad al VIH/ SIDA.

En Chile los datos estadísticos son los siguientes:

DATOS ESTADÍSTICOS CHILE	
Tasa acumulada de SIDA (* 100.000 habitantes) a nivel nacional:	43.7
Estimación personas viviendo con VIH a Dic. 2003 (entre 3 y 4 personas por cada persona enferma notificada):	33.314
Personas fallecidas por VIH desde 1984 a 2004:	4.301
% de casos correspondientes a personas entre 20 y 49 años:	84.4 %
% de casos notificados correspondientes a Mujeres:	11.3 %
% de casos notificados correspondientes a Hombres:	88.7 %
Promedio incremento anual de la incidencia en SIDA en Mujeres (1996-2001):	10.3 %
Promedio incremento anual de la incidencia en SIDA en Hombres(1996-2001):	9.6 %
Promedio incremento notificaciones asintomáticas en Mujeres (1996-2001)	9.5 %
Promedio incremento notificaciones asintomáticas en Hombres (1996-2001)	9.3 %
Proporción Hombre/ Mujer	7:1
Proporción de Mujeres jefas de hogar que viven con VIH	49.1 %
Prevalencia Infección Embarazadas	0.05 %
Vía de transmisión sexual	94.1 %
Vía transmisión sanguínea	4.3 %
Vía transmisión vertical (madre/hijo/a)	1.5 %
Población entre 15 y 24 con conocimientos amplios y correctos sobre VIH/ SIDA	35%
Población entre 15 y 24 usan correctamente el preservativo	18%

Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Gobierno de Chile. 2005. Informe PMG Equidad de Género 2005. Subsecretaria de Salud Pública.

Al respecto, el Gobierno de Chile se ha planteado el siguiente objetivo para prevenir, atender y detener la epidemia en las mujeres: **Detener el proceso de feminización que caracteriza la epidemia de VIH/ sida y con ello comenzar a reducir la propagación de VIH.**

Para ejemplificar las buenas prácticas del Gobierno de Chile en esta materia se mencionan las estrategias y acciones implementadas, autónomamente y en conjunto, por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM):

MINSAL:

- VIH/ SIDA es una Garantía Explicita en Salud desde el año 2005. Se asegura tanto en el sistema público como en el privado el acceso a TARV (terapia antiretroviral) a toda persona que adquiere el virus.
- 100% de embarazadas que viven con el virus reciben tratamiento. MINSAL
- Exámen gratuito a embarazadas en el sistema público, que se sugiere durante el control. MINSAL
- Chile resguarda el derecho de las personas a decidir sobre realizarse o no el Test de Elisa para detectar la presencia del Virus, nadie puede ser obligado a ello.
- Campaña Nacional Anual de Prevención de VIH/SIDA durante el último trimestre de cada año; incluye campaña comunicacional, respuesta regional, Mercadeo Social del Condón.
- Plan Nacional y Planes Regionales Intersectoriales, Descentralizados y Participativos de Prevención del VIH y ETS. Línea Preventiva en Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP). Línea Preventiva en Población Vulnerable Emergente (PVE) según diagnóstico regional. Línea de Estudios en PVE (durante el 2005 el 15% del total de investigaciones en PVE fue en Mujeres)
- Discurso Preventivo Común y Consensuado Red Nacional de Consejería en VIH/SIDA. CONASIDA. MINSAL
- Estudio de Caracterización de los factores de Riesgo y Vulnerabilidad Frente al VIH/SIDA en Mujeres Dueñas de Casa y Trabajadoras de Casa Particular. FLACSO. Proyecto: Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención del VIH/ SIDA en Poblaciones Vulnerables Emergentes. CONASIDA. MINSAL.
- Guía para Taller: “Invitación a Conversar Sobre Sexualidad y VIH/SIDA e ITS”. Para la Prevención del VIH/SIDA e ITS Mujeres dueñas de Casa y Trabajadoras de Casa Particular . FLACSO. Proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile”, aprobado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. CONASIDA. MINSAL.

SERNAM:

- Trabajo intersectorial MINSAL-SERNAM, especialmente trabajo en conjunto con CONASIDA, que responde a la necesidad de desarrollar un trabajo asociativo y participativo que genere una Política Pública con perspectiva de género para la prevención del VIH/SIDA y de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Mujeres, que considere las actuales características de la epidemia.
- El SERNAM, a través de sus representaciones regionales, se incorpora al trabajo asociativo, participativo y descentralizado que realizan los equipos gestores de las 13 Campañas Regionales de Comunicación para la Prevención de VIH/ SIDA, que encabeza CONASIDA.
- Mesa Intersectorial entre MINSAL-EDUCACIÓN-SERNAM-INJUV para transversalización de la Perspectiva de Género en Política Nacional de VIH.
- Comisión Interministerial sobre Sexualidad. SERNAM-MINSAL-MINEDUC-INJUV.

- Instar, a través de la Mesa Intersectorial, la generación de lineamientos, metodologías comunes, (validadas por los actores del sector Público) y compromisos para su implementación (Octubre 2006 resultados mesa).
- Capacitación a funcionarios públicos en VIH/ SIDA y Mujeres, en el marco de la campaña nacional anual de Prevención de VIH/ SIDA, noviembre 2006.
- II Seminario "Prevención de VIH/ SIDA y ETS en Mujeres en Chile". Valparaíso.Noviembre, 2006.
- Cartilla informativa Prevención de VIH/ SIDA y Mujeres.
- Manual de Trabajo Comunitario en Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los jóvenes, implementado a través de las direcciones regionales en 13 regiones del país.

Para seguir avanzando en este trabajo se plantean las siguientes estrategias y desafíos:

Como sostiene Naciones Unidas, para elaborar una respuesta amplia debemos superar todos los obstáculos jurídicos, normativos, comerciales y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo; asignar los recursos adecuados; promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos y todas; fomentar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres; promover y proteger los derechos de las niñas a fin de reducir su vulnerabilidad al VIH/ SIDA.

- Incorporar Transversalmente la perspectiva de género en la Política Nacional e Intersectorial de VIH, tanto en prevención y atención.
- Promover los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres y Hombres, especialmente entre las personas jóvenes.
- Aumentar los conocimientos correctos en materia de prevención, especialmente el uso correcto del preservativo.
- Aumentar los conocimientos en conductas de riesgo de ITS y VIH/ SIDA.
- Aumentar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, promover el auto cuidado y la sexualidad responsable.
- Promover el auto cuidado en salud de las mujeres y aumentar la cobertura y periodicidad del examen PAP y el examen de ELISA.

Octubre 2006

MEJORES PRÁCTICAS DE COLOMBIA EN LA ATENCIÓN AL VIH Y SIDA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO
Trigésima Tercera Asamblea de Delegadas de la CIM

Las mejores prácticas de Colombia en la atención al VIH y SIDA se pueden analizar a través de (1) Medidas legislativas y (2) Políticas, programas, proyectos y estrategias en el tema.

1. Medidas legislativas:

El 15 de julio de 2005, el Congreso de la República de Colombia promulgó la Ley 972 de 2005 "Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA".

Mediante la ley mencionada, se establecieron importantes compromisos y medidas por parte del Estado en el tema. Así, entre otros la ley (i) declaró de interés y prioridad nacional para Colombia la atención integral estatal a la lucha contra el VIH y el SIDA, (ii) estableció que el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá garantizar el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas y catastróficas de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos., (iii) institucionalizó el 1 de diciembre de cada año como Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, (iv) para esa fecha comprometió al Ministerio de Protección Social como coordinador de todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción en salud en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA, y (v) consideró como obligatoria la atención y asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida. El artículo 2 de la ley estableció una garantía a la dignidad de la persona de la siguiente manera:

> ARTÍCULO 2o. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.
>
> Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

2. Políticas, programas, proyectos y estrategias en el tema

a) <u>Política de Salud Sexual y Reproductiva liderada por el Ministerio de Protección Social:</u>

El Ministerio de Protección Social expidió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para el período 2002 a 2006, la cual parte de una conceptualización de la SSR,

bajo el planteamiento básico de que los derechos sexuales y reproductivos- DSR son parte de los derechos humanos y por lo tanto deben trabajarse desde esta perspectiva, además, reconociendo que la salud es un servicio público. Los principales temas en torno a los cuales gira la propuesta son: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. El objetivo general es mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población, con especial énfasis en el empoderamiento de las mujeres, la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

Las siguientes son las estrategias desarrolladas por el Ministerio de Protección Social para mejorar la situación de las mujeres:

- Incremento del compromiso político, en la promoción del uso de servicios de salud para las mujeres.
- Mejoramiento de la capacidad gerencial a través de la edición y difusión nacional de las normas y guías de atención en SSR en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Fortalecimiento de la Coordinación Intersectorial en torno a la SSR a través de diversas acciones.

b) Proyecto piloto salud sexual y reproductiva, ITS y VIH-SIDA en jóvenes de 10 a 24 años – Montería (Córdoba)

La OIM desarrolló un proyecto piloto para la construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS/VIH/SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de **población desplazada en Montería**.

El proyecto fue financiado con recursos del **Fondo 1035 de la OIM en Ginebra** e implementado por la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia y Profamilia, con el acompañamiento del Mecanismo Coordinador de País, que presenta e implementa este tipo de iniciativas ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

El proyecto consistió en la ejecución de procesos de sensibilización y formación dirigidos a las autoridades formales e informales a nivel local, a los equipos locales de salud y de educación, y a los jóvenes en contexto de desplazamiento en el municipio de Montería.

El **objetivo** principal fue reducir la vulnerabilidad de esta población frente a las ITS/VIH/SIDA, desde un enfoque integral de realización de los derechos humanos, con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género.

Esta experiencia piloto se implementó como un aporte al proyecto marco aprobado por el Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y Malaria, conocido como el **Proyecto del Fondo Mundial** en Colombia.

c) Proyecto Colombia

El proyecto: **“Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH/SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”**, financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, inició actividades en mayo de 2004. El proyecto es liderado y coordinado por el Mecanismo Coordinador de País (MCP) que preside el Ministerio de la Protección Social y donde participan agencias del Estado, las Agencias de Cooperación del Sistema de Naciones Unidas y representantes de la sociedad civil, incluyendo a personas afectadas por el VIH.

Los objetivos del proyecto están orientados a fortalecer la respuesta social y la coordinación intersectorial en los niveles municipales, al mejoramiento del acceso y de la calidad de los servicios de educación para la sexualidad y prestación de servicios en salud sexual y reproductiva a jóvenes y adolescentes, y a la formación y empoderamiento de adolescentes y jóvenes viviendo en contextos de desplazamiento. Las poblaciones beneficiarias son las autoridades municipales y los comités locales de trabajo intersectorial, los equipos de salud y la comunidad educativa de las zonas de acción del proyecto y 600.000 jóvenes, mujeres y hombres en condiciones de vulnerabilidad, entre 10 y 24 años, tanto desplazados/as como habitantes de municipios y localidades receptoras, de los cuales 100.000 son beneficiarios directos y 500.000 beneficiarios indirectos. Durante 2004 y 2005, se llevó a cabo una fase de planificación y coordinación diseñando y poniendo en funcionamiento un sistema de monitoreo y evaluación, una caja de herramientas, un sistema de suministros y una campaña de comunicación.

Los contenidos temáticos necesarios para la operación del Proyecto fueron diseñados, publicados y validados en 8 módulos de la caja de herramientas que dan apoyo a los procesos de capacitación de las poblaciones objeto del proyecto en derechos humanos con énfasis en derechos sexuales y reproductivos, educación sexual, salud sexual y reproductiva con énfasis e VIH y SIDA, trabajo en equipo, trabajo con jóvenes y emprendimientos juveniles, abuso y explotación sexual y sistema de monitoreo y evaluación. Se seleccionaron, contrataron y capacitaron, en dos fases, un total de 104 entidades ejecutoras, pertenecientes a organizaciones no gubernamentales (ONG) organizaciones de base comunitaria y del sector académico que en alianza, ejecutan el proyecto en los 48 Municipios.

La fase de ejecución se inició en enero de 2005 en 16 municipios, luego en enero de 2006 en los 32 municipios restantes para un total de 48, meta del proyecto. Los principales logros de la ejecución del proyecto a marzo de 2006, son el posicionamiento local del proyecto a través de la conformación y funcionamiento de instancias locales de coordinación intersectorial, donde participan 646 organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil y de la cooperación internacional, con quienes se han concertado 19 planes de atención integral a población en contexto de desplazamiento y se han capacitado 651 miembros/as. Se han levantado 19 líneas de base municipales que han permitido seleccionar Unidades Base de Acción (UBA) donde se focaliza y desarrolla el proyecto. En las UBA seleccionadas, se han conformado 23 equipos intersectoriales de educación y salud, se han seleccionado y se está trabajando con 112 instituciones de educación, donde se han capacitado 574 docentes y 15.417 jóvenes escolarizados que se han beneficiado en estrategias educativas en educación para la sexualidad; se está trabajando en 68 instituciones municipales de salud, en los que se han capacitado 235 funcionarios/as para el mejoramiento de la calidad de servicios salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH y donde se han atendido 34.829 jóvenes. Un total de 27.830 jóvenes

han sido beneficiados de los programas de formación y empoderamiento y 582 grupos familiares de estos jóvenes, han sido sensibilizados.

d) Estudio de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia (Gladys Eugenia Canaval, Claudia Patricia Valencia, Liliana Forero, Nibia Guardela, Adalgisa Magaña y Yadira Vargas)

El propósito de este estudio fue contribuir con la promoción de la salud de las mujeres de la ciudad de Cali; adicionalmente sensibilizar a las mujeres participantes sobre la problemática de la infección por el VIH/SIDA y otras ITS. Objetivos: 1) Explorar la presencia de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA y otras ITS en las mujeres participantes del estudio; 2) Determinar la vulnerabilidad y percepción de riesgo de las mujeres a la infección por VIH y otras ITS. Se utilizó un diseño transversal por encuesta. En total participaron 312 mujeres de las 21 comunas de Cali en un rango de edad de 12 a 76 años. El 61% de las mujeres de la muestra eran sexualmente activas, y de éstas el 84% refirieron relaciones heterosexuales; el 11% había tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses. El 45% de las mujeres percibió infiel a su pareja sexual. El 51% de las mujeres se sienten cómodas hablando con su pareja de su vida sexual, este porcentaje disminuye a 40% cuando hablan con su pareja sobre sus necesidades en la relación y decrece al 29% al hablar sobre la existencia de otras compañeras sexuales. El 9% reportó violencia sexual por su pareja. El 70% se percibió vulnerable al VIH/SIDA, sin embargo, sólo el 31% de las mujeres sexualmente activas usó el condón por temor al SIDA. La autoestima de las mujeres de la muestra fue alta, la mayoría sostenía relaciones monogámicas y no usaban ni compartían agujas para inyección endovenosa. Se discuten aspectos relacionados con el empoderamiento de las mujeres como estrategia para dar mayor énfasis a la promoción de la salud en lugar de la prevención de la enfermedad.

e) Intervención educativa para la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes uniformados de la policía nacional

Este proyecto está enfocado al desarrollo de estrategias y acciones para la promoción de comportamientos sexuales protectivos y la prevención de la infección por VIH/SIDA, con los y las jóvenes uniformados/as, miembros/as de la Fuerza de Policía dentro del la estructura del Programa "Juventud Viva", Programa de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. La población objetivo son 18.000 jóvenes uniformados/as, hombres y mujeres, miembros de 14 escuelas de entrenamiento, distribuidas geográficamente en 10 departamentos y 5000 miembros/as uniformados/as de la policía, que trabajan en las cinco divisiones de la Policía Metropolitana de Bogotá.

f) Salud Sexual y Reproductiva y Equidad de Género en las Fuerzas Armadas de Colombia

Con el fin de que las Fuerzas Armadas y la Policía de Colombia cuenten con un programa institucional de promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/SIDA, equidad de género y participación comunitaria, la Presidencia de la República y el Ministerio de Defensa, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), llevan a cabo este proyecto.

Uno de los principales objetivos de este programa es aprovechar la experiencia desarrollada por otros países latinoamericanos en esta materia, para lo cual se cuenta con la participación de altos funcionarios/as de Fuerzas Armadas y Policiales de Argentina, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Este amplio intercambio de experiencias permite identificar mejores prácticas, lecciones aprendidas y recomendaciones que nutrirán la formulación de un proyecto de la Fuerza Pública colombiana que se aplique en las distintas unidades militares y policiales y que fortalezca la apropiación de estos temas por parte de la ciudadanía.

Mayores Informes: UNFPA, teléfono (57-1) 4889000 ext 499, Fax (57-1) 4889010 cód 499.

g) Estado del Arte / *Respuesta Nacional- ONUSIDA*

La respuesta del Estado colombiano a la epidemia del VIH/SIDA durante el periodo 2000-2005 se ha articulado alrededor de dos planes de respuesta nacional: el Plan Estratégico Nacional 2000-2003 (PEN) y el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007 (PIRN). El PEN estuvo orientado a consolidar la coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecer las acciones en información, educación y comunicación (IEC), promover la participación social, diseñar e implementar programas y proyectos de prevención y asistencia con las poblaciones más vulnerables; movilizar al sector privado; actualizar el marco legal en VIH/SIDA, fortalecer del sistema de vigilancia en salud pública, promover la investigación y evaluar las acciones desarrolladas.

El PEN fue incorporando y adaptando los siguientes desarrollos legislativos, normativos y los compromisos nacionales que se dieron con posterioridad a su formulación: El Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001), por medio del cual se definieron los recursos y competencias del nivel nacional, departamental y municipal para la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de las acciones de salud pública. Este sistema definió las responsabilidades de atención por nivel territorial, en particular en lo relacionado con la atención a la población pobre no asegurada, sujeto prioritario de la inversión de los recursos; estableció los mecanismos para distribución y manejo de los recursos destinados al sector salud y para el manejo de los recursos del régimen subsidiado; definió que las acciones de salud pública, la asignación de recursos, la supervisión de prestadores y la habilitación de IPS públicas y privadas serían ejecutadas por las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos), de acuerdo con los lineamientos establecidos desde el nivel nacional, y estableció la necesidad de redes de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles territoriales.

Las acciones departamentales y municipales en prevención y atención del VIH/SIDA se enmarcan en los objetivos estratégicos y ejes temáticos de los planes nacionales y se ejecutan con recursos de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de las transferencias nacionales y con recursos propios de los entes territoriales. La instancia de coordinación intersectorial para el direccionamiento de las políticas y estrategias relacionadas con el VIH es el Consejo Nacional de SIDA, CONASIDA, establecido por el decreto 1543/97 [Ministerio de Salud, 1997], como máximo ente asesor en el área. Cuenta con la participación de la sociedad civil incluyendo representatividad de las poblaciones vulnerables. Otras dos instancias de coordinación intersectorial complementan la labor del CONASIDA: el grupo temático de ONUSIDA, que reúne las agencias del sistema de Naciones Unidas, instituciones del Estado y representantes de la sociedad civil y el Mecanismo Coordinador de País (MCP), conformado de acuerdo con las directrices del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el cual funciona como instancia encargada de la redacción e implementación de los proyectos que se presentan ante el Fondo Mundial, como parte de la respuesta nacional a la epidemia.

h) Desarrollos en coordinación intersectorial

El CONASIDA (conformado por varios Ministerios e instituciones del Estado, organismos internacionales y representantes de ONG y de Población Viviendo con VIH/SIDA.-PVVS y presidido por el Ministerio de la Protección Social), el Grupo Temático y el MCP han trabajado colectivamente generando vínculos sólidos y sinergias entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias de cooperación internacional. Durante el periodo 2000-2005 se hicieron esfuerzos significativos para reactivar el Consejo Nacional de SIDA, buscando fortalecerlo en su carácter de máxima instancia de coordinación y generación de política pública en lo relacionado con la respuesta nacional a la epidemia, acorde con la iniciativa global de los "tres unos" propuesta por ONUSIDA.

Con este propósito se conformaron tres subcomités técnicos en las áreas específicas de promoción y prevención, atención y apoyo y vigilancia en salud pública. La mayoría de las entidades integrantes del CONASIDA han participado activamente en la formulación e implementación de los planes nacionales. Durante la primera mitad del periodo no hubo mayor participación en el seguimiento al PEN 2000-2003, debido en parte a los cambios administrativos y estructurales del Estado que se presentaron en ese período, particularmente en el entonces Ministerio de Salud. Una vez superadas las dificultades del periodo de transición, durante el cual se fusionaron los Ministerios de Salud y Trabajo, se reactivó el funcionamiento e incidencia política del CONASIDA y actualmente se hace un mejor seguimiento del PIRN 2004-2007. Las relaciones del sector gubernamental con las organizaciones de la sociedad civil se desarrollan en el marco de los planes de respuesta nacional y han facilitado una mayor participación de la sociedad civil y el fortalecimiento de la coordinación entre las diferentes organizaciones, particularmente aquellas conformadas por personas viviendo con VIH/SIDA.

i) Desarrollos en promoción y prevención

En el departamento de Santander se llevó a cabo en el año 2000 el proyecto: **"Actualización de los equipos de salud en ITS y SIDA y disminución de factores de riesgo en trabajadoras sexuales"**. Así mismo, el plan departamental adoptado para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva mostró en el año 2004 un alto porcentaje de cumplimiento en las metas de formación en el ámbito municipal para las actividades de IEC. Se desarrollaron y distribuyeron piezas comunicacionales preventivas entre las que se encuentran un plegable promocionando y divulgando los derechos sexuales y reproductivos, una cartilla de prevención en salud sexual y reproductiva y una cartilla con información sobre ITS.

El proyecto: **"Medios de comunicación y SIDA"** fue diseñado y ejecutado en 2001 con el objetivo de lograr un mayor compromiso y participación de los medios de comunicación en la prevención de las ITS/VIH/SIDA. Se desarrolló un proceso de capacitación dirigido a comunicadores sociales y periodistas sobre mercadeo social aplicado a la salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención de ITS y SIDA, se promovió y logró temporalmente un aumento del tiempo dedicado por los medios de comunicación nacionales y regionales en la emisión de mensajes preventivos y se apoyó el diseño de campañas locales de mercadeo social en prevención de las ITS y el SIDA, elaborados por los y las participantes del proceso de capacitación. 360 periodistas de 12 ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Pasto, Barranquilla, Cartagena, Valledupar, Bucaramanga, Cúcuta, Armenia, Ibagué y Neiva) participaron en los talleres de capacitación. Estos periodistas involucraron el tema del VIH/SIDA en sus actividades cotidianas, siendo evidente una apreciable modificación del lenguaje utilizado, notándose especialmente la omisión de juicios de valor y el respeto hacia la libre

elección de la orientación sexual. En la mayoría de las ciudades, la mayor participación fue de los periodistas de radio. En varias ciudades se diseñaron y emitieron programas de radio enfocados hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual, con amplia participación de los oyentes. El mercadeo social de uso del condón y de la prueba diagnóstica incluyó, además de las campañas, la compra y distribución de 338.983 condones por parte del Ministerio de la Protección Social por un valor de $100 millones de pesos, así como la compra y distribución de 10.000 pruebas rápidas [Ministerio de la Protección Social, 2004].

El desarrollo de la: **"Intervención comportamental con población carcelaria"** de las cárceles la Picota y Modelo de Bogotá, ejecutada en 2001 [INPEC/ONUSIDA, 2001], benefició 802 hombres privados de la libertad y 28 funcionarios de estos centros penitenciaros, quienes fueron informados y asesorados acerca de los factores de vulnerabilidad relacionados con el VIH/SIDA, estrategias de prevención y utilización adecuada del preservativo. Se les brindó también acceso a pruebas diagnósticas, previa asesoría y consentimiento informado y acceso a atención integral, en caso de obtener un resultado positivo. Se recolectaron 200 muestras (172 internos y 28 funcionarios) en la Picota, de las cuales se obtuvo un resultado positivo confirmado (0.58%) y 450 muestras en la Modelo (380 en internos y 70 en funcionarios) de los cuales 3 resultaron positivas (0.6%). El desarrollo de este proyecto puso en evidencia la necesidad de realizar un proceso de intervención que involucre a toda la comunidad carcelaria incluyendo prevención con personas no afectadas, prevención y tratamiento a personas viviendo con VIH. Además permitió establecer la necesidad de realizar intervenciones en diferentes áreas con el fin de capacitar a la comunidad en el reconocimiento, prevención y abordaje del VIH que incluyan información general a internos/as y motivación para la demanda voluntaria de la prueba diagnóstica, previa asesoría y consentimiento informado. Es necesaria la formación y capacitación de los trabajadores/as de las instituciones penitenciarias en prevención de la infección por VIH, atención integral y trato digno y respetuoso a las personas viviendo con el virus, reduciendo el estigma y la discriminación; y procesos continuos de asesoría y acompañamiento psicosocial a los y las internos/as viviendo con VIH o SIDA.

La **"Intervención comportamental para la reducción de riesgo de ITS, VIH/SIDA con jóvenes y adolescentes de asentamientos receptores de población desplazada por la violencia política en Montería",** realizada por la Fundación del Sinú y Funvihda en el 2001, capacitó 45 jóvenes en técnicas de educación de pares y en prevención del VIH/SIDA quienes multiplicaron la experiencia a 641 adolescentes y adultos jóvenes de la comunidad. Durante las intervenciones se distribuyó material educativo y se distribuyeron condones. También se realizó hizo una encuesta de creencias, actitudes y prácticas sobre la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA. Una intervención semejante fue realizada el mismo año en Barrancabermeja, beneficiando 904 jóvenes y adolescentes viviendo en contexto de desplazamiento forzado. En las recomendaciones del informe final se planteó la necesidad de darle continuidad a estos procesos de formación de formadores. Con este propósito se conformó un grupo de estudio con quince jóvenes, quienes posteriormente crearon una red de apoyo juvenil en prevención de VIH/SIDA.

El proyecto: **"Estudio de casos e intervención educativa con comunidades indígenas del departamento del Amazonas",** efectuado en 2001, permitió la caracterización de cuatro casos índice, reportados en los municipios de Leticia, Tarapacá y La Chorrera, y la implementación de una estrategia educativa que benefició a 320 personas, entre líderes y liderezas comunitarios/as y trabajadores/as de salud y educación. Se hizo evidente la conveniencia de tener en cuenta la cultura y creencias religiosas de las comunidades indígenas, para el diseño e implementación de futuras intervenciones preventivas. Entre noviembre del 2003 y julio de 2004, se llevó a cabo un **estudio**

exploratorio y una intervención preventiva con comunidades indígenas del Cauca. Se realizó un proceso de coordinación inicial con funcionarios de salud pública y del programa de salud del consejo regional indígena del Cauca (CRIC) y con líderes y liderezas comunitarios/as de algunos cabildos. El reconocimiento de los tabúes culturales y el desconocimiento del tema mostraron la pertinencia de trabajar con los promotores y promotoras de salud, en su mayoría mujeres adultas jóvenes, residentes en las comunidades y con un trabajo constante de campo y contacto directo con las familias en los diferentes cabildos. Se realizaron seis talleres iniciales de dos días con promotoras y promotores, quienes posteriormente facilitaron la replicación de la información de manera formal programando talleres e informal en las visitas que realizan a las familias en los respectivos cabildos. En estos talleres iniciales, se indagó sobre elementos de la sexualidad en las comunidades indígenas, intentando levantar una línea base que permitiera ubicar los puntos álgidos para tratar el tema. La reflexión partió de la vida de los y las participantes y del conocimiento que ellos y ellas poseen de las comunidades. Posteriormente se efectuaron otros nueve talleres, donde participaron comunidades de las étnias paeces, guambianos, coconucos, totoroes, ingas y yanaconas, residentes en los resguardos ubicados en los municipios de Buenos Aires, Santander de Quilichao, Caloto, Quintana, Poblazón, Inzá, Piendamó, Totoro y Popayán. Se cubrió una población total de 597 participantes, 389 mujeres y 268 hombres, resaltando la activa participación de las mujeres en los diferentes grupos. Los participantes se agruparon por edades para la realización de los talleres: mujeres y hombres mayores de 36 años, mujeres y hombres adultos entre 18 y 35 años y mujeres y hombres adolescentes y jóvenes de 10 a 18 años.*“ … el SIDA no existe”, “ … el SIDA es una enfermedad de gringos y de blancos”, “ … el SIDA es de las ciudades”*Afirmaciones de algunos líderes de las comunidades indígenas.

Para la población adulta mayor de estas comunidades, la vida ha cambiado radicalmente, se ha modificado la estructura familiar, así como las relaciones entre la pareja. Hace varios años existía un mayor control social sobre hombres y mujeres que dependía de los médicos tradicionales, de los padres y del cabildo, generando relaciones de complementariedad entre unos y otras; este control se ha ido debilitando cada vez más, promoviendo situaciones de inequidad entre los adultos mayores que afectan principalmente a las mujeres. Los hombres mayores, generalmente líderes, establecen relaciones con mujeres menores. Un problema que atraviesa las relaciones entre hombres y mujeres es el alcoholismo, más frecuente en hombres y generador de violencia intrafamiliar y abuso sexual, que se incorporan y “naturalizan” en la familia, en la medida en que no se cuestionan. Los cambios más radicales en las relaciones sexuales, los viven los jóvenes y adolescentes. Con respecto a la conquista amorosa, si bien sigue siendo una actividad masculina, cada vez las mujeres se apropian más de iniciar el acercamiento. La brecha de edad entre hombres y mujeres que se relacionan se ha ido cerrando en comparación de los grupos anteriores. Las relaciones exogámicas se siguen para hombres y mujeres, facilitadas por la necesidad de salir del territorio a buscar trabajo en los departamentos aledaños, por la llegada de nuevas personas que se vinculan al negocio de los cultivos ilícitos y por la presión por el territorio y el desplazamiento forzado. Se observa en este grupo una mayor libertad de los y las jóvenes; la mayor influencia de los medios de comunicación, los modelos de educación externos y la migración constante a las ciudades hacen que estos posean otra escala de valores que entran en conflicto con lo tradicional. La sensación de una mayor libertad y conocimiento sexual de las nuevas generaciones, realmente se traduce en nuevas ataduras, que generalmente afectan de manera negativa más la vida de las mujeres que la de los hombres. Los embarazos a temprana edad se tornan más problemáticos para las nuevas generaciones, porque los roles han cambiado, así como las expectativas de los padres y de los mismos jóvenes, con respecto al futuro. La búsqueda de identidad étnica, social y cultural que viven los y las jóvenes, se desarrolla en un marco de ambigüedad, por cuanto existe una fuerte tendencia en la política indígena de regresar en búsqueda de la esencia y la

tradición y de otro lado enfrentar la problemática del presente y pagar el costo de la inserción en un proyecto social político y ciudadano que habla del reconocimiento de la diferencia desde lo hegemónico. Esta coyuntura envía mensajes contradictorios a los jóvenes, por un lado habla de emancipación y por otro de subordinación. Un buen ejemplo fue la discusión frente al uso del preservativo: por un lado la política indígena se orienta a que las comunidades crezcan demográficamente, por el otro, los y las jóvenes, hombres y mujeres, no quieren tener los hijos a temprana edad y las mujeres jóvenes quisieran tener un menor número de hijos.

Esta enriquecedora experiencia permitió entrever lo complejo del mundo indígena frente a la salud sexual y reproductiva como espacio general en el que se desenvuelve la problemática del VIH/SIDA y se abrió una puerta para investigar con mayor profundidad y proponer alternativas en torno a diversos temas de relevancia y pertinencia para el momento histórico que viven las comunidades indígenas en el Cauca. Se evidenció también la importancia de mantener y dar continuidad al trabajo en esta línea, vinculando a más líderes, dada su imagen, poder y fuerza dentro de las comunidades.

En mayo de 2002 se llevó a cabo el: **"Encuentro intersectorial de educación y salud sexual"**, durante el cual se efectuó una evaluación del proyecto nacional de educación sexual, (PNES) creado en 1993 mediante la formulación de la ley nacional de educación sexual. Los principales problemas identificados se ubicaron en tres categorías: la respuesta estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. Dentro de la primera categoría se mencionó la presión ideológica ejercida por algunos sectores sociales, la sustancial disminución de recursos humanos y financieros asignados al PNES, la debilidad en la asistencia técnica para el desarrollo regional y local de la educación sexual. En la segunda categoría se identificó la tendencia predominante de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo, descuidando la calidad del mismo. En la tercera categoría se identificó la reproducción cultural de modelos que perpetúan la concepción de la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la inequidad de género; Educación sexual para adolescentes y jóvenes escolarizados.

El proyecto: **"Prevención del VIH/SIDA entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres - Proyecto Lambda fase 2",** fue ejecutado en el 2002 y el 2003 por la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Informó y sensibilizó a la comunidad gay y otros HSH, visitantes de los sitios de encuentro del centro de la ciudad de Bogotá, sobre la necesidad de lograr cambios actitudinales orientados a la adopción sostenida de comportamientos sexuales protegidos. Esta intervención incrementó la motivación, sensibilización y compromiso de los y las participantes, facilitando la apropiación de conceptos, promovió una participación más activa en la respuesta nacional y fortaleció la organización y capacidad de incidencia política de esta comunidad.

El proyecto de: **"Sensibilización y prevención de la infección por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH)",** fue ejecutado en Medellín en 2003 y 2004 por la Fundación Positivos por la Vida y la Corporación Comunidad Amigos Comunes, con financiación de la alcaldía de Medellín. Sus objetivos fueron sensibilizar e informar a los HSH que frecuentan los sitios de encuentro gay en estos municipios; involucrar a los propietarios y trabajadores de los sitios de encuentro y diversión en las campañas de prevención, promoción y educación sobre VIH y otras ITS; y motivar a los HSH para la demanda de la prueba diagnóstica y la eventual realización de un diagnóstico temprano de VIH y otras ITS. El proyecto se ejecutó con una metodología interactiva y participativa, mediante asesorías

personalizadas brindadas a los HSH que asisten a bares, discotecas, saunas, moteles, videos y clubes. Se distribuyó material educativo, publicitario y preventivo (plegables, afiches, manillas y condones). El plegable, para que cada beneficiario recibiera por escrito parte de la información brindada en la asesoría personalizada y tuviera los datos de contacto para resolver futuras inquietudes; los afiches como método para la divulgación amplia del proyecto, los cuales se fijaban en los diferentes locales, en las estaciones del metro y en algunas universidades de la ciudad; los vasos y los portavasos fueron diseñados para servir de recordatorio a los clientes de los locales; las manillas, diseñadas para señalar el compromiso del portador de la misma a cuidarse mediante la puesta en práctica del sexo seguro, la cual se convirtió en icono entre la población beneficiaria, que se estimó en cerca de 45.000 personas. Este proyecto de sensibilización y prevención con hombres que tienen sexo con hombres, fue desarrollado también en los municipios de Bello e Intervenciones preventivas dirigidas a otros grupos de alta vulnerabilidad en Itagüi en el 2005, por la misma fundación Positivos por la Vida, con financiación de la gobernación de Antioquia. Se llevó a cabo con la misma metodología del proyecto de Medellín y benefició aproximadamente a 14.000 personas. Cabe anotar que aunque desde 2001 se evidenció la necesidad de asignar mayores recursos hacia los grupos de mayor vulnerabilidad, de acuerdo con las recomendaciones del estudio de cuentas nacionales, durante este quinquenio fueron pocas las intervenciones de cobertura significativa dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres.

El proyecto: **“Prevención integral de las ITS–VIH/SIDA y del consumo de sustancias psicoactivas con y para prestadores y usuarios de servicios turísticos”,** se desarrolló e implementó en el archipiélago de San Andrés y Providencia. El proyecto consistió en una intervención basada en educación participativa y de pares, acompañada de una campaña de mercadeo social, validada mediante grupos focales, con diversos grupos de la comunidad isleña. Inicialmente se formó un equipo de facilitadores de los procesos educativos, se realizaron 2 talleres en los que participaron 240 trabajadores del sector turístico (trabajadores/as de hoteles, restaurantes, bares y discotecas, vendedores/as y guías de la playa, lancheros/as, taxistas), y se administró una encuesta de comportamientos. La campaña de mercadeo social incluyó la pauta de mensajes radiales por las principales emisoras locales, la exhibición de vallas en las playas y la distribución de afiches (seis referencias) y folletos informativos en toda la isla. Los lemas de la campaña fueron “En la vida real, no esperas que te lo digan” y “El SIDA es real y no respeta sexo, edad ni raza”.

En el año 2003, este proyecto de prevención con y para prestadores/as y usuarios/as de servicios turísticos, se replicó en el distrito turístico, cultural e histórico de Santa Marta (Taganga, Rodadero y Bahía de Santa Marta) y en los municipios turísticos de Tolú y Coveñas. Se implementó la misma estrategia de mercadeo social diseñada para el proyecto de San Andrés. Se seleccionaron cuatro de las seis referencias de afiche y mensajes radiales utilizadas inicialmente, de acuerdo con el concepto de los funcionarios de salud y líderes comunitarios locales. En Santa Marta se capacitaron 870 personas (40% mujeres) entre 18 y 54 años de edad, vinculadas a la prestación de servicios turísticos, mediante la realización de 20 talleres orientados a la prevención de las ITS-VIH/SIDA y del consumo de sustancias psicoactivas [Fundación Luz de Esperanza/ONUSIDA, 2003]. La metodología lúdica y participativa utilizada permitió crear un clima de diálogo abierto y reflexión sobre la vulnerabilidad individual y colectiva y sobre la importancia de adoptar actitudes y comportamientos protectores. En Tolú y Coveñas se realizaron 15 talleres; los y las participantes fueron peinadoras/es, conductores/as de los “bicitaxis”, guías turísticos, trabajadores/as de hoteles y restaurantes y otros comerciantes menores de las playas. En cada taller participaron de 40 a 45 participantes, para un total de 600 personas capacitadas.

La **“Intervención educativa con trabajadoras sexuales y sus clientes”,** desarrollada en 2003 por la ONG Cormujer, con 120 trabajadoras sexuales y 120 de sus clientes, incluyó en sus contenidos educativos la prevención del VIH y otras ITS promoviendo la adopción permanente de prácticas sexuales protectoras, la defensa y realización de derechos humanos y el ejercicio de ciudadanía, e investigó sobre la frecuencia y determinantes de las prácticas sexuales no protegidas, comprobando que la frecuencia de uso consistente del condón es aun muy baja en estos dos grupos.

El proyecto de: **“Prevención primaria y mejoramiento de las condiciones de vida de niños, jóvenes y adultos en situaciones de alto riesgo y de exclusión grave”,** en ejecución desde 2003 por la ONG Procrear, con la asesoría del Proyecto Viviendo de Caritas-Colombia, es orientado a población urbana habitante de calle, en situación de pobreza extrema, de explotación sexual y prostitución y consumo habitual de sustancias psicoactivas. La finalidad de esta propuesta es acompañar a las personas, grupos y comunidades en procesos orientados al auto-conocimiento y mejoramiento de sus vidas, desarrollando como objetivos: detener los procesos de autodestrucción, hacer que la persona pueda mantener los cambios logrados, reducir las conductas de riesgo y sus consecuencias, iniciar procesos de salida de las situaciones de riesgo y promover procesos de rehabilitación. Con la participación activa de la comunidad local a través de sus redes y actores locales, el proyecto se focaliza sobre trece campos de acción: educación básica, consumo de drogas, trabajo, vida sexual, seguridad personal, salud, vida de grupo, familia, consumo de alcohol, legalidad, vivienda, higiene, alimentación, situación psicológica. La evaluación de resultados del proyecto parece indicar una disminución significativa de conductas de riesgo en cuanto a consumo de drogas, trabajo, seguridad personal, salud, vida de grupo, relaciones con/en la familia, consumo de alcohol, legalidad, vivienda, higiene, alimentación, situación psicológica.

Desde el año 2004 el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, inició acciones concretas para reactivar y redimensionar el proyecto de educación sexual, ahora denominado: **“Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía”**. Aprovechando las lecciones aprendidas del pasado, esta propuesta busca incidir de manera clara en las instituciones educativas para que se construyan proyectos pedagógicos contextualizados en el marco de derechos humanos sexuales y reproductivos, para lo cual se ha constituido una estructura organizativa que permita un acompañamiento permanente en el tiempo. El proyecto se desarrolla como una experiencia piloto de 30 meses, en cinco regiones del país y apunta a tres productos fundamentales: una propuesta conceptual y operativa validada para su generalización en el país, una estrategia de formación docente y una estrategia de movilización de apoyos institucionales y sociales. Esto se traduce en instituciones educativas con proyectos pedagógicos con estrategias amplias y suficientes para que niños, niñas, jóvenes y personas adultas de la comunidad educativa puedan ejercer la promoción y defensa de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

En lo relacionado con procesos educativos orientados a la **prevención del VIH/SIDA entre adolescentes y jóvenes escolarizados**, las actividades más representativas efectuadas durante el quinquenio fueron las siguientes: • El desarrollo del Proyecto **“Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes y para jóvenes”**, realizado en los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Sucre, con cerca de 5.000 jóvenes escolarizados, no escolarizados y agentes educativos. Resultados de este proyecto fueron la caracterización sociocultural de la realidad juvenil y de sus vivencias de la sexualidad, y de las relaciones de género predominantes, así como el diseño y validación de los contenidos y metodologías de educación sexual con enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos, para la elaboración de materiales pedagógicos de apoyo, los cuales se constituyeron en valiosos insumos para el desarrolló la nueva propuesta del Ministerio de

Educación en materia de educación sexual. • La implementación de siete proyectos locales diseñados y ejecutados por estudiantes y docentes de secundaria, que fueron seleccionados entre las propuestas recibidas en 1999 en el marco del proyecto nacional: **"Escuchamos propuestas"**. Estos proyectos locales de desarrollaron en 2000 y 2001, en los municipios de San Andrés, Icononzo, Neiva, La Dorada, Barranquilla, Cúcuta y Pereira. • El proyecto educativo **"Tú Decides"**, ejecutado en Barranquilla y Santa Marta en 2002 y 2003 por la ONG "Fundación en Acción", benefició a 3.000 estudiantes de secundaria. Esta experiencia evidenció las profundas necesidades educativas en el campo de la sexualidad, mostrando que los esquemas culturales existentes en la región Caribe que siguen prevaleciendo entre las nuevas generaciones, determinan condiciones de inferioridad de las mujeres frente a los hombres, haciéndolas más vulnerables frente a la infección por VIH. Evidenció también que involucrar a PVVS en las estrategias educativas y preventivas, aumenta el impacto de estas, contribuyendo a reducir los mitos, el estigma y la discriminación y que los proyectos que demuestran ser innovadores y tener impacto en la comunidad, sensibilizan a los medios de comunicación y despiertan el interés de los grupos sociales social sobre el VIH/SIDA. • En desarrollo de la propuesta: **"Prevención integral de las ITS/VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes de Quibdó"**, ejecutada en 2003 por la ONG Chocó Pacífico y por ACNUR, se capacitaron 3.019 adolescentes y jóvenes, aplicando una estrategia educacional participativa en colegios y barrios de la ciudad. Se diseñó un afiche promocional acorde con las ideas y reflexiones de los y las jóvenes, expresadas en los ejercicios de capacitación, se realizó una encuesta caps a 160 jóvenes y se promovió y facilitó la conformación de un comité local de lucha contra el SIDA. Entre las lecciones aprendidas de esta experiencia, se destaca la dificultad para establecer un diálogo participativo sobre sexualidad, a pesar de considerarse la cultura chocoana como alegre, abierta y espontánea y muy sensual por el manejo del cuerpo en los bailes y la forma de relacionarse. Una de las razones puede ser que las relaciones sexuales son concebidas como actos naturales y necesarios en el desarrollo de las personas y por lo tanto se viven y se comparten pero "no se hablan". La comunicación por lo tanto no fluye fácilmente para estos tópicos, a pesar de ser una cultura con una fuerte tradición oral.

El proyecto: **"Iniciativa nacional para la reducción de la transmisión vertical del VIH en Colombia",** fue apoyado financieramente por la comisión europea y ejecutado entre abril de 2003 y febrero de 2006 por la alianza conformada por ONUSIDA, el Instituto Nacional de Salud y la Federación de Cooperativas de Hospitales, Feredsalud. Sus objetivos fueron promover el reconocimiento y la conciencia entre las mujeres colombianas de su vulnerabilidad ante el SIDA y de la importancia de conocer su estado serológico frente a la infección por VIH, ofrecer la pruebas diagnósticas como parte de la atención y control prenatal; proveer atención integral a las mujeres diagnosticadas, incluyendo tratamiento antiretroviral; brindar apoyo psicosocial a las mujeres y a sus familias; lograr que las entidades aseguradoras se comprometan con la reducción de la transmisión vertical del VIH; y promover y apoyar la implementación de esta iniciativa como política específica de salud pública en el país. El proyecto se gestó a partir de la experiencia de siete iniciativas regionales apoyadas por ONUSIDA desde 1999, durante las cuales se realizaron 16.000 pruebas diagnósticas a mujeres embarazadas. Las principales actividades del proyecto fueron la incorporación de la prueba voluntaria durante el control prenatal, el diseño y pauta de una campaña de medios (televisión y radio) promoviendo la demanda de la prueba por parte de las mujeres con el lema "A tu hijo transmítele solo amor", la atención integral a las mujeres diagnosticadas, sus cónyuges y sus núcleos familiares, la atención del parto por cesárea y la sustitución de la leche materna. El proyecto se implementó en 912 municipios de 33 departamentos y sus actividades se llevan a cabo en 1.246 instituciones de salud. Se llevaron a cabo 54 talleres de capacitación con la participación de aproximadamente 3.500 profesionales del sector de la salud. Se suscribieron 20 convenios de cooperación entre el proyecto y los gobiernos departamentales. La aceptación de la prueba

diagnóstica reportada hasta diciembre de 2005, fue del 85%. Hasta febrero de 2006 se habían realizado 371.425 pruebas Elisa para VIH a mujeres gestantes; 854 mujeres fueron diagnosticadas con infección por VIH, correspondientes a 0,20%. El 18% de las gestantes diagnosticadas eran menores de 20 años al momento de la capacitación y el 89% eran amas de casa. El sostenimiento de la estrategia con cobertura nacional, es actualmente una prioridad y un compromiso asumido por los gobiernos nacional y departamentales y ha sido adoptado progresivamente por las entidades aseguradoras de carácter privado. Sin embargo, a pesar de las acciones de abogacía realizadas durante la ejecución del proyecto, no fue posible garantizar el aseguramiento de todas las mujeres beneficiarias ni la continuidad del tratamiento antiretroviral, una vez dejaban de recibirlo por cuenta del proyecto, seis meses después del parto.

En el año 2004 se llevó a cabo un: **"Programa de reducción del daño en trabajadores sexuales informales de la zona centro de Bogotá",** con un énfasis en reducción de daños relacionados con el trabajo sexual y el consumo de sustancias psicoactivas. Se llevaron a cabo 12 talleres con un promedio de 35 participantes en cada uno. La población atendida fue flotante, dadas las condiciones de vida que tienen; algunas personas olvidaban el día de la reunión, no se despertaban, se ocupaban en la búsqueda de los recursos para cubrir las necesidades diarias, o habían sido detenidas por la policía. Sólo 18 personas asistieron a los 12 talleres realizados. La mayoría de los trabajadores sexuales hombres eran jóvenes adolescentes, algunos vivían aún con sus familias, quienes desconocen su actividad en el trabajo sexual. El contacto entre el trabajador y el cliente lo realiza un tercero, quien cobra por el servicio. Los talleres iniciaban con la revisión de rutinas cotidianas, en donde se evidenciaron las particularidades de cada persona. Cada quién actúa el día con su propia dinámica, girando principalmente en torno al consumo de psicoactivos, a la alimentación y la habitación diaria. La resignificación de rutinas, permitió reconstruir hábitos, mediante la práctica del aseo e higiene corporal diario, cambio periódico de la ropa, uso del preservativo e implementar hábitos de aseo e higiene en las relaciones sexuales, búsqueda de habitación para dormir y consecución de la alimentación diaria. Se promovió el uso adecuado del preservativo en el trabajo sexual y en las relaciones afectivas mediante la entrega de 7.800 condones. Fue evidente el interés que tiene esta población frente a la capacitación. Las personas administradoras de los establecimientos (residencias) donde se realizan los encuentros sexuales colaboraron con el proyecto, permitiendo el ingreso del equipo a sus instalaciones y la realización del ejercicio con los jóvenes.

En el informe final se recomienda dar continuidad y seguimiento a propuestas que permitan acompañar al trabajador sexual informal en su cotidianidad, en su cultura, que permita acceder a la lógica de lo sensible, abierta a la aceptación de las diferencias, a fin de articularlos en un proceso de reconstrucción de la singularidad propia y ajena.

Campaña institucional de comunicación social "¿Lo tienes? ¿Lo usas?" (2005), que incluye contenidos específicos para VIH/SIDA y para la estrategia de promoción de sangre segura. La campaña resalta el uso del preservativo como herramienta preventiva eficaz, como elemento de la vida cotidiana y como un medio para el ejercicio de una sexualidad sana y responsable, que apunte a romper percepciones sociales que ubican al SIDA como algo ajeno que le ocurre a terceras personas. Incluye cuatro mensajes de televisión, cuatro de radio, tres referencias de afiche y cuatro de plegable para la prevención del VIH/SIDA y un mensaje de televisión, uno de radio, una referencia de afiche y una de plegable para promover la donación altruista de sangre. El componente de VIH/SIDA de la campaña está orientado hacia: • Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres, adolescentes de ambos sexos y personas que viven con el virus. • La realización de los derechos humanos fundamentales como el derecho a la vida, a la libertad de conciencia, al libre desarrollo de la

personalidad, a la libertad de expresión, a la igualdad, a la intimidad, a la libre circulación y también a los derechos sexuales y reproductivos. • La superación de barreras para el uso del condón como el machismo, el silencio por temor, la confianza sobre falsos supuestos, los mitos acerca de su uso, la desinformación; la falta de acceso y la presión social. • El refuerzo de valores como la libertad, la solidaridad, la justicia y elementos como la responsabilidad, el respeto, el diálogo y el reconocimiento de las diferencias. • La no-discriminación. • La resignificación de conceptos o cambio de imaginarios sociales. • La innovación y creatividad.

En desarrollo del proyecto: **"Movilización social para el sexo seguro en Bogotá",** se diseñó e implementó una campaña de mercadeo social orientada incentivar el uso del condón, divulgar los derechos sexuales y reproductivos y realizar distribución gratuita de condones, a través de los referentes de los programas de salud sexual y reproductiva de las empresas sociales del Estado.

La iniciativa: **"Por una Guajira libre de SIDA"** desarrollada por la empresa Carbones del Cerrejón con el apoyo de la Universidad del Norte, la Fundación Francois-Xavier Bagnoud y la Secretaría Departamental de Salud, adelanta desde hace tres años un programa integral orientado a reducir la incidencia del VIH en el Departamento de la Guajira, mediante acciones de promoción y prevención tanto en el interior de su organización como con las comunidades de los diferentes municipios del Departamento. En desarrollo del programa interno, se conformó y capacitó un equipo interdisciplinario, se efectuó un estudio de ceroprevalencia entre la población laboral y se logró la estructuración e implementación de una estrategia de comunicaciones así como la institucionalización de la conmemoración del día mundial de lucha contra el SIDA, involucrando a los familiares residentes en La Mina, empleados/as, contratistas y comunidades vecinas. El programa orientado a la comunidad se desarrolló dentro del marco del proyecto de: **"Promoción de la Vida Saludable"**, cuyo propósito es educar formadores/as en estilos de vida saludable, en diversos temas como infección por VIH y SIDA, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, alcoholismo y drogadicción. Se implementó un programa integral con el cual se han logrado avances significativos en la divulgación del conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA entre las comunidades locales. Se capacitaron 102 profesionales de la salud y 148 líderes y liderezas comunitarios/as formadores/as, quienes desarrollaron talleres réplicas a sus pares. Se diseñó y desarrolló una estrategia de comunicaciones, visitas de seguimiento en los 15 municipios y se aplicaron 200 encuestas CAPS al inicio y final del programa. En las actividades que enmarcaron la ejecución del programa, se desarrollaron 730 talleres de prevención en los 15 municipios del Departamento de La Guajira con 23.287 beneficiarios/as directos/as y 116.435 indirectos/as. Actualmente el programa se encuentra en una segunda fase con la cual pretende hacer seguimiento al trabajo adelantado, ampliar la información entre los habitantes de la región y concienciar a las mujeres embarazadas de la importancia de hacerse la prueba de VIH/SIDA. La estrategia de comunicaciones incluyó la distribución de folletos, afiches, pasacalles, videos informativos, paquetes bibliográficos, preservativos para procesos educativos, cuñas radiales y entrevistas radiales como herramienta de sensibilización.

El proyecto: **"Intervención educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA, en las comunidades de adolescentes y jóvenes activos de la Policía Nacional de Colombia"**, orientado a la reducción del riesgo de infección por VIH y el SIDA, inició actividades en julio de 2005, tiene por objeto implementar un programa educativo que beneficia a 21.600 uniformados/as de la policía nacional, entre estudiantes de las escuelas de formación y agentes de la policía metropolitana de Bogotá. La dirección y coordinación del proyecto es ejercida por un comité conformado por delegados de ONUSIDA y de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (área de gestión de servicios en salud y gerencia del programa de salud sexual y reproductiva). El proceso educativo tiene

lugar a partir del desarrollo de talleres participativos donde se abordan diferentes aspectos de la sexualidad humana y se enfatiza sobre la vulnerabilidad social e individual frente al VIH y el SIDA. Se enfocan fundamentalmente a la adquisición de estilos de vida saludables, la promoción de la equidad de género, la sexualidad responsable, identidad y diversidad sexual, vulnerabilidad y percepción del riesgo, ética y derechos humanos. Simultáneamente al proceso de formación, se adelanta el diseño de un plan estratégico que, articulado al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Policía Nacional, brindará soporte institucional y administrativo, a las acciones planteadas y desarrolladas por este proyecto. Se han capacitado cerca de 17.000 estudiantes, en 356 talleres efectuados en las escuelas de formación policial: seccional Sumapaz, seccional Alejandro Gutiérrez, Escuela General Santander, Facultad de Especialidades, Centro de Estudios Superiores de la Policía Militar, cespo, seccional de Carabineros, seccional Rafael Reyes, seccional Gabriel González, seccional Simón Bolívar, seccional Rafael Núñez, seccional Provincia de Vélez, seccional Carlos E. Restrepo, seccional Eduardo Cuevas, seccional Antonio Nariño.

La estrategia: **"Carnaval de la sexualidad",** desarrollada con jóvenes de tres municipios fronterizos de la amazonía colombiana, caracterizados por la pobreza, y el aislamiento geográfico, permitió reorientar actitudes y desarrollar habilidades de prevención ante el VIH y otras ITS y promover la salud sexual y reproductiva en 1.600 jóvenes de estos municipios, mediante estrategias lúdicas y artísticas en el marco del desarrollo de cuatro carnavales con duración de dos a tres días cada uno. Esta metodología novedosa y creativa permitió una participación activa de los y las jóvenes y mostró que existen diferencias de abordaje, visión y participación entre jóvenes colonos e indígenas. El juego, carnaval, drama, artes plásticas, educación por pares, son estrategias educativas alternativas efectivas en el trabajo de prevención con jóvenes colonos e indígenas. La inclusión de jóvenes líderes y liderezas en la capacitación, planeación e implementación, desarrolló habilidades de liderazgo claves para la educación por pares. Llevar estrategias de prevención novedosas a regiones apartadas y con dificultades de acceso, impactan de manera positiva los factores de vulnerabilidad en los jóvenes que residen en estas regiones.

El proyecto: **"Prevención de la infección por VIH-ITS en travestis de la ciudad de Leticia",** orientado a la reducción de la vulnerabilidad de esta población frente a las ITS/VIH/SIDA, fue ejecutado en el 2005 mediante la promoción del desarrollo de identidad y la sensibilización frente al riesgo y la prevención: Contó con la participación de 12 travestis con diversas identidades sexuales y orígenes étnicos que se capacitaron en prevención y como multiplicadores. También se hizo un proceso de sensibilización a 15 líderes de comunidad sobre la situación de los travestis.

Durante el período 2000-2005 se observaron también avances regionales específicos que incluyeron actividades de IEC, particularmente campañas y proyectos educativos, proyectos específicos de prevención con poblaciones vulnerables y distribución de condones. Algunos de ellos se reseñan a continuación. La gobernación del departamento del Valle suscribió un convenio con la ONG internacional AID for AIDS para implementar programas educativos dirigidos a niños, adolescentes y la comunidad en general, en coordinación con las entidades sanitarias existentes y estableciendo alianzas estratégicas con las ONG regionales. Entre las acciones orientadas a la prevención del VIH/SIDA y desarrolladas en la ciudad de Bogotá, se reportan la definición de un plan para la prevención y control del VIH y el SIDA, con cuatro líneas de trabajo (promoción, prevención, atención y vigilancia e investigación); la distribución gratuita de 2.200.000 condones, acompañada de actividades comunicacionales y pedagógicas, la entrega de 100 modelos anatómicos a las ese, ONG y otros sectores (INPEC, dabs, etc.) para la enseñanza del uso correcto del condón y la participación,

asesoría y coordinación intersectorial en la planeación y puesta en escena de la "II feria de jóvenes con-sentidos", con énfasis en sexualidad como eje temático principal (sds de Bogotá, 2005].

j) Desarrollos de la sociedad civil

En cuanto al apoyo a las **iniciativas de la sociedad civil** relacionadas con el fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria y con la protección y apoyo a las personas viviendo con VIH o SIDA, las acciones más representativas del quinquenio incluyeron: El desarrollo de cuatro seminarios-taller regionales de capacitación a ONG (Pereira, Villavicencio, Bucaramanga, Barranquilla) trabajando en VIH/SIDA, en el contexto de la reforma del SGSSS y la realización de un taller con la red de ONG de Bogotá.

El proyecto: **"Formación de veedores de la salud",** capacitó a 500 personas en participación ciudadana y veedurías de salud de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, y Pereira. Hizo énfasis en los derechos humanos de las PVVS, sus familias y neo-familias, y en el fortalecimiento de los grupos de apoyo y auto-apoyo. El propósito del proyecto fue fomentar y aumentar la participación de personas que viven con el VIH/SIDA, formándolos como veedores/as ciudadanos/as en salud. Se editaron y distribuyeron cinco cartillas informativas (1.000 ejemplares de cada una) con los siguientes títulos: participación y veeduría ciudadana; a que tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud?; la verdad sobre copagos y cuotas moderadoras; derecho de petición y salud; el consentimiento informado.

El fortalecimiento de la: **"Red nacional de mujeres viviendo con el virus o con SIDA (Proyecto Girasol)"**, con dos procesos de capacitación nacional en estrategias de desarrollo organizacional a las coordinadoras regionales de la red y el apoyo al proyecto de microempresa gaui (2001), iniciativa del Proyecto Girasol en Bogotá. Se fortalecieron redes regionales de PVVS y se capacitó en autocuidado y empoderamiento a personas viviendo con VIH de las ciudades de Popayán, Pasto y Buenaventura.

El desarrollo del proyecto: **"Tejerse para la vida"** desarrollado en el 2002-2003 en Bogotá por "EAT- tejedores de vida", brindó asistencia técnica, instrucción y materiales para la capacitación de 60 PVVS y sus familiares en la formación y desarrollo de microempresa en el área de tejidos. Los **talleres de creatividad artística con los niños y niñas viviendo con VIH/SIDA de la Fundación Fundamor** desarrollado en el 2002-2003 en Bogotá por la Fundación Juntos por Colombia. La **II Mesa Nacional de trabajo de líderes viviendo con VIH o SIDA** coordinada por la asociación Colombia saludable y los **VIII y IX encuentros nacionales de PVVS - "Aprendiendo a vivir mejor"** desarrollados en Cali por la ONG Fundación Vivir Mejor (ahora Apoyo y Solidaridad), fomentaron y aumentaron la participación de las PVVS al nivel nacional. La conformación de la **Mesa de trabajo en niñez y SIDA** en el año 2005, liderada por UNICEF y el desarrollo de un documento preliminar de política para la protección de los menores afectados por VIH o SIDA. La **conformación del grupo de apoyo Senderos**, que surgió en el 2001 como estrategia del programa de atención integral en VIH/SIDA de Comfenalco, para brindar capacitación a los y las pacientes, en temas como la adherencia al tratamiento, la prevención de enfermedades oportunistas, y el conocimiento de aspectos básicos de la patología y el apoyo psicosocial. El grupo se ha constituido en una estrategia básica para el seguimiento adecuado de los y las pacientes, el fortalecimiento de la adherencia y de la calidad de vida. Esta experiencia ha sido también fundamental en la disminución de costos en la atención de pacientes, prevención de hospitalizaciones, prevención de uso inadecuado de medicamentos y fortalecimiento de factores que influyen en la adherencia, liderazgo, autoestima,

compromiso y coherencia. El 95% de los pacientes que asisten al grupo se encuentran con carga viral indetectable, con CD4 superiores a 200 y ausencia de infecciones oportunistas.

En el contexto de esa pirámide, las organizaciones de la sociedad civil colombiana que trabajan en VIH/SIDA, han logrado llegar a incidir en la toma de decisiones, mediante sus acciones de presión social y su participación en las instancias de coordinación nacional. Hacia finales de 2003, existían en el país cerca de 30 grupos de apoyo y ONG conformadas por personas viviendo con VIH o SIDA. El avance más representativo del quinquenio en materia de consolidación de procesos organizativos de la sociedad civil fue el fortalecimiento de las tres redes más importantes existentes a nivel nacional y la reciente conformación de una red nacional de organizaciones sociales.

Las organizaciones más representativas a nivel nacional son la **Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH -Recolvih-, la Coalición de líderes viviendo con el virus o con SIDA y la Fundación Nacional de Mujeres Positivas, Proyecto Girasol.** Adicionalmente, en el año 2004, se estableció el capítulo colombiano de la *International Coalition of Women*, ICW, con sede en la ciudad de Cali. Se evidencia una importante presencia de organizaciones regionales y locales, que participan en los encuentros regionales y nacionales convocados por las redes. El desarrollo de procesos de abogacía e incidencia política ha estado marcado por la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la formulación de los dos planes nacionales, en la activa participación en el mecanismo coordinador de país para la formulación de los proyectos presentados al Fondo Mundial y en la participación en diferentes consultas nacionales y regionales en el tema. Las organizaciones de la sociedad civil han hecho parte en la implementación de proyectos nacionales como el proyecto financiado por el Fondo Mundial de lucha contra la tuberculosis, la malaria y el SIDA. En materia de garantía de derechos, las acciones de las organizaciones de la sociedad civil se han centrado en asesorar a las personas viviendo con el virus o con SIDA para la reclamación del derecho a la atención integral, particularmente a los medicamentos, a las que brindan asesoría y acompañamiento para la presentación de acciones de tutela y otros mecanismos de reclamación. En materia de difusión, han sido diversos los medios y publicaciones con contenido preventivo, de atención, de asesoría y de investigación producidos y distribuidos por las organizaciones de la sociedad civil.

Si bien sería imposible reseñar todo los materiales impresos y audiovisuales generados; detallamos a manera de ilustración, las **publicaciones** INdetectable, que incluyen la Revista “INdetectable”, la Revista “Médica INdetectable”; la página Web “indetectable.org” y la historieta del proyecto “Tu decides”, ya mencionado. Estas publicaciones han sido distribuidas en todo el país en forma gratuita a personas viviendo con VIH o SIDA, a sus familias, a organizaciones de base comunitaria y redes que las agrupan, a personas y organizaciones involucradas en la respuesta al VIH/SIDA y las comunidades afectadas. Las publicaciones también llegan a ONG, agencias de internacionales, hospitales y centros de atención, medios de comunicación involucrados con el área de la salud, organizaciones gubernamentales, trabajadoras/es de la salud, bibliotecas, organizaciones internacionales y poblaciones vulnerables. La revista INdetectable cumplió 7 años de edición continua periódica y de distribución nacional gratuita. Es reconocida en Colombia y en Latinoamérica por ser una de las primeras publicaciones especializadas en el tema. Actualmente hace parte del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH (GIPV), una red de publicaciones especializadas en el tema conformada por siete países. El portal www.indetectable.org es un portal especializado en el tema VIH/SIDA con amplios servicios informativos y de apoyo profesional gratuito a la comunidad, cuenta con diversas secciones que incluyen información básica para la prevención, 'temas de sexualidad, derechos humanos, tratamiento, diagnóstico y secciones especiales

para personas viviendo con el virus entre otras. El portal se actualiza constantemente e incluye las publicaciones realizadas por la Fundación en Acción en los dos últimos años. Cuenta con un sistema de evaluación de su impacto que no se limita únicamente a medir el número de visitantes sino que incluye otras variables que permiten adecuar permanentemente el portal a las necesidades y demandas de los y las visitantes.

REPUBLICA DEL ECUADOR

COMITÉ ECUATORIANANO DE COOPERACION CON LA COMISION INTERAMERICANA DE MUJERS -CECIM

MEJORES PRÁCTICAS PARA EL CONTROL DEL VIH/SIDA EN EL ECUADOR

QUITO, OCTUBRE DE 2006

MEJORES PRÁCTICAS PARA EL CONTROL DEL VIH/SIDA EN EL ECUADOR:

Experiencia de la Corporación KIMIRINA

¿Qué es el VIH/SIDA?

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana, material que se deposita en la célula humana huésped, destruyendo sus defensas y dañando su función natural.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido, que ocurre cuando el sistema inmunológico del ser humano está debilitado por el VIH, lo que permite que se afecten gravemente los pulmones, el cerebro, la piel u otros órganos, con enfermedades oportunistas que, a no ser por esta infección, serían susceptibles de tratamiento y cura.

El **VIH** puede pasar desapercibido por varios años en las personas afectadas, antes de manifestarse como **SIDA.**

…Actualmente es una epidemia que afecta o ha matado a millones de víctimas, por lo que nos concierne a todas y todos, niños, jóvenes y adultos.

…La idea de que nunca nos afectará y la falta de prevención hacen que cada vez más personas, especialmente mujeres heterosexuales que tienen relaciones normales de pareja, se infecten y no se enteren del riesgo que corren ellas y sus hijos.

El VIH/SIDA en el Ecuador

Infomación General

En el año 2005, en el Ecuador[1/], el VIH/SIDA afecta aproximadamente a unas 20.000 personas: 49.7% con SIDA y 50.3% seropositivas o portadoras del VIH. En el conjunto, el 43% son heterosexuales, el 27.4% homosexuales y el 17% bisexuales. En este año, fueron registrados en total 1.472 nuevos casos de infección por VIH, casi el doble de los 800 casos registrados en el año 2003. En el total de los casos nuevos, el 85% de personas infectadas tienen orientación heterosexual. Del total de afectados, el 52.2% de los casos de VIH SIDA registrados en el MSP, corresponde a adolescentes y jóvenes entre 14 y 29 años. El 6% de los casos nuevos se registra en adolescentes.

De los nuevos casos de VIH detectados entre mujeres en el año 2005, el 5.5% correspondió a trabajadoras sexuales y el 73.9% afectó a mujeres amas de casa, en su mayoría con parejas estables.

1. Fuente: Ministerio de Salud Pública-MSP.

Se calcula que la afectación es mucho mayor que la registrada en el MSP, pues se estima que por cada persona que conoce su diagnóstico positivo de VIH, otras 10 personas lo ignoran o porque quienes son portadores de VIH lo ocultan, por la discriminación que sufren, sea en espacios laborales o educativos. El temor y el rechazo del entorno social incide en que quienes conocen o sospechan que tienen el VIH no lo revelen o se sometan a tratamiento, para evitar ser discriminados o excluidos[2/].

Otro factor que agrava el problema es el elevado costo de tratamiento en el caso de portadores de VIH o enfermos de SIDA, que oscila entre 120 y 2000 dólares mensuales por paciente, según sea su grado de afectación. Cada dosis de de medicamento genérico antirretroviral cuesta 12 dólares y hay pacientes que necesitan hasta 8 dosis diarias, más exámenes para medir el nivel del virus, que cuestan aproximadamente 200 dólares[3/].

La Corporación KIMIRINA: presentación

La Corporación KIMIRINA[4/] inició hace 7 años su trabajo en la prevención y atención del VIH/SIDA, como una organización privada y sin fines de lucro, que se impuso como misión reducir el impacto que esta enfermedad produce en toda la sociedad y, especialmente, en la vida de las personas afectadas.

KIMIRINA aborda la respuesta al VIH/SIDA con un enfoque de integralidad y una perspectiva de desarrollo, porque la enfermedad tiene implicaciones directas en la vida de las personas, en su capacidad productiva y reproductiva, en las relaciones familiares y en la posibilidad de participación legítima de los afectados como sujetos con derechos en la sociedad.

El trabajo de KIMIRINA se realiza con énfasis en el enfoque de género, en razón de que en el país prevalecen relaciones machistas de pareja y que, en la mayoría de casos, las mujeres se encuentran menos informadas y más expuestas a los riesgos del VIH/SIDA. Se impulsa por ello en todos los ámbitos que se procure a las mujeres la detección temprana y la decisión de realizarse exámenes oportunos, con la cooperación de entidades que contribuyen a cubrir los costos que estas acciones requieren[5/].

El trabajo de KIMIRINA, además de a grupos estudiantiles y asociaciones barriales, se ha dirigido principalmente a grupos de base comunitaria de gays, travestis y transgéneros, trabajadoras sexuales y otras personas que viven con VIH/SIDA y que por ello se constituyen en los elementos de más alto riesgo para el contagio.

---

2. El Acuerdo No. 398 del 13 de Julio de 2006, expedido por el Ministerio de Trabajo y Empleo, prohibe en el Ecuador prácticas excluyentes en el plano laboral por asuntos de salud, incluyendo la infección de VIH/SIDA, en personas en capacidad de trabajar.

3. En Ecuador hay altos índices de desocupación y subempleo. La remuneración para la mayor parte de trabajadores asalariados es de US$160 al mes. El costo de la canasta básica familiar mensual es de US$480, lo que obliga a incorporar al trabajo a mujeres y niños, a fin de obtener ingresos para la subsistencia. Las condiciones de pobreza no permiten a muchos portadores de VIH o enfermos de SIDA costear los fármacos y exámenes que precisan.

4. “Kimirina,, en una de las lenguas nativas ancestrales del Ecuador quiere decir “abrazo de pareja” con un sentido de “unión sexual”.

5. Contribuyen a la atención en exámenes sin costo la Cruz Roja, el Ministerio de Salud Pública y sus dependencias especializadas y organizaciones privadas como CEMOPLAF.

KIMIRINA coordina sus acciones con instituciones que tienen en el Ecuador destacada trayectoria en los temas de salud sexual y reproductiva. Fomenta la movilización social de la comunidad, de grupos y organizaciones conformadas en torno a temas sociales, para que se interesen por trabajar en la prevención del VIH/SIDA y se conviertan en actores claves con capacidad técnica para proponer y desarrollar proyectos y acciones de forma que, en sus propias localidades y en el país, reviertan la tendencia creciente de la epidemia.

Para fortalecer sus propios esfuerzos, KIMIRINA impulsa iniciativas de capacitación y difusión de riesgos, establece acuerdos y alianzas estratégicas con organismos públicos y privados: el Ministerio de Salud, Concejos Municipales y Consejos Provinciales, y, coopera con otras ONGs nacionales e internacionales que se preocupan también por controlar el avance de la epidemia. Recibe cooperación internacional y, a su vez, actúa como entidad asesora o proveedora de consultoría especializada para organizaciones públicas y privadas que, en el exterior, coinciden en sus objetivos y esfuerzos para afrontar el riesgo del VIH/SIDA.

KIMIRINA: acciones en ejecución del Plan de Trabajo 2001-2006

1. Proyecto Prevención en las Fronteras de la Epidemia (PPF)

El PPF[6/] es una iniciativa global liderada por la Alianza Internacional de Inglaterra contra el VIH/SIDA. Para implementarlo en el Ecuador, KIMIRINA cuenta con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates y con el apoyo suplementario del DFID/HPD de Inglaterra. En el trabajo de KIMIRINA, el propósito principal del PPF es contribuir a la reducción de la incidencia del VIH/SIDA, persiguiendo tres metas centrales: (i) un ambiente favorable en seis ciudades populosas (Quito, Guayaquil, Portoviejo, Santo Domingo, Quevedo y Esmeraldas) en las que se trabaja para la prevención del VIH/SIDA; (ii) el empoderamiento efectivo de tres grupos clave, denominados "población clave", (PC), que por sus prácticas sexuales de riesgo necesitan involucrarse en el proceso de prevención[7/]: trabajadoras y trabajadores sexuales, (TS); hombres que tienen sexo con otros hombres, (HSH); y personas que viven con VIH/SIDA, (PVVS); y (iii) la provisión de servicios de atención médica y de asesoría para prueba voluntaria y rutinaria de VIH/SIDA, para prevenir la difusión del mal por personas infectadas que ignoran los riesgos.

Con este proyecto, además, KIMIRINA propicia la provisión de condones y lubricantes como insumos importantes para la prevención del VIH/SIDA.

La ejecución de este proyecto incluye alianzas estratégicas y compromisos de mutua cooperación con ONGs y con Organizaciones de Base Comunitaria-OBC con las que se impulsa y co-financia iniciativas locales: en Guayaquil 6, en Esmeraldas 5, en Santo Domingo 7, en Portoviejo 6, en Quito 7 y en Quevedo 4.

---

6. Es un proyecto global que se ejecuta en tres países considerados de baja prevalencia del VIH/SIDA: India, Camboya y Ecuador, en el período 2001-2006.

7. Se considera "población clave" a "la población que por sus prácticas sexuales de riesgo, puede constituirse en puente para la población en general y así incidir en la prevención del VIH/SIDA"

2. Programa Educacional de salud y prevención de VIH/SIDA

Este programa es apoyado por CAFOD, y son sus objetivos:

- Sensibilizar a jóvenes para la prevención del VIH/SIDA, a través del teatro foro y otras técnicas lúdicas, dirigido a jóvenes escolarizados y líderes indígenas migrantes de la provincia de Pichincha.
- Reforzamiento de acciones de los gobiernos locales y de organismos de salud, para construir ***políticas públicas de calidad*** en respuesta al VIH/SIDA. Este objetivo se ejecuta con el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y otros de ciudades menores.
- Incorporación de consejería pre y post examen de VIH en los servicios de la Cruz Roja de Guayaquil y Portoviejo, con el apoyo financiero de Merck Foundation y Merck Sharp & Dohme I.A. Corp. Ecuador.

3. Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios

Este proyecto se concentra en *investigación operativa y análisis de género*, está auspiciado por la World Aids Foundation – WAF, y se ha ejecutado mediante convenios de cooperación con ONGs y Organizaciones de Base Comunitarias Ecuatorianas que realizan, trabajo en VIH/SIDA.

4. Proyecto de prevención del VIH/SIDA con jóvenes

Este proyecto dirigido a jóvenes líderes y lideresas se ha aplicado en 5 redes comunales que incluyeron a 20 barrios urbano marginales de la ciudad de Esmeraldas y a los alumnos de varios colegios en los que jóvenes de ambos sexos se convirtieron en difusores de capacitación.

KIMIRINA, que dio el soporte técnico, contó para su ejecución con el *Foro Permanente de Mujeres de Esmeraldas*, y el financiamiento de la Fundación REPSOL YPF del Ecuador.

5. Papel de los Medios de Comunicación en la prevención del VIH/SIDA

Este proyecto, que contó con el auspicio de Policy Project, tuvo como objetivo desarrollar un mejor comportamiento de los medios de comunicación colectiva en la prevención del VIH/SIDA y en la reducción del estigma y discriminación hacia las Personas que viven con el virus del SIDA- PVVS, KIMIRINA lo desarrolló procurando la sensibilización y capacitación directa de gerentes y comunicadores sociales de los principales medios de comunicación de las cinco principales ciudades del país.

6. Conformación de la “Coalición de Personas Viviendo con VIH/SIDA”

Esta iniciativa se ha fortalecido y se mantiene, porque se considera que apoyándose entre sí, las personas afectadas pueden alcanzar mejores condiciones de atención. Este proyecto ha recibido el apoyo de GNP – The Global Network of People living with HIV/AIDS – Alianza Internacional contra el VIH/SIDA.

7. Asistencia Técnica Internacional

KIMIRINA ha realizado las siguientes actividades de asesoría, consultoría y asistencia técnica internacional:

- Programa Regional Alianza en los países del área andina: Ecuador, Perú y Bolivia. Auspicio: Alianza Internacional contra el VIH/SIDA.
- Apoyo técnico administrativo para los sub preceptores del Fondo Global en Bolivia. Auspicio: UNICEF Bolivia.

8. PARTICIPACIÓN EN LA CAMPAÑA NACIONAL FRENTE AL SIDA

El 7 y 8 de marzo del 2005, se realizó en la ciudad de Quito el Taller para el diseño de la **Campaña Nacional frente al SIDA 2005-2008,** el mismo que se realizó bajo la convocatoria de KIMIRINA, la Fundación Amigos por la Vida, la Fundación Ecuatoriana Equidad y el Programa Nacional SIDA del MSP, con la colaboración de la Campaña Mundial Contra el SIDA-WAC.

En esta actividad participaron el Ministerio de Salud Pública, representantes de la Coordinadora SIDA Guayas, Coordinadora SIDA-El Oro, Coordinadora SIDA Pichincha, RedSidazuay, Coalición de PVVS, Grupos de PVVS, Trabajadoras Sexuales, Hombres Gay, las Direcciones de Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, la Secretaría Técnica del Frente Social, y la representación del Seguro Social Campesino. Como organizaciones internacionales se contó con representaciones de la Alianza Internacional contra el SIDA, ONUSIDA, y MCP del Fondo Global.

Entre los resultados del taller se destaca el acuerdo sobre el desarrollo de una ***Campaña de Incidencia Política*** para asegurar un marco jurídico adecuado y con recursos suficientes para responder eficientemente ante la epidemia por parte del Estado, la protección de los derechos humanos de los grupos más vulnerables y de las PVVS, y el cumplimiento por parte del gobierno a los compromisos internacionales firmados por el país como los Objetivos del Milenio, la Declaración de Compromisos UNGASS, la Declaración de Nuevo León y otros relacionados a reducir el impacto de la epidemia en el país.

9. Proyecto de Fortalecimiento de la Respuesta del Municipio de Quito al VIH/SIDA

En Quito, capital de la República del Ecuador[8/], el Municipio del Distrito Metropolitano es el primer municipio en el país que impulsa un programa de VIH/SIDA, lo que ejecuta en convenio de mutua cooperación con KIMIRINA.

La Dirección Metropolitana de Salud trabaja desde hace dos años en el Proyecto de Fortalecimiento de la Respuesta del Municipio al VIH/SIDA, como un programa sostenido a corto, mediano y largo plazo, donde se plantea combatir a la enfermedad y detener su propagación; tomando en cuenta la información del Ministerio de Salud Pública, que en los últimos 13 años el número de casos de VIH/SIDA en el país se incrementó en un 86%.

---

8. Quito tiene actualmente alrededor de 2´1 millones de habitantes.

Las actividades preventivas y de capacitación que se ejecutan con este proyecto están dirigidas al cambio de comportamientos y conductas en la vida sexual de la población del Distrito Metropolitano de Quito, dado que el compromiso para prevenir la enfermedad es de toda la ciudadanía.

Además, con los conocimientos y propuestas planteadas por los talleristas se logro elaborar un manual sobre prevención de la enfermedad y se ha posibilitado que el personal capacitado del Municipio replique sus conocimientos al interior de la institución y fuera de ella.

KIMIRINA: resultados de su trabajo Mediante las acciones de ejecución de proyectos, asistencia técnica, asesoría especializada y consultorías, los logros alcanzados por KIMIRINA junto con sus aliados estratégicos locales, nacionales e internacionales han sido:

- Alcanzar en buena parte del Ecuador el fortalecimiento organizacional en grupos de base comunitaria y ONGs para desarrollar procesos de prevención del VIH/SIDA.
- Mejoramiento del entorno social en las localidades en que viven los grupos de población clave.
- Movilización de la comunidad afectada: coalición de personas viviendo con VIH/SIDA, constitución de la Red Ecuatoriana de trabajadoras sexuales.
- Impulso y participación técnica en trabajos que tienen incidencia política: Reglamento a la Ley de Prevención de VIH/SIDA, ajustes al Código de la Salud y establecimiento de normas de atención para trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Análisis y puesta en vigencia de Normas de Consejería: normas de atención a trabajadoras sexuales en el Código de la Salud.
- Desarrollo de metodologías: asesoría para promover en los más amplios espacios de opinión la convocatoria para la realización de prueba voluntaria y para la educación interpersonal y grupal.
- Convenio con el Municipio de Quito para el desarrollo de actividades en relación a VIH-SIDA y alianzas estratégicas con otros Municipios del país para el mismo fin.
- Formación de la Red de Travestis/ transgénero con el apoyo de Consultores comunitarios formados a través del proyecto “Pool de consultores”, apoyado por Alianza Internacional.
- Encuentro de organizaciones en defensa de los derechos de la niñez y adolescencia y las diversidades sexuales con la participación de organizaciones nacionales e internacionales.
- Ajuste de los proyectos específicos contra el VIH/SIDA que ejecutan grandes socios como CEMOPLAF y Cruz Roja: el proyecto de CEMOPLAF fue modificado en función de sus características para que: promueva la prueba para VIH y provea consejería entre sus usuarios, las cuales incluyen a embarazadas y personas que acuden por una Infección de Transmisión Sexual-ITS.

Avances por Localidad

Esmeraldas:

- Se apoyó la concreción de capacitación para los grupos de la población clave que ejecutan el PPF en seis localidades del país en el tema de derechos humanos (derechos de niños, niñas y adolescentes y grupos de orientación sexual diversa y de trabajo sexual), como una actividad del proyecto FUVES.

- Con el objetivo de llegar a las personas que viven con VIH/SIDA en Esmeraldas, se capacitó en asesoría en VIH/SIDA a las trabajadoras sociales de los principales servicios de salud de la localidad.

Santo Domingo:

- Se asesoró el desarrollo de acciones tendientes a expandir el interés en prevenir el VIH/SIDA a todo nivel; y a proyectar mensajes antiestigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA y hacia los grupos de diversidad sexual.
- Se logró la negociación con ABMUL (Asociación para el Bienestar de las mujeres libres de Santo Domingo), para capacitar a la directiva de la organización en temas de Sexualidad, VIH/SIDA, liderazgo y planificación estratégica.
- Se apoyó el diseño y producción de varios tipos de materiales informativos, tendientes a complementar y ampliar la cobertura de los mensajes de prevención de ITS, VIH/SIDA, reducción de riesgos, sexo seguro y promoción de la prueba.

Guayaquil:

- En base a la asistencia técnica en temas relacionados con la incidencia en actores políticos y el trabajo bajo alianzas se determinó la necesidad de trabajar con el municipio de Guayaquil.

Quevedo:

- Continua el trabajo de coordinación con actores a través del involucramiento efectivo de estos y de las PC (pares) en las actividades de prevención del VIH y de visibilización de las PC.

Portoviejo:

- Existe un acercamiento al gobierno local para presentar los avances de las acciones en beneficio de las PC.

REPUBLIC OF GUYANA

COUNTRY SUMMARY TO CIM/OAS

GENDER ASEPCTS OF HIV/AIDS

2006

MINISTRY OF LABOUR, HUMAN SERVICES
AND SOCIAL SECURITY

1, ***WATER & CORNHILL STREETS,***
STABROEK
GEORGETOWN
GUYANA

VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING

Voluntary Counselling and Testing Programme is offered to anyone who is desirous of knowing their health status throughout the administrative regions in Guyana. This programme is very gender sensitive, where everyone has access to the same service regardless of gender. The following areas can be considered best practical:

- Women are taught condom negotiating skills
- Client confidentially is maintained at all times
- Enhanced the capacity of families and communities to respond to the psychosocial needs of PLWHA's
- Link prevention activities with care Treatment and support for PLWHA's
- Strengthens the coping capacities of family and communities
- Increase the educational level of all e.g distributing fliers, posters with message relating to HIV/AIDS, using popular persons to engaged in VCT and share their experience publicly e.g. Discussing the benefits of knowing your status
- Reduce stigma and discrimination by making counseling and testing available to all
- Strengthens partners relationship at all levels
- Making VCT easily accessible to all

BEST PRACTICE FOR TREATMENT AND CARE

It is recognized that HIV/Aids have a negative impact on the socio-economic development of a country HIV/AIDS is now being accepted as a development issue.

The best practice that can be initiated for Treatment and care would be those can contribute toward a particular and Vulnerable population.

- Person who are usually considered to be at high risk of HIV e.g commercial sex workers and their clients, men who have sex with men adolescent and person with sexually transmitted disease. They would need to be targeted with special intervention and policy to protect there Vulnerability.
- (SPECIAL EDUCATION AND INTERVENTION). Out reach activities especially for women (CSW). They availability of support counseling and referral to social services are essential components for vulnerable groups.
- Syringes, needles and other equipment used for invasive procedure must not be reused. Every institution where invasive procedures are undertaken must provided adequate facilities for the disposal for sharps.
- Surgical, dental and other equipment used for invasive procedure and are normally reused must be properly sterilized after each use. MOH will provide norms and standard according to international standard.
- Condoms for commercial sale in a country bust be determine by MOH standard and confirm by a research unit.
- Health acre system should guaranteed confidentiality with stringent supportive policy.
- Professional who manage HIV/AIDS patient should be fully trained according to standardized norms and guidelines.
- HIV treatment should be available to all who is affected with HIV and without hindrance.

Best Practices in Home Based Care (HBC) as it relates to Gender:

Within the home based care program which is been offered through the various Treatment Sites and NGO's, the services are across the board where everyone weather Male or Female received the same access to the services offered. Hence the program is gender sensitive; the following areas can be considered as best practice;

- To facilitate the continuity of the patient's care from the heath facility to the home and community.
- To empower/educate the PLWHA, the family, and the community with the knowledge needed to ensure long-term care and support.
- To raise the acceptability of PLWHA's by the family/community, hence reducing the stigma associated with AIDS.
- To facilitate quality Community care for the infected and affected.
- To streamline the patient/client referral from the institutions into community and from the community to appropriate health and social facilities.
- To maintain clients confidentiality at all times.

Condom Distribution: Condom Vending Machine-Best Practices

(1) Machines are strategically located at female washrooms at two main hotels in Georgetown and two houses where sex workers ply their trade.

(2) Two other machines are placed at two popular drinking places where numerous young men spend their pastimes.

(3) Other Condom Vending Machines (CVM) are located where the general public can have access.

Hotline Operator-Best Practices

(1) Information dissemination is always unbiased, irrespective of gender.

(2) Since feminine gender is perceived to be an "emotional character" a connection has to be established prior information dissemination. This connection is called trust and confidence.

(3) On the contrary, in dealing with the mascular gender, many times it has been quite conspicuous that they are more detailed. Hence, at all times, one has to always be unfait with current updates on HIV/AIDS, the various geographical location of testing sites, while maintaining strict confidence.

Best Practices of Orphans and Vulnerable Children Programme

We are just beginning to understand that where AIDS is concerned, gender inequality is lethal. It requires a campaign across the country and worldwide to enshrine gender equality in the

family, in the laws, in the institution and in the apparatus of the state. In countries around the world, discrimination is persuasive and destructive, based on a hast of factors such as gender, poverty, orphan hood and residence. In addition, girls (and women) are commonly discriminated against in terms of access to education, employment, credit, health care, land, and inheritance. With this in mind the following.

1. Strengthen the protection and care of OVC within their extended families and communities.
2. Strengthen the economic coping capacities of families and communities.
3. Enhance the capacity of families and communities to respond to the psychosocial need of orphans, vulnerable children and their caregivers.
4. Link HIV/AIDS prevention activities, care and support for PLWHAs and efforts to support orphans and other vulnerable children
5. Focus on the most vulnerable children and communities, not only those orphaned by AIDS.
6. give particular attention to the roles of boys and girls and men and women, and address gender discrimination.
7. Ensure the full involvement of young people as part of the solution.
8. Reduce stigma & discrimination.
9. Accelerate learning and information exchange.
10. Strengthen partners and partnership at all level and build coalitions key stakeholders.

Best Practices in Community Mobilization/Peer Education

- The use of existing mobilisers within regions and catchment's to determine who should be trained and sensitized.
- Continious and Follow up training within Peer Educators.
- Evaluation exercises to determine how and why people behave the way they do.
- Assessing Peer Educators by using a Pre-test and Post-test to determine what people Know and what they don't know.
- Open floor discussions that give particulars an opportunity to ask questions.
- Adapting to the environment as it relates to participants language, dress and behaviors.
- Methodology used in exercise to be done during training to disseminate information in its simplest form e.g the use of chalk and chalk board, flip charts, power-point presentation, hand-outs.
- Visit to places such as night-clubs, disco's and bars to find out valuable information that assist in deciding needs and wants of societies.
- Asking participants to decide " The way forward" – what they need as Peer educators to fight HIV/AIDS in their community, this gives us an idea of what is needed apart from those we meet in the community e.g. the need for more condoms, testing sites and youth friendly spaces.
- Use of more that one manual and other information material to get information e.g. the use of the ready body manual along with FHI recommended manuals for training Peer educators.

I do hope this information is helpful.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES THIRTY-THIRD ASSEMBLY OF CIM DELEGATES

GENDER ASPECTS OF HIV/AIDS - JAMAICA

Jamaica is chosen by the UN as one of four 'champion country' in Latin America and the Caribbean and one of 32 nations in the world which will play a leading role in showcasing the necessary steps to alleviate the chronic problems of HIV AIDS. Jamaica is noted to have been selected because of its work carried out here to protect and educate young people about HIV/AIDS.

Findings from MOH National Survey (1996) reveal that 36.0 per cent of adolescents acknowledge involvement in sexual intercourse. The mean age of initiation of sexual activity is 13 yrs for females and 11 yrs for males

10 per cent of adolescents reported being sexually abuse and 53 per cent indicated that they have never used any birth control method.

The risk of HIV infections for adolescent females in the age group 10-14 yrs was twice that for males of the same age group; and for those 15-19 yrs, it was three times as high (ESSJ, 2003).

LEGISLATION

The **Law Reform Age of Majority Act** of 1979, section 8(1) recognizes the rights of persons aged 16 to obtain medical services without parental consent. In Jamaica, the median age of first sexual experience at 15.9 yrs for boys and 17.1 yrs for girls.

In 2004, the former Minister of Health, John Junor reports that the Government is contemplating legislating that will not only protect persons with HIV/AIDS from stigma and discrimination but also persons with other forms of ailments. The objective is to normalize the condition and not single out discrimination against HIV/AIDS when there are other forms of discrimination among other health conditions. The legislation is expected to be taken to Parliament after the Bill of Rights is amended.

POLICY DEVELOPMENT

On Tuesday November 21, 2003 the National Steering Committee on Orphans and Other Children Made Vulnerable by AIDS, which is headed by the Ministry of Health's Child Development Agency, with the support of UNICEF and the National AIDS Committee launched the **National Plan of Action for Orphans and Other Children Made Vulnerable by HIV/AIDS (2003-2006).** The plan is created to support the Jamaica HIV/AIDS/STI National Strategic Plan (2003-2006). It is estimated that between 10,000 to 20,000 Jamaican children have been orphaned or made vulnerable. The plan is used as a guide for regional and parish level intervention. The focus is on conducting research on issues faced by children whose parental base has been affected by the disease, leaving them vulnerable in areas including receiving: adequate food, home-based care, housing and school fees.

The National Policy for HIV/AIDS Management in Schools

This is designed to protect students and others against discrimination. It reinforces section 23(2) of the Education Act and Regulations (1980) as it seeks to offer redress to parents and guardians in conditions when classroom access is denied , suspended or dismissed from school because of their HIV/AIDS status. The policy is criticized as 'lacking teeth' owing to the absence of punitive sanctions against discriminatory outcome. This purposive omission is designed as a technique of moral persuasion and a tool to counter-balance against stigma as opposed to a punitive outcome which may attract a hostile environment. The policy also states that no student, parent or educator is compelled to disclose his or her HIV/AIDS status to the institution or employer, and therefore cannot be ousted for not doing so. In cases of disclosure to appropriate authority, strict rules of confidentiality applies. In addition to this, the school administrator must disseminate information about the role of drugs, sexual abuse, violence and sexually transmitted infections and about prevention measures including abstinence from sex and the use of condoms.

TOURISM'S HIV/AIDS POLICY DRAFTED

The Tourism Product Development Company (TPDCo) has drafted an HIV/AIDS policy to prepare the industry to address the threat of AIDS. The programme component of the policy include a series of seminars to sensitize hotelier and property owners to the programme of intervention, to heighten awareness of STI transmission and to review and draft guidelines for the sector and to provide feedback. This programme is part of a drive implemented by the Ministry of Health to educate the Jamaican workforce on the treat of the disease, to set policy guidelines for the treatment of persons infected with the disease, and to protect other employees and guests.

The National HIV/AIDS Policy

On May 12,2005, this policy was launched. It was also tabled in Parliament during the sectoral debate on May 13th by Health Minister John Junor. The vision is to protect the rights of all Jamaicans including those infected and those affected by HIV/AIDS, and to enable them to access prevention knowledge and skills, treatment, care, support and other services. Other objectives include:

- Mitigation of the socio-economic impact of HIV/AIDS on individuals, families, communities and the nation
- Providing a regulatory and legislative environment
- Treatment, care and support for persons living with or affected by HIV/AIDS

The National HIV/AIDS Workplace Policy

This was developed in 2004 and received approval from the Human Resource Committee (HRC) of Cabinet and presented to Parliament in 2005. It is based on the 10 Principles of the ILO code of practice. It recognizes HIV/AIDS as a workplace issue and should be treated like any serious illness or condition in the workplace and the encouragement of non-discriminatory attitudes against workers on the basis of real or perceived HIV status. Other principles include the recognition of the gender dimension of HIV?AIDS and therefore equal gender relations and the empowerment of women was vital to successfully preventing the spread of HIV infection.

RESEARCH AND DEVELOPMENT

Bailey, Wilma and McCaw-Binns, Affette (2005) Barriers to the Integration of HIV/AIDS infected/Affected children into the Jamaican School System. Main Findings:

- HIV/AIDS has created a crisis in family life. Most parents took great parents took great pains to keep their status a secret from their children
- Parents also noted that children were not performing in school due to worrying concerns of parental HIV/Status and voiced an appeal for therapeutic intervention

A 2005 Survey of Commercial Sex Workers reveal that 97% had easy access to condoms with 90% reporting condom use with clients.

The University of the West Indies HIV/AIDS Response Programme (UWIHARP)

A grant of $4.9 million dollars from pharmaceutical company, Merck Sharp and Dohme to support the study to assess current knowledge , attitudes and practices (regarding HIV) of more than 200 regional pharmacists in the Bahamas, St. Lucia, Jamaica and Barbados. It is designed to improve the practitioner-client relationship in terms of breaches of confidentiality, loss of privacy, discrimination in the health facilities. The data is intented to assist with the planning of interventions and to strengthen the role of the pharmacist in the quest to reduce stigma an improving the services provided to and the treatment of HIV-positive people.

PROGRAMMES

CHILDREN FIRST

September 13,2005 Launched a campaign in Spanish Town against HIV/AIDS epidemic focusing on infants and adolescents. The **Bashy Bus Project** is a mobile health and Information Service which goes beyond dealing with adolescents in hospitals and health clinics but travels to different locations to counsel, educate and treat persons vulnerable to HIV/AIDS. It uses skits and drama pieces as well as tests and counseling to showcase the state-of-the –Art setting of the Bashy Bus. The bus was donate by Infinity Tours.

The Caribbean Family Planning Affiliation (CFPA)

On December 1,2004 a regional AIDS awareness campaign was launched using a series of videos filmed in St. Lucia and Guyana as well as posters and pamphlets produced in Antigua. These were circulated across 20 Caribbean countries including Jamaica.. The new messages are aimed at young women who are at increased risk for HIV/AIDS transmission. The messages targeted at teenagers places and emphasis on the maxim ‘Say No”and promotes the rights of these and other young women to protect themselves from HIV/AIDS. The CFPA also has an ongoing program called Fighting AIDS Through Training and Education (FATE).

The Jamaica Council for Persons with Disabilities (JCPD)

An island-wide program was launched in 2005 designed to educate hearing-impaired women and girls on the issue of violence and HIV/AIDS through seminars and skills building programme.. This one-year programme is funded by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and is developed to deliver information to assist women to protect themselves from abusers through survival and self-defense strategies as well as alternative skills which will empower women towards economic independence. These women are recognized as a vulnerable group within the community of persons with Disabilities**.**

UNFPA

In 2003, the educational and reproductive health care programmes received J$102 Million in funding from the United Nations in response to the critical need to access youth-friendly reproductive services in an effort to change the soaring pregnancy and HIV/AIDS rates among young people. It is noted that globally the 10-19 cohort is the largest group of adolescents in history totally 1.2 billion. In Jamaica it is estimated that there are 530.000 adolescents which comprise 20 per cent of the total population. Birth among teens is 20 per cent of all births annually. The focus is on the World's adolescents "in the context of changing norms and lifestyles including weakening of family support systems, amid globalization and urbanization

PEER COUNSELLING ASSOCIATION OF JAMAICA (PACJ)

August 27, 2006 disease awareness campaign was launched under the theme: " Preventing the Spread of HIV/AIDS is Everybody's Business…We Care. Do You?"

Noting that the 15 and 34 years account for 35 per cent of the total new reported AIDS cases in 2001. This cohort also represents a significant proportion of the labour force. The program was designed to complement and supplement the work being done by the PCAJ at the community level and involves the creation and dissemination of strategic messages using audio-visual and print media to reinforce the importance of HIV/AIDS prevention in Jamaica.

MINISTRY OF HEALTH

World AIDS Day,2004 was celebrated under the theme: "Women, Girls and HIV/AIDS :confronting the crisis". The focus is on the increasing number of women and girls that are contracting the deadly disease. The age group 20-24 has a high rate of new infection compared to males of the same age. This is due to the prevalence of sexual relations between young women and older males. The activities include a women's march, an exhibition and a concert in Emancipation Park, New Kingston.

Other initiatives of the Ministry has focused on reducing stigma and discrimination against persons with HIV/AIDS through the training and retraining of health officials in relation to the management of the disease.

A mass media campaign which uses media personalities have been used to sensitise the public to understand that "we have to be inclusive and not reject persons with HIV/AIDS as well as to be supportive, compassionate and caring towards them. This campaign have brought positive results.

LASCO DISTRIBUTORS LIMITED

In 2002, the pharmaceutical division in partnership with an indicant company CIPLA pledged to assist the Ministry of Health's HIV/AIDS treatment and support programme by donating a two-year supply of drugs valued at J$300,000 that will assist in treating HIV-positive mothers and their children. The drug Nevirapine Solution, when administered to HIV-positive mothers, helps prevent the transmission of the disease to the child. A year earlier Lasco lowered the prices on HIV/AIDS medications ; A new line of LASMED (life's Affordable Alternative) pharmaceutical products and anti-retroviral medicines a few of which are 90 per cent cheaper than existing brand name drugs.

The Jamaica Association of Dramatic Artists

In 2005 a musical drama entitled 'positive' was sponsored by the US Embassy for an afternoon show at the Ward theatre targeting 3000 young people. The play arose out of a writers workshop organsed by the National HIV/STI Control Programme of the Miniistry of Health (2004). The play converys the facts about HIV/AIDS and help the audience understand the taboos, stigmas, denials and cultural obstacles to protecting one's self from infection. The play was followed by a question and answer period that allow the cast to interact directly with the adolescent audience

The Jamaica National AIDS Committee

In 2001, the NAC outlined 10 principles for employers to implement and deal with HIV/AIDS in the Workplace. These principles are in keeping with the launch of the code of practice on HIV/AIDS and the world of work at the United Nations Special Assembly on HIV/ AIDS in New York, United States . Among the principles are:

- Employment practices should be based on the scientific and epidemiological evidence that people with HIV/AIDS infection do not pose a risk of transmission of the virus to coworkers through ordinary workplace contact
- The highest level of management should unequivocally endorse non-discriminatory employment practices and education programmes or information about HIV/AIDS

YOUTH.NOW

In February 2002, the USAID funded project launched a media campaign to speak directly to sex and teens and the reproductive health of adolescence appearing in newspapers, on television and radio. Some of the messages include:

- Go real slow…take time to know
- Mi nuh ready yet
- A big people business dat
- Since love so nice, wait 'til it's right
- Know yourself before you give yourself

- Me nah go inna di water without no life jacket

The essential thrust is to negotiate traditional customary assumption that sex is for adults and forbidden to teens and promote a more open discussion and at the same time seek to promote healthy sexual and reproductive behaviour among adolescents 10-19 yrs.

Youth.Now with the support of the Ministry of Health also established youth-friendly clinics in Balaclava and Junction, St. Elizabeth and also in May Pen, Clarendon. These clinics are receptive to young people including providing condoms, contraceptive and counseling to adolescent. The programme seek to work with clinicians to let them know what young people need. The program identifies a general confidentiality/privacy problem in service delivery as well as a need to promote better communication between parents and kids.

The International Cricket Council (ICC) and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) are partners in a programmed aimed at using cricket's popularity to spread HIV prevention messages and reduce stigma and discrimination against HIV-positive people worldwide. The program was launched in September 2003 and is supported by data to indicate that of the estimated 42 millions people living with HIV/AIDS worldwide, over 12 million live in cricket playing countries. The group started the sensitization of the 'Jamaica's Under 19 Cricket Team' who may serve as the first local set of 'ambassadors'. HIV Prevention and Stigma reduction is scheduled to become an integral part of activities for the next Cricket World Cup to be held in the West Indies in 2007. The proposal seeks to use the following approaches:

- Contact and educate young cricket players to protect self against AIDS as well as to recognize their status as role models at the community level
- Teach young people to take the message to peers and the community
- To enlist well-known cricked players to become HIV/AIDS ambassadors using their popularity to show people that persons with HIV/AIDS are not abnormal and should not be subjected to discrimination.

THE JAMAICA AIDS SUPPORT (JAS)

In September 2003, project Smiles was launched as a joint project of the Centre for HIV/AIDS Research and Educational Services (CHARES). It is a charity drive through which JAS collects items for children affected by or infected by HIV/AIDS . It is expected that the drive for the Christmas season will raise money to visit homes with gifts and bring smiles to the faces of young children in addition to providing for much needed medication, shelter and food.

MÉXICO
BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE VIH/SIDA

El presente documento se compone de tres grandes apartados: buenas prácticas en materia de VIH/SIDA realizadas por dependencias gubernamentales; Informe de Rendición de Cuentas del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA); y Anexo estadístico.

Buenas prácticas en materia de VIH/SIDA realizadas por dependencias gubernamentales

La política nacional de México frente al VIH/SIDA se basa en la prevención, la atención médica integral, el respeto a los derechos humanos y una participación activa de la sociedad. La epidemia en México se mantiene con una de las menores tasas de incidencia del continente Americano, concentrándose en grupos poblacionales específicos. Esto responde a las estrategias preventivas adoptadas que se orientan a garantizar, entre otras cosas, la disponibilidad de antiretrovirales (ARV) y calidad de los medicamentos, acceso a los estudios de laboratorio, capacitación y actualización del personal de salud, lo programas de adherencia al tratamiento dirigidos a los pacientes y sus familiares, y formulación de guías nacionales estándar para el manejo de los ARV.

La aprobación de una profunda reforma estructural que establece un seguro universal público de salud, ha permitido brindar protección financiera a las personas con VIH/SIDA y garantizarles una atención integral, para lo cual se asignaron para el año 2004 más de 400 millones de pesos (37.7 millones de USD) exclusivamente para atender a los pacientes que carecen de seguridad social a través del Seguro Popular de Salud (SPS), que brinda protección financiera a las personas con VIH/SIDA y les garantiza una atención integral.

Secretaría de Salud (SSA)

En el rubro de salud y nutrición y en el de prevención y atención de enfermedades, la Estrategia *Contigo* incluye el Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Debido al desconocimiento de la situación de riesgo que existe entre las mujeres, en particular jóvenes, migrantes y las social y económicamente desfavorecidas, éstas se ubican en condiciones de mayor vulnerabilidad. Es por ello que, de manera conjunta Inmujeres, el Programa Mujer y Salud (PROMSA/SSA), CENSIDA y organizaciones de la sociedad civil (OSC) afines al tema elaboraron materiales de difusión dirigidos a estos grupos.

Asimismo, se ha buscado reforzar las campañas de prevención, en especial aquellas con mayor sensibilización social en el uso del condón y, al mismo tiempo, generar e instrumentar disposiciones y mecanismos legales que permitan disminuir el estigma y discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA (campañas Lazo Rojo, Homofobia).

En el 2006, como parte de la campaña de prevención, se desarrollaron diversos materiales: filminutos, y videos sobre temáticas de prevención y grupos específicos, así como guías de prevención enfocadas a poblaciones con factores de riesgo de adquirir VIH y grupos vulnerabilizados

específicos: hombres que tiene sexo con hombres (HSH); trabajo sexual comercial (TSC); transgénero, mujeres parejas de HSH, PVVS, UDI y personas privadas de su libertad, migrantes y jóvenes.

La Cámara de Diputados aprobó un presupuesto de 557 millones de pesos (55 millones de dólares, aproximadamente) para que la Secretaría de Salud pudiera realizar acciones a través de sus 12 programas, entre los que se encuentran los destinados a prevenir, atender y controlar el VIH/Sida. En total, se etiquetaron 638 millones de pesos (60 millones de dólares aproximadamente) al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; al Instituto Nacional de Cancerología y al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

La Secretaría de Salud identificó la necesidad de ampliar el trabajo con las OSC, por lo que destacan, en ese sentido, las reuniones celebradas por el Consejo Técnico del *Consorcio Nacional Mujer y Salud*. De igual forma, se han realizado reuniones de los grupos de trabajo para impulsar recomendaciones de políticas públicas que favorezcan la equidad de género en salud; trabajadoras de la salud con sus tres subgrupos: enfermeras, médicas y trabajadoras sociales; presupuestos con perspectiva de género; mujeres viviendo con VIH, violencia con la modificación a la Norma Oficial Mexicana, NOM, y Salud reproductiva.

En el 2002 se llevó a cabo la mesa redonda “El VIH/SIDA y las relaciones de género”, con la colaboración de El Colegio de México, CENSIDA, PROMSA e Inmujeres. El objetivo del evento fue promover la inclusión de la perspectiva de género en los programas y acciones dirigidos a la prevención y atención del VIH/SIDA, así como vincular las acciones que realizan organizaciones no gubernamentales, académicas e instituciones públicas para atender de manera integral a las y los enfermos del VIH/SIDA. Al evento asistieron más de 100 personas representantes de instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil, así como público general interesado en el tema. Las ponencias presentadas por las especialistas en el tema sirvieron de base para la elaboración de material informativo que se elaboró en el año 2003: 3 spots de 30 segundos para televisión; 1 cineminuto; 20,000 carteles y 7,000 trípticos. Los spots de televisión se transmitieron, en tiempos oficiales, durante el mes de diciembre de 2003 y enero 2004. De igual manera se distribuyeron los trípticos y posters entre las instancias federales y estatales de las mujeres, así como en instituciones del sector salud.

En materia de discriminación y derechos humanos, la Secretaría de Salud lanzó una campaña nacional a finales del 2003, la cual se reforzó en 2004. Asimismo, inició el reforzamiento de las estrategias preventivas y realizó encuestas de prevalencia y vigilancia de comportamiento de VIH en poblaciones de alto riesgo, que incluyen a trabajadoras y trabajadores sexuales, HSH, MTS, HTS, UDIs, Jóvenes, y camioneros de larga distancia; levantadas en Acapulco (Guerrero), Cd. De México (DF), Monterrey (NL); y Nezahualcóyotl (Estado de México).

Durante el año 2002 se recopilaron las estrategias de prevención realizadas por las OSC que han trabajado con poblaciones vulnerables a lo largo de la epidemia. Producto de esta compilación se elaboró un inventario de las acciones de prevención, en el que participaron 82 OSC. A partir del 2003 la Secretaría de Salud puso a disposición de las OSC un sitio de Internet, mediante el cual se realizaron cursos a distancia y el intercambio de manuales, folletos, documentos, material educativo, etc.

La Secretaría de Salud ha incorporado una liga en su página web titulada YqueSexo.com, diseñada especialmente para adolescentes, en la que se encuentra información sobre el tema de salud sexual y reproductiva. También cuenta con una liga a la publicación La salud sexual y reproductiva en la adolescencia, que busca apoyar la labor del profesional que trabaja con adolescentes. La publicación incursiona además en temas de la vida sexual y reproductiva de los adolescentes: embarazo, relaciones sexuales, metodología anticonceptiva, ITS, etc.

En el 2006 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) adquirió pruebas rápidas para la detección oportuna de sífilis y de VIH en mujeres embarazadas, para su manejo temprano.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

A través de la Coordinación de Guarderías del IMSS, se distribuyeron en el 2004 trípticos informativos sobre VIH/SIDA, en apoyo a la campaña de divulgación sobre los derechos sexuales y reproductivos para la prevención de enfermedades de la mujer.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

De acuerdo con los casos de VIH/SIDA registrados en el ISSSTE, en el 2004 se registró una disminución del 25.5% en comparación con el 2001, gracias a las acciones emprendidas para promover el uso del condón y proporcionar información y consejería adecuada a mujeres y hombres. El ISSSTE realiza pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y atiende a mujeres embarazadas infectadas con VIH/SIDA. De igual forma, capacita al personal en el manejo de pacientes infectados y supervisa el cumplimiento de la normatividad vigente. El ISSSTE cuenta en su cuadro básico con 14 medicamentos antirretrovirales y los pacientes reciben para su tratamiento 3 diferentes.

Secretaría de Seguridad Pública (SSP)

Puso en marcha, en el 2004, el Programa Nacional de Atención Médica en Reclusorios para Mujeres con VIH-SIDA en los Centros de Readaptación Social (CERESOS) del sureste mexicano, en coordinación con la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Asociación Mexicana de Malta, A.C., y reclusorios en esa región del país. Asimismo, comenzó la recopilación de información en los 31 estados y el Distrito Federal sobre internas con VIH-SIDA.

También se destacan los programas en los que se promueven los derechos humanos de las mujeres reclusas, que opera la SSP: Derechos humanos para mujeres y niños en reclusión, Atención médica en reclusorios para mujeres con VIH/SIDA, y Peticiones de derechos humanos para mujeres y niños en reclusión. La dependencia también ha realizado tres emisiones del Diplomado Los Derechos Humanos de las Mujeres en Reclusión. La dependencia otorga capacitación en temas básicos y especializados sobre derechos humanos, y en materia de seguridad pública y penitenciaria a elementos de la PFP; personal directivo, administrativo, técnico, jurídico, de seguridad, custodia y guarda de todos los Centros; policías estatales y municipales; instructores internos; y personal de la Coordinación General de Derechos Humanos y Participación Ciudadana.

Secretaría de Educación Pública (SEP)

Las acciones que destacan por parte del Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT) del Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA) son:

- La instrumentación de cursos y talleres breves sobre temas vinculados a la salud sexual y reproductiva, sexualidad y planificación familiar. Se elaboraron y colocaron en el portal del CONEVyT un minicurso sobre VIH/SIDA, otro sobre sexualidad y cinco cursos actualizados en línea: *Ser joven, Sexualidad juvenil, Ser padres, una experiencia compartida, La educación de nuestros hijos e hijas,* y *Vamos a conocernos.* Además, se encuentra en proceso la elaboración del diseño instruccional para los minicursos: *Paternidad, Infecciones de transmisión sexual (ITS), Embarazo y métodos anticonceptivos,* y *Masculinidad*.

- Se elaboraron y distribuyeron 20 folletos informativos relativos a los temas de sexualidad, ITS, VIH/SIDA, paternidad, igualdad entre hombre y mujer, embarazo y métodos anticonceptivos, entre otros, en el marco del proyecto *Educación para la Vida SEDENA-SEP-INEA* que se desarrolló de 1997 al 2005. Estos folletos se han integrado a los paquetes modulares de la oferta educativa regular y se elaboraron videos con las temáticas. Este proyecto se orienta a varones de 18 años o más que cumplen con el Servicio Militar Obligatorio y les permite acercarse, sin requisitos académicos, a diferentes facetas de su realidad inmediata y compartir su experiencia a través de la discusión de temas como comunicación, relaciones en la familia, sexualidad, derechos humanos y adicciones, entre otros.

Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres)

De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general.

De acuerdo con información del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), para el 31 de marzo de 2002 había 150,000 infectados por VIH, y se considera sólo se notificaron 52,472. De éstos, 44,867 son hombres y 7,605 son mujeres (14%), lo que muestra una razón de 6 a 1.

Las entidades federativas con mayores tasas acumuladas de SIDA son: Distrito Federal, Jalisco y Morelos; y las de menores tasa acumuladas son: Chiapas, Zacatecas y Guanajuato. Según el Registro Nacional de Casos de SIDA hasta el año 2000, se encontraban vivos el 39.3% de los casos de SIDA, alrededor de uno de cada dos casos se atendía en la Secretaría de Salud (49.8%) y cerca de una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social (30.6%).

En México, al igual que en el resto del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. La vulnerabilidad y riesgo de las mujeres mexicanas para infectarse del VIH/SIDA está atravesado por diversos factores, tales como el biológico que se demuestra en la frecuencia con la que se presentan las infecciones de transmisión sexual y la mayor

exposición de mucosas. Otro factor es el social, en el que influyen los patrones culturales, estereotipos y creencias; el menor acceso a la información y servicios, entre otros.

Debido al desconocimiento de la situación de riesgo que existe entre las mujeres, en particular las más jóvenes, las social y económicamente desfavorecidas y las migrantes, estas mujeres se ubican en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Su vulnerabilidad está fuertemente determinada por relaciones de género que, si bien afectan a hombres y mujeres, hacen que estas últimas tengan una probabilidad cuatro veces superior de infectarse que los hombres, en relaciones heterosexuales.

La desigualdad de género provoca que el riesgo de las mujeres en mayor medida provenga de las prácticas de su pareja y no de las propias. A esto se suma en la gran mayoría, una falta de conciencia o de aceptación del riesgo, o bien, de tenerlas, la falta de poder necesario para protegerse y tomar decisiones[1/].

La mayor vulnerabilidad femenina se debe en gran parte a la falta de control que tienen las mujeres sobre sus vidas y de manera especial sobre su sexualidad. Los papeles de género determinan diferencias en lo que se espera de la conducta de los varones y de las mujeres, y establecen patrones de conducta para cada sexo. Ante el desconocimiento de la vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres para adquirir la enfermedad hace necesario que desde las instituciones de gobierno se diseñen acciones para enfrentar esta situación.

El Inmujeres cuenta en su página web con la liga “Este Cuerpo es Mío”, en donde proporciona información a la población adolescente sobre sexualidad, buscando incidir en un cambio de actitudes y conductas. Desde el 2005 el Inmujeres participa en la promoción y puesta en marcha del proyecto sobre derechos sexuales y reproductivos para jóvenes, cuyo objetivo es prevenir, por medio de información, educación y orientación, los embarazos no planeados e ITS entre las y los adolescentes. Participa también en el proyecto el FNUAP, la Secretaria de Salud, el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM-México), y diversas dependencias del gobierno del Estado de Campeche.

Acciones a nivel de Entidad Federativa

A nivel estatal, las instancias de la mujer de Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas, realizan campañas de prevención y promoción en temas como conductas nocivas para la salud mental; infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, osteoporosis, cáncer cérvico-uterino y de mama, cambios físico-emocionales en las y los adolescentes, climaterio, métodos de planificación familiar, importancia del ejercicio para una vida sana, hábitos nutricionales sanos, cuidado y prevención de padecimientos crónico-degenerativos, adopción de hábitos alimenticios sanos, derechos sexuales y reproductivos, entre otras. El Instituto de la Mujer de Chiapas participa en el Grupo Estatal de Trabajo en VIH/SIDA, y en Nayarit se implementa el Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como el Programa estatal de acción para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS.

---

1. Ana Luisa Liguori y Blanca Rico “Las mujeres y el VIH/SIDA. Una mirada sobre los asuntos pendientes y los dilemas éticos. Ponencia presentada en la Mesa Redonda El VIH/SIDA y las Relaciones de Género. México, D.F. Septiembre 2002.

A nivel estatal también se implementan acciones en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, como las conferencias y los talleres realizados por el Instituto de la Mujer Guanajuatense, gran parte de los cuales estuvieron dirigidos a personal del SNDIF estatal, personal técnico, personal de salud e internas e internos de cinco CERESOS del Estado. Eventos similares se realizaron en Quintana Roo, Querétaro y Veracruz, en los que se realizaron campañas de difusión, pláticas, talleres y conferencias sobre los cambios físico-emocionales en las y los adolescentes, métodos de planificación familiar, salud reproductiva, prevención de adicciones, sexualidad básica e infantil y embarazo precoz, prevención de VIH-Sida y cáncer cérvico-uterino y mamario.

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA ADMINISTRACIÓN 2000 – 2006

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA (CENSIDA)[2/]

La misión del CENSIDA es definir, planear y coordinar las acciones necesarias, en un marco de consenso y descentralización de las dependencias de sector, instituciones privadas y organizaciones sociales tendientes a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA e ITS en la población general y grupos vulnerables, mediante la emisión de documentos normativos, capacitación, difusión e investigación.

Los objetivos estratégicos del CENSIDA son:

1) Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS.
2) Disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país.
3) Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento.
4) Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud.
5) Disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos.

Objetivos y actividades institucionales del CENSIDA

Para enfrentar cada uno de los retos, se adoptan los siguientes objetivos, consistentes con los del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Además, de incorporar los retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 , con referencia a la necesidad de asegurar la equidad, la calidad y la protección financiera en salud de las personas y comunidades afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estos son:

2. Tomado de la información registrada por la dependencia en la Secretaría de la Función Pública, para la primera etapa del proceso de rendición de cuentas de las instancias de la Administración Pública (dic.2000 a dic.2005).

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN
Y CONTROL DEL VIH/SIDA E ITS
2001-2006
SITUACIÓN ACTUAL
DERECHOS HUMANOS
MISIÓN
VISIÓN
OBJETIVOS
¿CÓMO
DISMINUIR
LA BRECHA?
ANÁLISIS
DE LA SITUACIÓN
ACTUAL
METAS
ACCIONES ESTRATEGICAS
PREVENCIÓN SEXUAL
PREVENCIÓN PERINATAL
PREVENCIÓN SANGUÍNEA
ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
CON EL VIH/SIDA E ITS
MITIGACIÓN DEL
DAÑO
CALIDAD DE VIDA
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Estrategias generales del Programa de Acción

1) Fortalecer los programas de prevención y control del VIH/SIDA e ITS en las instituciones en el nivel estatal, jurisdiccional y municipal en las entidades federativas de menor desarrollo.
2) Aumentar el compromiso, la asignación de recursos y la participación en las instituciones del sector salud y de otros sectores del nivel federal, en la lucha contra el VIH/SIDA e ITS.
3) Priorizar las acciones de prevención en las localidades con mayor afectación, poblaciones con prácticas de riesgo y contextos de mayor vulnerabilidad.
4) Regionalizar y optimizar los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA e ITS entre las instituciones del sector salud.
5) Mejorar la calidad y equidad de la atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS.
6) Promover la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones de prevención, atención integral y mitigación del impacto.
7) Promover la capacitación, supervisión, investigación y apego a las mejores prácticas, como herramientas permanentes en la toma de decisiones.
8) Garantizar el cumplimiento de las normas, guías y lineamientos.
9) Promover una mayor participación de la sociedad civil, comunidades y personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS, en el diseño, ejecución y monitoreo de las acciones.
10) Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamientos de riesgo, uso de drogas e infección por el VIH/SIDA, como un aspecto central para disminuir el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto de estas enfermedades en los individuos y comunidades.
11) Promover el uso de cuentas nacionales y estatales en salud y VIH/SIDA para monitorear el desarrollo de las acciones estratégicas del Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006.
12) Establecer un mecanismo de monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento de las metas y los compromisos.

Principales productos y/o servicios que ofrece la Institución

El CENSIDA desarrolla campañas preventivas en medios de comunicación, impresos y de participación a las Organizaciones no Gubernamentales.

PRODUCCIÓN
PUBLICACIONES TÉCNICAS, NORMATIVAS Y ESPECIALES

PRODUCTO	EJEMPLARES
Guía de Información para Estéticas y Farmacias “Lazo Rojo”	5,000
Guía para la Atención Domiciliaria	4,000
Guía para la Atención Médica/Año 2000	18,000
Guía para la Exposición Ocupacional	6,000
Modificación a la Norma Oficial Mexicana VIH	6,000
Guía para la Atención Psicológica	5,000
Guía para el Manejo de la Mujer Embarazada	5,000
Manual HSH	500
Manual “Informe CONASIDA 1999”	200
Guía para el Manejo del Material Educativo “PrevenSIDA Callejero”	500
Folleto Estándares de Calidad en los Servicios del CONASIDA	10,000
Juego de Diapositivas para el Manejo del Material Educativo “PrevenSIDA Callejero”	100
Total	**60,300**

PRODUCCIÓN
PUBLICACIONES DE APOYO A LA DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRODUCTO	EJEMPLARES
Cartel Campaña “Institucional 5ª Fase” Chavas y Chavos	50,000
Cartel Campaña “Institucional 5ª Fase” Madres y Padres	50,000
Folleto Campaña “Institucional 5ª Fase” Chavas y Chavos	50,000
Folleto Campaña “Institucional 5ª Fase” Madres y Padres	50,000
Cartel “Lazo Rojo 1ª Fase” Adán y Eva	73,500
Cartel “Lazo Rojo 1ª Fase” La Palabra/La Acción	73,500
Cartel “Lazo Rojo 1ª Fase” Bien/Mejor	23,500
Cartel “Lazo Rojo 1ª Fase” Ignorancia/Conocimiento	23,500
Folleto Tríptico “Lazo Rojo” Respuestas	96,900
Folleto Díptico “Lazo Rojo” Salones de Belleza	96,900
Folleto “Lazo Rojo” Farmacias	96,900
Folleto “Información Básica”	100,000
Folleto “El Condón”	100,000
Folleto “La Prueba”	100,000
Folleto “Sólo para Mujeres”	100,000
Folleto “¿Qué son las ITS?”	100,000
Cartel “Niño con SIDA”	10,000
Cartel “Mujer y Condón”	10,000
Cartel “Si tú has Tenido Sexo...”	10,000
Cartel “Mujer Embarazada”	10,000
Cartel “La Prueba”	10,000
Cartel “Día Mundial del SIDA 2000/En las Manos de los Hombres...”	30,000
Folleto “Cartilla de los Derechos Sexuales...”	10,000
Folleto “Crecer en los Tiempos del SIDA”	20,000
Cartel “Lazo Rojo 2ª Fase” Personaje Femenino (Actriz/Fabiola Campomanes)	25,000
Cartel “Lazo Rojo 2ª Fase” Personaje Masculino (Deportista/Joel Sánchez)	25,000
Total	**1’344,700**

SERVICIOS:
DISTRIBUCIÓN PUBLICACIONES TÉCNICAS, NORMATIVAS Y ESPECIALES

PRODUCTO	EJEMPLARES
Folleto “El Condón una Buena Opción”	1,395
Folleto Díptico “Estándares de Calidad en los Servicios del CONASIDA”	1,824
Guía para la Atención Domiciliaria	3,100
Guía de Orientación para Informadores	104
Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección...	13,934
Guía de Prevención y Tratamiento para la Exposición Ocupacional al VIH	11
Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático...	530
Modificación a la Norma Oficial Mexicana VIH/SIDA	2,990
Guía para la Atención Psicológica...	2,882
Guía para el Manejo de la Mujer Embarazada...	638
Guía para Enfermeras...	4
Guía de Información Básica Sobre VIH para el Personal de Farmacias y Estéticas	4,343
Guía para el Manejo del Paquete “PrevenSIDA Callejero”	400
Informe CONASIDA 1997	36
Informe CONASIDA 1998	41
Informe CONASIDA 1999	65
Manual para Informadores de TelSIDA	61

Programa de Fortalecimiento 1997-2000	62
Costos y Gastos en la Atención Médica del SIDA en México	20
Paquete Educativo “PrevenSIDA Callejero”	83
Total	**32,523**

PRODUCCIÓN:
PUBLICACIONES DE APOYO A LA DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Folleto Tríptico “Piénsalo dos Veces”	30
Folleto Tríptico “Información Básica Sobre SIDA”	89,376
Folleto Cuadríptico “Dos Formas de Vivir el Placer con Protección”	10,990
Folleto Políptico “El Condón”	61,865
Folleto Tríptico “La Prueba del SIDA”	75,793
Folleto Tríptico “Sólo para Mujeres”	82,894
Folleto Políptico “Cómo Protegerse en los Cuartos Obscuros y Vapores”	4,982
Folleto Díptico “El Condón/Chavas y Chavos” (Campaña Institucional 1999)	8,590
Folleto Díptico “Padres y Madres” (Campaña Institucional 1999)	8,262
Minidíptico/Hombres (Apoyo a la Campaña Institucional 1999)	87,392
Minidíptico/Mujeres (Apoyo a la Campaña Institucional 1999)	110,897
Folleto Tipo Volante/Padres (Apoyo a la Campaña Institucional 1999)	114,096
Folleto Cuadríptico “Aquí Entre Nos...”	2,945
Folleto Díptico “Lazo Rojo/Farmacias”	74,160
Folleto Díptico “Lazo Rojo/Estéticas, Salones de Belleza y Peluquerías”	75,160
Folleto Tríptico “Lazo Rojo/Respuestas”	76,263
Folleto Tipo Historieta “Crecer en los Tiempos del SIDA”	12,378
Folleto Díptico “¿Qué son las ITS?”	145,440
Folleto Tipo Historieta “Más Vale Prevenir...”	9,874
Folleto Tipo Historieta “Hepatitis B”	2,826
Folleto Tipo Historieta “El Mil Capuchas”	27,141
Folleto Tipo Historieta “Cartilla de los Derechos Sexuales...”	7,398
Cartel “Niño con SIDA/Por Favor Abrázame...”	7,196
Cartel “Mujer y Condón/El Hombre Propone y la Mujer...”	9,900
Cartel “Si tú has Tenido Sexo con dos Personas...”	8,492
Cartel “Mujer Embarazada/No Permitan que su Bebé...”	7,146
Cartel Campaña “Lazo Rojo 1ª Fase” Rechazo/Aceptación	1,419
Cartel “La Prueba del SIDA”	7,127
Cartel “Adolescentes Chavas y Chavos” (Campaña Institucional 1999)	16,648
Cartel “Madres y Padres” (Campaña Institucional 1999)	16,676
Cartel “Día Mundial del SIDA 1999/Versión Niños”	2,373
Cartel “Día Mundial del SIDA 1999/Versión Adolescentes”	2,336
Cartel Campaña “Lazo Rojo 1ª Fase” Ignorancia/Conocimiento	23,500
Cartel Campaña “Lazo Rojo 1ª Fase” Bien/Mejor	23,500
Cartel Campaña “Lazo Rojo 1ª Fase” La Palabra/La Acción	65,633
Cartel Campaña “Lazo Rojo 1ª Fase” Adán y Eva	60,378
Cartel Día Mundial del SIDA 2000 “En las Manos de los Hombres está Cambiar el Curso...”	30,234
Total	**1’371,310**

TELSIDA. Servicios: asesorias; atención de quejas; orientación.
Los servicios anteriores se realizan vía telefónica en las oficinas de Telsida

Aspectos Jurídicos

- Con la finalidad de actualizar los aspectos relacionados con la prevención y control del VIH/SIDA se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 21 de junio del 2000, la Modificación a la NOM-010-SSA-1993.
- El Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, fue reprogramado para el año 2001.
- Se promovió entre la población afectada la aplicación del artículo 281 bis del Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en materia del fuero federal, que es relativo a los delitos contra la dignidad de las personas, es decir, contra la discriminación y que fue aprobado en marzo del 2000.
- Se mantiene estrecha colaboración con la Comisión Nacional de Derechos Humanos para la realización de dictámenes técnicos.
- Se fortaleció el trabajo a través del grupo interinstitucional de atención de quejas, integrado por el CONASIDA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA y SEDENA.
- El Manual de Tratamiento Justo y Derechos Humanos para Personas que Viven con VIH, quedó concluido en su versión preliminar en el año 2000, y su edición fue programada para el año 2001.
- En el año 2000 el Departamento de Gestión de Normas y Desarrollo Jurídico atendió un total de 300 casos; de los cuales el 50% correspondieron a situaciones de carácter laboral, principalmente por discriminación en el trabajo, despido injustificado, despido justificado en la Ley de la Fuerzas Armadas, exigencia de realizar la prueba de detección para VIH como requisito para acceder al empleo, negación de pensiones, negación de incapacidad permanente con el goce de beneficios. El 30% estuvo relacionado a la seguridad social, en el rubro de acceso a medicamentos, mala atención médica, falta de infraestructura para la realización de CD4 y carga viral, negación al otorgamiento de pensiones, desconocimiento de antigüedad en el servicio médico. En cuanto a materia penal, el 11% consideró principalmente a delitos como difamación, peligro de contagio, responsabilidad profesional, abandono de personas, pero sobre todo delitos contra la dignidad de las personas. El restante 9% correspondió a problemas de orden civil y familiar, en lo que toca a causales de divorcio, daño moral, impedimento para contraer matrimonio, sucesiones intestamentarias, otorgamiento de pensiones a los beneficiarios, liberación de créditos bancarios y de seguros, y pago de seguros de vida.

Problemas legales a los que enfrenta la población ante el VIH/SIDA

El tipo de problemas legales más frecuentes en las 300 asesorías fueron los siguientes:

Materia Legal

Laboral	50%
Penal	11%
Seguridad Social	30%
Civil y Familiar	9%

DE SEGURIDAD SOCIAL

Acceso a medicamentos	65%
Responsabilidad médica	15%
Responsabilidad administrativa	12%
Atención inadecuada	8%

DE TIPO LABORAL

Prueba de ELISA para poder ingresar	70%
Prueba de ELISA para conservar el empleo	20%
Despido injustificado	7%
Otorgamiento de pensiones	3%

DE TIPO PENAL

Delito de difamación	8%
Delito de peligro de contagio	3%
Delito de responsabilidad profesional	12%
Delito de abandono de personas	5%
Delitos contra la dignidad de las personas	72%

DE TIPO CIVIL Y FAMILIAR

Causales de divorcio	2%
Daño moral	3%
Impedimento para contraer matrimonio	5%
Sucesiones	15%
Otorgamiento de pensiones a Beneficiarios o dependientes económicos	20%
Liberación de créditos bancarios y de seguros	30%
Pago de seguros de vida	20%
Responsabilidad civil	5%

Situación de la Epidemia del VIH/SIDA y Otras ITS en México

Hasta el 31 de diciembre del año 2000, en México se registraron de manera acumulada 47,617 casos de SIDA. El IMSS y la Secretaría de Salud notificaron 80% de estos casos. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos, así como entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH.

La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, en tanto las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6% de los casos registrados en adultos.

Las entidades del país con mayor prevalencia de personas que viven con el SIDA son: el Distrito Federal (50.9 por 100 mil habitantes), seguido de Jalisco, Morelos, Puebla, Baja California y Nayarit. Por el contrario, las entidades con menor prevalencia son: Chihuahua, Zacatecas, Guanajuato, Tabasco, Chiapas, Hidalgo y Durango.

En 1999, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte con una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de 25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres.

Existe evidencia de que el manejo adecuado de las ITS disminuye en un 50% la transmisión sexual del VIH. Por tal motivo, todas las ITS se incluyeron, desde 1997, para integrar lo que hoy se conoce como el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), Clamidia (1.92 millones), gonorrea (1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).

De acuerdo con la tipología propuesta por el ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia del VIH superior a 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y que la prevalencia en población general sea inferior a 1%. En nuestro país la prevalencia en HSH es de 15%, en UDI de 6%, y en las mujeres embarazadas ―como criterio de población general― de 0.09%.

Prevención de la Transmisión Sexual

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados de SIDA. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual. En el 2000 el 42.4% de los casos diagnosticados ocurrieron entre HSH, mientras que 56.4% ocurrieron en hombres y mujeres heterosexuales.

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La prevención de las ITS y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.

En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. El uso correcto y constante del condón protege entre un 90 a 95% de la transmisión de ITS, incluyendo el SIDA. Aunque existen evidencias de incremento del uso del condón, especialmente entre HSH, TSC, para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

Prevención de la Transmisión Perinatal

El riesgo de transmisión perinatal del VIH/SIDA en países en desarrollo varía del 15 al 30%; en países desarrollados se ha disminuido a menos de 2% mediante el uso de antirretrovirales y otras medidas. En México, la transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por el VIH/SIDA en menores de 15 años, con 68.7% de los casos de SIDA acumulados, y 93.3% de los casos diagnosticados en el 2000.

Para prevenir la transmisión perinatal del VIH/SIDA e ITS, se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada. Es por ello imprescindible capacitar al personal de salud para identificar factores de riesgo, promover la atención prenatal, proporcionar información y consejería adecuada sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitirlas a sus hijos.

México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión; no obstante, mientras no se incremente y mejore el control prenatal y se realice la detección al 100% de las mujeres que acuden a este servicio, seguirán presentándose casos de sífilis congénita y de VIH/SIDA que pudieron ser evitados.

Prevención de la Transmisión Sanguínea

Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, y en los últimos dos años no se ha diagnosticado ningún caso. La prevalencia del VIH en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04% en los últimos años.

La transmisión sanguínea constituye una de las vías de transmisión del VIH/SIDA y otros agentes patógenos, como la Hepatitis B y C. Este tipo de transmisión está asociada a la transfusión de sangre contaminada o sus derivados y al contacto percutáneo con objetos
punzo cortantes contaminados con sangre infectada, riesgo al que están expuestos los usurarios de drogas inyectables y el personal de salud.

En el personal de salud, el riesgo de transmisión de la Hepatitis B por exposición accidental varía de 6 a 30%, de la Hepatitis C de 1.2 a 6%; mientras que el riesgo de infección por exposición ocupacional al VIH es de 0.3%. Por esta razón, es indispensable lograr que todo el personal de salud complete su esquema de vacunación contra la Hepatitis B y promover el cumplimiento de las precauciones universales, que incluyen técnicas para prevenir la exposición al virus de la Hepatitis, VIH y otros patógenos contenidos en la sangre.

En UDI los programas de reducción de riesgo han abatido significativamente la infección por el VIH, los cuales incluyen acciones como: proporcionar información sobre SIDA; dotar de cloro y jeringas estériles; distribuir condones e incorporarlos a programas de desintoxicación y tratamiento.

Otras Infecciones de Transmisión Sexual

La prevención y el control de las ITS, se ha incorporado como componente del programa, se han desarrollado estrategias para ello, utilizando el manejo etiológico o el manejo sindrómico el cual ya ha sido validado previamente.

La importancia de otras ITS, estriba es que pueden ser asintomáticas y provocar complicaciones graves como: infertilidad, embarazos ectópicos, enfermedades crónicas o muerte prematura. Algunas causan patologías graves en el feto y el recién nacido como la gonorrea, la clamidiasis, y la sífilis que a menudo pueden ser mortales.

La infección por papilomavirus aumenta la probabilidad de padecer carcinoma cervicouterino, que a escala mundial es la segunda causa más importante de muerte ligada al cáncer en la mujer, responsable del fallecimiento de alrededor de 240 000 mujeres al año. El diagnóstico correcto de las infecciones de transmisión sexual es esencial para dispensar un tratamiento adecuado y eficaz. El hecho de invertir en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual, es una forma rentable de prevenir la infección por el VIH, dado que su transmisión se ve favorecida por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual.

Atención Integral de las Personas con el VIH/SIDA e ITS

Según estimaciones realizadas en México para el periodo 1997-1998, el gasto total en VIH/SIDA ascendió a 214.3 millones de USD. En términos de destino de los fondos, 32.7% (70.1 millones de USD) fueron asignados a prevención; 61.6% (131.9 millones de USD) a atención; y el 5.7% restante a otros (12.3 millones de USD). Tanto en el ámbito de la prevención como en el de la atención, la principal fuente de los fondos es la pública con 66.9% (46.8 millones de USD) y 91.1% (120 millones de USD), respectivamente; mientras que la privada absorbe el 33.1% (23.2 millones de USD) y 8.9% (11.7 millones de USD).

Con el fin de optimizar los recursos y ampliar el acceso a las personas afectadas, las estrategias recomendadas son: la regionalización de los recursos médicos y de laboratorio, así como establecer acuerdos interinstitucionales de colaboración.

El presupuesto federal asignado a los programas de la SSA se incrementó en un 269% en el periodo 1998-2000. En 1997, sólo cuatro entidades tenían presupuesto específico, y en la actualidad todos los estados tienen un programa propio con presupuesto asignado. Aun en los estados con mayor asignación de presupuesto, la mayor parte de los recursos se destinan a la atención de personas con el VIH/SIDA.

Se ha fortalecido la capacidad técnica y de gestión de los encargados del programa en el nivel estatal y jurisdiccional, así como del personal operativo, para incrementar las habilidades para la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH/SIDA e ITS. Asimismo, para unificar los criterios técnicos de atención, se actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control del VIH/SIDA; y se encuentra en proceso de publicación el Proyecto de NOM-039-SSA2-2000 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

A pesar de estos esfuerzos, no se han logrado ofrecer servicios de atención integral de calidad ni cubrir a toda la población afectada. Es preciso contar con servicios accesibles de información, consejería y detección oportuna, para contener la diseminación de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS.

Debido al alto costo de los antirretrovirales y como una estrategia para ofrecerlos gratuitamente a la población sin seguridad social, en 1997 la SSA en coordinación con la UNAM promovieron la creación del proyecto FONSIDA, A.C. Actualmente a través de todas las instituciones

del sector salud se ofrece tratamiento antirretroviral a 15,254 personas que representan el 85% de los pacientes registrados vivos con SIDA. Para garantizar una distribución oportuna de medicamentos a nivel nacional y mejorar el control de los mismos, se diseñó el Sistema de Control de Medicamentos (SICOME-SIDA). Es fundamental en este momento mejorar la calidad de la atención, buscar alternativas nacionales y regionales para disminuir el costo de antirretrovirales y aumentar la cobertura de las personas afectadas de población abierta.

En la actualidad el IMSS proporciona antirretrovirales a 14 mil de sus derechohabientes (incluyendo personas con el VIH y con el SIDA), y el ISSSTE a 1,756 pacientes; la Secretaría de Salud proporciona estos medicamentos a un aproximado de 2,800 personas, y se estima que existen alrededor de 3 mil personas no aseguradas que no tienen acceso a los antirretrovirales. Para esta población, se han establecido 61 Servicios Especializados de Atención para personas con el VIH/SIDA (SEA) en las 32 entidades federativas, con el apoyo de 29 laboratorios estatales certificados.

Con el fin de optimizar los recursos y ampliar el acceso a las personas afectadas, las estrategias recomendadas son: la regionalización de los recursos médicos y de laboratorio, así como establecer acuerdos interinstitucionales de colaboración.

El presupuesto federal asignado a los programas de la Secretaría de Salud se incrementó en un 269% en el periodo 1998-2000. En 1997, sólo cuatro entidades tenían presupuesto específico, y en la actualidad todos los estados tienen un programa propio con presupuesto asignado. Aún en los estados con mayor asignación de presupuesto, casi todos los recursos se destinan a la atención de personas con el VIH/SIDA.

Mitigación del Impacto

Frente a la aparición del SIDA han surgido reacciones sociales, producto del miedo al contagio, así como la desaprobación de estilos de vida no aceptados socialmente que se atribuyen a las personas afectadas. Esta situación ha ocasionado que se realicen actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, despidos injustificados y estigmatización de grupos específicos.

El estigma y la discriminación han provocado que el problema sea más complejo de resolver, ya que no solamente afecta a los individuos sino también a las comunidades, favoreciendo que las personas con mayor riesgo se alejen de los servicios de prevención y atención. Para disminuirlos se han desarrollado campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA, así como lineamientos para proteger la identidad y la libre decisión.

El costo elevado de la atención, aunado al estigma y la discriminación, multiplica la necesidad de apoyo social, legal y comunitario que ayuden a mitigar el impacto de la enfermedad. Es por ello que se requieren redes que faciliten el apoyo social y financiero para satisfacer necesidades básicas como alojamiento, despensa, atención domiciliaria y servicios funerarios. La lucha contra el estigma y la discriminación debe ser una actividad permanente de los gobiernos federal y estatales y de la sociedad civil.

Se han creado en México cerca de 300 OSC, en las que participan activistas de la población de HSH, personas dedicadas al trabajo sexual, mujeres, personas afectadas y que viven con el VIH/SIDA, así como profesionales de las áreas de sexualidad, psicología, salud y derechos humanos.

El principal reto que enfrentan estas organizaciones es lograr su profesionalización, sustentabilidad, eficacia y la coordinación para acciones comunes.

Actualmente se cuenta con espacios de coordinación e interlocución con los diferentes representantes de la sociedad civil en el nivel federal y estatal, lo cual ha favorecido el trabajo conjunto, el consenso, una mayor participación de la comunicad y la disminución de conflictos.

Principales Avances y Logros en el 2000

- Fortalecimiento de la coordinación sectorial estableciendo grupos de trabajo en cinco áreas: Atención médica, regionalización de laboratorios y servicios de apoyo, negociaciones y compras conjuntas, fortalecimiento de las actividades de prevención y atención de quejas.
- Laboratorios certificados crecieron de 9 a 30, los estados autorizados para ingreso a FONSIDA subieron de 3 a 32 entidades.
- Reunión del Consejo del CONASIDA el 21 de agosto del 2000 presidida por el C. Secretario de Salud.
- Diseño y realización del 1er Diplomado para fortalecer e incrementar la capacidad de los encargados de la gestión del programa de VIH/SIDA/ITS en las entidades federativas en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública.
- Publicación de la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-21993 para la prevención y control de la infección por VIH/SIDA el 21 de junio del 2000 en el Diario Oficial de la Federación.
- Elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Entrega de México de la Presidencia de la Junta de Gobierno del Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas en VIH/SIDA en mayo del 2000.
- Participación en el marco de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en junio de 2000, en reunión satélite de la Cumbre de ministros de Iberoamérica para analizar los aspectos relacionados a costos y negociaciones de medicamentos antirretrovirales en la región y de la incorporación del tema del VIH/SIDA en la Reunión Cumbre del 2000.
- Participación en el Grupo de Contacto para la negociación con la industria farmacéutica a nivel mundial el 29 de septiembre del 2000.
- Diseño de un sistema de información oportuna, confiable e integrada de los procesos, ubicación y calidad de los servicios de las instituciones públicas dedicadas a otorgar atención a las personas con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA), así como del cumplimiento de las recomendaciones para la atención de los pacientes, de las existencias y distribución de los medicamentos necesarios. El sistema fue diseñado en base a la experiencia brasileña, consultas a expertos en informática y responsables de la atención médica de PVVIH/SIDA y la sociedad civil. El proyecto fue presentado ante todas las instituciones del sector salud en la reunión del Consejo realizada en agosto y en una primera etapa se implantará en los servicios especializados para la atención del VIH/SIDA de la SSA que cuenten con el equipo e insumos necesarios en el nivel estatal para su funcionamiento.
- Existe una comunicación permanente con el Grupo Temático de Naciones Unidas en VIH/SIDA (ONUSIDA), con el fin de unificar criterios.
- En la reunión anual del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe, realizada en mayo, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, se reconfirmó la posición del Programa Nacional de VIH/SIDA México como punto focal del grupo, suscrito por 15 Jefes de Programa de la región.

- En coordinación con la Comisión Mexicana de Cooperación con Centroamérica y los Programas Nacionales de VIH/SIDA de los países de Centroamérica participantes en el Acuerdo de la Cumbre Tuxtla, México puso en práctica el Proyecto de "Prevención del VIH/SIDA e ITS con Especial Atención a Poblaciones Móviles" en zonas fronterizas, en el marco del Acuerdo Presidencial Tuxtla III.

MARCO JURIDICO DE ACTUACIÓN

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial

El Plan Nacional de Desarrollo, contempla la salud como un objetivo social que todos los sectores deben perseguir, para lo cual deben complementar las políticas de salud con políticas que abarquen acciones en todos los sectores y establece que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la misma.

La democratización de la salud, implica crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio sino como un derecho social. La democratización de la salud implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano.

Para enfrentar estos retos la presente administración se planteó cuatro objetivos principales:

1. Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
2. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
3. Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
4. Fortalecer el Sistema de salud.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que todas y cada una de las acciones en la materia se vinculan con los 4 objetivos básicos del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia 3. Enfrentar los Problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, las siguientes acciones:

Línea de Acción Prevenir y controlar las ITS y el VIH/SIDA.

El VIH-SIDA es un problema complejo que no sólo tiene que ver con la salud y la educación, ya que para detener su crecimiento es necesario incorporar a las campañas de control al mayor número de actores.

En México la epidemia todavía está concentrada en algunos grupos de la población. Una epidemia concentrada requiere estrategias enfocadas hacia los grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad. En nuestro caso estos grupos son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, los usuarios de drogas inyectables (UDIs) y las poblaciones móviles.

- Establecer mecanismos de sanción a los individuos, empresas o instituciones que violen las disposiciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA.
- Desarrollar campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH-SIDA y aquellos que pertenecen a los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección.

Estrategia 5. Brindar Protección Financiera en Salud

Para brindar protección financiera en materia de salud a toda la población en el plan se propone consolidar la protección básica de todos los mexicanos, promover la creación de un seguro popular, extender la filiación del seguro y promover ordenar y regular los seguros privados de gastos médicos.

En este rubro se plantean las siguientes metas:

- Reducir para el 2006 en 75% los gastos catastróficos en salud.
- Promover los esquemas voluntarios de afiliación a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a los grupos de familias con capacidad de pago cubriendo un total de 400 mil familias para el año 2006.

En congruencia con esta estrategia el VIH/SIDA se incluyó como uno de los padecimientos que causan gastos catastróficos y por ello a partir del 2005 los recursos utilizados para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral de las personas sin acceso a la seguridad social han sido cubiertos por el fideicomiso de gastos catastróficos.

Estrategia 6. Construir un Federalismo Cooperativo en Materia de Salud

Línea de Acción.- Culminar la descentralización de la Secretaría de Salud.

Estrategia 7. Fortalecer el Papel Rector de la Secretaría de Salud

Línea de acción 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos

El Consejo de Salubridad General convocó al Comité de Atención Integral del CONASIDA con la finalidad de definir el protocolo de atención integral del VIH/SIDA, mismo que se ha definido y actualizado a través de la Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA; documento de cumplimiento obligatorio para las instituciones públicas del sistema

nacional de salud por acuerdo publicado en el diario oficial el viernes 12 de noviembre del 2004; en congruencia con la línea de acción 7.4.

Los tratamientos incluidos en este documento son comparables a los tratamientos recomendados en las guías de países industrializados ya que es el resultado por un lado del trabajo de revisión y consenso de las evidencias científicas realizado por el grupo interinstitucional de expertos que integran los grupos de trabajo del comité de atención integral. Y por otro lado el trabajo del CENSIDA en la obtención de mejores precios de los antirretrovirales más eficaces y seguros, también ha sido decisivo para que estos tratamientos sean accesibles a toda la población que los requieran.

PRINCIPALES AVANCES

Concepto	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**[e/]
Personas con VIH/SIDA que recibieron tratamiento antirretroviral (sólo incluye población no derechohabiente, tanto a nivel federal como estatal)	2,386	3,012	6,502	8,304	9,885	12,400
Presupuesto para el Programa de VIH/SIDA (incluye federal y estatal)	ND	ND	ND	ND	712 mp	806 mp
Presupuesto para el Programa de VIH/SIDA (incluye federal y estatal)	30 mp	29.7 mp	170 mp	367 mp	375 mp	500 mp
Servicios Especializados de Atención	27	61	76	89	99	102
Centros de Detección y Consejería	57	86	93	120	116	138
Condones distribuidos entre la población con practicas de riesgo para la prevención del VIH/SIDA e ITS (incluye Programa Planificación Familiar)	12 millones	26 millones	40 millones	69 millones	78 millones	84 millones

e/ Estimado
Fuente: CENSIDA. Secretaría de Salud.

Programas Sectoriales, Regionales y Especiales

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. Los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que todas las acciones en la materia se deberán vincular con el desarrollo social y económico del país.

Para enfrentar cada uno de los retos, se adoptan los siguientes objetivos, consistentes con los del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006:

1) Mejorar las condiciones de salud de las y los mexicanos.
2) Abatir las desigualdades en salud.
3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5) Fortalecer al sistema de salud, en particular a sus instituciones públicas

Además, incorpora los retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, con referencia a la necesidad de asegurar la equidad, la calidad y la protección financiera en salud de las personas y comunidades afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 -como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas-, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones.

A partir del año de 1986, se realizaron modificaciones al marco jurídico en el área de salud para incorporar elementos que permitan la prevención y control del VIH/SIDA e ITS en el país. El marco jurídico actual, vigente, relativo al VIH/SIDA e ITS es amplio e incluye leyes, reglamentos, decretos, normas y lineamientos que han sido elaborados en coordinación con diversas instituciones, y actualizados de manera permanente.

En los últimos años la SSA realizó una labor intensa de descentralización de los servicios de salud, impulsando la creación de programas para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS en las 32 entidades federativas. En este marco, la responsabilidad operativa de la lucha contra el VIH/SIDA e ITS recae en las propias entidades federativas.

En México existe una enorme diversidad de organizaciones de la sociedad civil (OSC) y de base comunitaria que, desde el inicio de la epidemia, están dando una respuesta comprometida al VIH y al SIDA. Sin embargo, es urgente apoyar a esas organizaciones para que fortalezcan su trabajo a través de procesos de desarrollo institucional.

Para lograr la adopción de medidas con máxima eficacia, en razón del costo contra la epidemia del VIH/SIDA, es necesario analizar la información que permanentemente se genera, además de difundir las lecciones aprendidas de las mejores prácticas, establecer un sistema de monitoreo y evaluación permanente, vincular la investigación y el conocimiento a la toma de decisiones, así como favorecer el intercambio y la cooperación en el nivel estatal, regional, nacional e internacional.

Se requiere, además, ampliar la respuesta y focalizar las acciones preventivas a las poblaciones más afectadas o con mayor vulnerabilidad: mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC) y usuarios de drogas inyectables (UDI), poblaciones móviles, personas privadas de la libertad e indígenas, así como a los contextos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH/SIDA e ITS. Se han establecido como estrategias claves: aumentar el uso del condón, programas de mitigación del daño por uso de drogas inyectables, interrupción de la transmisión vertical, disminución del número de parejas sexuales y tratamiento adecuado de las ITS.

El Programa de Acción 2000-2006 es congruente con los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud así como en la Declaración de Compromisos de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada del 25 al 27 de junio del 2001.

Conclusiones

1) En virtud de que la epidemia en México se encuentra concentrada en algunos grupos, se tiene la gran oportunidad de evitar que se generalice a toda la población.
2) Ante una epidemia concentrada se requieren estrategias focalizadas a grupos con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad, tales como: mujeres, jóvenes, HSH, poblaciones móviles, indígenas, TSC, UDI, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad.
3) La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención, siguen siendo las formas más eficaces para evitar la transmisión del VIH/SIDA e ITS.
4) La reducción de las ITS incide directamente en la disminución del riesgo de adquirir el VIH/SIDA, por lo cual es necesario fortalecer su prevención, detección y tratamiento oportunos.
5) Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, incrementa su calidad de vida, disminuye la mortalidad y los costos de hospitalización.
6) Es necesario ampliar la respuesta nacional que involucre a los actores claves del sector público, privado y de la sociedad civil, comunidades y personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS.
7) Generar un ambiente propicio que neutralice el estigma y la discriminación, en el marco del respeto a los derechos humanos, es fundamental para la contención de la epidemia.
8) La complejidad del VIH/SIDA requiere de estrategias integrales que incluyan factores psicológicos, sociales, culturales, religiosos, étnicos, sexuales y económicos.
9) La lucha contra el SIDA debe evaluarse, no sólo por la reducción en el número de nuevas infecciones sino por el incremento en la adopción de prácticas saludables, protegidas o seguras.
10) Para detener la epidemia es necesario trascender las fronteras; compartiendo experiencias, las mejores prácticas, articulando acciones y políticas comunes entre todas las entidades federativas, los países de la región, y a nivel internacional fortaleciendo la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y Triangular.

Presupuesto y Acceso Universal al Tratamiento Antirretroviral

De 1997 al 2000 todos los recursos utilizados para brindar tratamiento antirretrovlral provenían de la Secretaria de Salud y los Servicios Estatales; por lo que se decidió cancelar gradualmente la participación de FONSIDA y solicitar anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación los recursos necesarios para hacer frente a las necesidades.

En el año 2000 el IMSS proporcionaba antirretrovirales a 14 mil de sus derechohabientes (incluyendo personas con el VIH y con el SIDA), el ISSSTE a 1,756 pacientes; la SSA aproximadamente a 3,000 personas 66% con fondos federales y 34% con fondos estatales), y se estimaba que por lo menos otras 3 mil se encontraban en listas de espera. Para esta población, se habían establecido 61 Servicios Especializados de Atención para personas con el VIH/SIDA (SEA) en las 32 entidades federativas, con el apoyo de 29 laboratorios estatales certificados.

En Abril del 2001 se obtuvo la primera ampliación presupuestal por 30 millones de pesos para garantizar la continuidad de los tratamientos de todos los menores de edad y los pacientes adultos de los estados de: Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, estado de México, Morelos, Nayarit, Oaxaca Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora y Veracruz.

En el 2002 se obtuvo una primera ampliación presupuestal de 150 millones de pesos, con lo que se alcanzó una cobertura de 5,912 pacientes, quedando aún pacientes en lista de espera en todas las entidades, lo cual se agravó por la desincorporación de 1307 pacientes que habían estado recibiendo hasta entonces tratamiento en el IMSS, pero ya no tenían vigencia. Para poder hacer frente a esta contingencia se solicitó una segunda ampliación por 2 millones de pesos.

Para el 2003 se requería garantizar la continuidad de los tratamientos de 7,031 pacientes en el país y extender este beneficio a los más de 1,000 nuevos pacientes; es por ello que se solicitó en el PEF la asignación presupuestal necesaria, obteniéndose 367 millones de pesos. En ese año, con la finalidad de poder incluir a la brevedad posible a los pacientes que se encontraban en lista de espera, se limitaron las opciones de tratamiento a esquemas de primera y segunda línea. Esta estrategia permitió alcanzar en el 2003 la meta de acceso universal, que había sido programada para el 2006.

En el 2004 se obtuvo una asignación presupuestal de $300,350,000 (trescientos millones, trescientos cincuenta mil pesos), con lo cual solamente fue posible garantizar la continuidad de los pacientes que recibieron tratamiento en el 2004; pero existía un déficit de 150 millones para cubrir a los nuevos pacientes; es por ello que se solicitó un recurso adicional de 75 millones con la finalidad de cubrir a estos nuevos pacientes por un período de 6 meses; este recurso fue autorizado por la DGPOP; sin embargo se obtuvo hasta el 2005 del fideicomiso de protección social en salud.

En el 2005 se asignaron al CENSIDA 200 millones de pesos para la adquisición de antirretrovirales y en el marco de la alineación de recursos, en la Comisión de Protección Social en Salud, se asignaron recursos etiquetados en la actividad institucional 009 (Coordinar las acciones para la operación y Regulación del sistema de protección social en salud) identificados en la actividad prioritario R005 “Impulsar la prevención y atención del VIH/SIDA en la población” por 300,300,000 millones de pesos cobertura Antirretroviral 2006.

En el 2006, la totalidad de los recursos federales para garantizar la cobertura de los pacientes del 2005 se recibieron del Fideicomiso de Gastos Catastróficos; en los anexos de colaboración se

estableció el compromiso de absorber la totalidad de pacientes ingresados en el 2005 (federales y estatales) y que el estado absorbería los requerimientos de los nuevos pacientes a lo largo del 2006. El monto de los recursos autorizados para este fin fue de 943 millones de pesos, con lo que se estima una cobertura de 17,000 pacientes con tratamiento antirretroviral en los servicios de Atención Integral de los Servicios Estatales de Salud e Institutos Nacionales. De Salud.

Indicadores del Programa Nacional

1) Reducir en 15% la prevalencia de ITS y VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.

En prevalencia de VIH/SIDA e ITS, se redujeron las cifras de porcentaje año con año a partir del 2001 al 2005, siendo en este último año 2.7 veces menor el porcentaje de acuerdo a la meta programada. Y la tasa por 100,000 habitantes se observó a través de los años con una baja importante, en el año 2001se tubo una meta de 14.4 y se observó en ese año una reducción a 12.2, y en el año 2005 se programó una meta de 13.0 y disminuyo a 9.9 habitantes por 100,000 hab.

2) Reducir en 25% la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad.

En este rubro, de acuerdo a las metas que se han propuesto año con año no se han podido alcanzar, sin embargo; se ha observado a partir del 2001 al 2005 una reducción en su porcentaje de 0.1 a 1.7. Y en cuanto a su tasa en el año 2001 obtuvo una tasa de 9.79, al año 2005 solamente se redujo a 9.63 la tasa por 100,000 hab.

3) Ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que lo requiera.

En la cobertura de tratamientos antirretrovirales a pacientes con VIH/SIDA en el año 2001, sólo se cubrió al 85%, y partir del año 2003 a la fecha se ha podido cubrir al 100% de los pacientes que lo ha requerido.

4) Garantizar que el 100% de, los órganos, tejidos, y células hematopoyéticas para transplantes, se apeguen a las normas de tamizaje y transplantes.

En esta meta se ha garantizando que el 100%; se apeguen a las normas de tamizaje y transplantes y se realice la búsqueda de VIH en todas las muestra.

Indicadores de desempeño estratégico

Los mecanismos de seguimiento programático para los indicadores estratégicos se realizan a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).

En el año 2001 los indicadores que formaban parte de la evaluación fueron los Indicadores Estratégicos, a partir del 2002 cambiaron de nombre, a Indicadores de Desempeño y al siguiente año a la fecha como “Indicadores de Desempeño Estratégico”.

En el 2001, los indicadores que formaron parte de la evaluación del desempeño del CENSIDA fueron los siguientes:

1) Índice de investigación en salud, ciencias médicas y seguridad social.

En el número de artículos científicos publicados se alcanzó sólo el 50.0% de la meta anual programada. Los factores que intervinieron en el no cumplimiento de la meta programada para este indicador, fueron los siguientes:

a) el cambio de dos investigadores a otras instituciones y que,
b) aún cuando el CENSIDA contó con artículos que estuvieron en revisión editorial, solo cubrió hasta el momento del corte anual con 6 artículos publicados

2) Índice de formación en materia de salud.

En el índice de formación en materia de salud se rebaso la meta acumulada en un 222.4%. , sin embargo en el acumulado de acuerdo al número de personas inscritas fue mayor el número de egresados y se alcanzó solamente el 92.1% en total.

3) Índice de capacitación en materia de salud.

En el indicador sobre capacitación en materia de salud se alcanzó el 96.9%, se capacito a un número menor de personas de las que se tenían inscritas.

En el 2002, los indicadores que formaron parte de la evaluación del desempeño fueron:

1) Porcentaje de investigaciones en prevención de VIH/SIDA e ITS concluidas.
El porcentaje de la meta anual sobre el número de proyectos terminados se obtuvo un avance del 100.0%.

2) Porcentaje de reuniones y visitas de seguimiento.
En cuanto al porcentaje de reuniones y visitas de seguimiento, la meta acumulada se superó y se rebasó en un 17.4%.

3) Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral.
En este año se cumplió al 100.0% de la meta en cuanto al porcentaje de personas que recibieron tratamiento antirretroviral.

4) Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas.
En cuanto a las actividades programadas se logró también un avance al 100.0% de acuerdo a la meta.

5) Porcentaje de cumplimiento de las actividades de capacitación programadas.
Y en actividades de capacitación en salud; la meta se cumplió al 100.0%, y además el 30.0% se superó de acuerdo a la meta anual.

En el 2003, los indicadores que se evaluaron para el desempeño de actividades en el CENSIDA son:

1) Proveer información y difusión para la prevención de la transmisión sexual, sanguínea y perinatal del VIH/SIDA e ITS.
El porcentaje de investigaciones para la prevención de VIH/SIDA e ITS de acuerdo a lo programado fueron concluido al 100.0%.

2) Proveer atención integral de las personas con VIH/SIDA e ITS.
El porcentaje de reuniones y visitas de seguimiento, se rebasó la meta anual en un 93.0%.

3) Reducir el impacto social y económico de la epidemia VIH/SIDA e ITS en la población.
En cuanto a los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral se cubrió al 100.0% de la meta a pesar de que se cubrieron a las personas que fueron desincorporados del IMSS, así como los que se encontraban en lista de espera, quedando cubiertas todas las personas sin seguridad social viviendo con VIH/SIDA se les otorgó el tratamiento de antirretrovirales y de acuerdo a lo programado se obtuvo el 79.6% como de cumplimiento.

4) Capacitar servidores públicos en materia de la salud.
En cuanto al cumplimiento en actividades sobre capacitación en materia de salud se logró la meta anual al 100.0 %.

En el 2004, los indicadores que formaron parte de la evaluación del desempeño del CENSIDA fueron los siguientes:

1) Productividad en investigación en salud.
La meta anual se cumplió en 76.9%. Lo anterior, en virtud de que los tiempos requeridos para la revisión y publicación de un artículo, que generalmente son mayores a 6 meses; dificultan que los resultados de una investigan que se realiza en un año determinado pueden ser publicadas en el mismo.

2) Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral.
En las personas que reciben tratamiento antirretroviral se cumplió al 100.0% la meta acumulada. En este año la meta calculada se basó en una estimación del número de casos de SIDA esperados que podían cubrirse con el presupuesto aprobado para la compra de medicamentos antirretrovirales sobre la estimación de casos que requerían tratamiento ARV. En virtud de que se aprobaron recursos adicionales, esta cobertura se amplio a partir de septiembre; debido a lo cual desde este mes se sobrepasó la meta estimada, lográndose un universo de 9,885 pacientes con una cobertura de 100.7 %.

Y en el 2005, los indicadores del desempeño del CENSIDA fue el siguiente:

1) Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral.
El porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral, se estima que las personas que requieren tratamiento ARV se podían cubrir solamente a 6,708 pacientes, y actualmente, debido a los recursos aprobados para este fin, se logró cubrir a 12,028 apacientes que se estimaron que requerían Tx. ARV. un porcentaje de 131.4% alcanzado.

Caminando a la excelencia

Durante el periodo 2001-2004, la propuesta utilizada por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), para evaluar el desempeño del Programa VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), contemplaba los siguientes indicadores: i) usuarios activos de condón; ii) detección de sífilis en mujeres embarazadas; iii) gasto en prevención por persona viviendo con VIH; iv) casos de SIDA registrados oportunamente; y v) pacientes con

SIDA que reciben tratamiento ARV. Estos indicadores tenían el mismo peso en la construcción del índice de desempeño.

Con el objeto de enriquecer la evaluación del desempeño del Programa VIH/SIDA, a partir del 2005 se maneja un nuevo índice que se construye considerando siete indicadores: i) distribución de condones para la prevención del VIH/SIDA (20%); ii) detecciones de sífilis en mujeres embarazadas (15%);; iii) gasto estatal en prevención (20%);; iv) seguimiento de ITS (10%); v) caso de SIDA registrados oportunamente (10%); vi) monitoreo de pacientes en tratamiento ARV (15%); y vii) coordinación intersectorial en VIH/SIDA (10%).

En esta nueva propuesta de evaluación, se pretende dar un mayor énfasis al componente de prevención, sin dejar de impulsar las acciones en atención integral; por ello, el mayor peso recae en los indicadores de relativos a los componentes de prevención: la sexual, a través de la distribución de condones; la perinatal, mediante la detección de sífilis; y ambos tipos de prevención, por medio del gasto estatal; que reúnen una ponderación total en el índice de desempeño de 45%.

Por su parte, los indicadores referentes a la atención integral son: seguimiento de ITS; y monitoreo de pacientes en tratamiento ARV; que juntos participan en el índice de desempeño con 35%.

Finalmente, se incluyen dos indicadores que evalúan el seguimiento epidemiológico del SIDA; así como el trabajo intersectorial en VIH/SIDA, a través de consejos estatales que incluyan la participación de los diferentes sectores que influyen en la lucha contra el SIDA; que conjuntamente contribuyen en 20% al índice de desempeño.

Durante 2001-2004, el índice de desempeño creció 41.8 puntos porcentuales, lo que representa un incremento de 169.2%; al pasar de 28.4% a 76.5%.

En el 2005, el índice de desempeño nacional fue de 75.0%, con lo cual el Programa VIH/SIDA e ITS avanzó en su evaluación del desempeño nacional en 4.9 puntos porcentuales en comparación con lo observado en el 2004.

Proyectos Estratégicos y/o Prioritarios de la Gestión Administrativa

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los servicios prestados.

Desde la aparición de los primeros casos de VIH/SIDA en nuestro país hasta la fecha, los esfuerzos institucionales y de la sociedad organizada se han dirigido a la generación de una oportuna y efectiva respuesta a la demanda de atención de quienes viven con este padecimiento. Se ha pasado desde el desconocimiento casi absoluto a la constitución de un modelo de atención en el que convergen importantes avances en los ámbitos de la investigación, la formación de recursos, la organización civil, la apertura de la sociedad en general, la atención médica y la legislación, normatividad y reglamentación institucional, entre otros.

La primera experiencia relacionada con la atención de las personas con VIH/SIDA fue la concentración de los pacientes en los hospitales donde se contaba con un servicio de infectología, lo cual fue insuficiente por la gran demanda generada y la baja oferta de camas y personal médico

especializado para su atención. Ante esta situación, en 1998 el entonces Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA), en el marco del Programa para el Fortalecimiento 1997-2000, y con la finalidad de promover la descentralización de la atención de las personas con VIH/SIDA elaboró el primer "Modelo para la atención médica de pacientes con VIH/SIDA", que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario, con un espacio destinado a proporcionar atención médica ambulatoria e integral en los hospitales de primero, segundo y tercer nivel de atención ya existentes en cada entidad federativa, facilitando el acceso a urgencias y hospitalización.

Ante la necesidad de impulsar la constitución de estos servicios en todas las entidades federativas (de 1998 a 1999 existían estos servicios únicamente en 7 hospitales de todo el país), y como consecuencia de la complejidad y dinamismo con que se movía esta enfermedad, en el año 2000 se establece como requisito para el acceso al programa de distribución gratuita de antirretrovirales la integración y funcionamiento del "Servicio Especializado para la Atención de personas con VIH/SIDA" (SEA), designando al equipo de salud que se responsabilizaría de la atención de los pacientes. Al mismo tiempo, el CONASIDA generó, en apoyó a los estados, cursos y talleres para capacitar, actualizar y sensibilizar continuamente al equipo de salud de los SEA's.

Con este modelo se favoreció que la sobreviva de los pacientes aumentara, mejorara su calidad de vida, disminuyeran los requerimientos de hospitalización y atención de urgencias. La prevención oportuna de infecciones oportunistas disminuyó el uso de medicamentos parenterales y apoyo terapéutico intrahospitalario, que a su vez redujo los costos en la atención. Se logró también disminuir la frecuencia del diagnóstico tardío y el rezago en la notificación. Se avanzó en las pruebas de laboratorio que permiten conocer la seropositividad de una persona, así como identificar el momento para iniciar terapia antirretroviral o cambiar el tratamiento, además de verse favorecido el abasto de medicamentos específicos para el tratamiento y los insumos suficientes para los estudios de laboratorio.

Posteriormente, con el Programa de Acción 2001-2006, se establece como uno de los componentes del mismo la Atención Integral de las personas con VIH/SIDA e ITS, que entre sus metas plantea el contar con servicios de calidad para la consejería, detección y tratamiento de las ITS en todas las entidades federativas; asegurar que el 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA e ITS tengan acceso a servicios de calidad para la atención integral de su salud y ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que la requiera. Es decir, el camino a seguir es avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud, el cual incluya todos aquellos elementos, procesos o etapas que se encuentren vinculadas a la presencia, riesgo, detección, tratamiento, rehabilitación y mejora en la calidad de vida de quienes ya son personas VIH positivas. Un modelo integral cuyo esquema sea Prevención-Detección-Tratamiento Controlado-Restablecimiento de la Salud.

Aunado a lo anterior, y a manera de enfatizar este esquema y la congruencia en la terminología empleada en el Plan Regional de VIH/SIDA para el Sector Salud 2006-2015, emitido por la Organización Panamericana de la Salud, se retoma el término Servicio para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA (SAI's), para la designación de los hasta entonces SEA's. Los ahora SAI's siguen encaminándose hacia la práctica de la atención integral de la salud de las personas con VIH/SIDA.

Los esfuerzos invertidos en todos estos años, por supuesto que se ven reflejados en importantes logros, no obstante, aun no son suficientes, ya que no se ha logrado ofrecer servicios de atención integral de calidad ni cubrir a toda la población afectada. La creciente demanda nacional de atención, hasta hoy, está siendo cubierta a través de los 108 SAI's existentes en todo el país. SAI's cuyas características predominantes son la no asignación de personal específico especializado para la atención, la inhabilitación o inexistencia de espacios, equipo e instrumental propio, los aun insuficientes recursos financieros y, lamentablemente en algunos casos, la todavía inmadura actitud de discriminación y estigmatización de las autoridades estatales hacia las personas que padecen VIH/SIDA, lo cual minimiza el apoyo que pudieran ofrecer a estas acciones. Es por ello que buscando alternativas que den salida favorable a las limitaciones en la prestación de los servicios ofertados por los SAI's, en el contexto del Programa de Fortalecimiento de la Infraestructura, se inicia la creación de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS), los cuales vendrán a ser unidades de atención médica para consulta externa que cuenten con auxiliares de diagnóstico, farmacia y área para tratamiento psicológico y social, continuando preferentemente su enlace a una unidad hospitalaria.

Actualmente el número de CAPASITS a nivel nacional es de aproximadamente 55, entre los que ya están operando, los que están casi terminados, los que inician su creación y los que aun se encuentran en proceso de autorización.

Es importante precisar que la constitución de los CAPASITS no viene a cambiar el esquema de atención que se viene manejando, sino que viene a fortalecerlo al fomentar el apoyo estatal y federal para el mejoramiento de las condiciones de infraestructura (recursos humanos y equipo) de los SAI's, los cuales en algunos casos trascienden a CAPASITS. Las opiniones vertidas por parte del personal estatal se encuentran divididas entre quienes vislumbran beneficios y mejoras con la transformación de estas unidades, y quienes con renuencia las descalifican por considerar que con ellas se propicia la estigmatización y discriminación de los pacientes al identificarlos con el lugar de atención. Sin embargo, debemos recordar que la apertura social hacia la aceptación, comprensión y apoyo para con estas personas también ha ido evolucionando. Una actitud de mayor naturalidad también es una manera de educar a la población. Cierto que hay choques, pero en algún momento y lugar se tiene que empezar a general un cambio.

En este continuo de mejoramiento de los Servicios de Atención Integral el principal motor sigue siendo el ideal de brindar atención con calidad y calidez, la cual está directamente relacionada con la satisfacción de las necesidades y perspectivas de los usuarios. Entre estas necesidades figura en primera instancia el brindarle respuesta inmediata al problema de salud que lo llevó a buscar atención.

Esta es la directriz de nuestro quehacer cotidiano y el punto culminante de nuestros esfuerzos como nivel normativo. Quehacer que a su vez nos conduce en la práctica diaria de la administración del programa a revisar y replantear la planeación de nuestras acciones, de tal manera que ellas respondan a necesidades técnicas, materiales y operativas reales de los servicios de atención en los estados.

Consecuentemente, el suministro de información para retroalimentar nuestra planeación administrativa y operativa viene a estar representado por los sistemas de información institucional, por las estrategias de supervisión permanente y la evaluación de los servicios. Los tres en conjunto son parte fundamental en el proceso de gestión del programa para la toma de decisiones.

El acceso universal al tratamiento ha contribuido a incrementar la identificación oportuna de las personas con infección por el VIH, ya que la posibilidad de recibir tratamiento gratuito es un incentivo para acudir a los servicios de salud. Esto a su vez ha permitido mejorar el Registro Nacional de Casos disminuyendo el subregistro y el retraso en la notificación , lo cual a su vez ha permitido un mejor conocimiento de la magnitud y tendencias de la epidemia en cada entidad federativa.

Mejorar la calidad de la atención es otra meta del Programa que coincide con la Cruzada Nacional de Calidad en los Servicios de Salud; es por ello que con la finalidad de homogeneizar criterios de diagnóstico y tratamiento se elaboró la guía de Tratamiento Antirretroviral, documento que se actualiza periódicamente por el comité de atención integral del CONASIDA, y que de acuerdo a la publicación del DOF de noviembre del 2005 es de observancia obligatoria para las instituciones públicas del sector.

Con la misma finalidad y ante la necesidad de homologar la calidad de los servicios, se dieron a conocer los “criterios para la pre-acreditación de los servicios de atención integral para personas con VIH/SIDA”, proceso que inicio en el 2006.

Resultados de los acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia o entidad, o en su caso, del encargado de su coordinación

Para garantizar la atención y la prevención del VIH-SIDA, durante 2004 y 2005 se firmaron los Convenios y Anexos específicos entre las 32 entidades federal y el gobierno federal.

Los anexos mencionados con las 32 entidades federativas señalan el compromiso de que asignaran recursos que deben destinarse a actividades de prevención dirigidas a los grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres, migrantes, usuarios de drogas inyectables, trabajadores(as) del sexo comercial, amas de casa y jóvenes. Así como a la compra de condones, promoción de la salud y detección del VIH).

En el mes de octubre de 2004 se solicitó a cada una de las entidades federativas remitir a este Centro Nacional, sus Programas de Acción 2005, mismo que con base en el diagnóstico situacional y el comportamiento de la epidemia del VIH en cada estado, permita establecer objetivos, actividades y metas acordes a las características del VIH y otras ITS.

El beneficio de contar con este documento en los niveles estatal y jurisdiccional, es optimizar recursos, focalizar estrategias y frenar aquellos factores que inciden en el incremento de casos de SIDA e ITS y portadores en cada estado de la República Mexicana. Los programas de acción recibidos fueron 29.

La ejecución del ‘Programa de Acción: VIH/SIDA e ITS 2001-2006’ no sólo constituyó uno de los ejes programáticos de la Secretaría de Salud durante la administración que concluye, también constituye un ejercicio que puede documentar la relevancia de contar con metas y estrategias establecidas para hacer frente a esta epidemia así como a sus efectos sociales, sanitarios, económicos y aún de desarrollo.

Puede decirse con seguridad que contar con un programa de acción sexenal representa una de las mejores prácticas gubernamentales para la prevención y el control del VIH/SIDA.

En lo particular, destaca el esfuerzo gubernamental de lograr el Acceso Universal al Tratamiento Antirretroviral que en el 2003 -tres años antes de la meta establecida- permitió ofrecer los fármacos y el seguimiento médico especializado a la población que clínicamente requería iniciar o continuar con la terapia existente. De las 40 mil personas que actualmente están tomando terapia antirretroviral, 17 mil han accedido a ella de manera gratuita a través de los servicios de la Secretaría de Salud en toda la república.

La implementación de dicha directriz por parte del CENSIDA también demostró que la identificación temprana de la infección por VIH constituye una importante herramienta en la atención integral y, de manera complementaria, en la prevención de un número importante de nuevos casos, ya que la población seropositiva queda en condiciones de incorporar las medidas recomendadas para evitar que retransmita este virus o experimente una reinfección.

Si bien es cierto que en el período 2000-2006 ha sido necesario destinar anualmente mayores recursos al tratamiento antirretroviral, debe destacarse que el principal logro gubernamental es haber mantenido la epidemia concentrada, evitando su extension a la población general.

Debido a su Programa de Acción en VIH/SIDA, México se ubica entre los primeros países de América Latina que han logrado en menos tiempo el acceso universal al tratamiento y con ello mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, facilitando las condiciones que permitan su reincorporación a la vida productiva.

De igual manera, la identificación de acciones programáticas para continuar con la prevención de la infección del VIH a lo largo de la administración permitió que por primera vez los gobiernos de los estados implementaran un conjunto de acciones regionales e incluso a nivel municipal o de jurisdicción sanitaria, trabajando particularmente con organizaciones civiles que cuentan con una importante experiencia muy útil para la ejecución del programa nacional.

Debe resaltarse, asimismo, la respuesta formulada a diversos compromisos internacionales establecidos en la Asamblea Especial de Naciones Unidas (UNGASS) del 2001:

Mejoría en la calidad de vida de las personas afectadas y disminución del número de hospitalizaciones, lo cual ha permitido que se incorporen al trabajo y mejoren las condiciones de vida de sus familias al mejorar la economía propia.

Adicionalmente, dado que el ingreso de pacientes se condicionó al cumplimiento de ciertos requisitos por parte de los Programas Estatales, puede afirmarse que estas transferencias ayudaron a consolidar el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA en las 32 entidades federativas al lograrse una asignación presupuestal específica para su operación.

Dentro de los principales retos del Programa VIH/SIDA se encuentran:

1) Fortalecimiento de las medidas de prevención para disminuir el crecimiento epidemiológico del VIH, focalizando acciones en poblaciones vulnerables, mediante una mayor asignación de presupuesto anual para este rubro;

2) Consolidar la atención integral, manteniendo el acceso universal al tratamiento ARV y mejorando la calidad de la atención integral del SIDA, lo cual incluye servicios de monitoreo,

consejería, adherencia al tratamiento y prevención secundaria, en un marco de respecto a su dignidad y a los rasgos específicos de las poblaciones vulnerables. En este apartado es importante subrayar la necesidad de comprometer los recursos asignadas para Sida en el fondo de gastos catastróficos;

3) mejorar el sistema de registro y notificación, disminuir el subregistro y poder identificar a las personas con VIH que aún no conocen su estatus serológico, mediante la automatización de los sistemas de notificación de casos y el incremento en el uso de pruebas rápidas;

4) sensibilización social y mitigación del daño, reforzando la concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionados con la enfermedad y los grupos afectados, a través de diversas estrategias de comunicación, incluyendo medios masivos; y

5) educación en la sexualidad, para lo cual se requiere incrementar acciones en áreas externas al sector salud, principalmente lo referente a la educación en sexualidad humana desde el nivel pre-primaria hasta los ámbitos de carreras profesionales.

MÉXICO
ANEXO ESTADÍSTICO

Casos de SIDA por sexo y edad (30 de junio de 2006)

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	87,348	83.1%
Mujeres	17,822	16.9%
Total	105,170	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,553	2.5%
15 -44 años	81,980	78.7%
45 años o más	19,621	18.8%
Edad ignorada	1,016	(1.0%)
Total	105,170	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.
Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Casos de SIDA por sexo y edad (15 de noviembre de 2005)

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	82,382	83.3%
Mujeres	16,551	16.7%
Total	98,933	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,383	2.4%
15 -44 años	77,220	78.9%
45 años o más	18,325	18.7%
Edad ignorada	1,005	(1.0%)
Total	98,933	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.
Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Casos de SIDA por Institución Notificante (30 de junio del 2006)

Institución	Número	Porcentaje
SSA	59,054	56.2%
IMSS	32,884	31.3%
ISSSTE	5,633	5.4%
OTRAS	6,827	6.5%
PRIVADO	772	0.6%
Total	105,170	100%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Casos de SIDA Y PVVIH (30 de junio del 2006)

Casos de SIDA notificados	105,170
Personas viviendo con VIH	182,000
Casos de SIDA registrados en el 2006	2,603
Casos de SIDA registrados oportunamente en el 2006	1,783 (68.5%)

Categorías de transmisión (30 de junio del 2006)

Categoría	Porcentaje
Sexual	**92.2%**
HSH	47.0%
Heterosexual	45.2%
Sanguínea	**5.2%**
Transfusión sanguínea	3.4%
Hemofílico	0.4%
Donador	0.6%
Drogas I.V.	0.9%
Exp.Ocupacional	< 0.1%
Perinatal	**2.3%**
Otras (Homo-Drogas)	**0.3%**
Se desconoce	**(37.3%)**

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Nota: La categoría “Se desconoce” se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

EL SIDA EN MEXICO

CASOS ACUMULADOS DE SIDA, POR ENTIDAD FEDERATIVA
(30 de junio del 2006)

LUGAR	ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS ACUMULADOS DE SIDA
1	Distrito Federal	20,207
2	México	11,069
3	Veracruz	9,464
4	Jalisco	9,142
5	Puebla	5,124
6	Baja California	4,873
7	Guerrero	3,744
8	Chiapas	3,391
9	Oaxaca	3,278
10	Michoacán	2,891
11	Nuevo León	2,774
12	Guanajuato	2,575
13	Yucatán	2,548
14	Chihuahua	2,541
15	Morelos	2,416
16	Tamaulipas	2,314
17	Sinaloa	1,722
18	Sonora	1,571
19	Tabasco	1,437
20	Coahuila	1,395
21	Quintana Roo	1,369
22	Nayarit	1,207
23	San Luis Potosí	1,204
24	Hidalgo	1,077
25	Durango	895
26	Querétaro	894
27	Tlaxcala	755
28	Campeche	732
29	Aguascalientes	582
30	Zacatecas	548
31	Colima	545
32	Baja California Sur	522
-	Extranjeros	311
	Se desconoce	53
	Nacional	105,170

Notas: Ordenado por casos acumulados.
Fuentes: DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2006. Secretaría de Salud.

EL SIDA EN MEXICO	CASOS ACUMULADOS DE SIDA, POR ENTIDAD FEDERATIVA (15 de noviembre del 2005)			
LUGAR	**ENTIDAD FEDERATIVA**	**POBLACIÓN 2005**	**CASOS ACUMULADOS DE SIDA**	**TASA ACUMULADA***
1	Distrito Federal	8,814,797	19,528	221.54
2	México	14,672,398	10,569	72.03
3	Veracruz	7,295,935	8,923	122.30
4	Jalisco	6,814,808	8,545	125.39
5	Puebla	5,536,997	4,859	87.76
6	Baja California	2,947,836	4,494	152.45
7	Guerrero	3,260,576	3,612	110.78
8	Chiapas	4,417,084	3,090	69.96
9	Oaxaca	3,716,837	2,960	79.64
10	Michoacán	4,227,017	2,765	65.41
11	Nuevo León	4,242,555	2,640	62.23
12	Yucatán	1,807,639	2,456	135.87
13	Guanajuato	5,065,338	2,418	47.74
14	Chihuahua	3,432,518	2,338	68.11
15	Morelos	1,717,252	2,293	133.53
16	Tamaulipas	3,163,846	2,131	67.35
17	Sinaloa	2,771,148	1,441	52.00
18	Sonora	2,487,066	1,325	53.28
19	Tabasco	2,069,522	1,302	62.91
20	Coahuila	2,543,160	1,282	50.41
21	Quintana Roo	1,091,496	1,234	113.06
22	San Luis Potosí	2,409,311	1,133	47.03
23	Nayarit	997,654	1,128	113.07
24	Hidalgo	2,389,912	1,007	42.14
25	Querétaro	1,601,101	848	52.96
26	Durango	1,554,948	846	54.41
27	Tlaxcala	1,072,311	711	66.31
28	Campeche	775,765	665	85.72
29	Aguascalientes	1,044,014	541	51.82
30	Zacatecas	1,416,865	521	36.77
31	Baja California Sur	502,623	486	96.69
32	Colima	591,350	484	81.85
-	Extranjeros	-	305	-
	Se desconoce	-	53	-
	Nacional	106,451,679	98,933	92.60**

Notas: Ordenado por casos acumulados.
* Tasas por 100,000 habitantes. ** La tasa nacional calculada no incluye a los extranjeros y a la categoría se desconoce.

Fuentes:
DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2005. Secretaría de Salud.
CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 2000-2010. Versión 2002.

Incidencia y mortalidad del VIH/SIDA en México[1/]

Los primeros casos de SIDA se diagnosticaron en 1981. En los 25 años transcurridos desde entonces, más de 65 millones de personas en todo el mundo se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y más de 25 millones han muerto como consecuencia del SIDA.

Desde mediados de los ochenta el control de la pandemia del SIDA se convirtió en prioridad para la comunidad internacional. Un ejemplo de esto es la integración del compromiso de detener y reducir la propagación del VIH/SIDA para 2015 dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El VIH/SIDA en México tuvo un inicio relativamente lento. No obstante, a mediados de la década de los ochenta se inició un crecimiento acelerado. Los casos registrados de esta enfermedad hasta el final de 2005 sumaban poco más de 102,000 y se estima que actualmente más de 182,000 adultos son portadores del VIH.

En términos del cumplimiento de los ODM, la incidencia del VIH/SIDA en el país ha disminuido en los últimos dos años, luego de que alcanzó su pico en 1999 y se mantuvo constante entre 2000 y 2003.

La mortalidad por esta enfermedad en adultos de 25-44 años, se redujo 8% en los últimos siete años, disminuyendo 14 puntos porcentuales en los hombres y aumentando ligeramente en las mujeres.

Se espera que la mortalidad por esta causa se contenga en el mediano plazo, logrando, como resultado del desarrollo de nuevos medicamentos antirretrovirales y el incremento en el acceso a ellos, mejorar la calidad de vida de los sujetos que viven con VIH. En México, desde 2003, la totalidad de las personas sin seguridad social infectadas con VIH tienen acceso a estos medicamentos gracias a un incremento notable en el gasto destinado a su compra, el cual se multiplicó poco más de 11 veces entre 2000 y 2005.

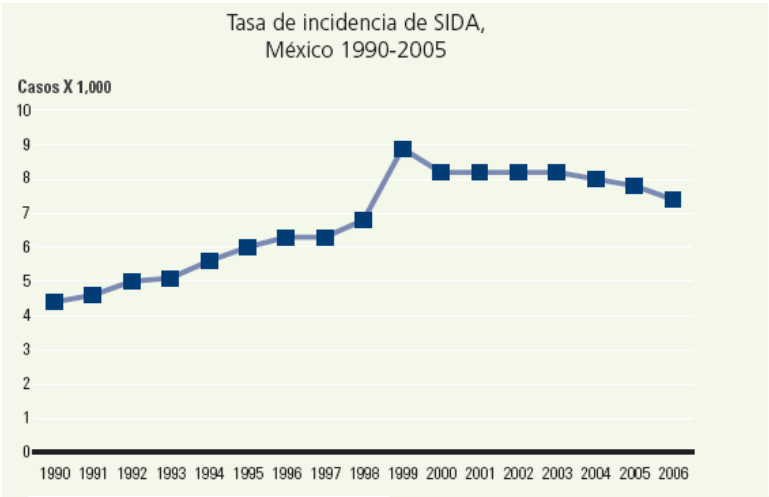
A pesar de que las cifras más recientes son bastante promisorias, se requiere fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus. La principal vía de transmisión en México es la sexual. Para reducir la transmisión por esta vía se ha insistido en la promoción del uso del preservativo y en la distribución masiva de este producto. La transmisión perinatal se encuentra bajo control y la transmisión sanguínea se ha abatido mediante el aseguramiento de la calidad de la sangre.

Finalmente, se requieren esfuerzos adicionales para mejorar el diagnóstico temprano de los portadores, con lo que, además de abatir el subregistro, se lograría que una mayor cantidad de personas infectadas conociera su estatus y se redujera la probabilidad de contagio.

La distribución por género de la mortalidad debida al SIDA muestra un cambio similar que se observa en otras partes del mundo. Este fenómeno se caracteriza por un incremento—que en nuestro país es ligero pero claramente identificable— en el número de mujeres que mueren por esta causa y una reducción acelerada de la mortalidad masculina. De acuerdo con información del CENSIDA, para

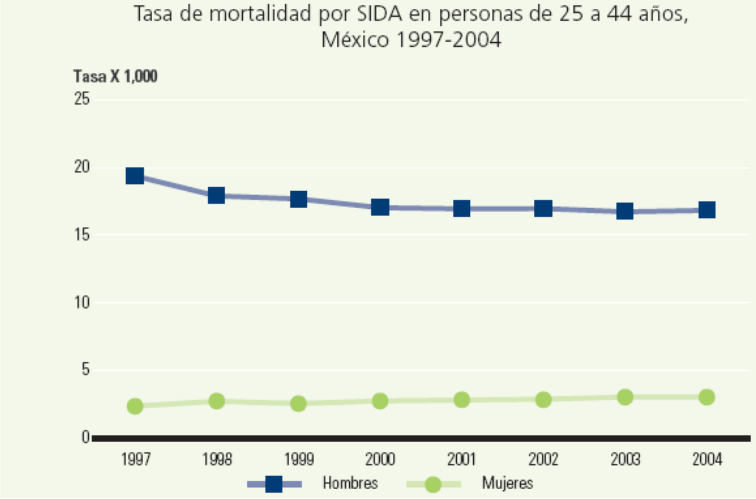
1. Las tasas de incidencia y mortalidad por VIH/SIDA representan el número de nuevos casos y de defunciones por esta causa, respectivamente, por cada 100,000 habitantes.

el 31 de marzo de 2002 había 150 mil infectados por VIH, de los cuales sólo se notificaron 52,472. De éstos, 7 mil 605 eran mujeres (14%).



Después de permanecer estable, la incidencia de SIDA disminuyó en los últimos 2 años.

La mortalidad por SIDA se redujo 8% a partir de 1997.



EL SIDA EN CIFRAS, 2005[2/]

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido es un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones.

El SIDA en el mundo, América Latina y el Caribe

A finales del 2004, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 39.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 37.2 millones eran

2. Información del sitio web de CONASIDA (http://www.salud.gob.mx/conasida/).

adultos, 17.6 millones mujeres, y 2.2 millones menores de 15 años. Cada día 14 mil personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 4.9 millones de personas contrajeron la infección en el 2004. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2004, el SIDA causó 3.1 millones de muertes.

A pesar de que América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 2 millones de infecciones (1.7 millones en América Latina y 440 mil producidas en el Caribe). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del SIDA, después de la África subsahariana, con una prevalencia del 2.3% en población adulta.

Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH México se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y el sitio setenta y siete a nivel mundial.

El SIDA en México

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 15% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 12.2% en trabajadores del sexo comercial y 6% en usuarios de drogas inyectables.

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH. En el 2005 se tenía el registro de 144 mujeres embarazadas con SIDA (139 de la SSA). En ese año, el 6.67% de las mujeres embarazadas de todo el sector se les realizó la prueba de detección del VIH (5.4 % en el 2004, 3.8% en el 2000); en PEMEX fue al 100% de las embarazadas; en la SSA al 8.76%; en la SEDENA al 45.75%; en el IMSS al 0.41%, y en el ISSSTE al 3.2%. En el 2005 al 40% de las mujeres embarazadas se les realizó prueba de detección de sífilis (9.4% en el 2000). En el 2006 se fortaleció esta estrategia ofertando gratuitamente a toda mujer embarazada sin seguridad social (1 millón de pruebas de detección de VIH con consejería).

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98,933 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 83.3% son hombres y el 16.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 5 a 1. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.9% de los casos registrados.

La transmisión sexual ha sido la causante del 92.2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 47.7% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 44.5% a heterosexuales. El 5.3% se originaron por vía sanguínea, de los cuales 3.6% corresponden a transfusión sanguínea, 0.7% están asociados al consumo de drogas inyectables, 0.6% a donadores, 0.4% a hemofílicos, y menos del 0.1% a la categoría exposición ocupacional. Los casos de SIDA por transmisión perinatal no han disminuido, se han mantenido: 98 (2000), 114 (2001), 142(2002), 112 (2003), 89 (2004), 93 (2005) a pesar del acceso gratuito a prevención perinatal, estimándose que representa el 2.2% del total de casos. La categoría combinada de Hombres que tienen Sexo con otros

Hombres y Usuarios de Drogas Inyectables (HSH/UDI) representa el 0.3%. En uno de cada tres casos (37.8%) se desconoce el factor de riesgo asociado.

En México ha disminuido la mortalidad por SIDA como resultado del crecimiento en la cobertura del tratamiento ARV: en 1997, únicamente las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) proporcionaban este tipo de medicamentos, alcanzando una cobertura del 54% de los pacientes con SIDA de todo el país. Al año siguiente, la Secretaría de Salud inició la cobertura de la población no asegurada, ofreciendo tratamiento ARV gratuito a todos los menores de menores de 18 años y mujeres embarazadas que lo necesitaran. En 1999, la cobertura se extendió a varones adultos no asegurados.

Esta tendencia continuó creciendo de manera importante en los siguientes años, de tal forma que para finales del 2003, México logró el acceso universal al tratamiento ARV a las personas con SIDA registradas vivas (25,082). En el 2005, se estimaba que más de 30 mil personas viviendo con VIH/SIDA estaban recibiendo tratamiento antirretroviral gratuito de parte de las instituciones del sector salud, incrementando de manera significativa su calidad de vida. De éstas, 14,808 no contaban con seguridad social, 13,640 eran del IMSS, 3,000 del ISSSTE, 312 de PEMEX y 191 de la SEDENA. Para el 2006 se estima que el número aumentó a 35,000 personas. En ese año se asignaron 843 millones de pesos a través del gobierno federal, y 228 millones de los gobiernos estatales, para atención pacientes sin seguridad social, fijándose como meta garantizar la disponibilidad de antiretrovirales (ARV), calidad de los medicamentos, acceso a estudios de laboratorio, capacitación y actualización del personal de salud, programas de adherencia al tratamiento para pacientes y sus familiares, y formulación de guías nacionales estándar para manejo de ARV.

De 1997 a la fecha se han establecido más de 100 Servicios Especializados de Atención para personas con VIH/SIDA en unidades médicas de todos los Servicios Estatales de Salud del país, de acuerdo a un modelo de atención recomendado por especialistas en el tema, lo cual ha contribuido de manera decidida a mejorar la calidad de la atención.

México es un país que tiene una epidemia relativamente estable, que se encuentra concentrada en grupos de población que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo comercial y usuarios de drogas inyectables. Por ello, el reto epidemiológico consiste en evitar que la epidemia se generalice a la población en general.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA
PARAGUAY

1. La Secretaría de la Mujer ha tomado la posta en la lucha contra feminización del VIH/SIDA y cada 1 de Diciembre la Ministra realiza un cabildeo de forma conjunta con otras autoridades de alto nivel para incorporar en la agenda pública la lucha contra el VIH/SIDA desde una perspectiva de género.

2. Los análisis y tratamiento del VIH/SIDA en mujeres embarazadas es gratuito.

3. Se cuenta con una Mesa Temática de Género y Salud (que tiene el apoyo de la OPS) en la cual se analizan los avances realizados en materia de VIH y políticas públicas y se reorientan acciones a través del compromiso público en las acciones que aún no se han desarrollado con el énfasis que corresponde.

4. El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y la SMPR desarrollan acciones conjuntas de capacitación y sensibilización.

5. Actualmente, el presupuesto destinado por el Gobierno al Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, es de 1.000.000 de dólares. Gran parte de este presupuesto está destinado al análisis y tratamiento de mujeres embarazadas. Se ha solicitado un aumento para el año que viene de manera a invertir más en prevención.

Division of Gender Relations
Ministry of Health, Human Services, Family Affairs and Gender Relations

23nd October 2006

REPORT TO THE INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN (CIM): GENDER ASPECTS OF HIV/AIDS: BEST PRACTICES IN SAINT LUCIA
Thirtieth Third Assembly of Delegates of CIM - November 2006

HIV/AIDS in Saint Lucia: A PROFILE

The first case of AIDS in Saint Lucia was reported in 1985. Since then the number has increased significantly, and at the end of 2005 there were 546 reported cases. Saint Lucia is at the low end of the scale among Caribbean nations with an HIV prevalence rate of 0.12 percent. Twenty-five (25) percent of all reported cases are through heterosexual transmission, but in a vast majority of cases the mode of transmission is unknown.

Early intervention programmes focused primarily on prevention, but in spite of these efforts the number of infected persons continued to increase. A major concern is the impact of HIV/AIDS on young females. Cultural practices such as multiple partnering among men, age mixing and low levels of condom use, women's poor sex negotiation skills, their limited access to information on sex and HIV/AIDS, and their high levels of economic dependency and poverty make women more vulnerable to the disease. Of the known reported cases 47percent are female, with the highest prevalence in the 25 - 34 age group. The fatality case ratio is high, 8.6 percent between 1995 to 1999. Although more men have died over the period 1985 – 2001, the trend in the last ten years has been towards a higher mortality among women than among men.

It is believed that underreporting of HIV cases makes it difficult to provide a true picture of the epidemic in the country. The underreporting has been attributed to:

- an inadequate reporting or surveillance system
- the avoidance of testing, and
- the high level of stigma and discrimination.

The situation required a stronger infrastructure and systems to manage, monitor and keep the epidemic in check. As a result a National HIV/AIDS Strategic Plan was developed to guide the country's response to HIV and AIDS over a five-year period (2005-2009). The government of Saint Lucia received assistance from the World Bank to develop and implement the Plan. A National AIDS Coordinating Council (NACC) was also established to coordinate the national HIV/AIDS response. The chairperson of the NACC is the Prime Minister of Saint Lucia, thus ensuring political support for the programme at the highest possible level. A fully operational National AIDS Programme Secretariat (NAPS) was also established to administer the programme.

Non-Government Organizations such as the AIDS Action Foundation (AAF), established in September 2000 to help mitigate the spread and impact of the HIV/AIDS in Saint Lucia, also play an important role in the national response to the disease.

BEST PRACTICES IN SAINT LUCIA

ACTIVITIES	POLICY / PROGRAMME / PROJECT
1. Research project	Addressing Gender and Cultural Issues in HIV Prevention Among Young people.
2. Capacity building training	Mainstreaming Gender Analysis in HIV/AIDS Programming in the Caribbean
3. Country Strategic Plan	Development and implementation of a national HIV/AIDS Strategic Plan 2005-2009
4. Welfare assistance	Support for HIV infected children
5. Awareness training	Violence against women and HIV/AIDS
6. Voluntary Counseling and Testing Programme	Know Your Status Campaign

Addressing Gender and Cultural Issues in HIV Prevention Among Young people

Saint Lucia is currently participating in a policy -oriented research project, which seeks to promote positive change in the gendered perceptions and attitudes of the youth population towards interpersonal relations, reproductive health and rights. One of the projects strategies is to develop and support strategies and services to help young people understand, and change gendered social norms and behavioral pattern that are correlated with increased vulnerability to HIV/AIDS. The overall goal of this project, which is being supported by UNAIDS through its Programme Acceleration Fund facility, is to provide a supportive and youth friendly environment that facilitates open dialogue on sexuality, reproductive health, gender dynamics and HIV/AIDS. Specifically the project seeks to:

- Strengthen the capacity of youth in community-based organizations and networks, local government and civil society organizations to develop programmes that promote HIV risk-free behaviours
- Empower young people, especially young women and girls, to claim and practice their sexual and reproductive rights to ensure safe sexual behaviours and practices, and
- Increase the ability of girls and boys, women and men to assert themselves within relationships and to negotiate safe sex.

Capacity Building for Mainstreaming Gender Analysis in HIV/AIDS Programming in the Caribbean

This is another regional project implemented locally by UNIFEM with a number of supporting partners, in response to the escalating prevalence rate of the HIV/AIDS epidemic, particularly among young women, to support capacity building on gender and HIV/AIDS.

The growing rates of HIV/AIDS among women in the context of the important role that they play in Caribbean households, often as primary heads of households, could result in potentially devastating impacts on the stability of Caribbean households. The escalating prevalence rate of HIV/AIDS is driven by gendered behaviours, including violence against women and women's access to change oriented programmes. This initiative was developed out of a series of discussions lead by UNIFEM to address not only the feminization of HIV, but the need for policy makers to have a better understanding of gendered causes and consequences of HIV/AIDS.

The objectives of the project include:

- Advancing gender mainstreaming of HIV/AIDS programmes at regional and national levels.
- Investigating gender differentials in the formation, implementation and impact of HIV/AIDS policies, processes and outcomes.
- Catalyzing and strengthening the understanding of gender differentials in the formation and implementation of HIV/AIDS at national and regional levels to improve gender equity outcomes and reduce the spread of HIV/AIDS.
- Building capacity for training in gender-based analysis for all key professionals and workers.
- Ensuring that national machineries for women, women's organizations and social and health planners make inputs into and monitor policy and implementation consistent with gender equity goals.
- Strengthening inter-agency collaboration in HIV/AIDS programme design, implementation and monitoring from the gender perspective.

The National HIV/AIDS Strategic Plan 2005- 2009 SAINT LUCIA

The overall goal of the Strategic Plan is to reduce HIV transmission and to mitigate the impact of HIV and AIDS on all levels of the society.

The Strategic Plan is defined by four broad strategies:

1. Advocacy & Policy Development

Priority areas under this strategy include:

- advocacy and the development of policy and legislation
- socioeconomic development
- protecting the human rights of people living with HIV and AIDS

2. **Comprehensive HIV/AIDS care for all persons living with HIV/AIDS**

Priority areas under this strategy include:

- treatment care and support
- eliminating stigma and discrimination

3. **Preventing further transmission of HIV**

Priority areas under this strategy include:

- services that must be implemented

- specially targeted groups for risk reduction programmes

4. **Strengthening national capacity to deliver an effective, coordinated and multi-sectoral response to the epidemic**

Priority areas under this strategy include;
- research and surveillance
- institutional strengthening and management

A major activity of the Strategic Plan is the Prevention of Mother -to-Child Transmission programme. This programme is ongoing and it is expected that by December 2006 all pregnant women will be routinely counseled and screened to determine their HIV status. Also by year end, all pregnant women who are found to be HIV positive will be provided with complete treatment and guidance for the Prevention of Mother-to-Child Transmission, additionally, all clinically ready HIV positive antenatal clients will be referred to post delivery antiretroviral treatment. All of these services will be made available free of charge to the clients.

Activities of the National Strategic Plan also include increasing students participation in gender sensitive life skills and HIV and STI (sexually transmitted infections) prevention and education programmes. Gender sensitive human sexuality, life skills and HIV and STI prevention training are also being provided for teachers and principals to increase their capacity to inform students on such issues.

There are also plans to strengthen community-based HIV prevention programmes for women and girls, by providing training to women's groups and organizations to enable them to use the knowledge gained to inform and educate their members and communities in order to reduce their vulnerability.

Support for HIV infected children

Children who are infected very often do not receive the quality of care they require. Many of them have lost a parent or both parents, leaving them in situations of extreme poverty and need. The Government of Saint Lucia has instituted a special programme of assistance for children who are HIV positive and in receipt of public assistance. In addition to receiving the required medication free of charge, these children are now receiving an increase in monthly allowance from $60 to $250 towards their care and maintenance.

Understanding the link- Improving the Response: Violence against women and HIV/AIDS

Agencies working with women who are victims of domestic violence report that many of their clients indicate that the abuse usually includes some form of sexual violence. The unequal power relations , which results in violence and intimidation prevents women from taking measures to protect themselves, adding another devastating dimension to the issue of violence against women.

In response to this growing concern about HIV/AIDS and the connection with violence against women, the Division of Gender Relations through the Women's Support Centre (a shelter for

female victims of domestic violence and their children), with financial support from the United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) conducted a training workshop on HIV/AIDS and violence against women for persons working with victims of domestic violence and girls at risk.

The objectives of the training workshop included:

- Sensitizing participants to issues of HIV/AIDS and its link with gender-based violence.
- Sharing information on gender-based violence with agencies working on issues of HIV/AIDS
- Establishing a programme support network among agencies/organizations working with victims of gender-based violence and those working on issues of HIV/AIDS.

The training has resulted in increasing awareness among women who are victims of gender-based violence, with agencies providing additional support and services for them. Additionally, all participating agencies working with victims of gender-based violence are now including issues of HIV/AIDS in their programming.

Know Your Status Campaign

The Saint Lucia Medical and Dental Association (SLMDA) in a programme aimed at promoting safe and healthy sexual lifestyles to reduce the spread of HIV/AIDS implemented a ***Know Your Status Campaign***, which began in July this year during the carnival season. The SLMDA used the carnival season, which is generally seen as a time when people tend to adopt a carefree attitude, to encourage the public to test for HIV.

The campaign, which ran until September, was a tremendous success. Over forty (40) medical doctors and dentists were trained in Voluntary Counseling and Testing (VCT) and Rapid HIV testing. Women outnumbered men in accessing this free service 3:1. The average age of the individuals tested ranged from 15 – 45 years. It was reported that an average of 550 individuals were tested per month, and over one thousand tested during the month of August. The national HIV Testing increased over 200 percent during the campaign period. This programme provided an excellent opportunity to promote openness about HIV/AIDS, and to empower the individuals who tested to take control of their lives and sexuality.

Conclusion

Mainstreaming gender in all national policies, programmes and projects to combat HIV/AIDS presents opportunities to focus on the needs of the entire population. It is essential to understanding HIV/AIDS transmission and initiating appropriate responses. Its application is important in countries such as ours, with limited resources to create an environment in which women and men can protect themselves and each other, and benefit from national interventions equality and equitably.

References

National HIV/AIDS Strategic Plan 2005-2006: Ministry of Health, Human Services, Family affairs and Gender Relations.

Capacity Building for Mainstreaming Gender Analysis in HIV/AIDS Programming in the Caribbean: UNIFEM Project Document.

HIV/AIDS Youth Prevention Programme: UNIFEM/UNICEF Project Document.

SURINAME: GENDER ASPECTS OF HIV/AIDS

Best practices undertaken in Suriname

The first case of HIV/AIDS was registered in Suriname in 1983 and twenty years after that, the epidemic expanded in 2004 into a cumulative number of approximately 3000 (females: 1435 and males: 1562),registered persons with HIV/AIDS. Since 1996 the annual number of new cases of HIV+ has almost tripled from 104 to 274 in 2001 and went up to 371 at the end of 2003. Preliminary 2005 data recorded 602 new cases.

The gender distribution of new HIV+ cases has shifted over the years and since 2004 there are more females than males. An important contributing factor to the increased number of registered HIV+ women has been the expansion of the PMTCT (Prevention of Mother To-Child Transmission) program. In terms of age distribution, the highest registered prevalence is in the age group 15-49 years. Sixty to eighty percent of the annual new cases are in this age-group.

Since the beginning of the epidemic, Creoles and Maroons have accounted for the majority in the total number of HIV/AIDS registered cases. In 2001, the spread of HIV/AIDS in the HINDUSTANI group becomes more visible in an alarming manner, with the increase in AIDS deaths from 5.5% in 2000 to 19.7% in 2001.

In 1999 HIV/AIDS entered the list of ten most important causes of death in Suriname on the tenth place. In 2000 it moved to the sixth place and has remained there. HIV/AIDS is the leading cause of death for the age-group 24-49.

Various national protocols and guidelines were developed to strengthen and standardize care and treatment, including clinical treatment protocols, a VCT (Voluntary Counseling and Testing) protocol and a PMTCT protocol.

Waiting for the development of a national protocol each hospital formulated its own policy for prenatal screening. However, there are some common guidelines. In general, HIV testing is offered to all pregnant women as part of routine prenatal screening. Coverage of PMTCT screening of pregnant women increased from 30% in 2003 to 70% in 2005.

The scaling up of PMTCT services started in 2003 and in the past two years. Suriname made significant progress in the expansion of PMTCT services. Annually around 10,000 pregnancies occur and in 2005 almost 70% of pregnant women were reached with the programme. Suriname is currently developing PCR (Polymerase Chain Reaction) laboratory services, and the current data systems do not capture the quality and outcome of the PMTCT programme in terms of the rate of HIV transmission from mother to child.

Since 2002, access to treatment with ARV (Anti Retro Viral) has increased significantly. An emergency revolving fund was established to ensure treatment. At the end of 2002, 37 patients were under treatment. In 2003, a total number of 110 new patients being treated with ARV were registered.

All pregnant mothers who are tested HIV positive receive ARV treatment during pregnancy and after labor, while also the child is treated. If the mother is asymptomatic, treatment is terminated after delivery. Breastfeeding is discouraged if bottle-feeding is available.

The 2006 targets for PMTCT include development of a comprehensive database for PMTCT services monitoring, increases the PMTCT coverage to at least 90% and to enhance the quality of services provided to HIV+pregnant women and their infants.

Introduction of free HIV testing and expansion of the number of VCT sites contributed to rapid increase of the number of VCT clients from 500 in 2003 to almost 2000 in 2005.

The transmission of HIV does not only take place trough male-female sexual contact. In Suriname a sero prevalence survey in 1998 among men who have sex with men, mainly recruited in bars and on the street, resulted in a HIV prevalence of 18%. In 2004, a second, larger survey, conducted among general population of men who have sex with men, shows a much lower HIV prevalence percentage of 6.7%. Apart from men who have sex with men, other identified high-risk groups are commercial street-based workers, prisoners and migrant (mobile) people.

The vulnerability of Commercial Sex Workers (CSW) is well- documented and includes their marginalized position, in particular in a context like Suriname, where commercial sex work is forbidden by the law and tolerated in the margins of society. Therefore CSW have no recognized status or recourse if their human rights are violated by clients or others. Due to their vulnerability they are at increased risk to become infected with HIV. A recent study (2004) in Suriname among CSW recorded a high prevalence of 20.4% and inconsistent condom use.

Increasing share of young women with HIV: Currently women comprise not only almost half of the total population with HIV, but the clear and very alarming trend is that especially young women are getting HIV infected. Strikingly is the sharp increase of women with HIV, in particular in the age groups 15-19, 20-24 and 25-29 years, at an accelerated rate compared to young men. Suriname is one of the Caribbean countries, where newly infected women are significantly outnumbering newly infected men.

In 2000-2001, women account for 63% of the HIV+ in the age group 15-19, 81% in the age group 20-24, and 62% in the age group 25-29 years. In these age groups the number of infected women has clearly surpassed the number of infected men.

Currently AIDS case data is collected through a hospital-based surveillance system that started in 2001. Data is collected from all hospitals in Suriname. The annual number of hospitalizations due to AIDS shows an increasing trend. In 2003 and 2004 respectively 264 and 286 persons were hospitalized due to HIV/AIDS. The year 2004 was the first year with more females. The most frequently occurring age group is 20-39 years.

In 1988, the Ministry of Health established the National AIDS Program (NAP). The NAP has a leadership role in effectively coordinating the national response and in formulating and endorsing national policy and regulations.

In June 2001 the Government of Suriname adopted the UNGASS Declaration of Commitment, thus underlining national commitment to the fight against HIV/AIDS. A review of the achievements indicate that Suriname has made accelerated progress towards the UNGASS targets.

In 2003 the process of formulation of a National Strategic Plan (NSP) on HIV/AIDS was initiated. The NSP was completed and formally adopted by the Council of Ministers in 2004.

Approval of a Global Fund grant and continued strong partnerships with UN and other partners provided the necessary financial resources for rapid expansion of national programs.

In addition to the Global Fund there are strong partnerships with the recent UN agencies and some bilateral partners (EU, American Ambassador's fund, Canada Fund, Dutch Cooperation) that contribute to the national response in terms of financial and technical support.

Major achievements include the introduction and up scaling of ARV (Anti Retro Viral) treatment from 0 in 2002 to 542 persons (486 adults and 56 children) by December 2005.

In the first twenty years of the AIDS epidemic in Suriname, the response against AIDS grew into a nationwide effort, in which government, NGO's and private sector are more aware than ever of the necessity of a multi sectoral approach. The national Strategic Plan for a multi-sectoral approach of HIV/AIDS, 2004-2008 is a ground document in this turning point in fighting the epidemic and the product of long and intensive consultations on different sectors in society.

Based on the Situation and Response Analysis, five priority areas have been identified:

1. Coordination, policy formulation, legislation and advocacy;
2. Prevention;
3. Reduction of stigma and discrimination;
4. Treatment, care and support;
5. Monitoring and evaluation.

AIDS is a poverty related disease and closely linked to social injustice, in particular to the social inequality between men and women. It is nationally and internationally acknowledged that women as a social group are more vulnerable to HIV infection because of persistent inequality in gender relations, which is also manifested in the phenomena of feminization of poverty. Poverty is, especially among women, one of the main driving forces behind the epidemic. Women are lower educated than men, are twice more unemployed than men, are predominantly working in the informal economic activities and are often the main breadwinner of the household. Lack of access to sufficient income sources, the prevailing double sexual standard, lack of control of fertility and prevailing notions on female sexuality and the historically developed survival strategy to have sex in exchange for goods or money make women as a special group more vulnerable to HIV infection.