

Informes nacionales sobre avances en respuesta al sida - Argentina

Monitoreo Global del Sida 2019



Contenido

- I. Total - Objetivos de Acción acelerada
- II. Cascada de pruebas y tratamiento del VIH - Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020
- III. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH - Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018
- IV. Programas de prevención del VIH; Grupos de población clave - Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que consumen drogas inyectables y las personas privadas de libertad)
- V. Género; Estigma y discriminación - Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020
- VI. Conocimiento del VIH y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva - Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año
- VII. Protección social - Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020
- VIII. Prestación de servicios dirigida de forma comunitaria - Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020
- IX. Gasto relativo al VIH - Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales

- X. Empoderamiento y acceso a justicia - Empoderamiento de las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos
- XI. SIDA fuera del aislamiento - Compromiso para sacar el Sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

Total

Objetivos de Acción acelerada

Resumen de avances

Transcribimos parte la presentación del Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina N°35: “Una nueva agenda de trabajo: del control y la contención a la eliminación del VIH”. Donde planteamos nuestro compromiso con la metas 90-90-90 y las propuestas de trabajo al respecto. Adjuntamos también, el Plan estratégico Nacional 2018-2021 de VIH, sida e infecciones de transmisión sexual; y, Respuestas a las hepatitis virales plan estratégico Nacional 2018-2021 que detallan el plan de acción en los próximo 5 años.

La respuesta nacional al VIH-sida ha permitido controlar la epidemia y acercarnos progresivamente alcanzar los objetivos comprometidos en las metas 90-90-90, aunque resta aún mucho camino por andar para lograr el fin de la epidemia que propuso ONUSIDA para 2030. De acuerdo a la última estimación, en 2017 vivían en la Argentina 129 mil personas con VIH, de las cuales el 80% conocía su situación y, de ellas, el 83% estaba en tratamiento antirretroviral. A su vez, la tasa de transmisión vertical continuó descendiendo y, en 2016 (último año con datos cerrados), se ubicó en el 4,1%.

El avance en estos indicadores contrasta con las brechas persistentes en otros. En primer lugar, solo el 68% de las personas en TARV logra la supresión virológica. En segundo término, el 34,7% de los nuevos diagnósticos se producen tardíamente: en el 30% de las mujeres y en el 37% de los varones. Finalmente, la tasa de mortalidad por sida se mantiene casi sin cambios desde hace más de 15 años, ubicada en 3,4 por 100 mil en 2016.

Anualmente se están diagnosticando alrededor de 5.800 personas con VIH, 12,9 por 100 mil. El ritmo de los diagnósticos es similar al de las nuevas infecciones que se producen en el mismo lapso. El análisis de los nuevos casos revela algunas tendencias significativas.

Se registra un descenso en la cantidad de diagnósticos en mujeres, sobre todo adolescentes y adultas jóvenes, y un aumento de los diagnósticos en varones jóvenes. Esto da lugar a que se estén reportando 2,5 varones por cada mujer y que la mediana de edad de diagnóstico de los primeros sea menor que la de las segundas, 32 y 33 años respectivamente. Según la distribución geográfica, los diagnósticos están aumentando en todas las regiones del país, salvo en el AMBA, donde la tasa permanece estable. Con ligeros matices, este mapa epidemiológico y los indicadores de la cascada del continuo de atención se repiten en todo el país.

Quizás el dato más relevante sea que el 98% de las personas se estén infectando a través de relaciones sexuales en las que no utilizan preservativo. Entre los varones, la mitad se infecta durante relaciones sexuales con mujeres y la otra mitad durante prácticas sexuales

con otros varones. Esto, sumado a que más de la mitad de las personas infectadas no está suprimida virológicamente, ya sea porque no conoce su diagnóstico o porque lo conoce pero no está en tratamiento, o lo está pero tiene dificultades en la adherencia, señala alguno de los desafíos y la agenda futura.

Este panorama sobre el VIH debe ser puesto en el contexto general del importante aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) que se registra en los niveles local y mundial. Solo por tomar como ejemplo la sífilis, la tasa de casos reportados en varones y mujeres jóvenes y adultos se ha triplicado entre 2013 y 2017 pasando de 11,7 a 35,2 por 100 mil y la proporción de positividad en las pruebas de rutina que se les realizan a las mujeres embarazadas pasó del 2% al 3,2% en el mismo lapso. Asimismo, la cantidad de casos de niños y niñas con sífilis congénita está aumentando año tras año, lo que nos aleja de las metas definidas en la estrategia de eliminación de la OPS.

Así, los datos que presenta este Boletín evidencian las distintas esferas de los procesos de salud/enfermedad y de cuidado en los que debemos profundizar el trabajo para aumentar el impacto de la política sanitaria: prevención para evitar nuevas infecciones de ITS, entre ellas el VIH, diagnóstico oportuno y vinculación a los servicios de salud, acceso al tratamiento para todos y mejora en la adherencia. Pero todas estas dimensiones del proceso no deben ser pensadas como instancias aisladas, sino como parte de una misma estrategia de Prevención Combinada.

El Plan Estratégico 2018-2021, consensuado entre los distintos actores que participan de la respuesta al VIH y las ITS en un proceso participativo, planteó la necesidad de cambiar el paradigma en dirección de una mirada de prevención combinada. Esta no solo implica intervenir sobre los procesos de vulnerabilización articulando componentes biomédicos, comportamentales y estructurales, sino que incluye pensar la prevención del VIH en articulación con la de las otras ITS, las hepatitis virales y la tuberculosis. Así, se propone un salto cualitativo que supere las limitaciones de una respuesta fragmentada.

A la vez, el trabajo intersectorial dentro y fuera del sector salud y del Estado es indispensable si se quiere pasar de una etapa de contención de la epidemia de VIH a una verdadera fase de eliminación. Por ello es central enfocarnos en algunas cuestiones estructurales que incluyen, entre otros aspectos, asegurar recursos para la compra de los distintos insumos, fortalecer los sistemas información –incluidos los epidemiológicos– y realizar acciones para eliminar las normativas aún vigentes que favorecen el estigma y la discriminación.

En este sentido, entendemos que el avance en la implementación de algunas normas nacionales vigentes, tales como la Educación Sexual Integral y las leyes que promueven la equidad de género y combaten la discriminación, sea por orientación sexual, identidad de género, laboral, etcétera, son puntos centrales en los que debemos trabajar en los próximos años.

Siempre concebimos este Boletín como una herramienta de gestión para los equipos que desde distintos sectores y niveles trabajan en el campo del VIH y las ITS. Por ello, los artículos que aquí se presentan brindan información sobre la situación, articulada con la respuesta programática, y plantean algunos debates y propuestas de trabajo en las que nos encontramos involucrados en este momento, tales como la descentralización de la atención de personas con VIH, el uso extendido de las pruebas rápidas simultáneas para las distintas infecciones, el I=I (indetectable=intransmisible), pruebas pilotos de PrEP para algunas poblaciones, desarrollos territoriales a través de los programas municipales, entre otros.

El Boletín N° 35 presenta las secciones habituales de actualización epidemiológica sobre la situación del VIH, el diagnóstico oportuno, la mortalidad por sida y la transmisión vertical. Cabe aclarar que durante los últimos tres años el equipo del Área de Información Estratégica ha venido trabajando junto al Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología en la incorporación de la vigilancia del VIH al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en el entorno SISA. Este proceso fortalecerá la vigilancia de este evento, que hasta ahora se realizaba off-line mediante un sistema independiente. Dada la complejidad del proceso y que aún el entorno está en desarrollo, este Boletín presenta información sobre nuevos diagnósticos de VIH hasta el año 2016, es decir, para las tasas de VIH y el perfil de los nuevos diagnósticos actualiza información presentada el año pasado.

En relación con la transmisión vertical, además de las tasas y el perfil de las mujeres embarazadas que tienen VIH, compartimos otros dos artículos específicos. El primero es sobre la prueba piloto de implementación del test rápido de VIH y sífilis en el control prenatal en el primer nivel de atención. El segundo describe el proceso el monitoreo de la implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical del VIH, la sífilis, la hepatitis B y el chagas. En esta línea, es fundamental pensar una estrategia 90-90-90 ampliada, es decir que incluya también a las otras infecciones de transmisión perinatal.

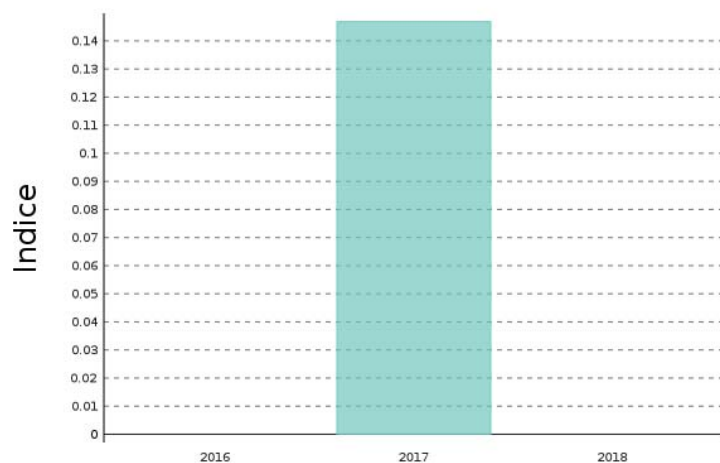
Por otro lado, durante 2018 se consolidó un equipo con una coordinación específicamente avocada al abordaje de las ITS, aunque articulado transversalmente con el resto de las áreas de la Dirección. El Boletín presenta un extenso artículo sobre la situación epidemiológica de las ITS y las principales líneas de acción. Este artículo va acompañado por otro sobre la vigilancia de la resistencia de la gonorrea a los antimicrobianos.

(...)

Dra. Miriam Inés Burgos, Buenos Aires, 1º de diciembre de 2018

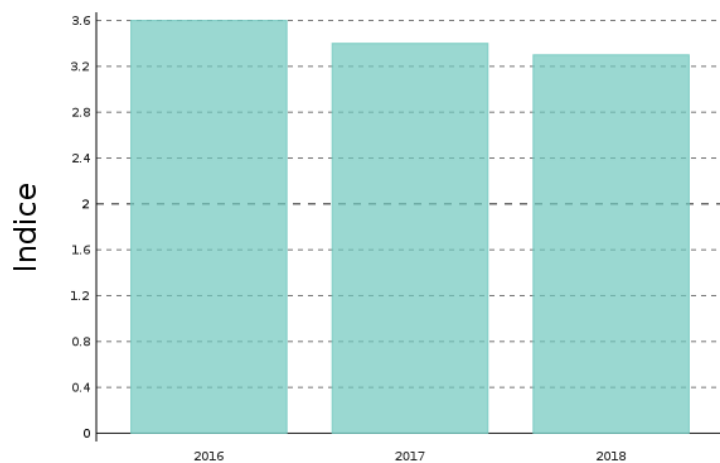
3.1 Incidencia del VIH, Argentina (2016-2018)

Número de personas que contraen el VIH en el periodo sobre el que se informa por cada 1.000 personas no infectadas por el virus



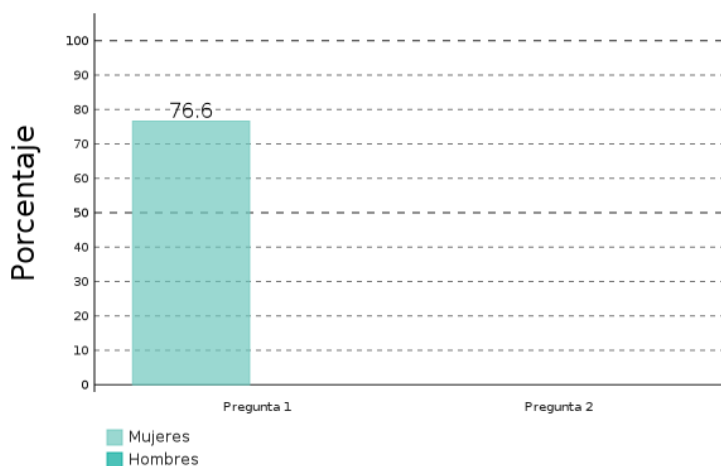
1.7 Mortalidad relacionada con el Sida, Argentina (2016-2018)

Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el Sida por cada 100.000 personas



4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH, Argentina (2016)

Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que respondieron "No" a : la pregunta 1 "¿Comprarías verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?"; la pregunta 2 "¿Cree que los niños que viven con el VIH deben acudir a la escuela con niños seronegativos?"



Cascada de pruebas y tratamiento del VIH

Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Existe alguna ley, regulación o política que establezca que las pruebas de VIH...?:

a) Son obligatorias antes del matrimonio

No

b) Son obligatorias para obtener un permiso de trabajo o de residencia

No

c) Son obligatorias para ciertos grupos

No

¿Cuál es el umbral recomendado de CD4 para iniciar terapias antirretrovirales en adultos y adolescentes que sean asintomáticos, de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Sanidad y cuál es la situación de implementación?

No existe un umbral; el tratamiento es universal independientemente del recuento de células CD4; Implementado en muchos (del 50% al 95%) de los centros de tratamiento

¿Tiene su país una actual política nacional sobre pruebas de carga viral de rutina para el monitoreo de la terapia antirretroviral y en qué medida está implementada esa política?

a) Para adultos y adolescentes

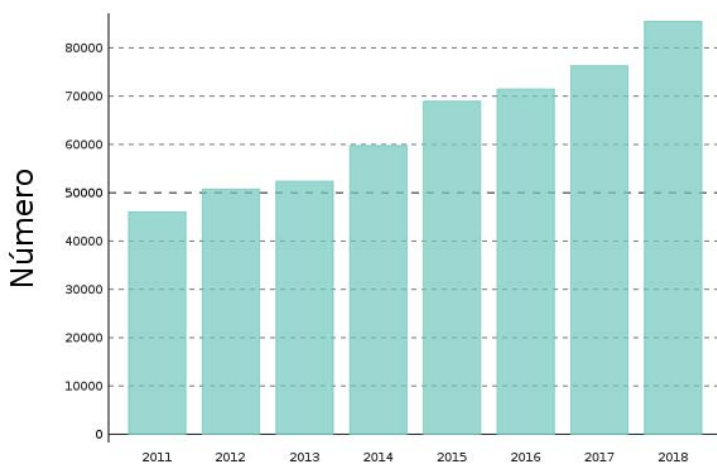
-

b) Para niños

-

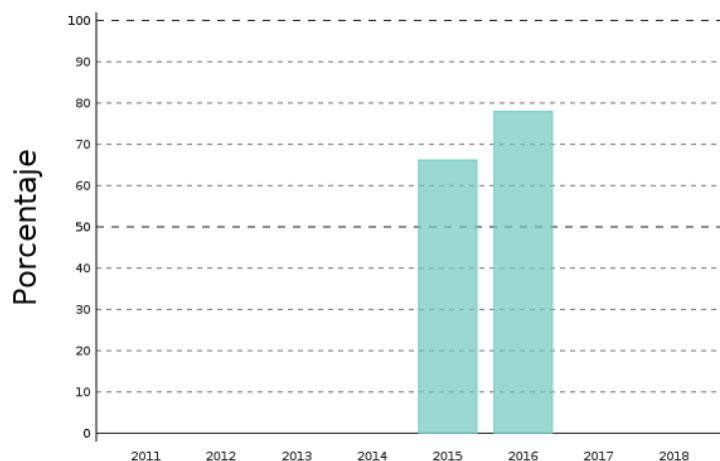
1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral, Argentina (2011-2018)

Número de personas que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa



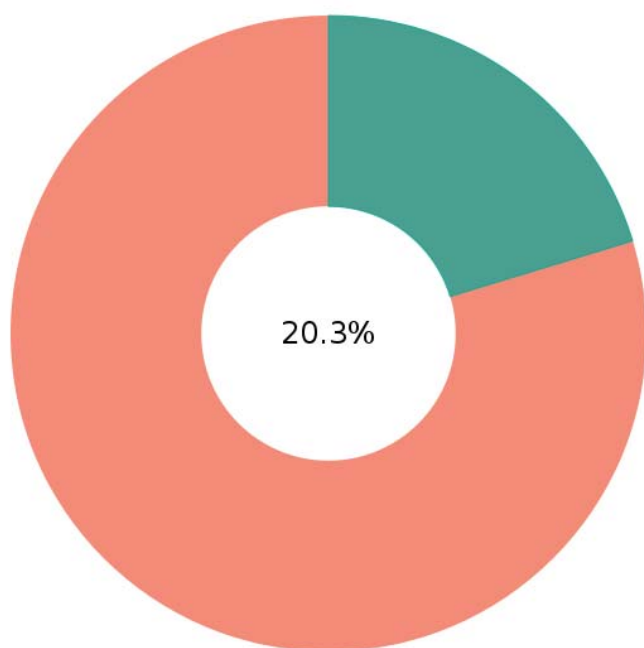
1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses, Argentina (2011-2018)

Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH de los que se conoce que siguen recibiendo la terapia antirretroviral 12 meses después de su inicio



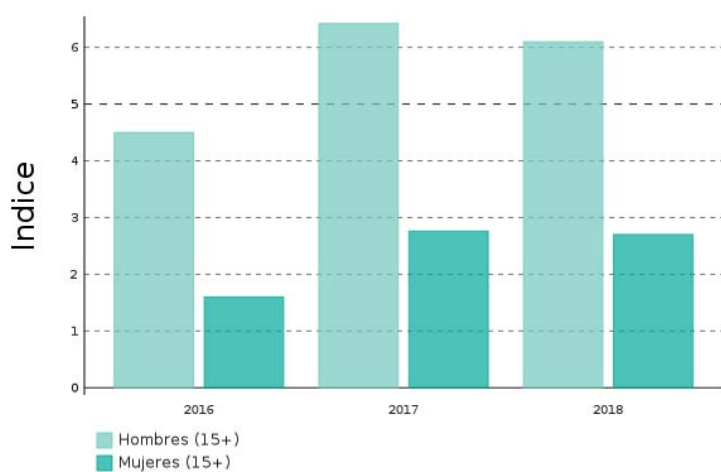
1.5 Diagnóstico tardío del VIH, Argentina (2018)

Porcentaje de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ durante el periodo del que se informa



1.7 Mortalidad relacionada con el Sida por cada 100.000 personas, Argentina (2016-2018)

Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el Sida por cada 100.000 personas



Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH?:

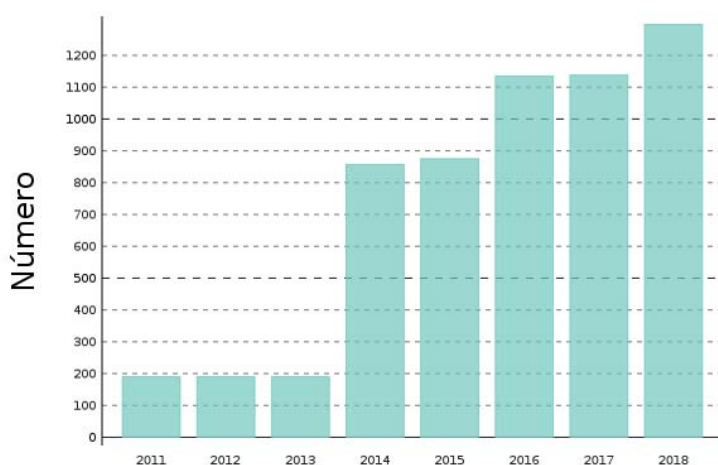
Sí

¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para todos los bebés y niños que viven con el VIH independientemente de los síntomas que presenten? ¿En caso positivo, cuál es la situación de implementación de esta política?

Tratamiento universal, independientemente de la edad; Implementada en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)

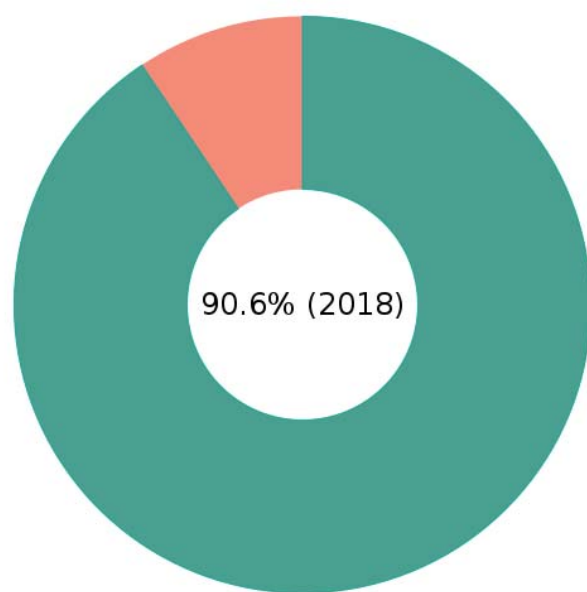
2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos, Argentina (2017-2018)

Porcentaje de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que reciben pruebas virológicas para el VIH dentro de los dos meses siguientes a su nacimiento



2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos, Argentina (2017-2018)

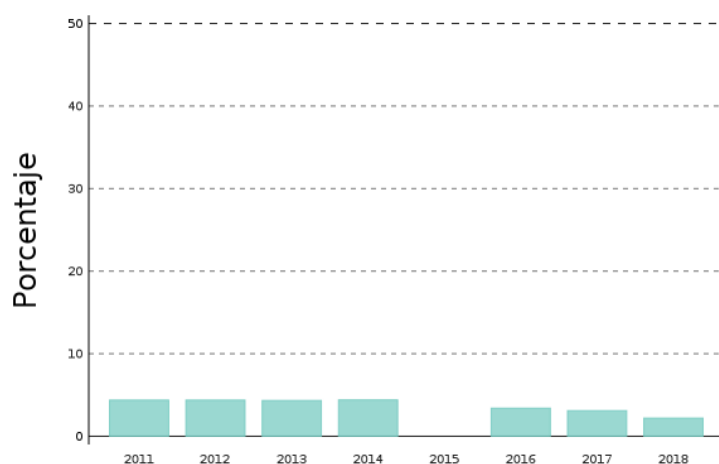
Porcentaje de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que reciben pruebas virológicas para el VIH dentro de los dos meses siguientes a su nacimiento



↑ 83.3% (2017)

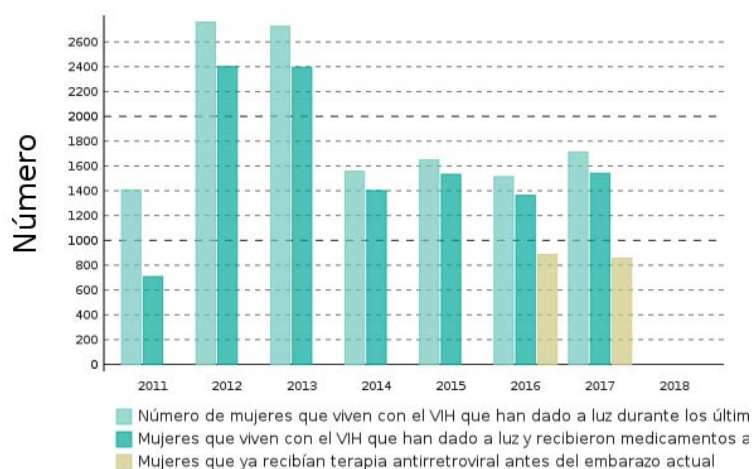
2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH, Argentina (2011-2018)

Porcentaje estimado de niños que contraen el VIH mediante transmisión maternoinfantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores



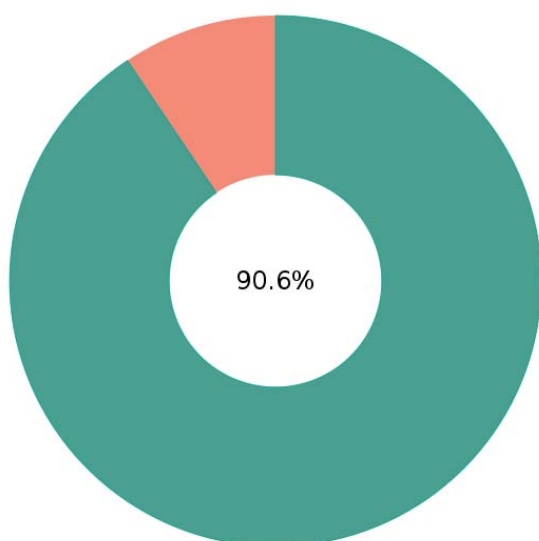
2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, Argentina (2011-2018)

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH



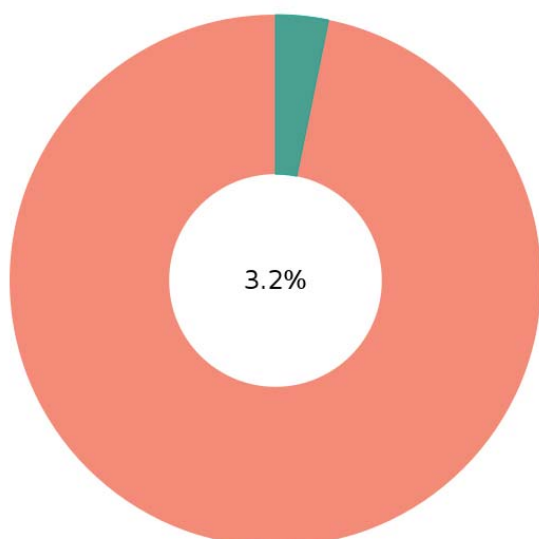
2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas, Argentina (2018)

Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis



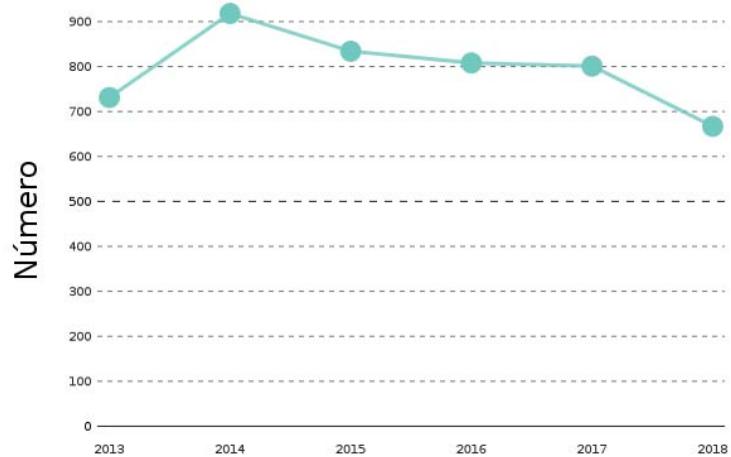
2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas, Argentina (2018)

Porcentaje de mujeres embarazadas con una prueba positiva para la sífilis



2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos), Argentina (2013-2018)

Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos)



Programas de prevención del VIH; Grupos de población clave

Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que consumen drogas inyectables y las personas privadas de libertad)

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas : Grupos de población clave (2018)

Criminalización y/o persecución de poblaciones claves

Personas transgénero

No se les penaliza ni se les procesa

Profesionales del sexo

Las actividades auxiliares asociadas con la venta de servicios sexuales están penalizadas, Beneficiarse de la organización y/o administración de servicios sexuales está penalizado, El trabajo sexual no está sujeto a normas punitivas y no está penalizado, Se determina/es diferente a nivel subnacional

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

No existe legislación específica al respecto

¿Constituye una infracción sancionable en su país la posesión de drogas para uso personal?

El uso o consumo de drogas está tipificado como un delito penal

Protecciones legales para grupos de población clave

Personas transgénero

Prohibición constitucional de la discriminación basada en el sexo, Prohibición constitucional de la discriminación basada en la diversidad de género, Prohibición constitucional de la discriminación sobre cualquier base, Prohibiciones de la discriminación laboral basada en la diversidad de género, Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la diversidad de género

Profesionales del sexo

No

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Prohibición constitucional de la discriminación basada en la orientación sexual, Prohibición constitucional de la discriminación basada en el sexo, Prohibición constitucional de la discriminación sobre cualquier base, Están prohibidos los actos de incitación al odio basados en la orientación sexual de las personas, Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la orientación sexual de las personas

Personas que usan drogas inyectables

No

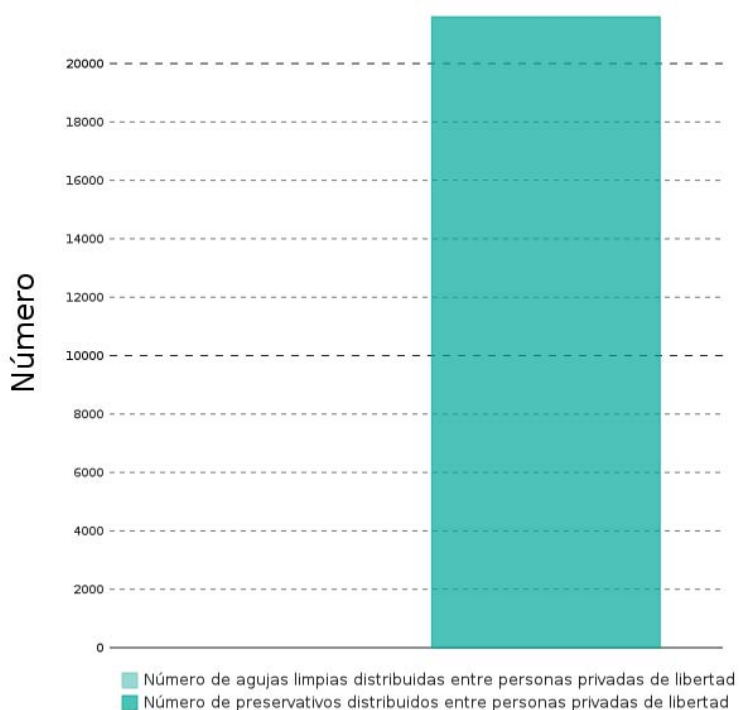
Preguntas de políticas : PrEP (2018)

¿Se ha adoptado la recomendación de la OMS sobre la PrEP oral en las directrices nacionales de su país?

Sí, las directrices sobre PrEP se han desarrollado pero aún no se están implementando

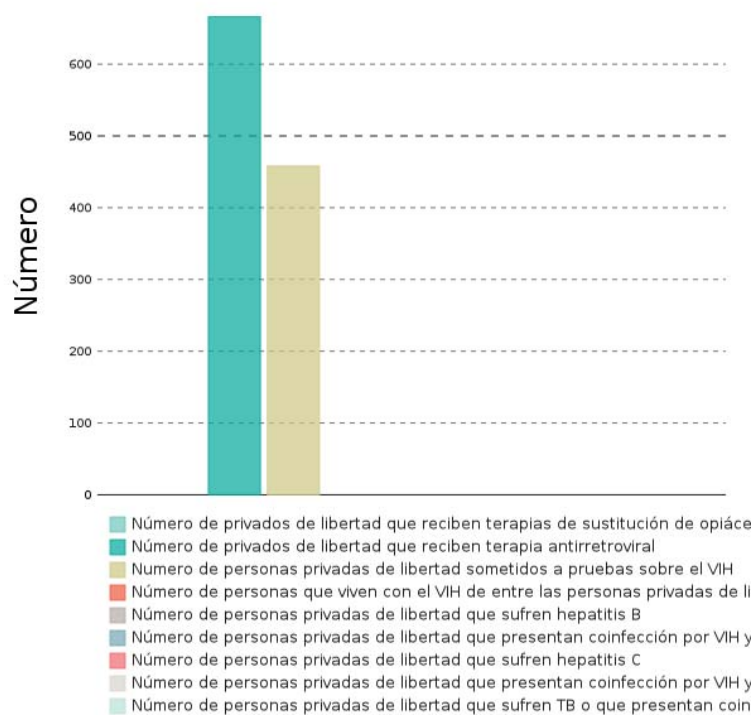
3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones, Argentina (2018)

Programas de prevención y tratamiento del VIH ofrecidos a personas privadas de libertad durante la detención

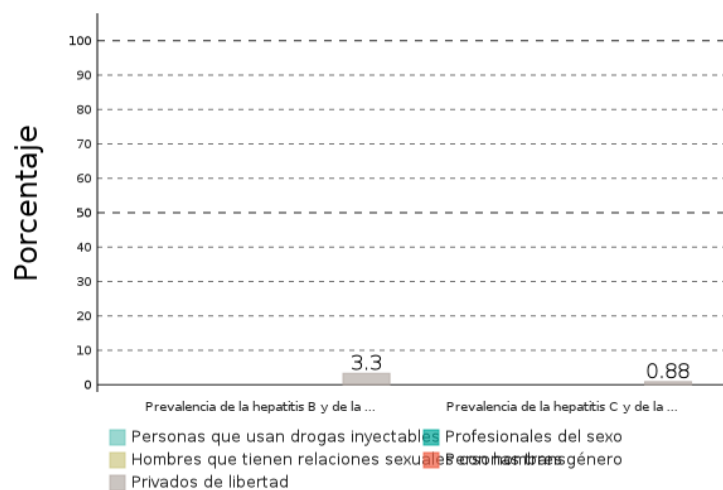


3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones, Argentina (2018)

Programas de prevención y tratamiento del VIH ofrecidos a personas privadas de libertad durante la detención



3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave, Argentina (2018)



Género; Estigma y discriminación

Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Tiene su país un plan o estrategia nacional para dar respuesta a la violencia de género y la violencia contra la mujer que incluye el VIH?

Sí

¿Tiene su país legislación específica sobre violencia doméstica?

Sí

¿Cuenta su país con alguno de los siguientes elementos para proteger a grupos de población clave y a las personas que viven con el VIH de la violencia?

Leyes penales generales que prohíben actos de violencia

Disposiciones legales específicas que prohíben los actos de violencia motivados por el estado serológico o por la pertenencia a grupos de población clave

Programas dirigidos a dar respuesta a los actos de violencia por parte de parejas íntimas*

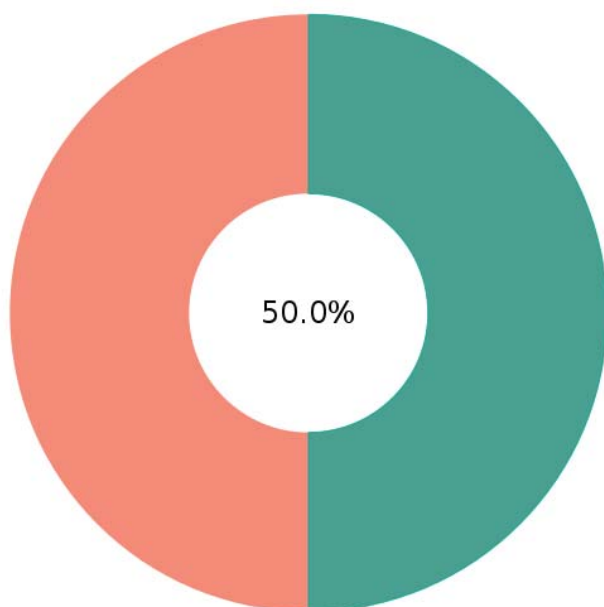
Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de abuso policial

Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de tortura y maltrato en las prisiones

¿Tiene su país políticas de actuación en vigor que impongan al sistema sanitario ofrecer atención sanitaria oportuna y de calidad independientemente del género, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, idioma, estatus socioeconómico, estado serológico, u otra condición de salud, o por vender sexo, consumir drogas, estar privada de libertad, o cualquier otra situación?

Sí, esas políticas existen y se implementan de forma sistemática

Porcentaje de indicadores del Monitoreo Global del SIDA con datos desglosados por género



Conocimiento del VIH y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Cuenta su país con políticas educativas que orienten el ofrecimiento de educación sobre VIH basada en capacidades generales para la vida y educación sobre sexualidad, de acuerdo con estándares internacionales, en...?

a) La escuela primaria

Sí

b) La escuela secundaria

Sí

c) La formación para profesores

Sí

Protección social

Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Tiene su país estrategias, políticas o marcos de trabajo de protección social aprobados?

Sí, y están siendo implementados

a) ¿Hace referencia al VIH?

No

b) ¿Reconoce a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

No

c) ¿Reconoce a grupos de población clave (profesionales del sexo, hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y presos) como beneficiarios clave?

No

d) ¿Reconoce a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

No

e) ¿Reconocen a los niños afectados por el VIH como beneficiarios clave?

No

f) ¿Reconocen a las familias afectadas por el VIH como beneficiarios clave?

No

g) ¿Aborda la cuestión del trabajo de cuidado no remunerado en el contexto del VIH?

No

Alguno de los siguientes obstáculos limitan el acceso a programas de protección social en su país?

Los programas de protección social no incluyen a las personas que viven con el VIH, a grupos de población clave y/o a personas afectadas por el VIH
Falta de información disponible sobre los programas
Procedimientos complicados
Miedo al estigma y a la discriminación
Falta de documentación que permita acreditar las condiciones de elegibilidad, como documentos nacionales de identidad
Leyes o políticas que impliquen obstáculos al acceso
Alto desembolso para el individuo
Las personas que viven con el VIH, los grupos de población clave y/o las personas afectadas por el VIH quedan cubiertas por otros programas

Prestación de servicios dirigida de forma comunitaria

Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Cuenta su país con una política nacional que promueve la entrega comunitaria de terapia antiretroviral?

No

¿Existen en su país las siguientes salvaguardas en la legislación, regulaciones y políticas para la operación de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias?

Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con el VIH

Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias que trabajen con grupos de población clave

¿Cuántos preservativos y lubricantes se distribuyeron en el anterior año calendario, según tipo de proveedor?

a) Preservativos masculinos:

-

b) Preservativos femeninos:

-

c) Lubricantes:

-

Empoderamiento y acceso a justicia

Empoderamiento de las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

En los dos últimos años, en su país, ¿ha habido programas de formación y/o capacitación para las personas que viven con el VIH y para los grupos de población clave para formarles y fomentar la concienciación sobre sus derechos (en el contexto del VIH)?

Sí, a escala, a nivel subnacional

¿Hay en su país mecanismos en vigor para registrar y dar respuesta a casos de discriminación relacionada con el VIH (ya sea por la situación percibida en relación con el VIH y/o por pertenecer a cualquier población clave)?

El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INDI); Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis; Defensoría Gral. De la Nación; Ministerio de Trabajo.

¿Cuenta su país con alguno de los siguientes mecanismos de rendición de cuentas en relación con casos de discriminación y violaciones de derechos humanos en el entorno sanitario?

Procedimientos de reclamación

Procedimientos o sistemas para proteger y respetar la privacidad o confidencialidad de los pacientes

¿Presenta su país algunos de los obstáculos siguientes para el acceso a mecanismos de rendición de cuentas en esta materia?

Los mecanismos establecidos no funcionan

Los mecanismos no tienen en cuenta el VIH

SIDA fuera del aislamiento

Compromiso para sacar el Sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

Resumen de avances

Ver:

Respuestas al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Respuestas a las hepatitis virales. Plan estratégico Nacional 2018-2021.

Preguntas de políticas (2018)

¿Se recomiendan las pruebas de detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero para mujeres que viven con el VIH en...?

a) La estrategia, política, plan o directrices nacionales sobre respuesta al cáncer, al cáncer de cuello de útero o la respuesta más amplia a las enfermedades no comunicables

Sí

b) El plan estratégico nacional que regula la respuesta frente al sida

Sí

c) Directrices nacionales sobre tratamiento para el VIH

Sí

¿Qué políticas sobre coinfección están en vigor en el país para adultos, adolescentes y niños (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

Terapia preventiva con isoniacida o profilaxis para infecciones latentes de TB para las personas que viven con el VIH

Actuaciones intensificadas de búsqueda de casos de TB entre las personas que viven con el VIH

Control de infección por TB en entornos de atención sanitaria para el VIH

Profilaxis con cotrimoxazol

Detección de casos y gestión de la hepatitis B en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral

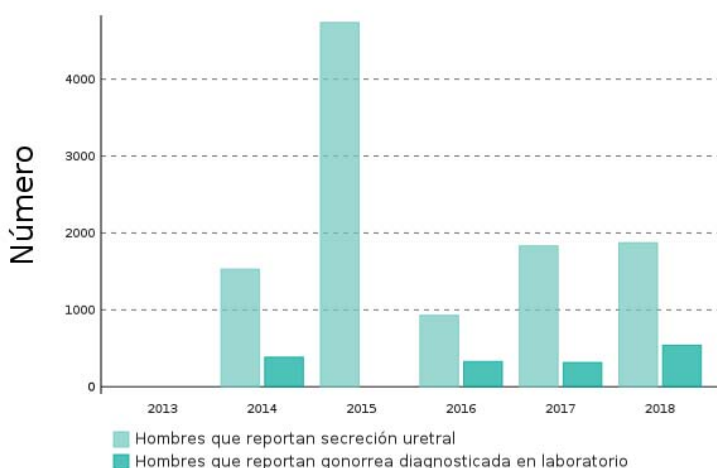
Detección de casos y gestión de la hepatitis C en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral

Vacunación para la hepatitis B ofrecida en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral

Tratamiento para la hepatitis C (agentes antivirales de acción directa) ofrecido en centros sanitarios que ofrecen terapia antirretroviral

10.4/10.5 Infecciones de transmisión sexual, Argentina (2013-2018)

Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses; Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres de países que cuentan con capacidades de laboratorio para este tipo de diagnósticos





Respuesta al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual

Plan Estratégico Nacional 2018-2021

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social
Dra Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos
Dr. Mario Kaler

Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades
Comunicables e Inmunoprevenibles
Dra. Miriam Inés Burgos

Autores del Plan Estratégico Nacional
Equipo de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC

Consultores del Plan Estratégico Nacional
Javier Hourcade Bellocq y Beatriz Giri

Autores del Plan de Monitoreo y Evaluación
Ariel Adaszko y Analía Dorigo

Edición, corrección y diseño
Área de Comunicación de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC

**Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud,
Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2018.**

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Respuesta al VIH, sida e infecciones de transmisión sexual

Plan Estratégico Nacional 2018-2021

Índice

Agradecimientos	5
Metodología del Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS	6
¿Qué entendemos por planificación estratégica?	8
Situación del VIH y las ITS en Argentina	10
Análisis del contexto actual de la respuesta	16
Planes y metas regionales y nacionales	24
Marco legal	34
Plan estratégico 2018-2021	39
Plan de monitoreo y evaluación	52
Glosario	64
Bibliografía	65

Agradecimientos

La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud de la Nación quiere expresar su agradecimiento a las personas e instituciones que se detallan a continuación:

- ✳ Al secretario de Gobierno de Salud, Prof. Dr. Adolfo Rubinstein; al secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos Dr. Mario Kaler; y a la subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles Dra. Miriam Inés Burgos por su pleno apoyo a la realización participativa de este plan.
- ✳ A todo el equipo de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC por su apoyo logístico y activa participación en todas las actividades, incluyendo los talleres regionales y las reuniones internas.
- ✳ Al equipo de consultores externos, conformado por Beatriz Giri y Javier Luis Hourcade Bellocq, responsables del proceso de consulta y del desarrollo del Plan Estratégico.
- ✳ Al Consejo Asesor de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC por su acompañamiento durante el proceso.
- ✳ A las siguientes agencias del sistema de las Naciones Unidas por su apoyo técnico y financiero: Organización Panamericana de Salud (OPS) y en particular a Marcelo Vila y Jorgelina Cáseres; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA) y en particular a Carlos Passarelli y Clarissa Brezzo; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en particular a Analía Ureña.
- ✳ A los programas de VIH provinciales, de las regiones sanitarias y municipales; a otros programas y direcciones nacionales; a otros organismos gubernamentales; a las organizaciones de la sociedad civil y a las sociedades científicas por su activa participación en el proceso de consultas.

Metodología del Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS

La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (DSETSHyT), conjuntamente con ONUSIDA, OPS y UNICEF, conformaron un equipo de trabajo y seguimiento del proceso que incluyó la selección y contratación de dos consultores. Se decidió desarrollar tres planes estratégicos, cada uno con su marco de monitoreo y evaluación: el plan de VIH e ITS; el de hepatitis y el de tuberculosis. El periodo de dichos planes es de cuatro años, entre 2018 y 2021.

Para la consecución de dicho resultado se realizaron las siguientes actividades:

- * Revisión y análisis de la bibliografía y documentación relevante.
- * Entrevistas estructuradas a los coordinadores, equipos de la Dirección y otros actores claves en la respuesta nacional.
- * Reuniones grupales y por áreas de la Dirección.
- * Desarrollo de un marco estratégico para ser utilizado en las consultas.
- * Cinco consultas regionales realizadas en todo el país: Región del Noreste Argentino (NEA) en la ciudad de Corrientes; Región del Noroeste Argentino (NOA) en la ciudad de Salta; Región Centro en la ciudad de Santa Fe; Región Cuyo en la ciudad de San Juan y Región del Sur Argentino, Área Metropolitana de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- * Sistematización, revisión y análisis de la información recopilada en las entrevistas y talleres regionales.
- * Desarrollo de un proceso iterativo de borradores.

Marco conceptual: Las fuentes conceptuales de este Plan Estratégico han sido:

1. Bibliografía técnica sobre los temas alcanzados.
2. Planes de acción y compromisos suscriptos por la República Argentina.
3. Boletines y publicaciones de la Dirección.
4. Entrevistas técnicas a funcionarios y profesionales clave.



¿Qué entendemos por planificación estratégica?

Según Mario Rovere, la planificación estratégica es un ejercicio de reflexión-acción que uno o más actores sociales realizan a partir de su experiencia para diseñar intervenciones o mejorar sus prácticas, considerando la producción social como la interacción de fuerzas sociales que convergen en algún punto de aplicación (Rovere, 1999). Se caracteriza por facilitar la consideración de dimensiones subjetivas, incluir herramientas analíticas para examinar la complejidad, ofrecer a través de una mirada más panorámica en términos espaciales y temporales una adecuada articulación con su medio y con los otros actores que concurren a un mismo espacio de transformación y por proveer de significado y sentido a las actividades que realizan.



Cualquier proceso estratégico se basa en la información estratégica disponible y más actualizada al momento de realizar la planificación, así como en un análisis de las brechas existentes y que se deben mejorar en una secuencia coherente de las acciones a realizar para el cumplimiento de las metas o resultados, en alineación con las políticas de cada organización.

Los planes estratégicos parten de un diagnóstico de la situación actual y ofrecen una “hoja de ruta” para alcanzar los resultados deseados y lograr un impacto determinado en las poblaciones definidas.

Los planes estratégicos se diseñan en un ámbito macro, general y de alto nivel que ofrecen el marco y la guía para el desarrollo de planes operativos anuales. Los primeros se centran en responder qué debe suceder para lograr el “qué”, mientras que los planes operativos dan cuenta de los “cómo”. Se entiende que un plan estratégico de cuatro años requiere de un número igual de planes operativos que en forma secuencial, coherente y progresiva contribuyan al cumplimiento de las metas específicas y la meta general. Por ello, el plan estratégico es de largo plazo, provee grandes lineamientos generales y debería incluir: misión, visión, valores, objetivos, estrategias y políticas. En cambio, la planificación operativa es de corto plazo y nos ofrece una idea de cómo, cuándo, quien, dónde y con qué se van a realizar las acciones necesarias en el transcurso de un año calendario. Esto es el resultado de la desagregación del plan estratégico en programas y proyectos que incluyen objetivos, metas, actividades, plazos y responsables. Esta distinción es clave para saber qué se puede esperar de este documento de cara a los planes operativos anuales.

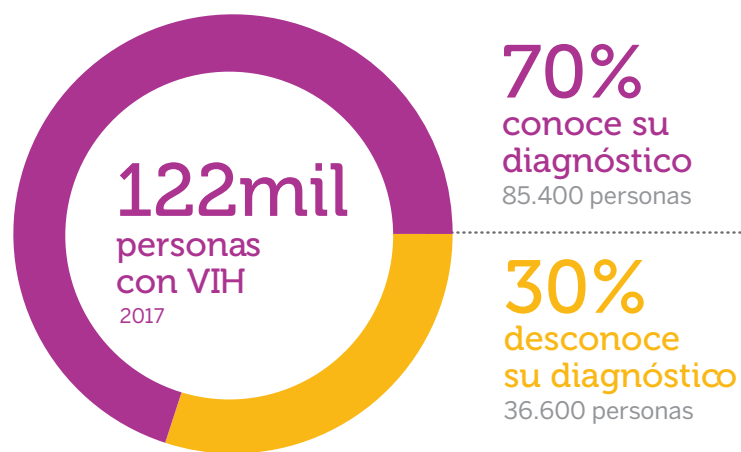
Los planes operativos deberían tener una clara y detallada alineación con el plan estratégico, pues la consecución de este debe ser la máxima prioridad de la organización o institución. Las desviaciones del plan estratégico en el ámbito operativo deben ser la excepción y su aparición requiere de un análisis. Se recomienda realizar una revisión y actualización del plan estratégico de medio término o si hubiera cambios significativos en el contexto o en el medio.

Se aconseja que el monitoreo y evaluación de los planes operativos sea realizado en forma trimestral y anual, respectivamente. En cambio, un plan estratégico puede ser monitoreado anualmente y a medio término, y evaluado al acercarse a su finalización.

Situación del VIH y las ITS en Argentina

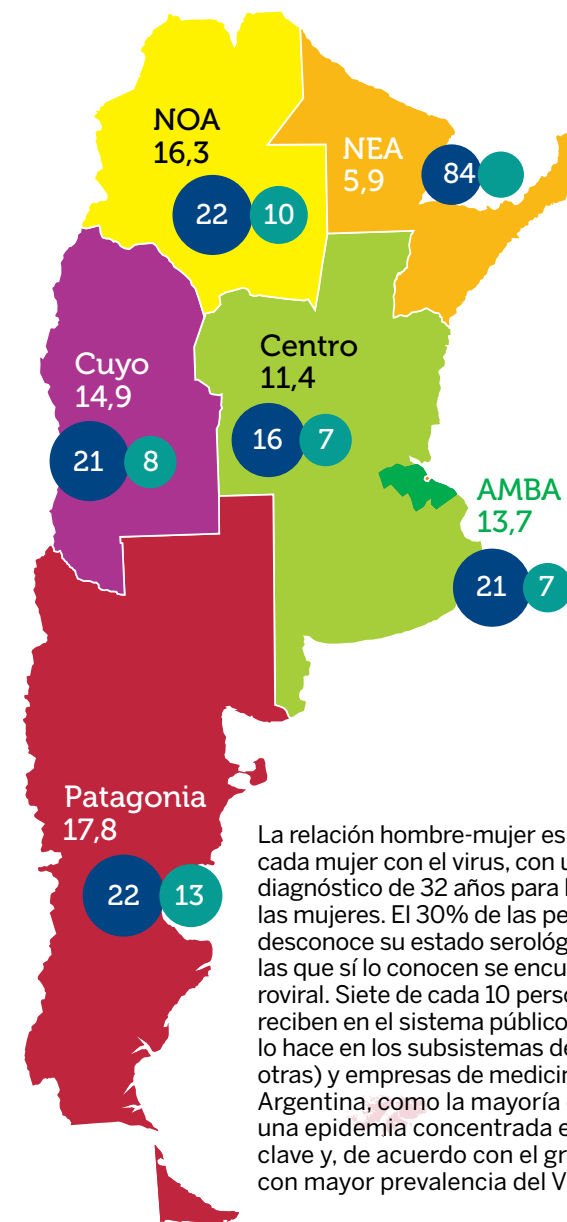
De acuerdo con el Boletín sobre el VIH, sida e ITS N° 34 publicado en diciembre de 2017, se estima que en la República Argentina viven 122.000 personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), alrededor de 5.500 personas contrajeron VIH y 6.500 fueron diagnosticadas con la infección ese año.

Uno de los principales desafíos de la respuesta nacional es mejorar el diagnóstico oportuno de las personas que viven con VIH, dado que la proporción que presenta un diagnóstico tardío (es decir que se realiza en etapas avanzadas de la infección) es de 35%. A su vez, 5 de cada 100 bebés nacidos de madres con VIH resultan VIH positivos.



Trans	34%
Hombres que tienen sexo con otros hombres	12 a 15 %
Usuarios de drogas inyectables	4 a 7%
Trabajadores/as sexuales y/o en situación de prostitución	2 a 5%
Personas en contexto de encierro	2,7%
Jóvenes y adultos de toda la población	0,4%

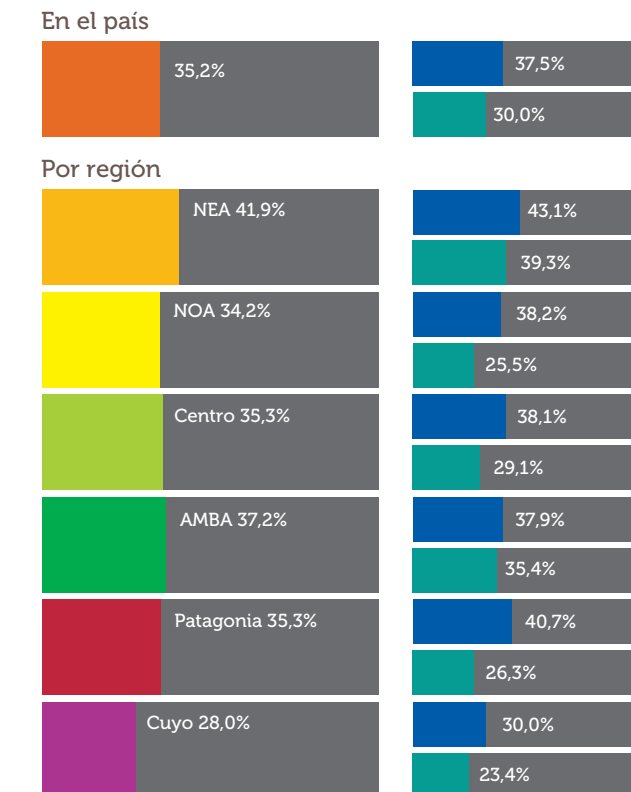
Tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes según región y sexo 2014-2015



La relación hombre-mujer es de 2,3 varones con VIH por cada mujer con el virus, con una mediana de edad de diagnóstico de 32 años para los varones y de 33 años para las mujeres. El 30% de las personas que viven con el virus desconoce su estado serológico, mientras que el 81% de las que sí lo conocen se encuentran en tratamiento antirretroviral. Siete de cada 10 personas con VIH en tratamiento lo reciben en el sistema público de salud, mientras que el resto lo hace en los subsistemas de obras sociales (sindicales y otras) y empresas de medicina prepaga. Argentina, como la mayoría de los países de la región, tiene una epidemia concentrada en determinadas poblaciones clave y, de acuerdo con el gráfico xx, las poblaciones con mayor prevalencia del VIH en el país son las mujeres

Diagnósticos tardíos

Diagnósticos que se realizan en una etapa avanzada de la infección 2014-2015



trans, con un 34% de prevalencia: seguidas por los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con entre 12 y 15%; las personas que usan drogas del 4 al 7% y las y los trabajadores sexuales, con una prevalencia del 2 al 5%. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual (98% de las infecciones). El número de nuevas infecciones se habría estabilizado respecto de años anteriores. Pero esto en sí mismo supone que aún miles de personas se exponen al VIH por año, por lo cual la prioridad de la respuesta al VIH es la reducción de este guarismo. Preocupa además el aumento en la tasa de diagnóstico en ciertos grupos como adolescentes y adultos jóvenes, así como en jóvenes de poblaciones clave.

Evaluación de la estrategia anterior

El plan estratégico anterior abarcó el período 2013 al 2017 e incluía, además del VIH, sida y otras ITS, las hepatitis virales. Este año se han desarrollado los planes estratégicos por separado. Aun cuando no se realizó una evaluación integral y específica –aunque sí se realizó en 2015 una evaluación participativa de medio término–, en todas las entrevistas iniciales y exploratorias se incluyó la recolección de información sobre el conocimiento y cumplimiento de la estrategia anterior.

En el período anterior el plan se desarrolló en torno a cuatro ejes estratégicos:

1

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

Disminuir la transmisión sexual del VIH y otras ITS no depende solo de decisiones individuales sobre utilizar o no preservativos –entre otras– sino también de las barreras estructurales que favorecen o impiden su adopción. Dificultades para acceder a los recursos de salud y de educación, barreras institucionales para implementar políticas o estrategias que contribuyan a disminuir las nuevas infecciones, así como relaciones asimétricas de género y procesos de estigmatización y discriminación son aspectos que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad de algunas poblaciones.

La Dirección ha tenido diversas líneas de trabajo para promover el uso y facilitar el acceso a preservativos, información y otros recursos preventivos. Uno de ellos ha sido la compra y distribución de preservativos, geles lubricantes y materiales de difusión e información. Esta distribución se realiza principalmente a través de una extensa red de 3.555 puestos ubicados en todo el país.

Esta red está constituida por instituciones de salud, otros organismos públicos, comedores comunitarios, escuelas, cárceles, bares y discotecas, entre otros. Asimismo, se desarrollaron distintos materiales comunicacionales para población general y grupos focalizados que promueven y enseñan el uso del preservativo e informan sobre el acceso al diagnóstico.

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas, algunos de los desafíos y obstáculos del período anterior en lo que respecta a este eje han sido:

- * La ausencia de campañas de prevención y sensibilización del VIH y las ITS en los medios de comunicación masivos, con el efecto de generar en la población la invisibilidad del tema y la falsa sensación de que estas infecciones ya no son un problema.
- * La necesidad de mayor información estratégica y conocimientos sobre prácticas de las poblaciones clave.
- * La importancia de desarrollar más programas municipales de VIH para lograr un mayor alcance de las políticas públicas vinculadas con el VIH.
- * La menor importancia que se le ha asignado a la prevención respecto al tratamiento.
- * La necesidad de actualización de información sobre los puestos fijos de distribución de los insumos preventivos provistos por el Ministerio.
- * En muchos territorios no se desarrollan estrategias y políticas preventivas de las ITS.
- * Los desafíos en la implementación amplia de la ley de educación sexual integral.

2

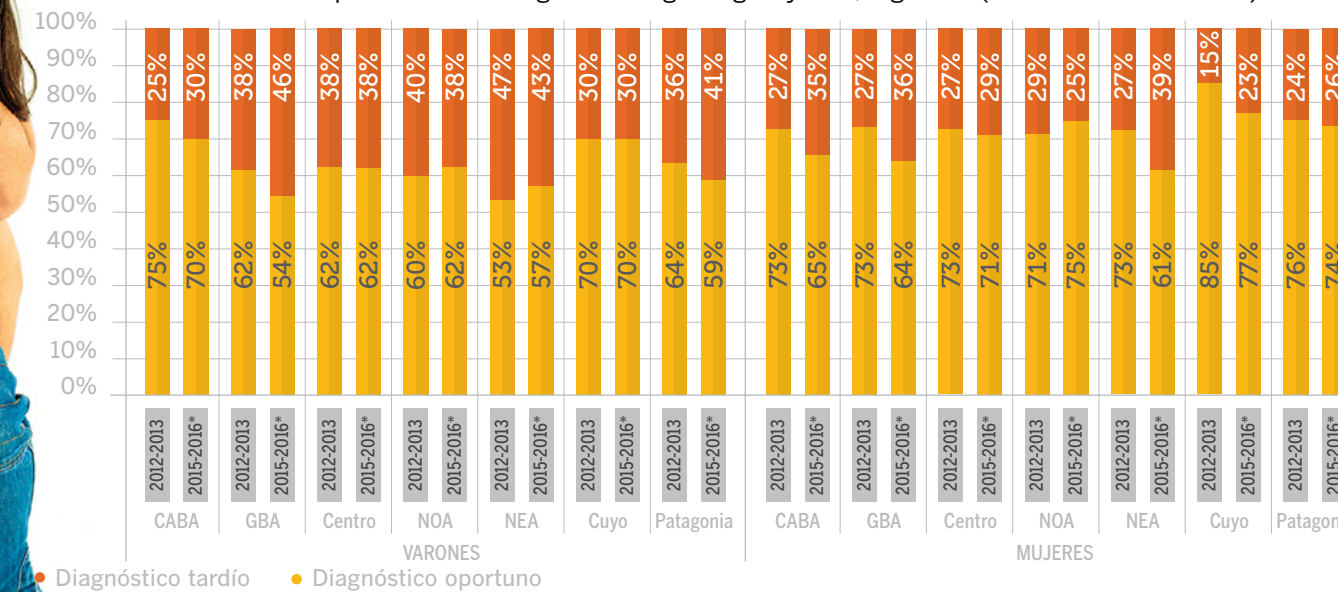
Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales.

En los últimos años, la DSETSHyT impulsó, junto a las distintas jurisdicciones del país, una política para facilitar y fortalecer el acceso de las personas al diagnóstico de VIH con asesoramiento. Si bien se produjeron claros avances, todavía el 30% de las personas con VIH desconoce su condición. De los que accedieron al diagnóstico, un 37% entre los varones y un 30% entre las mujeres, lo han hecho en estadios avanzados de la infección. La DSETSHyT priorizó en este período la promoción del acceso a la prueba, por ejemplo, con la campaña “Elegí Saber”. También cambió los algoritmos de diagnóstico e incorporó el test rápido como prueba de tamizaje en el país. Sin embargo, la incorporación del test rápido como método de diagnóstico se encuentra demorada en la mayoría de las jurisdicciones. Existen diferencias en la tasa de diagnósticos tardíos de VIH según la región del país (Gráfico 1).

Con respecto a la estrategia de prevención de la transmisión vertical, la cobertura del análisis de VIH de las mujeres durante el embarazo ha sido alta¹, y hoy es un desafío generalizado la oferta del test a sus parejas sexuales. En relación al diagnóstico de niños y niñas con exposición perinatal al VIH, en los últimos años se registró un aumento en la proporción de niños positivos con diagnóstico dentro de los primeros 60 días de vida. Sin embargo, persiste como principal desafío la pérdida del seguimiento de algunos niños expuestos, que redundaría en que sean diagnosticados tardíamente. En este período, junto con la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, se incorporó el seguimiento de estos niños expuestos al VIH al Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), lo cual facilitará



Gráfico 1 Evolución de la oportunidad del diagnóstico según región y sexo, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

1 También es alto el porcentaje de mujeres que se realizan los tres controles serológicos recomendados.

la identificación temprana de casos que hasta hoy no accedían al diagnóstico dentro de los plazos necesarios.

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas, algunos de los desafíos y obstáculos del periodo anterior en lo que respecta a este eje han sido:

- * Los ocasionales desabastecimientos de reactivos suficientes para el diagnóstico del VIH y las ITS en algunas jurisdicciones del país debido a retrasos burocráticos en las compras, demoras en las entregas de los laboratorios, la demanda inadecuada de los mismos por parte de las provincias, subutilización y falta de compras con recursos locales.
- * Las deficiencias en los circuitos de laboratorio para la extracción y envío de muestras, así como para la notificación y devolución de resultados positivos.
- * La realización de escasas campañas territoriales solo acotadas a fechas determinadas para la realización de la prueba en población general, así como una baja cobertura y acceso a la prueba de las poblaciones clave con mayor prevalencia.
- * La burocracia en la aplicación de las pruebas diagnósticas, que incluye el uso de algoritmos antiguos, como también la resistencia de algunos profesionales de la salud y autoridades sanitarias para que las pruebas sean administradas por otros colaboradores dentro del sistema de salud y extramuros, en cumplimiento de la Resolución 1340/2013.
- * El requerimiento de una orden médica para la realización de la serología de VIH en muchos centros de salud del país, pese a la existencia de normas que señalan que este requisito no es necesario.
- * La falta de sistemas de vinculación y navegación de las personas diagnosticadas dentro de los sistemas y servicios.
- * La baja tasa de oferta de la prueba a las personas durante las consultas médicas, aún cuando estas refieren comportamientos de exposición.
- * La falta de información estratégica y la escasa notificación de resultados.
- * La edad de los menores para la realización del testeo sin el consentimiento de un adulto responsable que difiere según los centros de salud, más allá de lo establecido en el Código Civil.

3 Atención integral de las personas con VIH o sida, ITS y hepatitis virales.

Durante los últimos años se aplicaron distintas estrategias para alcanzar el objetivo de mejorar la atención de las personas con VIH, como por ejemplo: el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático para el monitoreo de la atención de las personas con VIH que son asistidas por el sistema público de salud, la simplificación de los trámites para el acceso a los antirretrovirales y el empleo de mejores esquemas terapéuticos, simplificados y mejor tolerados. Se continuó trabajando en la aplicación de la estrategia de tratamiento 2.0 y posteriormente se incorporaron nuevas políticas. Quizás las dos más significativas han sido las metas 90-90-90 y el tratamiento para todos.²

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas, algunos de los desafíos y obstáculos del periodo anterior en lo que respecta a este eje han sido:

- * La limitada información estratégica disponible sobre la utilización y la demanda de antirretrovirales y pruebas de laboratorio que permita realizar mejores pronósticos a nivel nacional.
- * La existencia de desabastecimientos por cuestiones sistémicas, como los mecanismos burocráticos de compras, la falta de pronósticos realistas y las solicitudes extemporáneas.
- * Los desafíos logísticos de proveer medicamentos e insumos.
- * La falta de alineación por parte de algunos profesionales a las guías y directrices, como la de tratamiento para todos.
- * La baja adherencia a los tratamientos y la baja retención en los servicios de salud.
- * Servicios de salud expulsivos, poco amigables y de acceso limitado.
- * El alto porcentaje de diagnósticos tardíos y el bajo acceso a las pruebas diagnósticas.
- * La ausencia de un sistema de detección sistemática de la pérdida de seguimiento de los pacientes por los sistemas de salud.

² El tratamiento para todos debe ser universal e independiente de la cifra de CD4.

4 Reducción del estigma y la discriminación

La DSETSHyT desarrolló distintas acciones para trabajar especialmente con las poblaciones más afectadas y, de esta forma, mejorar el acceso al sistema sanitario y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, incluyendo la disminución del estigma y la discriminación. El área de Prevención posee un componente de diversidad sexual que realiza un trabajo orientado a mejorar el acceso de la población gay, trans y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a los servicios y recursos de salud. Para eso se han seguido dos líneas complementarias de trabajo: a) el apoyo y acompañamiento a la creación de servicios de atención integral de la salud dirigidos a población de la diversidad sexual en distintas ciudades del país; y b) el desarrollo de capacitaciones específicas para equipos de salud con el objetivo de aumentar sus recursos para atender a esta población.

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

Como resultado del convenio entre los ministerios de Salud y Justicia, se siguió contribuyendo a la mejora de la implementación de las políticas públicas en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, y al control y seguimiento de las patologías o enfermedades de las personas que estén o hayan estado en contexto de encierro.

Desde el área de Derechos Humanos de la DSETSHyT se ha trabajado en asociación con organizaciones de la sociedad civil para la promoción y defensa de los derechos. Así también, en la DSETSHyT sigue existiendo el servicio de denuncia y resolución de violaciones de los derechos humanos relacionados con el acceso a la salud, en particular a la atención del VIH, ITS y hepatitis virales. En este período se ha intensificado el trabajo con organizaciones de la sociedad civil y en ocasiones se ha incluido la oferta de subvenciones para la implementación de proyectos y servicios específicos.

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas,

algunos de los desafíos y obstáculos del periodo anterior en lo que respecta a este eje han sido:

- * Los recursos para el establecimiento de una red de defensores de los derechos humanos.
- * La limitada capacidad, recursos y autoridad de la DSETSHyT en la resolución de incidentes de derechos humanos.
- * La baja coordinación con otras áreas de gobierno para la prevención y protección de los derechos.
- * La gran cantidad de denuncias sobre la falta de acceso a los servicios y los medicamentos.
- * Los recursos limitados para otorgar subsidios a las ONG, redes y otras organizaciones de la sociedad civil.
- * La falta de priorización de las poblaciones clave en el desarrollo de acciones preventivas, de diagnóstico y atención.
- * La persistente discriminación laboral y el uso del testeo preocupacional.





Análisis del contexto actual de la respuesta

Como parte del desarrollo del Plan Estratégico (PEN) 2018-2021, se realizó un análisis del contexto de la epidemia, la respuesta y el medio en la que estas se desarrollan. Para tal fin, se utilizó la metodología del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) tanto dentro de la DSETSHyT como también en las consultas regionales. Es por ello que el análisis que se detalla a continuación refiere al contexto de la respuesta.

Las fortalezas son aquellos atributos positivos internos de la organización que facilitan el cumplimiento de lo planificado en forma eficaz y eficiente. Las debilidades, en cambio, hacen referencia a las limitaciones internas que pueden interferir o limitar el cumplimiento de la estrategia. Por otro lado, las oportunidades son aquellos factores externos y positivos que pueden facilitar el cumplimiento de una estrategia. Por oposición, las amenazas, también de índole externa pero negativa, pueden poner en riesgo la consecución de los resultados planeados.

Las organizaciones e instituciones solo tienen control sobre las fortalezas y debilidades; por ejemplo, transformando una debilidad en una fortaleza. A su vez, una institución puede prospectivamente desarrollar escenarios para aprovechar las oportunidades y mitigar el impacto de las amenazas. Un adecuado análisis y diagnóstico del contexto en el que se operará los próximos cuatro años es fundamental para realizar un plan estratégico.

Fortalezas

1. Respuesta multisectorial.
2. Relación entre la DSETSHyT y la sociedad civil.
3. Compromiso de todos en todos los niveles.
4. Inclusión en la DSETSHyT de la tuberculosis y las hepatitis.
5. Experticia técnica.
6. Mirada centrada en las personas y sus derechos.
7. Política de puertas abiertas.
8. Reducción del precio de los medicamentos e insumos como resultado de las negociaciones.
9. Acceso a los medicamentos genéricos.
10. Presupuesto asignado.
11. Imagen y reputación.
12. Compromiso de las autoridades del ministerio.
13. Prestigio y reputación de la DSETSHyT.

Oportunidades

1. Discusión de una nueva ley de sida.
2. Modelos alternativos y locales de producción de medicamentos.
3. Mayor participación y asociación con otras direcciones, programas y ministerios.
4. Mayor presencia regional e internacional.
5. Mejor asociación con la sociedad civil.
6. Priorizar el VIH, las ITS y las hepatitis en la agenda de los tomadores de decisión, comunicadores y la sociedad civil.
7. Mayor optimización de los esquemas de medicamentos y los procesos de compras (incluyendo una mejora en el sistema de recupero de las obras sociales).
8. El abordaje de prevención combinada.
9. Mayor desarrollo de programas provinciales y municipales.

FODA de VIH e ITS

Los ejercicios de FODA y visualización se realizaron en conjunto sobre VIH, ITS y hepatitis.

La versión que compartimos abajo es el resultado de un análisis y síntesis de cada ejercicio realizado en las diferentes regiones del país.

Debilidades

1. Burocracia del sector público, en particular con la compra de medicamentos e insumos.
2. Falta de presupuesto en las provincias y los municipios.
3. Falta de conocimiento de temas y actualización de algunos actores clave.
4. Sostenibilidad de actividades en los ámbitos nacional y provincial.
5. Dificultades de comunicación dentro de la DSETSHyT, con otras áreas, ministerios y programas provinciales y municipales.
6. Recursos y contrataciones precarias del personal.
7. Falta de provisión y mantenimiento de equipamiento básico dentro de la DSETSHyT y en los demás programas.
8. Escasa interrelación con determinados sectores de la sociedad civil que no se vinculan directamente con la problemática.
9. Bajo acceso a los medios de comunicación tradicionales y redes sociales.
10. Abordaje conservador de las comunicaciones por parte del Ministerio.
11. Resistencia al cambio y a la actualización.
12. Baja inserción internacional y acceso a los conocimientos en algunos temas técnicos en todos los niveles.
13. Baja oferta de pruebas de ITS.

Amenazas

1. Recorte del presupuesto y achicamiento del rol y los servicios del Estado.
2. Aumento en la subejecución del presupuesto.
3. Bajo interés en el tema de VIH e ITS por parte las organizaciones de la sociedad civil no especializadas.
4. Descentralización y fragmentación de los programas y servicios.
5. Agudización de la burocracia en las compras que se traduce en mayores faltantes.
6. Empobrecimiento general de la población.
7. Agudización de la noción de que la crisis terminó.
8. Sustentabilidad de la sociedad civil.
9. Medicalización de la respuesta.
10. Falta de diálogo y confrontación con los diversos actores.
11. Una mayor concentración de los recursos en el ámbito de la Nación.
12. Incremento en el número de nuevas infecciones por VIH, sífilis, gonorrea, clamidia, hepatitis virales y otras ITS.

Visualización

La planificación estratégica, de acuerdo con Michel Porter, es el diseño de un futuro deseado. Por ello, es clave poder imaginarse dónde debemos estar en la respuesta al VIH y las ITS al finalizar este plan estratégico en 2021.

La visión para fines de este periodo estratégico es que:

“La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud de la Nación ha desarrollado políticas específicas claras, reconocidas y sostenidas que generan una respuesta exitosa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (VIH, ITS, hepatitis y TBC), haciendo frente al estigma y la discriminación, y logrando el control de las infecciones a través de la articulación y compromiso multisectorial de todos los actores involucrados, en los niveles nacional, provincial y municipal.”

Con un mayor detalle:

- 1** Hemos logrado disminuir la morbilidad y mortalidad a partir del diagnóstico temprano, tratamiento oportuno para todos, mayor adherencia a los tratamientos de las personas ya diagnosticadas y retención de las personas en tratamiento para lograr una carga viral indetectable.
- 2** Existen políticas públicas efectivas en todos los niveles. A nivel nacional: políticas de Estado que aseguran el flujo de medicación, insumos y presupuesto para la continuidad de los programas. A nivel provincial: mayor presupuesto y jerarquización de los referentes regionales para mejorar la operatividad. A nivel municipal: creación de programas municipales en todas las provincias del país. Descentralización de la atención y el acceso a laboratorios, con personal de salud capacitado, comprometido e integrado con otras áreas.
- 3** Se han implementado mejores estrategias y acciones sustentables como resultado de las campañas masivas de prevención, testeo, promoción y formación en derechos, entre ellas la incorporación de pruebas rápidas y nuevas tecnologías que facilitan el acceso al testeo.
- 4** Se ha incrementado el trabajo conjunto con áreas de educación, salud sexual y reproductiva, adolescencia, diversidad sexual, adicciones, violencia sexual y otras.
- 5** El sistema de notificaciones se ha fortalecido, como así también la red de laboratorios en todo el país.
- 6** Se han implementado estrategias en materia de salud para varones, adultos mayores y jóvenes.
- 7** Mejoraron las estrategias en materia de prevención de la transmisión vertical del VIH a partir de un mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y atención prenatal; participación de las parejas masculinas de las mujeres embarazadas en los programas; mayor testeo de hepatitis y sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas, y articulación con servicios de maternidad e infancia.
- 8** Se ha contribuido a disminuir el estigma y la discriminación en todas sus formas y en todos los ámbitos.
- 9** Se ha logrado la producción pública y nacional de algunos medicamentos genéricos.
- 10** Se ha sancionado una nueva ley nacional de sida, ITS y hepatitis virales, así como legislaciones provinciales acordes.
- 11** Se ha logrado una integración efectiva de la sociedad civil, las poblaciones clave y las personas con VIH en la elaboración de políticas públicas y programas que respondan a sus necesidades.

Mensajes clave de los talleres regionales

Derogación de los códigos contravencionales y artículos de convivencia municipales.

Estos tienen disímil incidencia de acuerdo con la provincia de que se trate (Cuyo). Trabajar en políticas de descriminalización general de poblaciones clave, la plena vigencia de la ley de identidad de género y políticas de inclusión laboral (NOA).

Llegar con el diagnóstico y el tratamiento a zonas inhóspitas y relegadas por distancia (Cuyo).

Trabajar en políticas específicas para pueblos originarios: llegar con materiales de prevención (comunicación dirigida específicamente y culturalmente aceptable), tener políticas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento específicas que faciliten y potencien el acceso de estas poblaciones (NOA).

Agrupamiento de las propuestas de prevención combinada por ciclo vital con el fin de facilitar la implementación en los diferentes efectores de salud (CABA /Bs. As. /Sur).

Introducir la obligatoriedad de la notificación de casos.

Lograr una real consideración de las poblaciones clave en las estadísticas:

trans femininas/masculinos, trabajadoras sexuales, etc. (Cuyo).

Reforma integral de la ley antidiscriminatoria, que incluya en la enumeración cuestiones hoy excluidas y que habilite otro tipo de sanciones más rápidas y efectivas (NOA).

Monitoreo por parte de la DSETSHyT del sector privado/obras sociales (laboratorios, gestión de la calidad del diagnóstico de VIH, medicamentos). (CABA /Bs. As. /Sur).

Incorporar logros de descentralización en Córdoba y Rosario:

redistribución y mayor alcance, mejora de la atención y el tratamiento, red más capilar, importante para el seguimiento (Centro).

Que no circule la persona sino el sistema (las muestras y los papeles):

mejorar los circuitos para controles y medicamentos, para lo que se requiere el acceso a la tecnología en el lugar de tratamiento, incluyendo CD4 y carga viral (NOA).

Mejorar la calidad de la información con palabras más cercanas y diversidad de estrategias comunicativas (redes, videos, WhatsApp). (NEA).

Pensar, promover y generar nuevas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes pediátricos y adolescentes, por ejemplo con grupos interdisciplinarios con disponibilidad y trabajo fijo en el centro de atención y en el terreno (CABA/ Bs. As./ Sur).

Ampliar la mirada de la prevención. Guías no solo para salud y educación sino también para las familias, equipos interdisciplinarios, etc. (Centro).

Realización de un diagnóstico de situación

por zonas para evaluar y generar capacidad operativa, para poder pensar según el lugar, la comunidad y la epidemiología comunitaria a quién y de qué modo llegar (Centro).

Generar respuestas para trabajar con la diversidad cultural y religiosa (NEA).

Consensuar entre los tres niveles protocolos y guías actualizadas de manera de trabajar en forma coordinada y reforzar la estrategia de diagnóstico precoz y oportuno para el control de la epidemia (NEA).



Planes y metas regionales y nacionales

En esta sección se analizan los planes de acción regionales, los documentos más relevantes y las metas suscriptas por el país.



1 a PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016-2021 DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).

En este plan se describen las líneas estratégicas de acción que los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana ejecutarán entre el 2016 y el 2021 con la finalidad de mejorar y ampliar la prevención y el control de la infección por el VIH en la Región de las Américas. Además, se presenta un esquema detallado que los Estados Miembros pueden usar según consideren apropiado y teniendo en cuenta su contexto, sus necesidades y sus prioridades, a fin de dar una respuesta acelerada, focalizada, innovadora, eficaz y sostenible a la infección por el VIH en la Región de las Américas, basada en un enfoque de salud pública, derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad.

Este plan de acción fue aprobado durante la reunión del 55º Consejo Directivo, 68ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington D.C., Estados Unidos de América, del 26 al 30 de septiembre del 2016.

La visión de este plan es reducir a cero el número de casos nuevos de infección por el VIH, las muertes relacionadas con el sida, y las complicaciones y muertes relacionadas con las ITS. También procura eliminar por completo la discriminación y otras barreras para el goce de los derechos humanos relacionados con la salud en un mundo donde todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género, estado con respecto a la infección por el VIH o discapacidad, tengan acceso oportuno a servicios de buena

calidad para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, de manera tal que todos puedan tener una vida larga y gozar de buena salud en el transcurso de la misma.

El objetivo del plan es acelerar el progreso para poner fin a las epidemias de sida e ITS como problema de salud pública en la Región de las Américas para el 2030, al reducir la incidencia de casos nuevos de infección por el VIH, la mortalidad relacionada con el sida y las complicaciones relacionadas con las ITS. El plan también integra las metas de la estrategia regional anterior para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, con indicadores de impacto específicos que se seguirán aplicando durante el periodo abarcado por este plan.

Tabla con las metas de VIH, sida e ITS del Plan de las Américas de OPS

OBJETIVO	INDICADOR DE IMPACTO	LÍNEA DE BASE	META
Acelerar el progreso hacia el fin del sida y de las epidemias de ITS como problema de salud pública en la Región de las Américas para el 2030	Número estimado de casos nuevos de infecciones por VIH	100.000 2014	26.000 2020
	Número estimado de muertes relacionadas con el sida	50.000 2014	19.000 2020
	Proporción (%) de transmisión materno-infantil del VIH	7% 2014	2% o menos 2020
	Incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1.000 nacidos vivos)	1,3 2014	0,5 o menos 2020
	Número estimado de casos nuevos de cáncer cervicouterino	83.200 2012	79.000 2020

El plan de acción para el periodo 2016-2021 contiene cuatro líneas estratégicas de acción que los Estados Miembros deberán considerar, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto, sus necesidades y sus prioridades:

- 1 Fortalecimiento de las funciones de rectoría, gobernanza, planificación estratégica e información.
- 2 Fortalecimiento del marco normativo para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS.
- 3 Acceso ampliado y equitativo a servicios integrales y de buena calidad para la infección por el VIH y las ITS.
- 4 Mayor y mejor financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con equidad y uso eficiente de los recursos a fin de lograr la sostenibilidad.

Las recomendaciones esenciales de vigilancia de las ITS de la OMS se basan en cuatro aspectos:

- 1 notificación de casos;
- 2 estudios de prevalencia;
- 3 estudios etiológicos de los síndromes;
- 4 vigilancia de la resistencia antimicrobiana del gonococo.

El propósito es describir la epidemia, detectar y cuantificar a los grupos más afectados, mejorar la gestión del programa y la toma de decisiones, e incrementar la calidad de la atención y el tratamiento.



b PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA (ACTUALIZACIÓN 2016)*

La estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita fue aprobada en el 2010 por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud mediante la resolución CD50.R12 del 50º Consejo Directivo. En ella habían establecido las siguientes metas para el 2015:

- reducir la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos;
- reducir la incidencia de casos pediátricos de infección por el VIH a 0,3 o menos por 1.000 nacidos vivos;
- reducir la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos (incluidos los mortinatos) o menos por 1.000 nacidos vivos para el 2015.

La adopción y ejecución de políticas clave ponen de manifiesto el fuerte compromiso político para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis desde que los Estados Miembros de la OPS aprobaron la estrategia de eliminación de la transmisión maternoinfantil en el 2010.

La cobertura de las pruebas de detección y el tratamiento de la infección por el VIH en el caso de las embarazadas aumentó entre el 2010 y el 2015, lo que ha dado lugar a una reducción de la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en la región, que pasó del 15% al 8%. Por el contrario, a pesar del bajo costo y la efectividad tanto de la detección como del tratamiento de la sífilis durante el embarazo, la región no ha mostrado progreso en cuanto a la reducción del número absoluto de casos o de la tasa de casos de sífilis congénita.

A fin de prevenir resultados negativos en los embarazos es crucial que la detección y el tratamiento de la sífilis se hagan de manera oportuna. La cobertura de los partos en entornos hospitalarios es alta en América Latina y el Caribe.

Además, como se describe en varios informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil presentados a la OPS, las embarazadas infectadas por el VIH a menudo se consideran de alto riesgo y están incorporadas en un modelo de atención prenatal diferente que aquellas infectadas por la sífilis, lo que implica mejores resultados para los lactantes expuestos al VIH.

La eliminación de la sífilis congénita depende, entre otros factores, de la disponibilidad de la penicilina benzatínica,

el único antibiótico que puede prevenir la transmisión maternoinfantil. Además, aunque desde el 2010 ha aumentado el número de países de América Latina y el Caribe que han adoptado las pruebas rápidas para la detección de la sífilis en las embarazadas, el uso de tales pruebas sigue siendo limitado, lo que obstaculiza la posibilidad de realizar las pruebas de detección en las mujeres e iniciar el tratamiento de la sífilis en la misma consulta de atención prenatal. Iniciar el tratamiento en la misma consulta podría disminuir considerablemente las derivaciones y las pérdidas de contacto durante el seguimiento, y simplificar la atención para las embarazadas. Por último, sigue siendo un reto la reinfección por sífilis debida a la falta de tratamiento de los compañeros sexuales y la falta de uso de preservativos.

* Tomado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf>

2 METAS DEL CONTINUO DE ATENCIÓN

Acabar con la epidemia de sida representa una oportunidad de gran trascendencia con la que sentar las bases de un mundo más sano, justo y equitativo para las generaciones futuras. Acabar con la epidemia de sida impulsará esfuerzos más amplios en materia de salud y desarrollo, y demostrará lo que se puede conseguir a través de la solidaridad mundial, las medidas empíricas y la colaboración multisectorial.

Aunque harán falta muchas estrategias para acabar definitivamente con la epidemia de sida, una cosa está clara: será imposible terminar con la epidemia sin proporcionar el tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesiten.

Mientras el mundo reflexiona sobre el camino que se ha de seguir después de la fecha límite de 2015 en lo que respecta a los objetivos y compromisos adoptados en la Declaración Política sobre el VIH-sida de 2011, se hace necesario un objetivo para escribir el último capítulo de la epidemia de sida, promover la responsabilidad y unir a las distintas partes interesadas en un esfuerzo común. Mientras que los anteriores objetivos en materia de VIH-sida buscaban conseguir un incremento gradual en la respuesta, la meta después de 2015 es nada menos que el fin de la epidemia de sida para el año 2030.

En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015. A modo de respuesta, las partes interesadas han llevado a cabo una serie de consultas sobre nuevos objetivos en todas las regiones del mundo. A escala mundial, las partes interesadas se han reunido en negociaciones temáticas sobre sociedad civil, medicina de laboratorio, tratamiento pediátrico antirretroviral, adolescentes y otros asuntos clave. Ahora, un fuerte impulso está llevando a reescribir el tratamiento del VIH y a considerar un objetivo final ambicioso pero a la vez alcanzable:

Que en 2020:

- el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH;
- el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada y
- el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral.

3 ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN TBC Y VIH

La DSETSHyT ha avanzado en el desarrollo de un Plan Estratégico Nacional de respuesta a la tuberculosis 2018-2021, por ello se incluyen en esta sección las recomendaciones estratégicas de colaboración entre ambos programas.

La Organización Mundial de la Salud encuadra dentro de las actividades de colaboración el abordaje simultáneo de la tuberculosis (TBC) y el VIH dado que la infección por el VIH representa un importante desafío para el control de la TBC en todos los niveles y, a su vez, la TBC constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre las personas con VIH.

La estrategia mundial del sector de la salud para poner fin a la tuberculosis se ha comprometido con una visión de un mundo libre de TBC y, para lograrlo, se debe alcanzar un mundo con cero muertes, enfermedad y sufrimiento por esta enfermedad. Para realizar esta visión se han comprometido a lograr una serie de metas:

Para el año 2025 una

- reducción de un 75% de las muertes ocasionadas por la TBC (respecto de 2015) y
- reducción de un 50% de la tasa de incidencia de la TBC.

Para el año 2035 una

- reducción del 95% de las muertes por TBC y
- reducción del 90% de la tasa de incidencia.

La estrategia de poner fin a la TBC se basa en tres pilares: atención y prevención integrada de la TBC centrada en la persona; políticas audaces y sistemas de soporte, e intensificar la investigación y la innovación.

A continuación listamos las recomendaciones de la OMS sobre las actividades de colaboración TBC/VIH:

- | | | |
|--|--|---|
| <p>a Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TBC y VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> * Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional en todos los niveles. * Determinar la prevalencia del VIH entre personas con TBC y la prevalencia de TBC entre personas con VIH. * Planificar conjuntamente a fin de integrar los servicios de TBC y VIH. * Monitorear y evaluar. | <p>b Reducir la carga de TBC en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las 3ies)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Intensificar la búsqueda de casos de TBC y proporcionar tratamiento anti-TBC de buena calidad. * Iniciar la prevención de TBC con TPI y TAR tempranos. * Garantizar el control de infecciones por TBC en establecimientos de salud y sitios de congregación. | <p>c Reducir la carga de VIH en personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TBC</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar la prueba del VIH y consejería a personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TBC. * Introducir intervenciones de prevención del VIH en personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TBC. * Proporcionar terapia preventiva (TPC) a personas coinfectadas con TBC/VIH. * Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención a personas coinfectadas con TBC/VIH. * Proporcionar ARV a personas coinfectadas con TBC/VIH. |
|--|--|---|

Intervenciones colaborativas sugeridas

Recomendación OMS	Actividades
Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TBC y VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de servicios de atención primaria conjuntos integrados de VIH y TBC. • Provisión de diagnóstico y tratamiento del VIH y la TBC en el mismo sitio.
Reducir la carga de TBC en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje de TBC a todo adolescente o adulto que vive con VIH. Si se desconoce, 6 meses de TPI (tratamiento preventivo de la TBC con isoniazida). • Tratamiento preventivo de los niños siguiendo las recomendaciones de la guía para la búsqueda intensiva de TBC. y TPI.
Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el test de VIH a toda persona con TBC. • Promover intervenciones de prevención del VIH en personas con TBC. • Proveer tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC) a personas coinfectadas con TBC/VIH. • Proporcionar ARV a personas coinfectadas.
Otras recomendaciones transversales	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal de salud en TBC y VIH. • Realización de pruebas cruzadas a todos los usuarios. • Búsqueda activa de TBC en toda persona con VIH. • Garantizar el acceso a la atención integral de la TBC y el VIH.

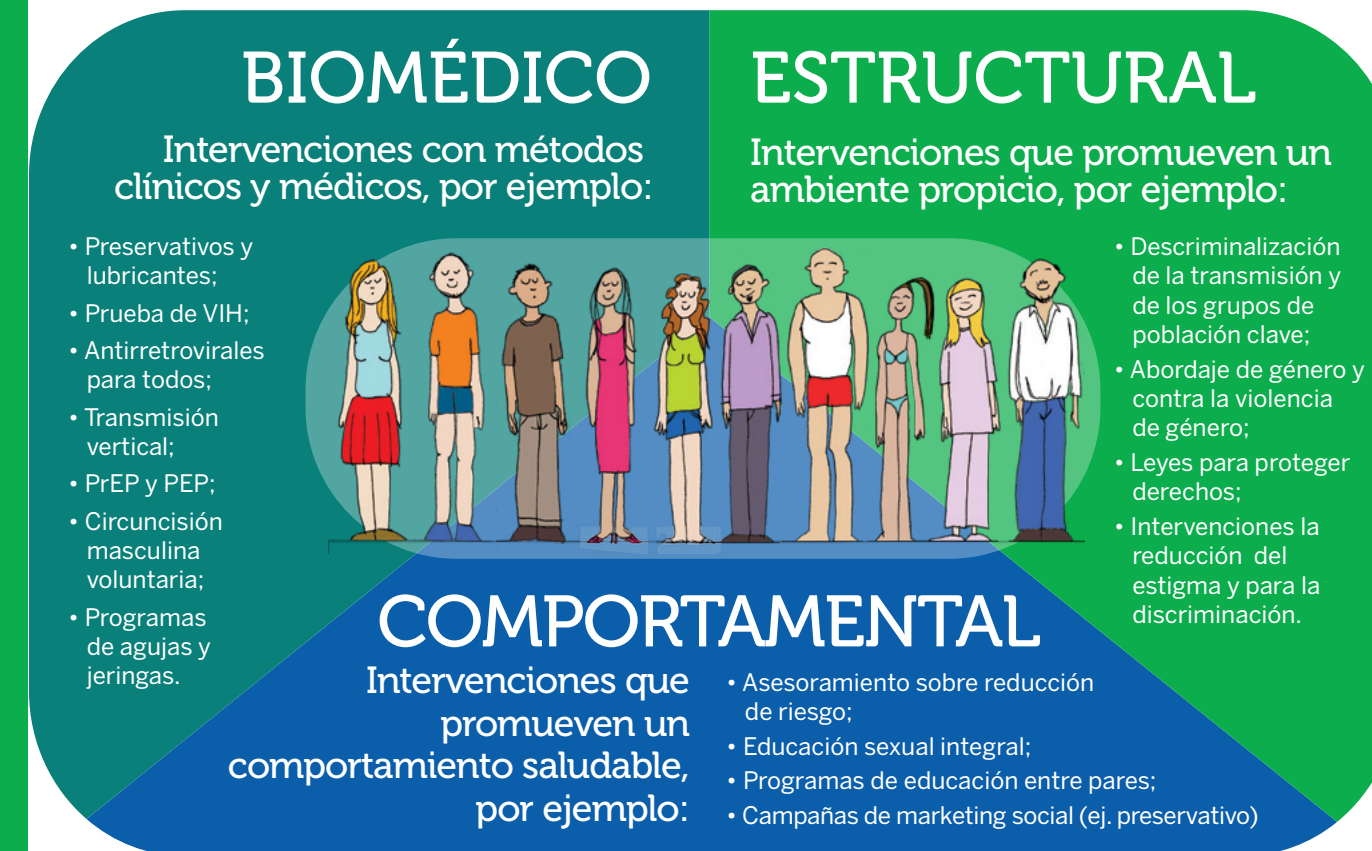
30 La OMS, ONUSIDA; PEPFAR y El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria han desarrollado una guía de monitoreo y evaluación de las actividades de colaboración VIH y TBC disponibles en este vínculo: <https://bit.ly/2QsvRbe>

4 PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

La prevención combinada es un abordaje para prevenir el VIH. Fue propuesta inicialmente por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (conocido como PEPFAR por sus siglas en inglés) y, más tarde, en el 2009, el Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre la Prevención de la Infección por el VIH lo adoptó y lo expandió. Años después se actualizó en el documento Acción Acelerada para la Prevención Combinada.

ONUSIDA define los programas de prevención combinada como aquellos que se basan en los derechos, la evidencia, la comunidad e intervenciones sociales y biológicas. Dichos programas plantean una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales (Gráfico “Las tres áreas”) cuyo propósito es responder a las necesidades de prevención del VIH de personas y comunidades concretas. El objetivo es reducir el número de nuevas infecciones mediante acciones que tengan un mayor impacto sostenido.

Las tres áreas de abordaje de la prevención combinada.



Fuente: Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa, OPS y ONUSIDA

Tabla resumen de las intervenciones del abordaje de prevención combinada del VIH

Biomédicas	Estructurales	Comportamentales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de preservativos y lubricantes. 2. Realización de pruebas para el diagnóstico del VIH y otras ITS. 3. Tratamiento antirretroviral para todos/as. 4. Prevención de la transmisión vertical del VIH. 5. Promoción e implementación de la profilaxis pre-exposición (PrEP). 6. Promocionar e incrementar el acceso a la profilaxis post-exposición (PEP). 7. Diseñar, promover e implementar programas de reducción de daños para personas que usan drogas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descriminalización de las poblaciones clave y de la transmisión del VIH. 2. Abordajes con perspectiva integral de género y de lucha contra la violencia. 3. Leyes que aseguran la protección de los derechos. 4. Intervenciones de reducción de la discriminación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consejería de reducción del riesgo. 2. Educación sexual integral. 3. Programa de educación y prevención entre pares. 4. Campaña de promoción del acceso y uso de los condones y lubricantes.



Marco legal

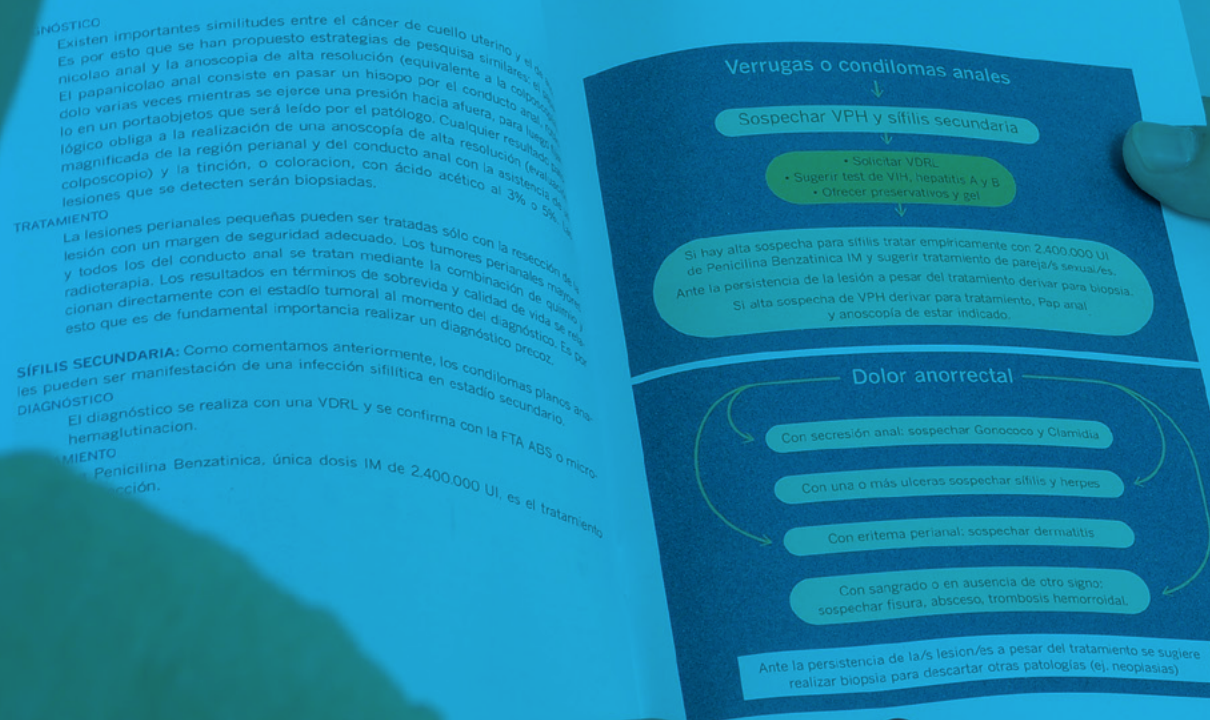
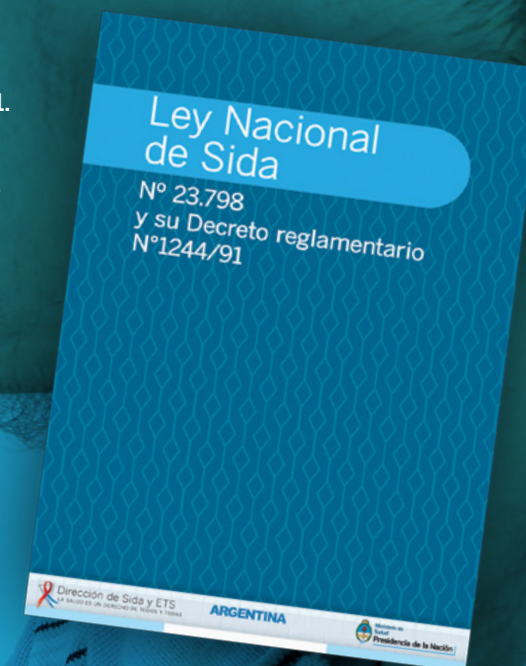
LEY NACIONAL DE SIDA (23.798)

En el año 1990 se sancionó la Ley Nacional de Sida, reglamentada bajo el Decreto N° 1244/91.

En su artículo 1º, la ley declara de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y tiene por finalidad impulsar la investigación y sus agentes causales, garantizar el diagnóstico y proveer tratamiento, promover su prevención como la de otras patologías derivadas a través de la educación de la población. La norma otorga el derecho al acceso integral a la salud a todas las personas con VIH o sida.

El espíritu de la ley apunta a proteger los siguientes derechos:

- **Acceso a la atención de la salud.** En concordancia con los principios de igualdad y autonomía de la Constitución Nacional, declara de interés nacional la lucha contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), promueve la investigación, la detección, el acceso al diagnóstico y al tratamiento y la educación de todas las personas.
- **Respeto de la dignidad y no discriminación de la persona viviendo con VIH.** Se establece que las normas existentes sean interpretadas, evitando que se afecte la dignidad de la persona, que provoque marginación, humillación, degradación y que respete la intimidad en cualquier ámbito.
- **Confidencialidad, entendida como la protección de la información de las personas viviendo con VIH,** exigiendo a los personas que manipulan dicha información estricta reserva de la misma, salvo excepciones, autorización del paciente u orden judicial.
- **Información, a través del consentimiento informado, entendiendo esto como el acceso de la persona a la información clara de su estado de salud,** de las propuestas de tratamiento, de los riesgos que pueden producirse en caso de rechazo, haciendo que la toma de su decisión sea de manera consciente y con la información necesaria.
- **Prevención.** El Estado, en todos sus ámbitos, ya sea nacional, provincial o municipal, deberá llevar adelante las tareas de educación de la población que exige la ley, con el fin de prevenir la transmisión del VIH. El uso responsable del preservativo y las políticas comunicativas basadas en la información son el eje fundamental de la tarea preventiva.



LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE (26.529)

Esta ley establece los derechos que poseen los pacientes durante la relación con profesionales y/o instituciones de la salud. Fue sancionada en el año 2009 y su espíritu es la protección integral de la salud desde el enfoque de derechos humanos. Reconoce a todas las personas los derechos de asistencia, el trato digno, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad y la información sanitaria que las personas deben tener a la hora de llevar adelante un tratamiento.

Amplía el concepto de consentimiento informado, exigiéndolo en todas las relaciones anteriormente descriptas y explica las formas de otorgarlo, el momento de su aplicación y su revocabilidad.

Otro punto importante de la norma es la definición de la historia clínica, y otorga el derecho al paciente de exigirla al profesional cuando la persona lo requiera. También describe cómo se confecciona y quiénes además de su titular pueden solicitarla.

LEY DE OBRAS SOCIALES Y LEY DE PREPAGAS (23.660 Y 23.661)

Entre sus objetivos principales, la ley de obras sociales obliga a estas a la atención del denominado Programa Médico Obligatorio (PMO).

El PMO es un conjunto de prestaciones a través del cual los beneficiarios tienen derecho a recibir determinada asistencia médica establecida por las normas que lo regulan. Las obras sociales –así como las prepagas por la ley de prepagas que obliga a las empresas a cubrir los mismos servicios que las obras sociales– deberán brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

La ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable incorpora al PMO las prestaciones relacionadas con el VIH y el sida; de esta forma y en refuerzo a la ley de sida, será garantizado el acceso gratuito al diagnóstico, tratamiento y asistencia integral de la salud, incluida la asistencia psicológica.

La ley de prepagas obliga a estas empresas a brindar las mismas prestaciones que las obras sociales.

LEY DE OBLIGATORIEDAD DEL OFRECIMIENTO DE LA PRUEBA DEL VIH A LA MUJER EMBARAZADA (25.543)

Esta ley es de suma importancia dentro del sistema de normas que integran el paquete de leyes de acción contra el VIH y el sida, ya que ofrece la protección necesaria a aquellas personas por nacer, y se incluye dentro del enfoque de derechos humanos teniendo en cuenta la protección de los derechos del niño.

La ley establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada. Todos los establecimientos destinados a la salud, públicos o privados, están obligados a cubrirlo.

Es importante destacar que la obligación está en “ofrecer la prueba de VIH”, no en hacerla, mediando el consentimiento informado. Desde hace algunos años, el protocolo también establece el ofrecimiento de la prueba a las parejas de las embarazadas.

AUTONOMÍA DE LOS ADOLESCENTE PARA DECIDIR (ARTÍCULO 26 DEL CÓDIGO CIVIL)

Este artículo refiere a la autonomía de adolescentes entre 13 y 16 años para decidir por sí respecto de estudios diagnósticos o tratamientos que no resulten invasivos, ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física.

PROYECTO DE LA NUEVA LEY DE SIDA, ITS Y HEPATITIS

Durante el año 2017, un frente nacional liderado por organizaciones de la sociedad civil discutió la aprobación del proyecto de la nueva ley nacional de sida en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Este proyecto logró el dictamen de la Comisión de Salud de Diputados a mediados de 2017, pero finalmente en diciembre del mismo año perdió estado parlamentario sin lograrse su aprobación completa. Se espera su aprobación en 2018, en cuyo proceso podría cambiar parte de su contenido.

LEY DE CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (25.673)

Esta ley fue sancionada en el año 2003 y tiene como objetivo alcanzar el nivel más elevado de salud sexual, con el fin de que la persona pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad maternoinfantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones de transmisión sexual, de VIH, sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Exige que la realización del test diagnóstico y tratamiento integral se incluya dentro de la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO), dentro del nomenclador de prácticas médicas y farmacológicas. Contempla también la capacitación y formación de agentes para la detección de conductas de riesgo y la promoción de actividades de información sobre métodos anticonceptivos, distribución, monitoreo y evaluación.

LEY ANTIDISCRIMINACIÓN (23.592)

Esta ley exige que se adopten medidas disciplinarias frente a quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo dañe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional. A través de las exigencias de esta ley, quien cometiere esta falta será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionado.



Plan estratégico 2018-2021

En función del análisis de la respuesta nacional, regional y mundial al VIH y sida; las metas y compromisos suscriptos por el país, las recomendaciones para la respuesta al VIH y otras ITS y un proceso de consulta amplio y participativo, se ha desarrollado el siguiente plan estratégico para el período 2018 al 2021.

Objetivo general

“En la República Argentina, en el año 2021 y como resultado de un trabajo de asociación amplia y participación nacional y multisectorial bajo el liderazgo de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud de la Nación en su conjunto, se habrán reducido significativamente el número de nuevas infecciones de VIH e ITS, eliminado la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, y aumentado el diagnóstico oportuno y el tratamiento del VIH e ITS en jóvenes y adultos, de acuerdo con los compromisos asumidos por el país internacionalmente”.

A tal fin se han acordado y desarrollado seis pilares estratégicos que se detallan a continuación, acompañados de un resultado, una justificación y algunas intervenciones que forman parte de cada pilar a título ilustrativo, aunque no exhaustivo. Los pilares son presentados en un orden aleatorio y no jerárquico. Todos se relacionan entre sí, como también existen relaciones mutuas entre más de dos pilares. Estos no representan necesariamente áreas o departamentos dentro de la DSETSHyT, como tampoco programas específicos. La estructura de pilares se acompaña de cuatro líneas transversales.

Pilares del Plan Estratégico 2018-2021



1. Información estratégica

El pilar de información estratégica reúne todas las intervenciones, acciones, programas y actividades tendientes a mejorar el conocimiento de nuestras epidemias por medio de los estudios epidemiológicos, vigilancia epidemiológica, estudios de estimaciones y proyecciones sobre la prevalencia, incidencia, tamaño de las poblaciones, comportamientos y prácticas, resistencia a fármacos, adherencia, cobertura de salud, entre otros.

programas provinciales, municipales y las jurisdicciones sanitarias tomar decisiones de gestión basadas en la información y las evidencias.

Así también, este pilar alcanza al monitoreo y evaluación de programas, proyectos e iniciativas. Incluye el control de la calidad de los servicios y programas, como así también las estimaciones de gastos nacionales. Entretanto, dentro de estas áreas de trabajo se incluyen el desarrollo y gestión de los sistemas de información en estrecha colaboración con todas las áreas de la DSETSHyT.

Mejorar la cantidad y calidad de la información estratégica oportuna permitirá a la DSETSHyT, al Ministerio y a los

1.1. Resultado esperado para el 2021:

La calidad de la información estratégica disponible sobre las enfermedades ha mejorado sustancialmente, es representativa y confiable para conocer la epidemia y orientar la toma de decisiones programáticas y de políticas públicas.

1.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Prevención combinada	Estudios de comportamiento, prevalencia, tamaño de población, elaboración de cascadas de servicios/prevención y distribución geográfica de las poblaciones clave.
Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Estudios de cascada del continuo de tratamiento por población y área geográfica.
Gestión óptima y eficiente	Medición del gasto en sida, estimaciones de gasto en salud y por enfermedad, incluyendo pronósticos de necesidades de inversión.
Derechos	Informe anual sobre modificaciones en los marcos legislativos nacionales y/o provinciales, avances logrados en la materia, modificaciones y/o políticas significativas de empoderamiento y refuerzo de derechos.
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Capacitación de personas con VIH y poblaciones clave en la recolección y documentación de información estratégica.

1.3. Algunas recomendaciones de los talleres regionales:

- Necesidad de generar un análisis integrado entre áreas y niveles (nacional, provincial, municipal, equipos que están en el terreno).
- Fortalecer el trabajo integrado con otras áreas (Maternidad, Infancia y Adolescencia; Salud Sexual y Reproductiva; Epidemiología, etc.) para optimizar la información.
- Establecer mecanismos para integrar la información estratégica de distintas fuentes para la toma de decisiones.
- Fortalecer el seguimiento y cierre de los diagnósticos de los niños/as expuestos, principalmente a la sífilis.
- Incorporar la condición de persona con discapacidad en la ficha de notificación de VIH.
- Realizar acuerdos para obtener información de sistemas de la seguridad social y privados.
- Mejorar la infraestructura, conectividad y soporte para sostener los sistemas de información.
- Hacer uso de la información para generar acciones: nuevas estrategias, canales de comunicación, formas de comunicar (ej. boletines municipales, provinciales y nacionales).
- Ponderar el SISA. Que los equipos se apropien del sistema. Poder hacer uso de la información. Analizar la necesidad de adaptaciones.

Consolidar la información en una base unificada, que puedan proveer las obras sociales y las empresas de medicina prepaga de manera confidencial.

2. Prevención combinada

La prevención combinada es un pilar en este plan y a la vez un abordaje integral de la prevención y atención del VIH y las ITS. Para los programas de sida e ITS plantea un nuevo paradigma de trabajo con la integración de diversas intervenciones que antes pertenecían a otras áreas, como por ejemplo el tratamiento y la prevención del VIH.

Dentro de la DSETSHyT, el área de Prevención viene realizando una serie de intervenciones específicas de la denominada prevención primaria integral y el diagnóstico del VIH. Se espera que bajo el pilar de la prevención combinada se implemente en los próximos cuatro años un abordaje integrador que incluya las dimensiones biomédicas, estructurales y comportamentales que se han detallado más arriba.

En los últimos años, las personas –en particular los y las jóvenes– han cambiado las formas y los medios por los que acceden a la información a través de un complejo mosaico de canales y aplicaciones con diferente grado de jerarquía y calidad de la información comunicada. Los programas tendientes a comunicar mensajes relacionados con los cambios de comportamiento, promover el acceso a servicios y acompañar el tratamiento deben “paulatinamente reemplazar el uso casi exclusivo del papel para sumergirse en el mundo de las redes sociales”, construyendo también nuevas narrativas de comunicación con alto impacto, en una asociación estratégica con la sociedad civil.

Al mismo tiempo, la DSETSHyT continuará la provisión de insumos tradicionales de prevención –por ejemplo, preservativos y lubricantes– y buscará incorporar las nuevas tecnologías de prevención basada en el uso de antirretrovirales, como el tratamiento para todos, la profilaxis post-exposición (PEP) y la profilaxis pre-exposición (PrEP). Hace un tiempo, la DSETSHyT recomendó el uso expandido de la PEP y el tratamiento para todos, sin embargo su adopción es lenta y heterogénea.

2.1. Resultado esperado para el 2021:

El número de nuevas infecciones y diagnósticos tardíos se habrá reducido significativamente, alcanzando las metas comprometidas, como resultado de la implementación multisectorial del abordaje de prevención combinada del VIH y las ITS.

2.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Información estratégica	Estudios de comportamiento, tamaño de población y distribución geográfica de las poblaciones clave.
Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Implementación ampliada de la PEP, incremento del acceso y calidad del tratamiento (para todos) y desarrollo de un programa de PrEP.
Gestión óptima y eficiente	Estimación de las necesidades, creación de mecanismos para asegurar una efectiva y oportuna gestión de compras y distribución de insumos biomédicos de prevención combinada.
Derechos	Apoyo en el análisis e identificación de las barreras estructurales y socioculturales.
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Desarrollo de intervenciones y campañas con mensajes y derivaciones específicas para poblaciones clave.

2.3. Algunas recomendaciones de los talleres regionales:

- Creación de un comité asesor nacional (modelo CONASIDA) conformado en forma amplia por efectores, ONG y municipios, para alcanzar a las poblaciones de difícil acceso.
- Información completa y adecuada a los diferentes actores de todas las estrategias de prevención combinada.
- Lograr unificar criterios en cuanto a las problemáticas de VIH, ITS y hepatitis, con referentes para la atención de las personas y su rápida y eficiente valoración y tratamiento.
- Testeo no limitado al sistema de salud. Incorporación de la sociedad civil a los programas provinciales y municipales.
- Realización de cartografía social como método de diagnóstico y guía para la acción colectiva adecuada a los territorios.
- Mejorar la accesibilidad en el sistema de salud para embarazadas y niños, adolescentes y jóvenes.
- “Salir a buscar” a las poblaciones vulnerables, acercando los servicios de atención primaria a las personas.

3. Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia

Bajo este pilar se agrupan las intervenciones centradas en desarrollar y difundir las directrices de diagnóstico y tratamiento del VIH y las ITS con el uso de esquemas más eficaces en términos de la adherencia, baja toxicidad y precios más accesibles. Dentro del pilar se incluyen la gestión de compras, la logística de la distribución y el monitoreo del uso de los medicamentos e insumos. Incluye también el desarrollo y sostenimiento de una red nacional de laboratorios y una mejora en el pronóstico de

la demanda de medicamentos, reactivos y otros insumos. En colaboración estrecha con el Consejo Asesor y las asociaciones científicas se desarrollarán y actualizarán los algoritmos, guías y directrices, acompañados de la necesaria capacitación en todos los niveles. Se promoverá y favorecerá el aumento del acceso a los servicios por medio del apoyo a la apertura de más centros de atención primaria y la descentralización en el primer nivel de atención del diagnóstico y seguimiento del tratamiento a

otras especialidades médicas y paramédicas, incluyendo la sociedad civil. También es oportuno garantizar la calidad de los resultados bioquímicos ampliando el acceso al monitoreo constante y los controles de calidad, con horarios convenientes para la comunidad, con personal formado en derechos humanos, diversidad sexual, género y VIH para reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso, extendiendo estas iniciativas a la sociedad civil e incluyéndola en las

instancias mencionadas. Dentro de esta línea de trabajo es necesario desarrollar una estrategia e intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH y la retención dentro de los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dentro de este pilar se deben promover las acciones que aseguren la integración del diagnóstico y tratamiento de las coinfecciones con TBC y hepatitis.

3.1. Resultado esperado para el 2021:

Se habrá incrementado el número de personas diagnosticadas oportunamente, en tratamiento y adherentes, como también la gestión y distribución eficiente de medicamentos e insumos.

3.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Prevención combinada	Desarrollo e implementación del abordaje de prevención combinada, en particular el eje biomédico.
Información estratégica	Estudios de cascada del continuo del tratamiento, la adherencia y el acceso a los servicios de salud.
Gestión óptima y eficiente	Armonización de criterios y esquemas que faciliten la compra oportuna de medicamentos y reactivos asequibles, como el apoyo a la producción pública de los mismos.
Derechos	Intervenciones sobre barreras estructurales para el acceso y retención de las personas con VIH y las poblaciones clave en los servicios de salud (incluyendo la recolección de información estratégica relacionada con el estigma y la discriminación en el sector salud y el acceso a la justicia).
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Desarrollo de directrices y guías con la participación de las sociedades científicas y las organizaciones de la sociedad civil para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, la adherencia y retención.

3.3. Algunas recomendaciones de los talleres regionales:

- Revisión/unificación de los procedimientos para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento en obras sociales y prepagas, incluyendo una mejor adhesión a las guías y normas.
- Mejora de las comunicaciones entre el nivel central y las jurisdicciones en lo referente a los procesos de adquisiciones y distribución de insumos de modo de posibilitar la gestión de compras locales en caso de faltantes y retrasos.
- Plantas medicinales: investigación (cannabis, otras). Acceso al autocultivo o acceso al aceite de cannabis a personas que viven con VIH.
- Propiciar la formación de equipos especializados en adolescencia (transición de pediatría a adultos) y poblaciones vulnerables (discapacidad, mayores de 65 años, usuarios de drogas, etc.).
- Simplificación de las tomas de medicación que favorezca la adherencia.
- Generar estrategias 3.0 para la adherencia (alarmas de retiros, aplicaciones, etc.). Propiciar equipos de adherencia multidisciplinarios en los centros de atención. Crear redes en lugares más pequeños sin tanta disponibilidad de profesionales de todas las disciplinas. Incorporación de pares.
- Facilitar alianzas estratégicas, por ejemplo entre provincias, en el caso de que una persona resida en una provincia pero se atiende en otra.
- Producción pública y nacional de medicamentos genéricos.
- Instalar en el sistema sanitario que se traten las ITS en el lugar de atención.
- Definir estrategias de PrEP.
- Un rol más proactivo de los sistemas de salud asegurando una mejora de la retención de las personas dentro de los servicios y un monitoreo/notificación de pérdida de usuarios que permita un análisis de sus causas.

4. Gestión óptima y eficiente³

Dentro de este pilar se busca lograr una mejora continua en la calidad y eficiencia de la gestión de la DSETSHyT y de todos sus programas. Esto se llevará a cabo con el apoyo de los planes operativos y la gestión de un marco de monitoreo y evaluación de los resultados y del desempeño de los equipos técnicos, la capacitación permanente y el desarrollo individual de sus integrantes. Esto incluye la provisión oportuna de recursos humanos, técnicos e infraestructura para todas las áreas y niveles.

El nuevo plan estratégico requiere de un modelo diferente de operaciones y el apoyo de la DSETSHyT en la adaptación y cambio hacia una nueva forma y cultura de trabajo. La capacitación interna y el desarrollo individual formal e informal son claves para que el equipo pueda lograr su máximo potencial.

Junto con otras áreas, bajo este pilar estratégico se debe planificar y custodiar el uso más óptimo de los recursos económicos y la logística de los insumos, desarrollando sistemas sostenibles en los tres niveles.

La creación de redes formales de jefes y coordinadores de programas provinciales y municipales, como también los responsables de las jurisdicciones, mejorará la calidad y la eficiencia en todos los niveles.

4.1. Resultado esperado para el 2021:

La DSETSHyT, en asociación con otros actores, habrá mejorado significativamente la gestión eficaz y eficiente de los programas, proyectos y servicios, contribuyendo a una respuesta más sostenible.

4.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Prevención combinada	Implementación matricial y transversal del abordaje de prevención combinada con la participación de todas las áreas.
Información estratégica	Estudios de pronóstico, costos y gastos de las intervenciones del programa que orienten las decisiones de recomendaciones de optimización, compras y distribución de medicamentos y otros insumos.
Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Desarrollo de la producción y validación nacional y provincial de medicamentos e insumos de calidad.
	Integración de servicios de VIH e ITS con los de TBC y hepatitis.
Derechos	Mecanismos de información oportuna de faltantes de medicamentos e insumos a nivel nacional en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil.
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Establecimiento de un comité asesor nacional multisectorial de la DSETSHyT.

4.3. Algunas recomendaciones de los talleres regionales:

- Jerarquización de programas provinciales de sida e ITS, que cuenten con estructuras jerarquizadas, equipos calificados, multidisciplinarios y con recursos propios.
- Realización del monitoreo compartido entre los distintos niveles para la gestión de recursos (por ejemplo, reactivos, ARV y preservativos). Necesidad de monitoreo externo e interno.
- Incluir en los presupuestos provinciales la compra de insumos. Incluir en diferentes presupuestos los insumos para enfermedades oportunistas, efectos secundarios, comorbilidades, etc.
- Implementación de programas municipales, a veces integrados a otros programas.
- Poner en la agenda del COFESA a la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, de forma que se pueda asegurar el involucramiento de los ministros locales y de alguna manera el presupuesto.
- Reducir los costos realizando compras conjuntas o a través de laboratorios públicos de producción nacional/regional.
- Generar estrategias de integración entre jurisdicciones. Priorizar tres temas: transmisión vertical, fronteras, atención y seguimiento de las personas con VIH (que viven en una provincia y se atienden en otra).

5. Derechos

Desde su creación, el área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la DSETSHyT ha estado centrada en la gestión de denuncias de discriminación y en la capacitación y sensibilización de diferentes profesionales e instituciones, incluyendo a organizaciones y redes de la sociedad civil. Ambas actividades siguen siendo centrales en el pilar de derechos; sin embargo, se busca aumentar otras acciones tendientes a prevenir la violación de los derechos humanos, así como promover el conocimiento y comprensión de estos para su plena realización y ejercicio.

Un porcentaje muy elevado de los incidentes de discriminación institucional suceden en los sectores de salud, educación y seguridad (uniformados), por ello la gestión colaborativa y asociativa de campañas de promoción, educación y sensibilización contribuirán significativamente al acceso a la salud y una mejor calidad de vida de las personas con VIH y las poblaciones clave.

El apoyo a la creación de un observatorio de derechos humanos y de una red de acceso a la justicia es necesario para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y las poblaciones clave y más vulnerables. Bajo este pilar se promoverán los acuerdos e iniciativas de cooperación con otros ministerios, programas, representantes de la sociedad civil y organismos internacionales.

5.1. Resultado esperado para el 2021:

La DSETSHyT habrá contribuido significativamente a la promoción del pleno ejercicio y defensa de los derechos de las personas con VIH y las poblaciones clave y vulnerables para prevenir y erradicar todas las formas de discriminación relacionadas con el VIH y las ITS.

5.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Prevención combinada	Intervenciones para la reducción de barreras estructurales de las poblaciones clave para acceder a la prevención combinada.
Información estratégica	Producción de evidencias sobre el impacto de la discriminación institucional y otras formas de discriminación en el acceso a la salud de las personas con VIH y las poblaciones clave.
Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Diseño e implementación de un mecanismo de monitoreo del acceso sostenido al tratamiento en todos los subsistemas de salud de todo el país, que incluya la reducción de barreras estructurales y la adherencia.
Gestión óptima y eficiente	Acuerdos institucionales con organismos y entes para el acceso a la prevención, el tratamiento y una mejor calidad de vida de las poblaciones clave y vulnerables.
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Establecimiento de un observatorio multisectorial de derechos de las personas con VIH y las poblaciones clave relacionado con el VIH y las ITS.

5.3. Algunas recomendaciones de los talleres regionales

- Cumplimiento de leyes de protección: ley de derechos del paciente, convención de los derechos del niño, ley de identidad de género (y otras detalladas en la sección de marco legal).
- Trabajar sobre las barreras en la atención y la falta de capacitación en el primer nivel de atención.
- Fortalecer la idea de cronicidad de la infección para reducir el miedo y el estigma.
- En relación con la discriminación a niños/as y adolescentes viviendo con VIH, fortalecer la capacitación del personal educativo.
- Eliminar el testeo compulsivo en exámenes preoperatorios y revisar los métodos de consentimiento.
- Trabajar para incorporar la mirada integral de la salud (enfoque de derechos humanos en salud), para que los programas de todas las jurisdicciones tengan en cuenta la necesidad de articular con otras áreas estatales para incorporar políticas que fortalezcan la adherencia de las personas con VIH, sobre todo las que están en situación de vulnerabilidad social, pases de transporte, pensiones sociales, planes alimentarios, reducción de daños, reducción del estigma y la discriminación.
- Poner el foco en la calidad de vida de las personas con VIH, hepatitis, sífilis, etc. al momento de armar dinámicas de trabajo y equipos de trabajo.
- Garantizar acciones a través de sociedades científicas, autoridades de matriculación y colegios de profesionales para lograr mejorar el conocimiento de normas y derechos (ej. Código Civil) de los profesionales y los estudiantes universitarios de carreras afines.
- Sensibilización desde la formación (enfoque holístico) en la complejidad clínica, trato humanitario, tratamientos paliativos, diversidad sexual e identidad de género.
- Aumentar el acceso a la información y el lenguaje adecuado para no promover el miedo al virus.

6. Sociedad civil, sociedades científicas y otros actores

Tradicionalmente la DSETSHyT ha mantenido diferentes formas de asociación con organizaciones de la sociedad civil, las sociedades científicas, agencias del sistema de Naciones Unidas y otros programas y organismos del Estado; sin embargo, estas han sido en ocasiones no planificadas. Bajo este eje se discutirá con estos sectores cuál será su contribución a la implementación del plan estratégico. Por ejemplo, la DSETSHyT podría establecer un mecanismo de subvenciones para organizaciones de la sociedad civil que colaborarán con el Ministerio en la implementación de proyectos, acciones y abordajes, incluyendo formaciones, control de calidad y supervisión.

Una asociación sostenida con las sociedades científicas puede promover la organización de eventos de formación y capacitación nacionales y provinciales. La sociedad civil y las sociedades científicas serán protagonistas de campañas de información, educación, prestación de servicios y sensibi-

lización allí donde la cartera de Salud se encuentra limitada. El trabajo colaborativo e intersectorial con otros ministerios, programas y direcciones, incluyendo entes autárquicos, es clave y debe formalizarse y alimentarse con acciones mutuamente beneficiosas.

Bajo este ámbito estratégico se busca que organizaciones públicas y privadas prioricen el tema de VIH e ITS dentro de sus agendas y estrategias, sumando voluntades en áreas y espacios claves para la implementación efectiva del plan estratégico. Dentro de este pilar deben incluirse todas las agencias del sistema de las Naciones Unidas.

6.1. Resultado esperado para el 2021

La implementación del plan estratégico 2018-2021 habrá sido el resultado de una asociación multisectorial que incluyó a la sociedad civil, las sociedades científicas, organismos internacionales y técnicos y otras áreas de gobierno en los tres niveles.

6.2. Ejemplos ilustrativos de relación con otros pilares

Pilar	Intervenciones
Prevención combinada	Intervenciones de asociación para la implementación del abordaje de prevención combinada dirigida a población clave.
Información estratégica	Delinear la agenda de investigación de la DSETSHyT y la participación y apoyo de diferentes actores.
Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Diseño e implementación de un mecanismo de monitoreo de acceso sostenido al diagnóstico y tratamiento (incluyendo la adherencia) en todos los subsistemas de salud del país.
Gestión óptima y eficiente	Diseño e implementación de un mecanismo de subvenciones para la sociedad civil.
Asociación estratégica con la sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave.	Participación y apoyo a la creación del observatorio, la red de acceso a la ley y otros canales de interacción.

6.3 Algunas recomendaciones de los talleres regionales

- Fortalecer, potenciar e impulsar el trabajo con las asociaciones civiles, tanto redes de personas con VIH y hepatitis como grupos de pares y asociaciones de poblaciones clave. Especial énfasis en lograr una articulación tendiente a incorporar a estas organizaciones en la gestión, en lo posible estableciendo mesas de diálogo estables.
 - Lograr convenios marco entre ministerios de Salud y Educación y las organizaciones de la sociedad civil para incluir la temática del VIH, ITS y hepatitis, tanto en las currículas de formación universitaria como desde actividades de sensibilización extracurriculares que incluyan acciones con redes.
 - Establecer vínculos de trabajo con los municipios para fortalecer la ampliación del testeo y contención de temas sociales con asesoramiento jurídico.
 - Establecer redes de trabajo con agencias del Estado nacional para potenciar un trabajo en red con el objetivo de garantizar los derechos de las personas con VIH.
 - Sustener una línea de financiamiento de actividades llevadas adelante por las organizaciones de la sociedad que articulen, completen y potencien las políticas públicas en la materia.
 - Fomentar un abordaje de los medios de comunicación que potencie el uso correcto del vocabulario tendiente a disminuir el estigma y la discriminación, favoreciendo la difusión de mensajes preventivos. Esto requiere que los programas provinciales y la sociedad civil puedan trabajarlo en conjunto.
 - Acciones de seguimiento y sensibilización de agentes judiciales. Articulación con las defensorías civiles para la derivación y atención de casos puntuales.
- Establecer líneas de trabajo con las sociedades científicas y colegios profesionales (SADI, SAISIDA, ASAIGO, AAEEH, colegios profesionales, etc.).

Ejes transversales

► Comunicación

El área de Comunicación de la DSETSHyT está formada por un equipo que elabora la estrategia comunicacional según los distintos ejes de trabajo establecidos. Entre sus funciones se cuentan: el desarrollo de materiales de comunicación en distintos soportes y campañas para la promoción del uso del preservativo, la realización del test de VIH, la prevención en general del VIH, hepatitis virales y otras ITS, la prevención de la transmisión perinatal, etc.; el desarrollo de materiales sobre el tratamiento del VIH destinados a equipos de salud, en articulación con las áreas técnicas de la DSETSHyT; elaboración de un plan para mejorar el tratamiento de temas relacionados con el VIH y otras ITS en medios de comunicación a través de la capacitación a periodistas y comunicadores, el desarrollo de guías de recomendaciones para el tratamiento mediático y uso de lenguaje sensible y no estigmatizante; asesoría y capacitación para el fortalecimiento de las habilidades de comunicación de la sociedad civil y de los equipos de comunicación de los programas jurisdiccionales.

Los ejes transversales son cuatro líneas estratégicas de intervención que atraviesan los seis pilares y ofrecen intervenciones y paquetes de servicios para la consecución de sus metas.

► Gestión de los conocimientos

La DSETSHyT ha demostrado un fuerte liderazgo en el desarrollo de las capacidades de diferentes actores y funcionarios de instituciones; sin embargo, la implementación de este plan requiere de un incremento sustancial en la gestión de los conocimientos de profesionales, líderes y funcionarios en aspectos técnicos vinculados con los seis pilares por medio de la incorporación de nuevos abordajes formativos. Serán necesarias la identificación y documentación del conocimiento, así como el desarrollo de nuevas iniciativas de capacitación, entendiendo al desarrollo de las capacidades como una herramienta no solo para una mejor gestión sino también para la sustentabilidad.

► Normativo

Como autoridad nacional sanitaria, corresponde al Ministerio de Salud el desarrollo y publicación de normativas, resoluciones, directrices y recomendaciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Dada la complejidad de la respuesta al VIH y las ITS, es clave que la DSETSHyT mantenga su rol normativo con la asistencia técnica de otros actores. Es fundamental que exista una articulación y armonización constante con los mecanismos multilaterales que promueven metas y compromisos relacionados con el VIH y las ITS.

► Cooperación técnica horizontal

La cooperación horizontal o cooperación técnica entre países permite la disponibilidad e intercambio de recursos humanos, técnicos, financieros y materiales, de conocimientos y tecnologías apropiadas. La cooperación técnica –también conocida como Sur-Sur– forma parte de las políticas tanto de salud como de relaciones exteriores de la Argentina. También existe la cooperación tripartita que puede incluir a un país o agencia que provee los recursos financieros.

En el año 1995, se creó el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), inicialmente para colaborar en temas de VIH y sida, aunque en la actualidad incluye otros temas de salud. Es una iniciativa de los países de América Latina y el Caribe creada con el objetivo de mejorar la respuesta a las enfermedades por medio de acciones articuladas entre los programas nacionales de sida de los países y las redes comunitarias existentes en la región. Tiene como finalidad fortalecer las respuestas nacionales y regionales al VIH, sida y otras ITS en América Latina y el Caribe, por medio de la cooperación técnica y de una concertación política entre los países.

El GCTH está integrado por los jefes y jefas de programas de VIH y sida de Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. También lo integran las principales redes regionales de la sociedad civil. A fines del año 2017, el director de Sida, ETS, Hepatitis y TBC de la Argentina fue elegido como presidente del grupo por dos años, y la Secretaría Técnica del GCTH se encuentra ubicada en la DSETSHyT. Existe una tendencia en la región a ubicar al GCTH bajo la órbita de los programas nacionales de VIH e ITS, por ello los abordajes de cooperación técnica horizontal pueden beneficiar bilateralmente la respuesta a las hepatitis, tanto en nuestro país como en la región.

Plan de monitoreo y evaluación

INTRODUCCIÓN

La República Argentina se ha comprometido en el año 2016, en ocasión de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Sida, a terminar con la epidemia del sida como un problema de salud pública para el 2030. Para lograr dicho fin se han comprometido metas intermedias para el año 2020. Así también, los Estados Miembros se han comprometido con las metas 90-90-90 relacionadas con el continuo de la atención para el 2020. Las metas nacionales del presente plan se encuentran alineadas con todas las antes mencionadas, como también con otras de mayor especificidad.

A continuación, detallamos el plan de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico de VIH e ITS de la DSETSHyT con el objeto de trazar una serie de indicadores, metas y medios de verificación en dos niveles (impacto y resultado). Se recomienda que la DSETSHyT realice una evaluación de medio término, alrededor del cumplimiento del segundo año del presente plan. Los

indicadores elegidos para el plan estratégico son cuantitativos, tanto para la medición del impacto como de los resultados; sin embargo, se estima que en el ámbito operativo es más conveniente la inclusión de indicadores cualitativos y de proceso.

Los objetivos, metas, indicadores, resultados y medios de verificación del

ámbito operativo deben alinearse con este plan. Anualmente la DSETSHyT, sus áreas, proyectos y programas deben establecer metas y resultados directamente alineados, tendientes a contribuir progresivamente con las metas estratégicas.

El monitoreo, evaluación y control de los ámbitos operativos y estratégicos, de las acciones, planes, programas y de las metas debe pertenecer a un área específica de la DSETSHyT que diseñará la ejecución operativa. A su vez, la DSETSHyT debe estar directamente involucrada en los procesos de monitoreo y evaluación, a fin de discutir las correcciones y ajustes. El marco de desempeño de la DSETSHyT y los objetivos individuales de cada colaborador deben estar alineados con el Plan Estratégico y el Plan de Monitoreo y Evaluación.

Al momento de publicar el Plan Estratégico se carece de datos basales para algunos indicadores de impacto y resultados, los que se deben establecer en el transcurso de la ejecución de este plan.

Evaluación de impacto y de resultados

El método cuantitativo para evaluar el impacto busca medir el cambio observable y evaluar la relación de causalidad entre la acción y sus resultados. A tal efecto, utiliza la información contenida en los objetivos del programa y, en base a la información recolectada, establece el grado en que los objetivos se alcanzaron mediante un indicador. Se busca medir lo que ocurrió con la implementación del plan y lo que no hubiera sucedido sin este o por su implementación parcial.

La medición del impacto debe corroborar que, en efecto y debido a las acciones de

formación ejecutadas, los participantes en el programa experimentaron los cambios en las condiciones que se habían establecido como objetivos.

La evaluación de resultados de corto plazo (anual) permite detectar desviaciones respecto de lo planificado, analizar las causas, implementar acciones correctivas y ajustes. Por ello, los indicadores de resultado pueden ser considerados como parciales con la finalidad de evaluar el estado y para la medición de los avances.

La evaluación de resultados a largo plazo (en este caso entendido como de cuatro años) mide el logro de una serie de metas más específicas mediante la aplicación de indicadores relacionados y alineados con los pilares del Plan Estratégico. Se asume que el alto grado de cumplimiento de las metas de resultados de todos los pilares causará un impacto directo que también será evaluado. El monitoreo y evaluación de los resultados permite predecir el cumplimiento de los objetivos del plan e introducir correcciones.

Medios de verificación

Dentro del plan existen medios de verificación internos y externos; los primeros son definidos por la DSETSHyT y los segundos han sido definidos por agencias multilaterales y adoptados por el país con el propósito de informar y rendir cuentas, como, por ejemplo, las herramientas de OPS y ONUSIDA.

Medios de verificación internos

1. Notificaciones de casos de VIH y sida

El VIH y el sida son dos eventos de salud de notificación obligatoria en la Argentina; el primero desde 2001 y el segundo desde

1991. Los equipos de salud deben realizar una notificación con información epidemiológica cada vez que atienden por primera vez a una persona con VIH o con sida. Este sistema permite trazar un perfil de los nuevos diagnósticos y monitorear las tendencias. En 2018 la base de datos de casos de VIH y sida se integró al SNVS.

2. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS)

Es el sistema de vigilancia epidemiológica argentina al que se reportan todos los casos de las enfermedades de notificación obligatoria que se producen en el país. Es gestionado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recientemente ha migrado al entorno SISA (Sistema de Información Sanitaria Argentina). A diferencia del VIH y el sida, las ITS fueron siempre reportadas en este sistema. El seguimiento de las ITS se realiza a través de algunas enfermedades o eventos trazadores, algunos de forma sindrómica y otros etiológica. Entre los eventos vigilados se encuentra la sífilis, sífilis en embarazadas, sífilis congénita, gonorrea, entre otros.

3. Estadísticas vitales

La mortalidad a causa del sida es captada por el sistema nacional de estadísticas vitales, el cual cuenta con una serie de categorías específicas para las defunciones vinculadas con complicaciones derivadas de la infección por VIH a partir de los informes estadísticos de defunción que completan los médicos ante la muerte de un individuo. Esta información es gestionada por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

4. Fichas de vigilancia epidemiológica de embarazo y parto de mujeres con VIH

La DSETSHyT estableció una estrategia específica para vigilar la transmisión perinatal del VIH. Los servicios de salud que atienden a mujeres con VIH embarazadas consignan información epidemiológica y sobre la profilaxis para prevenir la transmisión vertical, la cual sirve como una herramienta de trabajo para los equipos territoriales así como de monitoreo de las estrategias en curso. Esa ficha luego es enviada a la DSETSHyT. Esta estrategia también se está integrando al SNVS.

5. SVIH

El Sistema VIH es un sistema de gestión de personas con VIH que se atienden en el sistema público de salud. Allí se consignan los tratamientos y los estudios de laboratorio. Esta base es gestionada por el área de farmacia de la DSETSHyT.

6. SMIS

Es un sistema de stock de medicamentos y otros insumos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Allí se consignan los envíos de antirretrovirales, reactivos y preservativos a las jurisdicciones.

Medios de verificación externos

• SPECTRUM

Es el software desarrollado para modelar el comportamiento de la epidemia y con ello estimar el número de nuevas infecciones, las personas que viven con el VIH y las muertes relacionadas con el sida –entre otras variables–, propuesto por ONUSIDA. Se requieren estimaciones modeladas porque es imposible contar el número exacto de personas que viven con el VIH, aquellas que han contraído recientemente el virus o las que han fallecido por causas relacionadas con el sida en cualquier país. Sabiendo esto con certeza, se requiere examinar a todas las personas para detectar el VIH con regularidad e investigar todas las muertes, lo cual es logísticamente

imposible y éticamente desafiante. Las estimaciones modeladas y los límites inferior y superior en torno a estas estimaciones proporcionan una forma científicamente adecuada para describir los niveles y las tendencias de la epidemia del VIH. ONUSIDA publica estimaciones modificadas, globales, regionales y específicas de cada país para rastrear la epidemia de VIH anualmente.

• **MONITOREO GLOBAL DEL SIDA (GAM)**

El GAM (Global AIDS Monitoring) es la herramienta para recolectar y sistematizar los informes nacionales sobre las respuestas a la epidemia del VIH y sida que ha sido puesto en funcionamiento en 2017, como resultado de la operacionalización de las metas acordadas en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida de 2016. Está compuesto por información cuantitativa y narrativa. Los programas y direcciones nacionales lideran el proceso de la recolección y sistematización de la información disponible que es presentada a diversos actores nacionales antes de su envío oficial. El GAM reemplaza al Informe de Avance Global de la Respuesta al Sida (GARPR, por sus siglas en inglés).

• **MEDICIÓN DEL GASTO EN SIDA (MEGAS)**

El desarrollo de la metodología MEGAS (NASA, por sus siglas en inglés) permite a los diferentes países tener una herramienta común para el conocimiento de los flujos de fondos destinados a la epidemia del VIH y sida. Comprender y conocer la evolución en el tiempo del destino de los recursos ayuda a decidir y orientar los objetivos de las políticas de salud. Así, MEGAS se convierte en una herramienta clave para la toma de decisiones, motivo por el cual debe ser pensada como una metodología de estimación constante que siga la evolución de los flujos de fondos, y no mediciones aisladas en el tiempo que solo sirvan a efectos de brindar una estimación puntual, la cual perdería relevancia con el transcurso de los años. Por ello, la intención de la matriz MEGAS es conocer cuáles son los flujos de fondos destinados por los diferentes países a dar respuesta a la epidemia⁴.

Plan de monitoreo y evaluación y metas a 2021

El monitoreo y la evaluación de las líneas y metas consensuadas en el proceso de planificación estratégica son fundamentales para que los distintos actores implicados en la respuesta al VIH, sida e ITS puedan medir los avances realizados y efectuar las correcciones que sean necesarias. En este sentido, el documento del PEN 2018-2021 está acompañado por una serie de indicadores de proceso, resultado e impacto, con sus respectivas metas.

Algunas de las metas forman parte de los compromisos internacionales asumidos por el país, mientras que otros han surgido de consensos entre los participantes del proceso.

Se establecieron nueve indicadores de impacto relacionados con la reducción de la morbilidad, el aumento de la cobertura (incluyendo las metas 90-90-90), el aumento de los diagnósticos oportunos, la reducción de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.

Los indicadores de resultado están organizados según las seis líneas estratégicas. Algunos de ellos tienen metas cuantificables mientras que otros suponen hitos tales como lograr contar con información estratégica sobre determinados nudos críticos acerca de los cuales hoy no se tiene información. Asimismo, se verá que algunos indicadores no tienen línea de base, por lo que contar por primera vez con información forma parte de los compromisos del propio plan estratégico.

Cabe destacar que este conjunto de indicadores no monitorean todas las acciones de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, sino que se refieren a las acciones planteadas en el Plan Estratégico, y suponen una selección de indicadores que se cree que pueden reflejar mejor los avances en la aplicación del Plan.

Indicadores y metas estratégicas de impacto

Tabla de indicadores, metas y medios de verificación para la evaluación de impacto

Indicador de evaluación de impacto	Valor basal	Meta 2021	Fuente
Tasa de incidencia de infecciones por VIH x 1.000 habitantes⁵			
Proporción de personas que contraen la infección por VIH en relación a la población no infectada en Argentina para el mismo período	0,15 x 1.000	Reducción del 35%	
Numerador	Nuevas infecciones por VIH		Infecciones estimadas por Spectrum
Denominador	Población de ese año		Proyección de población del INDEC
Tasa de nuevas infecciones por VIH en jóvenes de 15 a 24 años x 1.000 habitantes⁶			
Proporción de jóvenes entre 15 y 24 años que contraen la infección por VIH en relación al total de personas de ese grupo de edad	0,03 x 1.000	Reducción del 35%	
Numerador	Nuevas infecciones por VIH en personas de 15 a 24 años		Infecciones estimadas por Spectrum
Denominador	Población de 15 a 24 años de ese período		Proyección de población del INDEC
Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes			
Proporción de personas que fallecen por causas relacionadas con el sida en relación al total de población de Argentina en el mismo período	3,6 x 100.000	Reducción del 35%	
Numerador	Número de defunciones por sida		DEIS
Denominador	Población de ese año		DEIS

⁴ Para profundizar sobre dicha metodología, consultar el documento realizado por ONUSIDA: "MEGAS Medición del Gasto en SIDA: Clasificación y definiciones", año 2009.

⁵ El indicador mide la incidencia de infecciones –no de casos diagnosticados– ya que es esperable que esta última aumente en los próximos años y luego tienda a descender.
⁶ Idem.

Indicador de evaluación de impacto	Valor basal	Meta 2021	Fuente
Tasa de transmisión perinatal del VIH	5,1% (sobre niños expuestos con diagnóstico completo)	2%	
Proporción de niñas y niños que contraen VIH por vía perinatal en relación al total de niños y niñas que estuvieron expuestos a contraer el virus debido a que sus madres vivían con VIH	3,1% (sobre total de niños expuestos)		
Numerador	Número de niños/as infectados con VIH por transmisión perinatal, durante el período incluyendo las infecciones durante la lactancia		SNVS-SISA
Denominador	Número de niños/as expuestos al VIH por vía perinatal, con diagnóstico definitivo, durante el período		SNVS-SISA
Proporción de diagnósticos oportunos del VIH	67%	85% para el 2021	
Proporción de personas diagnosticadas en estadios SRA o asintomáticas y cuyo CD4 sea > 200			
Numerador	Número de personas con diagnóstico oportuno de VIH, durante el período		SNVS-SISA
Denominador	Total de la población con diagnóstico de VIH en el mismo período		SNVS-SISA
Proporción de personas con VIH en TAR	65% (79.000 / 121.000)	82%	
Proporción de personas con VIH que reciben TAR sobre la población estimada de personas que viven con VIH en Argentina			
Numerador	Número de personas diagnosticadas con VIH en TAR		Registros de farmacia
Denominador	Población estimada de personas con VIH		Estimación Spectrum

Indicador de evaluación de impacto	Valor basal	Meta 2021	Fuente
Proporción de personas diagnosticadas en TAR	84%	90%	
Proporción de personas diagnosticadas con VIH que reciben TAR sobre el total de personas diagnosticadas con VIH			
Numerador	Número de personas diagnosticadas con VIH en TAR		Registros de farmacia
Denominador	Número de personas diagnosticadas con VIH		Estimación Spectrum
Porcentaje de personas en TAR con supresión viral	66%	80% para el 2021	
Porcentaje de personas con VIH en TAR que tienen una carga viral suprimida			
Numerador	Número de personas en tratamiento ARV con niveles de carga viral < 50 copias/cc.		SVIH
Denominador	Número de personas en tratamiento ARV, durante el mismo período		SVIH
Tasa de incidencia de sífilis congénita x 1.000 nacidos vivos	2,1 x 1.000	0,5 x 1.000 o menos	
Proporción de casos reportados de sífilis congénita en relación al total de nacidos vivos durante el mismo período (sector público)			
Numerador	Número de casos de sífilis congénita durante el período		SNVS
Denominador	Número de nacidos vivos durante el período		DEIS

Indicadores y metas estratégicas de resultados

Tabla de resultados cualitativos y cuantitativos, metas y fuentes para el monitoreo y evaluación por pilar

Indicador de evaluación de impacto	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Información de prevalencia de VIH, sífilis y prácticas de cuidado y testeo en PMAR actualizada a nivel país (valores no > 4 años de antigüedad)	No	Sí	Estudio de seroprevalencia
% de laboratorios por jurisdicción que realizan diagnóstico de VIH con reactivos provistos por la DSETSHYT que cargan los resultados en el SISA	A construir	100%	SISA
% de jurisdicciones que cargan fichas de notificación epidemiológica de VIH en SISA in situ	0%	100%	SISA
% de laboratorios que realizan seguimiento de niñas y niños expuestos a infección de VIH que cargan en el SISA	60%	100%	SISA (red de diagnóstico pediátrico según sistema público de salud)
% de personas en TAR provisto por el MSAL registradas en los sistemas de información	A construir	100%	SVIH
Disponibilidades de información sobre los 4 pilares de la cascada de atención actualizada anualmente	Sí	Sí	Área de Información Estratégica de la DSETSHYT

Indicador prevención combinada	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Proporción de personas de 15 a 49 años que informan haber utilizado preservativos durante su última relación sexual con penetración con una pareja ocasional	Los valores de línea de base se obtendrán con encuesta poblacional	75%	Encuesta poblacional Estudio MIC 2019
Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que informan haber utilizado preservativos con su cliente más reciente	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de varones gay y otros HSH que informa haber utilizado preservativo durante su última relación sexual con penetración con una pareja masculina ocasional	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de mujeres trans que informan haber utilizado preservativo durante su última relación sexual con penetración con una pareja masculina ocasional	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de usuarios de drogas que informan haber utilizado preservativo durante su última relación sexual con penetración con una pareja ocasional	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se han realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de varones gay y otros HSH que estuvieron expuestos a una infección por VIH ⁷ el último año que se han realizado la prueba de VIH luego de ese evento	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de mujeres trans que se han realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas

⁷ Relación sexual con penetración con una pareja ocasional.

Indicador prevención combinada	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Proporción de usuarios de drogas que estuvieron expuestos a una infección por VIH el último año que se han realizado la prueba de VIH luego de ese evento	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se han realizado la prueba de sífilis en los últimos 12 meses	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de varones gay y otros HSH que estuvieron expuestos a una infección por sífilis el último año que se han realizado la prueba de sífilis luego de ese evento	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de mujeres trans que se han realizado la prueba de sífilis en los últimos 12 meses	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de usuarios de drogas que estuvieron expuestos a una infección por sífilis el último año que se han realizado la prueba de sífilis luego de ese evento	Los valores de línea de base se obtendrán este año	75%	Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas
Proporción de jurisdicciones de nivel provincial que dispongan de servicios de prevención combinada	0%	50%	DSETSHYT
Proporción de municipios con programas de VIH que dispongan de servicios de prevención combinada ⁸	0%	50%	DSETSHYT
Al menos 10 servicios de PREP en el país	0%	100%	DSETSHYT
Provincias que ofrecen servicios de PEP	A construir	75%	Encuesta

⁸ Idem

Indicador de diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia	Línea de base	Meta 2021	Fuente
% de jurisdicciones que cuentan con sistemas de trazabilidad	A construir	100%	DSETSHYT
Proporción de personas con VIH que inician TAR antes de 30 días desde el diagnóstico	A construir	90%	SVIH-SISA
Proporción de personas en TAR que presentaron una adherencia > al 85% el último año	A construir	90%	Encuestas entre personas con VIH
Proporción de personas que reciben TAR a través del sistema público que debieron suspenderlo al menos por un día debido a faltante de medicamentos	A construir	0%	Encuestas entre personas con VIH
Proporción de personas embarazadas con serología positiva de VIH que han recibido TAR durante el embarazo.	80%	90%	SNVS-SISA
Proporción de personas embarazadas con serología positiva que han recibido tratamiento para la sífilis	A construir	90%	SNVS-SISA
Proporción de personas con VIH que permanecen en tratamiento antirretroviral a los 12 meses de haberlo iniciado	81%	90% para el 2021	SVIH
Cobertura en pruebas diagnósticas de VIH en control prenatal ⁹	A definir	+95%	SIP
Cobertura en pruebas diagnósticas de sífilis en control prenatal	81,3% (2015)	95%	SIP
Diagnóstico oportuno (antes de los 2 meses) en niñas y niños expuestos al VIH por transmisión vertical	83,3% (2016)	95%	SNVS-SISA
Resistencia a los antimicrobianos para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Número de aislamientos de <i>N. gonorrhoeae</i> MDR / Número de aislamientos estudiados por CIM durante el periodo)	8,7% (2016)	6%	ANLIS
Provincias que implementaron la atención de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención	A construir	70%	DSETSHYT

⁹ Al menos una prueba.

Indicador de gestión óptima y eficiente	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Porcentaje de centros de tratamiento que se quedan sin existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante una semana y que no pueden ser reemplazados	0%	0%	SMIS, registro de jurisdicciones y área de Farmacia de la DSETSHYT
Proporción del presupuesto ejecutado	89% ejecución presupuestaria (2017)	95%	Dirección de Presupuesto

Indicador de derechos	Línea de base	Meta 2021	Fuente
% de jurisdicciones que cuentan con un servicio de atención legal para VIH funcionando (centros de atención jurídica)	A construir	100%	DSETSHYT
% de personas con VIH que evitaron la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación durante los últimos 12 meses.	A construir	Reducir 30%	Encuesta entre población con VIH
% de personas con VIH que han sufrido situaciones de discriminación en los servicios de salud debido a su condición los últimos 12 meses	A construir	Reducir 30%	Encuesta entre población con VIH
Proporción de provincias que mantienen normas que penalizan comportamientos de poblaciones clave	A construir	Reducir 30%	Encuesta

Indicador de Asocio estratégico con sociedad civil, sociedades científicas y otros actores clave	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Proporción de municipios con programas de VIH en los cuales las organizaciones de la sociedad civil tienen alguna estrategia de implementación del test rápido	A construir	50%	DSETSHYT
Proporción de provincias con programas de VIH en las cuales las organizaciones de la sociedad civil tienen alguna estrategia de implementación del test rápido	A construir	70%	DSETSHYT
Proporción de consultorios amigables en los cuales las organizaciones de la sociedad civil tienen una participación activa ¹⁰	A construir	50%	DSETSHYT
Existencia de un consejo asesor interministerial de VIH e ITS con participación de las organizaciones de la sociedad civil y sociedades científicas	(no aplica)	Sí/No	DSETSHYT

¹⁰ Definición: rol o responsabilidad concreta para el desarrollo de alguna actividad medible realizada el último año.

Glosario

AAEEH	Asociación Argentina de Enfermedades del Hígado	ONG	Organización no gubernamental
AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
ARV	Antirretrovirales	OPS	Organización Panamericana de la Salud
ASAIGO	Asociación Argentina para el Estudio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia y Control de Infecciones de Transmisión Sexual	PEN	Plan Estratégico Nacional
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	PEP	Profilaxis post-exposición
CD4	Células CD4	PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
COFESA	Consejo Federal de Salud	PMO	Programa Médico Obligatorio
CONASIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida de México	PNS	Programa Nacional de Sida
DSETSHyT	Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis	PrEP	Profilaxis pre-exposición
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	PVVS	Persona/s que vive/n con VIH
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	SADI	Sociedad Argentina de Infectología
GAM	Global AIDS Monitoring	SAISIDA	Sociedad Argentina Interdisciplinaria de Sida
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal	SISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	SIVILA	Sistema de Vigilancia de Laboratorio
ITS	Infecciones de transmisión sexual	SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
LGTBI	Lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersex	SVIH	Sistema VIH
MEGAS	Medición del gasto en salud	TAR	Tratamiento antirretroviral
MTS	Mujer/es trabajadora/s sexual/es	TBC	Tuberculosis
NEA	Noreste argentino	TPC	Terapia preventiva con cotrimoxazol
NOA	Noroeste argentino	TPI	Terapia preventiva con isoniacida
OMS	Organización Mundial de la Salud	UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la infancia
		VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
		UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la infancia
		VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Bibliografía

- **Dirección de Economía de la Salud y Dirección de Sida y ETS (2016).** *Informe sobre la Medición del Gasto en Sida en Argentina. Metodología MEGAS.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- **Dirección de Sida y ETS. (2013).** *Plan estratégico nacional de VIH-sida, ITS y hepatitis virales 2013-2017.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- **Dirección de Sida y ETS (2016).** *Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH: recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- **Dirección de Sida y ETS. (2017).** *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, 34.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- **Dirección de Sida y ETS. (2017).** *Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina, 2014-2016.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- **ONUSIDA. (2014).** *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.* Consultado el 5 de marzo de 2018, página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90>
- **ONUSIDA. (2015).** *Acción acelerada para la prevención combinada: Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 de aquí a 2020.* Ginebra: ONUSIDA.
- **ONUSIDA. (2016).** *Monitoreo Global del Sida 2017: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre VIH y el sida de 2016.* Ginebra: ONUSIDA.
- **Organización Mundial de la Salud. (2012).** *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: guías para programas nacionales y otros interesados directos.* Ginebra: OMS.
- **Organización Mundial de la Salud. (2015).** *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.* Washington, D.C.: WHO.
- **Organización Mundial de la Salud (2016).** *Estrategia mundial del sector salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: hacia el fin de las ITS.* Ginebra: OMS.
- **Organización Mundial de la Salud. (2016).** *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition, 2016.* Geneva: WHO.
- **Organización Mundial de la Salud, PEPFAR, ONUSIDA y El Fondo Mundial. (2015).** *Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración de TB/VIH, Revisión 2015.* Ginebra: OMS.
- **Organización Panamericana de la Salud. (2014).** *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional, 3.a edición.* Washington, D.C.: OPS.
- **Organización Panamericana de la Salud (2015).** *Plan de acción de las Américas para la prevención y control de la tuberculosis. 54.o Consejo Directivo y 67.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 28 de septiembre al 2 de octubre de 2015.* Resolución CD54.R10. Washington, D.C.: OPS.
- **Organización Panamericana de la Salud (2016).** *Plan de acción de las Américas para la prevención y control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. 55.o Consejo Directivo y 68.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 26 al 30 de septiembre de 2016.* Resolución CD55/14. Washington, D.C.: OPS.
- **Organización Panamericana de la Salud. (2016).** *Tratamiento Antirretroviral bajo la Lupa: La epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de atención en niños en América Latina y el Caribe 2015.* Washington, D.C.: OPS.
- **Organización Panamericana de la Salud y UNICEF. (2017).** *Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas: actualización 2016.* Washington, D.C.: OPS.
- **Organización Panamericana de la Salud. (2017).** *Marco para la eliminación de transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas (ETMI-PLUS).* Washington, D.C.: OPS.
- **Rovere, M. (1999).** *Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médicos Sociales, 75, (31-63).* Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.





Respuesta a las hepatitis virales

Plan Estratégico Nacional 2018-2021

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social
Dra Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos
Dr. Mario Kaler

Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades
Comunicables e Inmunoprevenibles
Dra. Miriam Inés Burgos

Supervisión técnica
Joaquín Solari, Emma Coronel, Roxana Aquino, Diego Martínez Madrid y Karina Roitman

Consultores del Plan Estratégico Nacional
Javier Hourcade Bellocq y Beatriz Giri

Autores del Plan de Monitoreo y Evaluación
Valeria Levite y Ariel Adaszko

Edición, corrección y diseño
Área de Comunicación de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC

**Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud,
Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2018.**

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Respuesta a las hepatitis virales

Plan Estratégico Nacional 2018-2021

Índice

Carta del ministro	3
Agradecimientos	6
Metodología del Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS	7
Marco conceptual	7
¿Qué entendemos por planificación estratégica?	8
Contexto de la situación del VIH y las ITS en Argentina	10
Evaluación de la estrategia anterior	11
Análisis del contexto actual de la respuesta	17
Visualización	20
Mensajes clave de los talleres regionales	21
Planes y metas regionales y nacionales	22
Marco legal	31
Plan estratégico 2018-2021	35
Objetivo general	35
Pilares del Plan Estratégico 2018-2021	35
Presentación detallada de los pilares:	36
Ejes transversales	50
Comunicación	51
Gestión de los conocimientos	51
Normativo	51
Cooperación técnica horizontal	52
Plan de monitoreo y evaluación	53
Introducción	53
Evaluación de impacto y de resultados	54
Medios de verificación	54
Indicadores y metas estratégicas de impacto	56
Indicadores y metas estratégicas de resultados	58
Glosario	63
Bibliografía	64
Anexos	66
Gráfico de los pilares del Plan Estratégico de Hepatitis	66

Agradecimientos

La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis quiere expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones:

- * **Al ministro de Salud, Prof. Dr. Adolfo Rubinstein; al secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos Dr. Mario Kaler; y a la subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles Dra. Miriam Inés Burgos** por su pleno apoyo a la realización participativa de este plan.
- * **A todo el equipo de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC** por su apoyo logístico y activa participación en todas las actividades, incluyendo los talleres regionales y las reuniones internas.
- * **Al equipo de consultores externos conformado por Beatriz Giri y Javier Luis Hourcade Bellocq**, responsables del proceso y el plan.
- * **A la Comisión Asesora del Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales** compuesta por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AAEEH), Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica (SADIP), Instituto Malbrán (ANLIS), HCV Sin Fronteras, Red de Mujeres Viviendo con VIH, Federación Argentina de Lucha contra las Hepatitis Virales, Fundación Huésped y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- * **A las siguientes agencias del sistema de las Naciones Unidas** por su apoyo técnico y financiero: **Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/Sida (ONUSIDA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).**
- * **A los programas provinciales y municipales; responsables de las jurisdicciones sanitarias; organizaciones de la sociedad civil y sociedades científicas** por su activa participación en el proceso de consultas.

Metodología del Plan Estratégico Nacional de VIH, ITS y hepatitis virales



Se decidió desarrollar tres planes estratégicos, cada uno con su marco de monitoreo y evaluación: uno sobre VIH e ITS; otro sobre hepatitis y otro sobre tuberculosis. El periodo de dichos planes es de cuatro años, entre 2018 y 2021.

La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis (DSETSHyT), con el apoyo de tres agencias de las Naciones Unidas, reclutó y contrató a dos consultores externos e independientes que coordinaron el proceso de desarrollo del Plan Estratégico Nacional y redactaron el presente documento.

Para la consecución de dicho resultado se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión y análisis de la bibliografía y documentación relevante.
- Entrevistas estructuradas a los/as coordinadores/as y equipos de la DSETSHyT.
- Reuniones grupales y por áreas.
- Desarrollo de un marco estratégico para ser utilizado en las consultas.
- Cinco consultas regionales realizadas en todo el país: Noreste Argentino (NEA) en la ciudad de Corrientes; Noroeste Argentino (NOA) en la ciudad de Salta; Región Centro en la ciudad de Santa Fe; Región Cuyo en la ciudad de San Juan y la Región Sur, Área Metropolitana de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- Revisión y análisis de la información recopilada en las entrevistas y talleres.
- Desarrollo de un proceso iterativo de borradores.

Marco conceptual: Las fuentes conceptuales de este plan estratégico son las siguientes:

1. Bibliografía técnica sobre los temas alcanzados.
2. Planes de acción y compromisos suscriptos por la República Argentina.
3. Boletines y publicaciones de la DSETSHyT.
4. Entrevistas técnicas a funcionarios y profesionales clave.



¿Qué entendemos por planificación estratégica?

Cualquier proceso estratégico se basa en lo que se tiene y un análisis de lo que se debe mejorar en una secuencia coherente de las acciones a realizar, para el cumplimiento de las metas o resultados, en alineación con las políticas de cada organización.



Los planes estratégicos parten de un diagnóstico de la situación actual, del presente, y ofrecen una “hoja de ruta” para llegar a un futuro necesario, es decir, alcanzar un impacto determinado como suma de los resultados y/u objetivos planteados.

Los planes estratégicos se diseñan en un ámbito macro, general y de alto nivel, y ofrecen el marco y la guía para el desarrollo de planes operativos anuales. Los primeros se centran en responder qué debe suceder para lograr el “qué”, mientras que los planes operativos se centran en los “cómo”. Se entiende que un plan estratégico de cuatro años requiere de un número igual de planes operativos que en forma secuencial, coherente y progresiva contribuyan al cumplimiento de las metas específicas y la meta general. Por ello, el plan estratégico es de largo plazo, provee grandes lineamientos generales y debería incluir la misión, visión, valores, objetivos, estrategias y políticas. En cambio, la planificación operativa es de corto plazo, nos ofrece una idea de cómo, cuándo, quién, dónde y con qué se van a realizar las acciones necesarias en el transcurso de un año calendario. Esto es el resultado de la desagregación del plan estratégico en programas y proyectos que incluyen objetivos, metas, actividades, plazos y responsables. Esta distinción es clave para saber qué se puede esperar de este documento de cara a los planes operativos anuales.

Los planes operativos deberían tener una clara y detallada alineación con el plan estratégico pues la consecución de este debe ser la máxima prioridad de la organización o institución. Las desviaciones del plan estratégico en el ámbito operativo deben ser la excepción y su aparición requiere de un análisis. Se recomienda realizar una revisión y actualización del plan estratégico de medio término o si hubiera cambios significativos en el contexto.

Se aconseja que el monitoreo y evaluación de los planes operativos sea realizado en forma trimestral y anual, respectivamente. En cambio, un plan estratégico puede ser monitoreado anualmente y a medio término, y luego evaluado al acercarse a su finalización.

La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC debe depositar la custodia del plan estratégico en un funcionario de alto rango que a su vez revisará los planes operativos.

Análisis del contexto de la respuesta a las hepatitis virales

Las hepatitis virales en la Argentina

La hepatitis es un proceso inflamatorio que afecta al hígado y puede ser causada por agentes infecciosos -mayormente virus-, como así también por tóxicos como el alcohol o los fármacos, o por reacciones autoinmunes. Los virus causantes de las hepatitis A y E son transmitidos principalmente por vía fecal-oral a través de agua y alimentos contaminados y por el sexo oral-anal. Los agentes causantes de las hepatitis B, C y D son transmitidos por contacto sanguíneo, sexual y vertical (madre-hijo). La prevalencia está asociada a determinadas prácticas que favorecen su transmisión, como el uso de material intravenoso contaminado para la inyección de drogas, las prácticas sexuales no protegidas y las transfusiones de sangre no controlada, así como otras formas de transmisión dentro de los centros de salud y establecimientos que utilizan elementos cortopunzantes¹. Las infecciones que devienen crónicas presentan riesgo de desarrollar cirrosis, insuficiencia he-

pática y hepatocarcinoma, siendo la gran mayoría asintomáticas y/o subclínicas, lo que dificulta su diagnóstico.

Actualmente se dispone de vacunación efectiva y ampliamente distribuida para los virus causantes de las hepatitis A y B. En el caso de la hepatitis A, a partir de la incorporación de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación en el año 2005 con una dosis única al año de edad, la cobertura de vacunación fue incrementándose paulatinamente, con picos de cobertura del 100% y manteniéndose por encima del 90% desde el año 2006.

La vacuna contra la hepatitis B es obligatoria en el país desde el año 1992 para los trabajadores de la salud y a partir de 2000 para los recién nacidos; desde 2003 para niños y niñas de 11 años; desde 2008 se recomienda la vacunación a grupos específicos y en el año 2012 se implementó la vacunación universal. La cobertura de las tres dosis se ha incrementado pero sin llegar todavía al cumplimiento de la meta del 95% (fuente: DICEI).

Con respecto al virus de la hepatitis A (VHA), se comenzó a registrar un descenso inmediato de los casos notificados al SNVS luego de la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional, observándose una caída abrupta en las tasas. Actualmente, la mayoría de los casos registrados son de adultos jóvenes que no fueron incluidos en la estrategia de vacunación.

En la Argentina, las hepatitis virales son eventos de notificación obligatoria y la fuente de los datos de vigilancia epidemiológica surge del Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS) a través de sus diferentes componentes: a) vigilancia clínica (C2); b) vigilancia de laboratorio (SIVILA) y c) Unidades Centinela. Existen además datos de cobertura e impacto de las estrategias de vacunación implementadas a nivel nacional provistos por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI), información de mortalidad de enfermedades del hígado de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), información de trasplante hepático en el país proporcionada a través del Sistema Nacional de Información de Trasplantes (SINTRA) e información histórica de bancos de sangre aportada por la Dirección de Sangre y Hemoderivados².

Por esta razón, desde 1992 la Dirección de Epidemiología ha desarrollado una vigilan-

1. Incluyendo la reutilización o la esterilización inadecuada de equipos médicos, materiales para la realización de tatuajes, piercing, etc.
2. "Las hepatitis virales en la Argentina", Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
3. Informes periódicos y publicaciones.
4. Resolución 3042/1982 del Ministerio de Salud de la Nación por propuesta de la OPS y ratificada por la Resolución N° 70 1/2004 del Ministerio de Salud de la Nación.

cia intensificada con las Unidades Centinela en algunos hospitales públicos del país, que ha aportado información complementaria respecto de edad, sexo y factores de riesgo de la infección a través del registro de casos en la consulta³. Esta actividad ha sido coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del INEI ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"⁴.

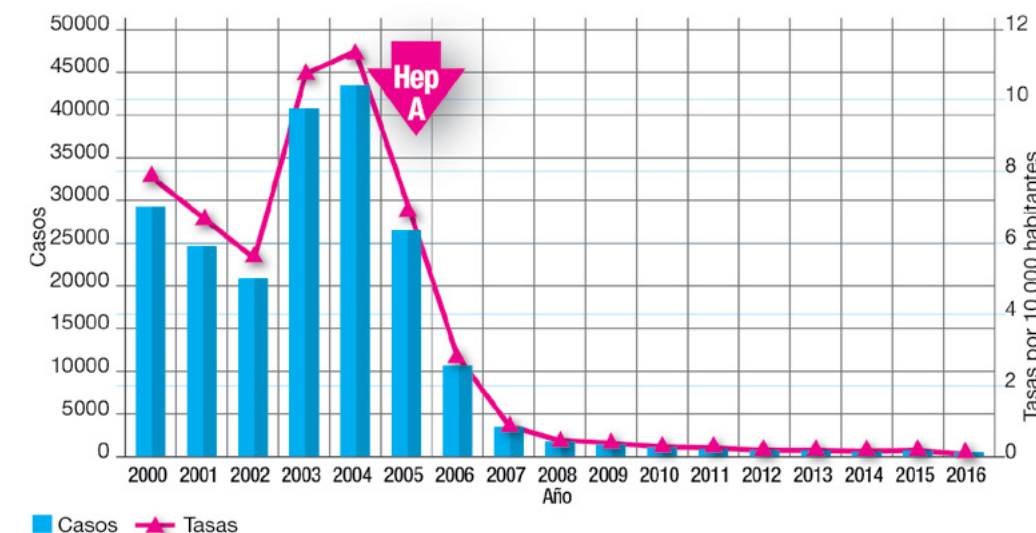
Además, existe una ficha de notificación vigente desde 2013 y su envío al Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales es requisito obligatorio para la solicitud de tratamientos y pedidos de carga viral, pero esa información aún no está sistematizada y solo recoge datos de personas que se atienden en el subsistema público de salud.

A partir de 2018 se pondrá en marcha el nuevo SNVS 2.0, donde estarán integrados el C2, SIVILA y la ficha epidemiológica que

a partir de ese momento podrá cargarse en forma online en todo el país. En esta línea se está trabajando junto a la Dirección de Epidemiología en el desarrollo de la ficha en el nuevo entorno y el fortalecimiento de la notificación por parte de los laboratorios que realizan estudios diagnósticos. (Gráfico 1)

A partir de la ampliación de la vacunación se comenzó a registrar un descenso inmediato de los casos notificados, observándose una caída en las tasas de 68,6 (2005) hasta 1,4 por 100.000 habitantes en el año 2012. El acceso al tratamiento para hepatitis B aguda y crónica con entecavir y tenofovir está garantizado a través del Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales desde el año 2012, así como el uso de tenofovir en el tercer trimestre del embarazo para madres con hepatitis B crónica que tengan esta indicación para prevenir la transmisión vertical. Desde diciembre

Gráfico 1. Casos y tasas de hepatitis A y sin especificar. Argentina, 2000-2016



de 2017 el Programa garantiza el acceso al tratamiento con antivirales de acción directa para personas con hepatitis C crónica independientemente del estadio de fibrosis hepática. El Programa tiene como población objetivo a las personas sin cobertura social.

En la notificación de casos de infección por el virus de la hepatitis B (VHB), según los últimos datos del 2016, el país presenta una tasa de casos positivos de 1,14 cada 100.000 habitantes en pacientes de 15 a 24 años. En líneas generales, son personas mayores de 35 años las que presentan la mayor proporción de notificaciones de casos de hepatitis B, sobre todo en grupos de población que realizan alguna práctica que favorece la transmisión (usuarios de drogas inyectables, contacto sexual no protegido entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores sexuales (mujeres y hombres) y personas trans, según estudios específicos realizados.

Además de los datos de vigilancia para la población general, se cuenta con la información de un estudio de prevalencia en adultos que se realizaron estudios prenupciales durante 2013 y 2014 en cuatro conglomerados urbanos del país, donde se estimó una prevalencia de HBsAg de 0,26%.

En relación con el virus de la hepatitis C (VHC), según diferentes estudios se estima una prevalencia de 1% para la Argentina. Es importante tener en cuenta que estos estudios no son de población general y por lo tanto es posible que este número pueda resultar sobredimensionado. Debe considerarse que las personas con hepatitis virales no resueltas (carga viral positiva) sean el 80% de la estimación mencionada. Además es re-

levante mencionar que se estima que menos del 20% de los pacientes está diagnosticado.

Si bien los casos nuevos de infección por el VHC ocurrieron en la Argentina y varios países del mundo principalmente a fines del siglo XX asociados a procedimientos médicos, la cantidad de personas con diagnóstico de hepatitis C se incrementa año tras año y se espera que el impacto de la enfermedad aumente en el mundo a medida que la infección progresa en aquellas personas que no reciben un diagnóstico y tratamiento.

En relación a los datos de mortalidad por VHB y VHC de los últimos años, resulta imprescindible profundizar el conocimiento de las defunciones reportadas a través de estudios específicos, a fin de lograr una adecuada caracterización epidemiológica ya que se estima que un gran porcentaje de los fallecimientos se registra por causas hepáticas pero sin especificar que se trata de hepatitis.

Evaluación de la estrategia anterior

El plan estratégico anterior abarcó el periodo 2013 a 2017 e incluía, además del VIH, sida y las ITS, a las hepatitis virales. Sin embargo, en ese plan las hepatitis virales no tuvieron un desarrollo equivalente a las otras enfermedades. En el presente ciclo estratégico se han desarrollado los planes por separado, aunque no debe perderse de vista el desafío de integrar significativamente las enfermedades, buscando aprovechar los recursos y la experiencia de la Dirección en la respuesta al VIH y sida.

En el período anterior el plan se desarrolló a partir de cuatro ejes estratégicos:

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

En el año 2012, la DSETSHyT incorporó dentro de su estructura al Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales con el objetivo de desarrollar un abordaje integral en el cual se articulen acciones para prevenir nuevas infecciones y facilitar el diagnóstico y el tratamiento.

Se diseñaron y distribuyeron distintos materiales comunicacionales para la población en general y los equipos de salud. Asimismo, se desarrolló una página web específica para el Programa. Sin embargo, se reconoce que no está suficientemente difundida la problemática de las hepatitis virales en el país.

Si bien la Argentina dispone de una política activa de detección de VHC y VHB en bancos de sangre –lo que minimiza la posibilidad de transmisión por transfusión–, existen otros factores de riesgo que conducen a nuevas infecciones, como son las relaciones sexuales no protegidas (en particular el VHB), procedimientos médicos inadecuados desde el punto de vista de la bioseguridad (cirugías, procedimientos endoscópicos, reutilización de materiales de único uso), acupuntura y tatuajes. Existe una cobertura insuficiente de la vacunación de VHA y VHB, sobre todo en las poblaciones clave.

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

El programa distribuye reactivos a las jurisdicciones para la prueba serológica de las hepatitis virales y para seguimiento, carga viral de hepatitis B y C, y genotipos de hepatitis C. Además, se entregaron equipos de laboratorio⁵ a distintos laboratorios públicos, aunque aún la disponibilidad de equipos no se ha completado.

Se han señalado dificultades con el sistema de notificación, registro y carga de información, solicitudes y seguimiento de tratamientos que deberán ser tomadas en cuenta para encarar su solución en el diseño del nuevo plan estratégico.

Particularmente en lo que respecta a las hepatitis crónicas B y C, hay una gran proporción de personas infectadas que desconocen su diagnóstico. En estos casos la enfermedad puede progresar a formas graves, eventualmente con complicaciones para la salud.

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

El programa también provee a todas las regiones del país los medicamentos necesarios para el tratamiento de personas con hepatitis virales crónicas que no posean cobertura médica por el sistema de obras sociales o medicina prepaga. Desde diciembre de 2017⁶, el Ministerio de Salud brindó cobertura a todas las personas con diagnóstico de VHC crónica independientemente del estado de fibrosis hepática. Se entregaron 3.056 tratamientos completos para VHC (libres de interferón) desde marzo de 2016 hasta abril de 2018.

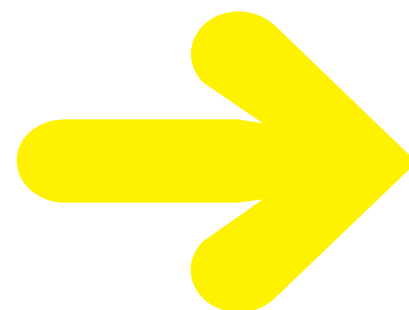
Sin embargo, existe poca información sobre la situación epidemiológica. A pesar de la existencia de las Unidades Centinela y la obligatoriedad de la notificación epidemiológica de las hepatitis virales, es claro que existe un bajo reporte de las mismas. Por otra parte, solo hay un estudio de prevalencia en población general que no representa necesariamente la realidad de todo el país y la mayoría de los estudios publicados tuvo como poblaciones objetivo a aquellas con vulnerabilidad incrementada.

También en el 2017 se realizó un estudio de prevalencia en unidades penitenciarias que arrojó el siguiente dato: hepatitis C (anti hepatitis

C) 3,3% y hepatitis B (antiHBc y HBsAg) 0,58%. En el caso particular de las hepatitis B y C crónicas, dado que el número de personas diagnosticadas y tratadas es bajo, se espera que el impacto de la enfermedad aumente a medida que el daño progresa en personas que contrajeron la infección años atrás.

Por otra parte, cabe destacar que desde 2012 se constituyó una Comisión Asesora del Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales⁷ integrado por las sociedades científicas de hepatología y pediatría, representantes de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, la Dirección de Sangre y Hemoderivados, la Dirección de Epidemiología y el Laboratorio Nacional de Referencia INEI ANLIS, así como también representantes de OPS y de las redes y organizaciones de la sociedad civil. Este Comité se reúne periódicamente para discutir lineamientos técnicos.

5 Por el momento, los equipos que se entregan desde el Programa son para las técnicas manuales, complementando los empleados para VIH. Hay otros laboratorios que emplean equipamiento automatizado.
6 Así también, desde el año 2011 se proveen tratamientos para las hepatitis crónicas por virus B y C.
7 La Comisión Asesora se encuentra constituida por un/a referente de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AAEEH), Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica (SADIP), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Malbrán (ANLIS), HCV Sin Fronteras, Red de Mujeres Viviendo con VIH, Federación Argentina de Lucha contra las Hepatitis Virales y Fundación Huésped.



4 Reducción del estigma y la discriminación

Desde el área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la DSETSHyT se ha trabajado con organizaciones de la sociedad civil para la promoción y defensa de los derechos de las personas con hepatitis. Así también, en la Dirección funciona el servicio de denuncia y resolución de violaciones de los derechos humanos relacionadas con el acceso a la salud, en particular en lo que concierne al VIH, ITS y hepatitis. En este período se ha intensificado el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil y en ocasiones se ha incluido la oferta de subvenciones para la implementación de proyectos y servicios específicos.

De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas, algunos de los desafíos del periodo anterior en lo que respecta a este eje han sido:



Los recursos para el establecimiento de una red de defensores de los derechos humanos.



La limitada capacidad, recursos y autoridad en la resolución de incidentes de derechos humanos.



La baja coordinación con otras áreas de gobierno para la prevención y protección de derechos.



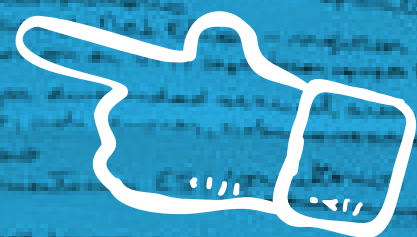
El alto número de denuncias sobre falta de acceso a los servicios y medicamentos (en particular para el tratamiento de la hepatitis C).



Los recursos limitados para los subsidios con ONG, redes y otras organizaciones de la sociedad civil.



Análisis del contexto de la respuesta



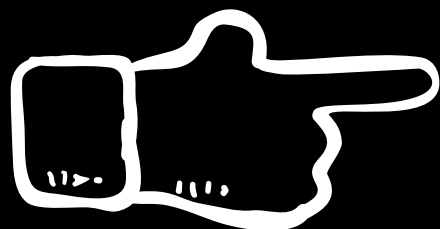
Como parte del desarrollo del PEN 2018-2021 se realizó un análisis del contexto de las hepatitis virales, del trabajo de la Dirección, de la respuesta amplia y del medio en el que esta se desarrolla. Para tal fin se utilizó la metodología del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) tanto dentro de la Dirección como también en las consultas regionales. Es por ello que el análisis que se detalla a continuación refiere al contexto de la respuesta. Cabe mencionar que en todos los casos el análisis FODA se realizó en forma conjunta para VIH, ITS y hepatitis virales.

Las fortalezas son aquellos atributos positivos internos de la organización que facilitan el cumplimiento de lo planificado en forma eficaz y eficiente. Las debilidades, en cambio, hacen referencia a las limitaciones internas que pueden interferir o limitar el cumplimiento de la estrategia. Las oportunidades son aquellos factores externos y positivos que pueden favorecer el cumplimiento de una estrategia y, por oposición, las amenazas también son de índole externa pero negativa y pueden poner en riesgo la consecución de los resultados planeados.

Las organizaciones e instituciones solo tienen control sobre las fortalezas y debilidades; por ejemplo, transformando una debilidad en una fortaleza. A su vez, una institución puede prospectivamente desarrollar escenarios para aprovechar las oportunidades y mitigar el impacto de las amenazas. Un adecuado análisis y diagnóstico del contexto en el que se operará durante los próximos cuatro años es fundamental para realizar un plan estratégico.

FODA de hepatitis

Fue realizado con información provista por el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales y recolectada durante los talleres regionales en 2017.



Fortalezas

1. Inclusión de tuberculosis y hepatitis en la Dirección de Sida y ETS.
2. Experticia técnica.
3. Reducción del precio de los medicamentos como resultado de la competencia generada por el Programa de Hepatitis.
4. Acceso a los genéricos.
5. Presupuesto asignado.
6. Donaciones de fundaciones privadas.
7. Imagen y reputación.
8. Compromiso de las autoridades del Ministerio.
9. Comunicación directa con médicos tratantes.
10. Notificación y registro de personas bajo tratamiento.

Oportunidades

1. Aumento de la cobertura del diagnóstico y tratamiento.
2. Tratar a todas las personas con hepatitis C.
3. Nueva ley de sida y hepatitis virales.
4. Modelos alternativos y locales de producción de medicamentos.
5. Mayor participación y asocio con otras direcciones, programas y ministerios.
6. Mayor presencia regional y global.
7. Fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil.
8. Priorizar las hepatitis en la agenda de los tomadores de decisión, comunicadores y la sociedad civil.
9. Capacitación sostenida a los profesionales de la salud.
10. Optimización de esquemas y compras.
11. Integración de servicios de VIH y hepatitis.
12. Mayor desarrollo de programas provinciales y municipales.

Debilidades

1. Campañas de visibilización, concientización y prevención.
2. Búsqueda activa de casos y aumento del porcentaje de personas diagnosticadas.
3. Escasa integración en el ámbito de los servicios del diagnóstico y tratamiento de las hepatitis, el VIH, las ITS y la TB.
4. Necesidad de más presupuesto y referentes de hepatitis virales en algunas jurisdicciones, así como de jerarquización de las hepatitis en los programas provinciales.
5. Equipos de salud que necesitan más capacitación.
6. Información estratégica y sistema de notificaciones.
7. Falta de sostenibilidad de actividades en los ámbitos nacionales y provinciales.
8. Recursos y contrataciones precarias del personal.
9. Baja prioridad y cobertura del tema en los medios de comunicación tradicionales y redes sociales.
10. Falta de jerarquización del Programa de Hepatitis en relación al de VIH dentro de la Dirección.
11. Falta de coordinación con los otros subsistemas de salud que resulta en la fragmentación de la información.

Amenazas

1. Recorte del presupuesto y achicamiento del rol y los servicios del Estado.
2. Aumento en la subejecución del presupuesto.
3. Escaso desarrollo de las OSC vinculadas a las hepatitis virales.
4. Barreras para incrementar el número de personas diagnosticadas y tratadas.
5. Fragmentación de los programas y servicios.
6. Agudización de la burocracia de las compras que se traduce en mayores faltantes.
7. Empobrecimiento general de la población.
8. Falta de recursos o prioridad del programa de vacunación.
9. Medicalización de la respuesta.
10. Escaso diálogo y coordinación con los diversos actores.
11. Personas con fibrosis hepática mínima que no recibían tratamiento.



Visualización

Una planificación estratégica exitosa se basa en la visualización de un futuro deseado. En nuestro caso buscamos imaginarnos cómo debería ser la respuesta al VIH, las ITS y las hepatitis virales en la Argentina al finalizar este plan estratégico en 2021.

Los ejercicios de FODA y visualización se realizaron sobre VIH, ITS y hepatitis en conjunto. La versión final es el resultado de un análisis y síntesis.

Las personas consultadas en la Dirección y en los talleres regionales visualizan que en el año 2021:

“La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC cuenta con políticas claras, reconocidas y sostenidas que generan una respuesta exitosa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (VIH, ITS, hepatitis y TBC), haciendo frente al estigma y la discriminación y logrando el control de la epidemia a través de la articulación y compromiso multisectorial de todos los actores involucrados en los niveles nacional, provincial y municipal”.



En mayor detalle:

1 Se ha disminuido la mortalidad:

diagnóstico temprano, tratamiento oportuno para todos y mejor adherencia de las personas diagnosticadas.

2 Se ha incrementado el acceso a la vacunación contra la hepatitis B.

3 Se ha implementado con éxito una estrategia para el desarrollo e integración de la provisión de servicios en los centros de atención primaria de la salud.

4 Existen políticas públicas efectivas en todos los niveles; nacional:

políticas de Estado que aseguran el flujo de medicación, insumos y presupuesto para la continuidad de los programas; provincial: mayor presupuesto y categorización de los referentes regionales para mejorar la operatividad; municipal: creación de áreas específicas en todos los municipios. Descentralización de la atención y el acceso a laboratorios, con personal de salud capacitado, comprometido e integrado con otras áreas.

5 Se han realizado campañas masivas de prevención, testeo y formación en derechos,

en particular enfocadas a las poblaciones clave como los usuarios de drogas. Y se ha posicionado el tema de las hepatitis en los distintos públicos.

6 Se ha desarrollado un trabajo en conjunto con áreas de educación, diversidad sexual, salud sexual y reproductiva, adicciones, violencia sexual y de género.

7 Se han mejorado las estrategias en materia de transmisión vertical de VIH, sífilis y hepatitis virales:

mayor control en embarazos, testeo de parejas de la embarazada, articulación con la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

8 Se ha logrado disminuir el estigma y la discriminación en todas sus formas y en todos los ámbitos.

9 Se ha alcanzado la producción pública y nacional de algunos medicamentos genéricos.

10 Se ha sancionado la ley nacional de sida, ITS y hepatitis virales, así como legislaciones provinciales acordes.

11 Se ha integrado en forma efectiva a las organizaciones de la sociedad civil y personas viviendo con VIH y hepatitis en la elaboración de políticas públicas.

Mensajes clave de los talleres regionales



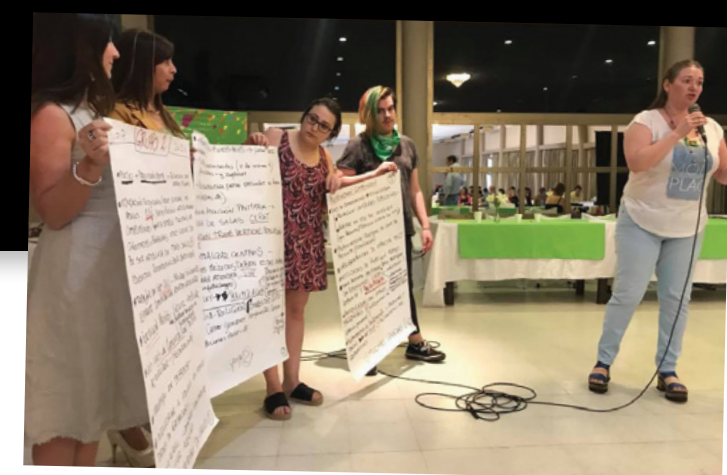
Promover el testeo y el diagnóstico:

- simplificación total del proceso de diagnóstico y confirmación de hepatitis;
- búsqueda de registros antiguos en los laboratorios para encontrar personas con hepatitis;
- vacunación en centros de testeo y campañas con poblaciones específicas;
- mejorar los tiempos de diagnóstico en embarazadas.



Recursos:

- presupuesto no solo para medicación sino también para carga viral y genotipo;
- reclamo de acceso universal al tratamiento y reducción de los tiempos de espera;
- mayor disponibilidad de reactivos;
- informatizar los pedidos y las autorizaciones;
- formalizar la cobertura de la atención y tratamiento (PROFE).



Prevención:

- mayor concientización e información;
- revisión de la implementación de las normas de bioseguridad;
- mayor disponibilidad de preservativos y materiales descartables;
- visibilizar las hepatitis, la vacunación y su prevención.

Seguimiento clínico:

- métodos más eficaces de diagnóstico de la fibrosis y su disponibilidad en efectores públicos y privados en las provincias;
- instalar capacidades de estadificación a nivel jurisdiccional y un Fibroscan por provincia.



Información estratégica:

- mejorar la información epidemiológica;
- problemas con el llenado de las fichas de notificación y su grado de fibrosis;
- faltan datos del sector privado y de obras sociales: notificaciones, tratamientos, casos según grado de fibrosis;
- plataforma única de notificación;
- realización de estudios de prevalencia;
- estudios de costo e inversión.



Atención integral:

- resaltar la importancia de no ver solo el virus sino el estado del hígado (hepatólogos);
- el virus se cura pero la fibrosis queda;
- calidad de vida de la persona tratada;
- dificultades de acceso de las personas coinfectadas;
- barreras para el acceso;
- desarrollar una guía sobre cómo vivir con hepatitis;
- aumentar el uso de métodos no invasivos;
- articulación entre programas provinciales, obras sociales y la Superintendencia de Servicios de Salud sobre criterios de testeo y tratamiento.

Asociación:

- mayor participación de personas con hepatitis virales en espacios de diseño, evaluación y monitoreo de programas y políticas;
- apoyar la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil.

Información, educación y comunicación:

- concientización de la población general;
- coordinación con otros ministerios como el de Educación;
- desarrollo de material gráfico para profesionales, personas en tratamiento y sus familiares.



Gestión:

- coordinación y comunicación con las jurisdicciones -no está claro el procedimiento para derivar muestras-;
- capacitación y concientización a equipos de salud sobre hepatitis virales en forma intersectorial e interdisciplinaria;
- contar con equipos de trabajo interdisciplinarios permitiría que las personas puedan atenderse en un solo lugar;
- falta articulación con la Dirección de Sangre y Hemoderivados para la incorporación de biología molecular en el testeo de la hepatitis C;
- eliminación de las separaciones internas de los programas de VIH y hepatitis para que funcionen en conjunto;
- reforzar la figura del referente jurisdiccional de hepatitis;
- mejorar la comunicación bidireccional entre el programa y las jurisdicciones;
- dificultades logísticas en la circulación de muestras.

Planes y metas mundiales y regionales

En esta sección vamos a analizar los planes mundiales y regionales de acción, los documentos más relevantes y las metas suscriptas por el país.



Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: HACIA EL FIN DE LAS HEPATITIS VÍRICAS (OMS)

Esta es la primera estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis virales, y contribuye a dar cumplimiento a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Abarca el periodo 2016-2021 y se basa en el documento titulado “Prevención y control de las hepatitis virales: marco para la acción mundial” y en dos resoluciones sobre las hepatitis virales aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 y 2014.

La Estrategia aborda los cinco virus de las hepatitis (A, B, C, D y E), con atención especial a las hepatitis B y C debido a la carga relativa para la salud pública que estas representan. En la estrategia se describe la contribución del sector de la salud a la lucha contra las hepatitis virales hacia la eliminación de la amenaza que estas suponen para la salud pública. La estrategia promueve las sinergias entre las hepatitis virales y otras cuestiones sanitarias y alinea la respuesta a las hepatitis con otras estrategias, planes y metas mundiales en materia sanitaria y de desarrollo. La estrategia sitúa la respuesta a las hepatitis virales en el contexto de la cobertura sanitaria universal, que constituye una meta sanitaria general de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La estrategia debe aprovechar las nuevas oportunidades, como la mayor sensibilización del público; los avances en cuanto a medicamentos, medios de diagnóstico y otras tecnologías contra las hepatitis; y el refuerzo del compromiso de lograr la equidad sanitaria. En la estrategia se define un conjunto de medidas prioritarias que deben adoptar los países, que se equiparan con un conjunto de medidas prioritarias que debe adoptar la Organización Mundial de la Salud (OMS) para brindar apoyo a los países.

Las medidas prioritarias se organizan en cinco orientaciones estratégicas:

Orientación estratégica 1

Información para una acción específica. Poner en marcha un buen sistema de información estratégica para comprender las epidemias de las hepatitis virales y enfocar la respuesta.

Orientación estratégica 2

Intervenciones que tienen impacto. Definir intervenciones esenciales de alto impacto en el conjunto continuo de servicios contra las hepatitis que deberían incluirse en las prestaciones de salud.

Orientación estratégica 3

Atención para un acceso equitativo. Fortalecer los sistemas de salud y comunitarios para prestar servicios de alta calidad a fin de lograr una cobertura equitativa y generar el máximo impacto.

Orientación estratégica 4

Financiación para la sostenibilidad. Proponer estrategias para reducir costos, aumentar la eficiencia y minimizar el riesgo de que las personas que requieran los servicios padezcan dificultades financieras.

Orientación estratégica 5

Innovación para la agilización. Promover y adoptar la innovación a fin de acelerar los avances.

En la estrategia se describe un camino hacia el futuro y se presentan los siguientes elementos:

- La visión de un mundo en el que se ponga freno a la transmisión de las hepatitis virales y todas las personas que padezcan estas enfermedades tengan acceso a la atención y tratamiento seguros y eficaces.
- El objetivo de eliminar, a más tardar en 2030, la importante amenaza para la salud pública que suponen las hepatitis virales.
- Metas que procuran reducir la incidencia de infecciones crónicas por virus de hepatitis -que en la actualidad es de entre 6 millones y 10 millones de casos- a 900.000 infecciones para 2030, y reducir la mortalidad anual a causa de hepatitis crónicas de 1,4 millones de muertes a menos de 500.000 para 2030. La consecución de estas metas exigirá un cambio radical de la respuesta a la hepatitis y significará que se conceda a esta enfermedad mayor prioridad en el ámbito de las respuestas de salud pública.

Los tres marcos para la organización de la estrategia son: cobertura sanitaria universal, el conjunto continuo de servicios contra las hepatitis, y el enfoque de salud pública.

La **cobertura sanitaria universal** comprende tres objetivos principales que están interrelacionados:

- Ampliar la gama de servicios prestados: aumentar la variedad, calidad y disponibilidad de los servicios de salud esenciales requeridos;
- Brindar cobertura a los grupos de población que requieren servicios: mejorar la utilización equitativa y óptima de los servicios en función de las necesidades;
- Reducir los costos directos de los servicios: brindar protección financiera a las personas que requieren los servicios.

El **conjunto continuo de servicios** contra las hepatitis que se requieren para frenar la epidemia brinda el marco para la organización de las medidas específicas que se deben adoptar. Dicho conjunto abarca la gama completa de intervenciones necesarias para alcanzar las metas de la estrategia: reducción de la vulnerabilidad, prevención y diagnóstico de las infecciones, vinculación de las personas con los servicios de salud, y tratamiento y atención crónica.

La estrategia se basa asimismo en un **enfoque de salud pública** que se ocupa de prevenir infecciones y enfermedades, promover la salud y prolongar la vida de toda la población. Procura garantizar el acceso más amplio posible a servicios de alta calidad a nivel de la población, sobre la base de intervenciones y servicios simplificados y normalizados que puedan ampliarse y descentralizarse fácilmente, incluso en entornos donde los recursos son limitados. Un enfoque de salud pública procura lograr la equidad sanitaria y promover la igualdad de género, lograr la participación de las comunidades y movilizar al sector público y al sector privado en las medidas de respuesta.

En la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis virales para 2016-2021, se describen cinco esferas básicas de intervención para mejorar y ampliar la respuesta que permitirá acabar con las epidemias de hepatitis virales para el 2030, a saber: vacunas; prevención de la transmisión materno infantil del virus de la hepatitis B; seguridad de las inyecciones, la sangre y los procedimientos quirúrgicos; reducción de daños para las personas que se inyectan drogas; y tratamiento. Esta estrategia orienta a los países acerca de cómo intensificar y ampliar sus respuestas nacionales.

Metas de la estrategia global para el 2020 y 2030 de la OMS

ÁMBITO DE LAS METAS	SITUACIÓN 2015	METAS 2020	METAS 2030
IMPACTO: INCIDENCIA: Nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis B y C	Entre 6 millones y 10 millones de infecciones se reducen a 900.000 para 2030 (una disminución del 95% de las infecciones por virus de la hepatitis B, y una disminución del 80% de las infecciones por virus de la hepatitis C).	Reducción de 30% (equivalente a una prevalencia del AgsHB de 1% entre la población infantil).	Reducción de 90% (equivalente a una prevalencia del AgsHB del 0,1% entre la población infantil).
IMPACTO: MORTALIDAD: Muertes por hepatitis virales B y C	Los 1,4 millones de muertes se reducen a menos de 500.000 para 2030 (reducción de 65% en el caso de las hepatitis virales B y C).	Reducción de 10%	Reducción de 65%
Metas relativas a la cobertura de los servicios de vacunación contra el virus de la hepatitis B: cobertura de la vacunación en la infancia (cobertura de la tercera dosis).	82%	90%	90%
Prevención de la transmisión del virus de la hepatitis B de madre a hijo: administración de una dosis neonatal de vacuna contra la hepatitis B u otra intervención para prevenir la transmisión de madre a hijo	38%	50%	90%
Seguridad de la sangre	89%	95%	100%
Seguridad de las inyecciones: porcentaje de inyecciones administradas utilizando dispositivos con mecanismos de seguridad, dentro y fuera de los establecimientos de salud	5%	50%	90%
Reducción de daños: número de agujas y jeringas estériles proporcionadas anualmente a cada consumidor de drogas inyectables	20	200	300
Diagnóstico de infecciones por virus de las hepatitis B y C	<5% de las infecciones crónicas por virus de hepatitis están diagnosticadas.	50%	90%
Tratamiento de las infecciones por virus de las hepatitis B y C actual	<1% de las personas están en tratamiento.	5 millones de personas recibirán tratamiento contra la infección por el virus de la hepatitis B; 3 millones de personas han recibido tratamiento contra la infección por el virus de la hepatitis C (ambas metas son acumulativas para 2020).	Se proporciona tratamiento al 80% de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B que lo necesitan. Se proporciona tratamiento al 80% de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C que lo necesitan.

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)



Los Estados Miembros de la OPS aprobaron en septiembre del 2015 el nuevo Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales para el período 2016-2019, a fin de centrar los esfuerzos de salud pública en prevenir y controlar estas enfermedades, con hincapié en las hepatitis B y C. Este plan regional está en consonancia con la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis virales para 2016-2021, aprobada por la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

Línea estratégica de acción 1: Promover una respuesta integrada amplia

Los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, brindarán apoyo a las actividades que se describen a continuación:

*** Ampliación de las respuestas integrales de salud pública contra las hepatitis virales mediante la integración de este tema en los planes, programas y servicios nacionales de salud existentes.**

Además, los Estados Miembros fomentarán las sinergias y actividades inter-programáticas, optimizarán el uso eficaz de los recursos existentes y movilizarán fondos adicionales, y facilitarán la participación de los asociados e interesados directos pertinentes. Dado el volumen considerable de inversión en los programas de tratamiento de la infección por el VIH, muchos países han establecido una sólida infraestructura de salud para prestar atención y tratamiento en respuesta a las necesidades específicas de las personas con infección por el VIH, incluidos grupos de poblacionales clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transexuales, profesionales del sexo, consumidores de drogas). Este marco podría ampliarse para incluir a las personas con hepatitis virales.

*** Establecimiento de una plataforma regional de conocimientos técnicos especializados conjuntamente con instituciones nacionales, médicos clínicos, asociaciones médicas, universidades e investigadores, representantes de la sociedad civil y asociados para el desarrollo, a fin de apoyar la ejecución de una respuesta de salud pública a las hepatitis virales en los Estados Miembros de la OPS.**

Esto incluiría la creación de un grupo consultivo técnico regional sobre las hepatitis virales.

*** Promoción de la causa y concientización a nivel regional, subregional y nacional.** Las autoridades de salud y de otros sectores involucrados informarán periódicamente al público en general y a los grupos poblacionales vulnerables acerca de la presencia y la gravedad del problema, así como las medidas preventivas necesarias. Se sugiere que, si no se pueden efectuar campañas periódicamente, al menos se conmemore el Día Mundial contra la Hepatitis de una manera muy visible.

Línea estratégica de acción 2: Fomentar el acceso equitativo a la atención preventiva

Los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, brindarán apoyo a las actividades que se describen a continuación:

* Mantenimiento de una cobertura alta y amplia de la vacunación contra la hepatitis B

en el calendario ordinario de inmunización de los menores de un año, así como el cumplimiento de la recomendación formulada por la OMS en el 2009 de administrar una dosis de la vacuna VHB a los recién nacidos dentro las primeras 24 horas posteriores al nacimiento para prevenir la transmisión vertical del VHB y la cronicidad.

* Vacunación contra la hepatitis B

de los prestadores de atención de la salud en servicio y antes de entrar en servicio, y de otros grupos poblacionales clave y grupos vulnerables (consumidores de drogas inyectables, personas transexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, presidiarios, personas con infección por el VIH, indígenas, profesionales del sexo, pacientes sometidos a hemodiálisis o pacientes con trasplantes).

* Políticas de notificación de posibles exposiciones al VHB y el VHC y prestación de atención profiláctica y de seguimiento como resultado de lesiones por pinchazo de aguja u otras exposiciones laborales.

También se debe prestar atención profiláctica posterior a la exposición en caso de una exposición sexual, incluida la violencia sexual.

* Promoción de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y otros servicios de salud afines que tienen en cuenta el contexto y las prioridades nacionales,

cuya finalidad es reducir las consecuencias negativas tanto para la salud como para la sociedad del consumo de drogas ilícitas.

* Establecimiento de estrategias específicas para la prevención de la transmisión de la hepatitis B y la hepatitis C en poblaciones clave y grupos vulnerables.

Estas estrategias, que tienen en cuenta los contextos y las prioridades nacionales, incluyen intervenciones educativas y de extensión, además de la promoción del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo para reducir las consecuencias negativas tanto para la salud como para la sociedad del consumo de drogas ilícitas.

Estas intervenciones deben además alentar el comportamiento favorable a la búsqueda de atención de salud (por ejemplo, tamizaje para detectar infecciones asintomáticas) y la utilización de los servicios de atención y tratamiento.

* Eliminación de las barreras geográficas, económicas, socioculturales, institucionales o de género que impidan el acceso equitativo universal a los servicios integrales de salud

(conforme a la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud).

* Respaldo a los esfuerzos de los países para realizar análisis epidemiológicos, de la carga de morbilidad y de la eficacia en función de los costos en apoyo a las decisiones basadas en la evidencia relacionadas con la introducción de la vacuna contra la hepatitis A.

Muchos países han tenido transiciones epidemiológicas que exponen a las personas al riesgo de contraer la infección por hepatitis A y pueden aumentar los beneficios de usar la vacuna contra la hepatitis A. Es necesario realizar estudios sobre la carga de morbilidad y análisis económicos si se pretende que los países de ingresos medianos tomen decisiones fundamentadas con respecto a la introducción de la vacunación contra la hepatitis A.

Línea estratégica de acción 3: Fomentar el acceso equitativo a la atención clínica

Los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina, brindarán apoyo a la formulación de políticas y normas, y al fortalecimiento de la capacidad a nivel de país para diagnosticar y tratar las hepatitis virales según la orientación normativa basada en datos probatorios elaborada por la OMS. Esto incluye velar por que las listas y los formularios nacionales de medicamentos esenciales incorporen progresivamente todos los medicamentos incluidos en las pautas de tratamiento recomendadas en las directrices nacionales para el tratamiento de las hepatitis virales. Además, los países deben promover el acceso al diagnóstico, los equipos y medicamentos relacionados con las hepatitis virales mediante procesos de negociación y reducción de precios y mecanismos regionales de compras, como el Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

Línea estratégica de acción 4: Fortalecer la información estratégica

Los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, brindarán apoyo a las actividades que se describen a continuación.

* Utilización de métodos y mediciones estandarizados e innovadores por parte de los sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento

para contar con datos actualizados, en tiempo oportuno y provenientes de diversas fuentes para la toma de decisiones y para dar seguimiento al progreso hacia las metas fijadas.

* Publicación periódica de informes nacionales sobre las hepatitis virales

basados en la orientación y los marcos de la OPS/OMS que contengan información estratégica sobre estas enfermedades.

Línea estratégica de acción 5: Fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios para apoyar el diagnóstico, la vigilancia y el suministro de sangre segura

Los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, brindarán apoyo a:

* Los laboratorios nacionales y regionales para mejorar su capacidad de brindar un apoyo adecuado a las actividades clínicas y de salud pública

encaminadas a reducir la carga de morbilidad causada por las hepatitis virales.

* Las redes de servicios de transfusión de sangre para establecer, vigilar y evaluar el logro de una cobertura de tamizaje del 100%

para detectar el VHB y el VHC con el fin de garantizar la seguridad de la sangre y de los componentes y productos sanguíneos.



¿Qué podés hacer para prevenir las hepatitis B y C?



Plan estratégico de respuesta a las hepatitis virales 2018-2021

Programa Nacional de control de las hepatitis virales

En función del análisis de la respuesta nacional, regional y mundial a las hepatitis virales; las metas y compromisos suscriptos por el país y las nuevas recomendaciones para la respuesta hemos desarrollado el siguiente plan estratégico para el período 2018 al 2021. Al final del mismo presentaremos la alineación de los ejes estratégicos de este plan con el de VIH, sida e ITS.

El compromiso adquirido por la República Argentina con la Organización Mundial de la salud y la Organización Panamericana de la Salud es poner fin a las hepatitis virales como problema de salud pública para el año 2030.

OBJETIVO GENERAL

“Para el año 2021, con la participación de todos los actores sociales públicos y privados, el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales y el Ministerio de Salud de la Nación han alcanzado las metas 2020 de la OMS con el propósito de lograr la eliminación de las hepatitis virales como problema de salud pública para el 2030”.

La OMS ha definido la eliminación de las hepatitis virales como amenaza de salud pública del siguiente modo: la reducción del 90% de las nuevas infecciones crónicas y una reducción del 65% de la mortalidad. A continuación se describen las metas 2020 y 2030.

METAS DE ELIMINACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES

Meta	Resultado 2020	Resultado 2030
Reducción de las nuevas infecciones de hepatitis B y C	30%	90%
Reducción de la mortalidad por las hepatitis B y C	10%	65%
Tasa de acceso al tratamiento de la VHC para todos (de las personas diagnosticadas)	70%	90%

PILARES ESTRATÉGICOS DEL PLAN



1 Información estratégica sobre las hepatitis

Entender la epidemia y tomar decisiones informadas

De acuerdo con la estrategia mundial de la OMS las medidas prioritarias relacionadas con la información estratégica son:

- **Integrar las actividades e indicadores relativos a la información estratégica sobre las hepatitis virales en los sistemas e instrumentos nacionales de información sanitaria**, incluidos los de vigilancia de brotes, y de seguimiento y evaluación de la respuesta nacional a las hepatitis.
- **Determinar la carga nacional que representan las hepatitis**, con inclusión del número de personas que padecen hepatitis crónica, carcinoma hepatocelular y cirrosis atribuibles al virus de las hepatitis B y C, mediante la determinación de las tendencias a lo largo del tiempo y la utilización de datos subnacionales y desagregados.
- **Hacer un seguimiento del acceso a los servicios para las hepatitis virales, su utilización y calidad**, con datos desagregados por diferentes grupos de población.

El pilar de información estratégica reúne todas las intervenciones, acciones, programas y actividades tendientes a mejorar el conocimiento de nuestra epidemia, por medio de los estudios epidemiológicos, de vigilancia, de estimación y proyecciones sobre la prevalencia, el tamaño de las poblaciones, los comportamientos, la resistencia, la adherencia, cobertura de vacunación, entre otros.

Mejorar la cantidad y calidad de la información estratégica oportuna que permita a la Dirección y los programas provinciales, municipales y jurisdicciones sanitarias tomar decisiones de gestión informadas. Así también, el monitoreo y evaluación de programas, proyectos e iniciativas. El control de la calidad de los servicios y programas, como así también las estimaciones de gastos nacionales, se encuentran comprendidas en este pilar.

Entretanto, dentro de esta área de trabajo se incluyen el desarrollo y gestión de los sistemas de información en estrecha colaboración con todas las áreas de la Dirección. Para la mejora de la calidad y cantidad de la información es fundamental capacitar y motivar a los profesionales en todos los sistemas en los ámbitos nacional, provincial y municipal.

Los pilares de información estratégica son comunes en los planes de VIH, ITS y hepatitis y el cumplimiento de las acciones será compartido por las mismas áreas dentro de la Dirección. Se estima la publicación en forma anual de los datos sobre las hepatitis en el país, incluyendo la epidemiología, la cobertura de tratamientos y otros aspectos de la respuesta.

Resultado esperado para el 2021

La calidad de la información estratégica disponible sobre las enfermedades ha mejorado sustancialmente y es representativa y confiable para conocer la epidemia y orientar la toma de decisiones programáticas.

Algunas de las herramientas específicas a desarrollar para incrementar la calidad de la información estratégica son:

- 1 Plataforma de seguimiento de pacientes.
- 2 Incorporación del módulo de solicitud de tratamientos.
- 3 Desarrollo del sistema de hepatitis por medio de una plataforma en línea.
- 4 Notificación a través del SNVS 2.
- 5 Comunicación por Cibersalud.
- 6 Incorporación de laboratorios a la vigilancia de las hepatitis.
- 7 Acceso a la información de obras sociales y prepagas.

2 Prevención de las hepatitis

Las personas deben recibir la gama completa de intervenciones de prevención efectivas para las hepatitis virales.

El eje de prevención se alineará en el ámbito operativo con el de prevención combinada del VIH e ITS. En un sentido amplio, la prevención combinada podría incluir a las hepatitis de transmisión sexual y sanguínea.

La prevención combinada es un abordaje integral de la prevención y atención del VIH, las hepatitis y las ITS. Para los programas nacionales plantea un nuevo paradigma de trabajo con la integración de diversas intervenciones que antes pertenecían a otras áreas, como por ejemplo el tratamiento del VIH, ITS y hepatitis.

La prevención y la concientización de las hepatitis requieren de campañas de difusión de información a la población en general, a las poblaciones clave y a los profesionales de la salud, cuyos mensajes deben ser desarrollados con la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil. Es oportuno señalar que la principal forma de prevenir las hepatitis A y B es por medio de la vacunación.

Las poblaciones clave más expuestas al VHB y VHC se superponen con las poblaciones prioritarias para el VIH y las ITS en lo

que respecta a los esfuerzos de prevención. Así, se deben considerar todas las intervenciones de alto impacto para prevenir la transmisión sexual y endovenosa del VIH y las ITS como intervenciones que contribuyen significativamente a la reducción de las hepatitis en las poblaciones clave. También comparten el objetivo de promover un diagnóstico de la serología, considerando que un número significativo de personas que viven con el virus desconocen su estado.

En lo referido al VHB, el principal mecanismo de prevención es la vacunación. Por ello, el trabajo coordinado con el área de inmunizaciones en los tres niveles y con los profesionales de la salud podrá incrementar significativamente el acceso oportuno a la vacunación.

En consecuencia, se deberá aumentar y sostener la cobertura universal de la vacunación contra la hepatitis B, sosteniendo esta intervención dentro del plan de vacunación en los menores de un año, población general y mujeres embarazadas, con especial énfasis en las poblaciones clave y los profesionales de la salud.

Para la prevención de la transmisión vertical de las hepatitis⁹ se debe administrar una dosis neonatal de la vacuna contra el VHB (y completar el esquema en forma subsiguiente) y asegurarse de que en las políticas y procedimientos para la salud materna y neonatal se incluya el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis, cuyo fin último es la eliminación de la transmisión materno infantil. Así también, que se garantice la disponibilidad de gammaglobulina hiperinmune anti hepatitis B, además de la vacunación de hijos de madres con hepatitis B crónica.

Dado que la mayor causa de nuevos casos de hepatitis C en la Argentina son los procedimientos médicos no seguros, debe considerarse la formación de entes que puedan regular y auditar los procesos médicos en todo el país con el objetivo de prevenir nuevos casos.

Resultado esperado para el 2021

El número de nuevas infecciones y la transmisión vertical de las hepatitis virales se han reducido significativamente, alcanzando las metas comprometidas, como resultado de la implementación multisectorial del abordaje de prevención combinada del VIH, las ITS y las hepatitis.

⁹ Se debe alcanzar el 100% de tamizaje con HBsAg de las embarazadas.

3 Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico precoz de las hepatitis virales es fundamental para su tratamiento y atención eficaces.

Los principios prioritarios propuestos por la DSETSHyT incluyen dos objetivos ambiciosos:

→ **que todas las personas se hayan realizado una prueba de hepatitis al menos una vez en la vida y**

→ **que todas las personas con hepatitis B y C tengan acceso al tratamiento.**

Existe un número significativo de personas con hepatitis que desconoce su situación (en el mundo solo entre el 5% y el 20% la conoce) y se podría dividir en dos grupos: la población general y las poblaciones específicas. Las poblaciones específicas incluyen a los veteranos de guerra, personal de la salud, personas que se realizaron intervenciones quirúrgicas -aunque hayan sido pequeñas- antes del año 1994, trasplantados, dializados, personas con diabetes, personas mayores de 40 años, personas que viven con VIH y las denominadas poblaciones clave del VIH .

Para incrementar el acceso al diagnóstico de las hepatitis y confirmación del diagnóstico se requiere del fortalecimiento de red nacional de laboratorios con serología y biología molecular. Entretanto, urge la integración de la oferta cruzada de pruebas diagnósticas, es decir que las personas que se realizan una prueba de VIH tengan acceso al diagnóstico de las ITS y las hepatitis virales y viceversa. Se requiere incrementar las capacidades de los profesionales de la salud para promover la realización de pruebas, la vacunación y la asesoría a las personas

diagnosticadas. Se debe incrementar la provisión de los insumos en los centros de atención primaria para que se logre un abordaje de testeo integral.

En la actualidad existe la disponibilidad de medicamentos para tratar a las personas con VHB, tratar y curar a las personas con VHC y por ello es oportuno un aumento de la cobertura del diagnóstico, capacitación de los profesionales para una efectiva descentralización de los tratamientos, universalización del diagnóstico y tratamiento, provisión oportuna y eficiente de los tratamientos y de las pruebas y estudios para el monitoreo de la infección.

Frente a los nuevos desarrollos en diagnóstico, estadificación, seguimiento y tratamiento de las hepatitis virales es clave la continua formulación de políticas y normas y el fortalecimiento de la capacidad a nivel nacional para diagnosticar y tratar.

La DSETSHyT promoverá el acceso al diagnóstico, la estadificación, los equipos y medicamentos relacionados con las hepatitis

virales mediante procesos de negociación y reducción de precios y mecanismos regionales de compras, como el Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

Para lograr mejoras sustanciales en la respuesta del sector salud es fundamental la capacitación de los profesionales de la salud, incluyendo la sensibilización sobre la carga social de las personas con hepatitis.

Resultado esperado para el 2021

Se ha incrementado el número de personas que han tenido acceso a la prueba diagnóstica de las hepatitis B y C y se ofrece el tratamiento universal de forma continua para todas las personas con VHC y con VHB con indicación de tratamiento.

Recomendaciones de la OMS para el diagnóstico:

- **Incorporar las pruebas de detección de hepatitis virales** en políticas y directrices nacionales contra las hepatitis que definan, entre otras cosas, los grupos de población prioritarios y los lugares donde se realizan las pruebas, los métodos de prueba y las estrategias.
- **Fortalecer el sistema nacional de laboratorios** para realizar un buen diagnóstico de las hepatitis agudas y crónicas, con informes oportunos de los resultados, y asegurar el suministro fiable de medios de diagnóstico de calidad garantizada (precalificados por la OMS).
- **Establecer vínculos clave entre los servicios de pruebas de detección y otros servicios** a fin de mejorar la derivación de casos y el acceso a tratamientos de calidad garantizada y otros servicios de apoyo.

Recomendaciones de la OMS para el tratamiento:

← **Otorgar prioridad al tratamiento** de las hepatitis mediante la inclusión del acceso a tratamientos antivirales para las personas que padecen infección crónica por los virus de la hepatitis B y la hepatitis C como componente central de la estrategia y planes nacionales contra la hepatitis.

← **Establecer directrices, planes y protocolos** nacionales para el cuidado y el tratamiento de la hepatitis sobre la base de las directrices de la OMS para el tratamiento y el cuidado de esta enfermedad.

← **Brindar tratamiento de calidad** que garantice la atención normalizada de las personas con hepatitis crónica, incluida la adecuada determinación del estadio de la enfermedad, el inicio oportuno del tratamiento, el seguimiento de los pacientes y de la toxicidad de los fármacos, y el tratamiento de la cirrosis hepática, el carcinoma hepatocelular y la insuficiencia hepática.

← **Abordar las afecciones comórbidas**, entre ellas la infección por el VIH, y los factores de riesgo que pueden acelerar la progresión de las hepatopatías, como el consumo de alcohol, y ofrecer cuidados paliativos y atención a los enfermos terminales, incluido el acceso a analgesia adecuada.

4 Vacunación y sangre segura

Los programas o campañas de vacunación de las hepatitis corresponden a la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación; sin embargo, debido a que la vacunación forma parte de las estrategias de prevención, la DSETSHyT deberá establecer un acuerdo y marco de colaboración con esta dirección. Lo mismo sucede con la sangre segura para transfusiones. Por ello no se desarrollará en detalle dentro de este plan.

Recomendaciones de la OMS sobre vacunación:

- **Aplicar un programa integral de inmunización contra el virus de la hepatitis B** sobre la base de las directrices de la OMS, a saber: inclusión de la vacuna contra el virus de la hepatitis B en los planes nacionales de inmunización infantil; fortalecimiento de los programas de administración de una dosis neonatal de vacuna contra la hepatitis B; consideración de la vacunación de recuperación contra el virus de la hepatitis B de niños o adolescentes con baja cobertura, y ofrecimiento de vacunación contra el virus de la hepatitis B a personas con mayor riesgo de adquirir y transmitir el virus.
- **Considerar la importancia de la vacunación contra el virus de la hepatitis A** en una estrategia integral de prevención de la hepatitis y programa nacional de inmunización, según el contexto de cada país, sobre la base de las directrices de la OMS.

Recomendaciones de la OMS para la seguridad de la sangre:

- ← **Establecer y aplicar políticas y prácticas nacionales relativas a la seguridad de la sangre** sobre la base de las directrices de la OMS, que promueven el uso racional de la sangre y de los productos sanguíneos a fin de evitar transfusiones innecesarias y asegurar el análisis fiable de la sangre para detectar las hepatitis virales B y C.
- ← **Aplicar medidas de control de la calidad en las pruebas de laboratorio que se practican para detectar las hepatitis B y C** a fin de garantizar el suministro fiable de análisis de calidad garantizada.
- ← **Establecer sistemas de vigilancia, hemovigilancia y seguimiento** de la incidencia y la prevalencia de hepatitis virales en los donantes de sangre, y del riesgo de contraer hepatitis tras una transfusión.

Ejes transversales

Los ejes transversales son líneas estratégicas de intervención que atraviesan los cinco pilares y ofrecen intervenciones y paquetes de servicios a todos o una mayoría para la consecución de sus metas.

Comunicación

El área de Comunicación de la DSETSHyT está formada por un equipo que elabora la estrategia comunicacional según los distintos ejes de trabajo establecidos. Entre sus funciones vinculadas con las hepatitis virales se cuentan: el desarrollo de materiales de comunicación en distintos soportes y campañas de prevención, vacunación, testeo y tratamiento de las hepatitis virales; el desarrollo de materiales destinados a equipos de salud en articulación con las áreas técnicas del Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales; la elaboración de una guía destinada a periodistas y comunicadores con recomendaciones sobre el abordaje de la temática.

Gestión de conocimientos

La DSETSHyT ha demostrado un fuerte liderazgo en el desarrollo de las capacidades de diferentes actores y funcionarios de instituciones; sin embargo, la implementación de este plan requiere de un incremento sustancial en la gestión de los conocimientos de profesionales, líderes y funcionarios en aspectos técnicos vinculados con los seis pilares. Será necesaria la identificación y documentación del conocimiento, así como el desarrollo de nuevas iniciativas de capacitación, entendiendo al desarrollo de las capacidades no solo como una herramienta para una mejor gestión sino también para la sustentabilidad.

Normativo

Como autoridad sanitaria nacional, corresponde al Ministerio de Salud el desarrollo y publicación de normativas, resoluciones, directrices y recomendaciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Dada la complejidad de la respuesta al VIH, las ITS y las hepatitis virales, es clave que la DSETSHyT mantenga su rol normativo con la asistencia técnica de otros actores pero con la responsabilidad única de ponerlas en marcha y monitorear su cumplimiento. Es fundamental que exista una articulación y armonización constante con los mecanismos multilaterales que promueven metas y compromisos relacionados con el VIH, las ITS y las hepatitis.

Cooperación técnica horizontal

La cooperación horizontal o cooperación técnica entre países permite la disponibilidad e intercambio de recursos humanos, técnicos, financieros y materiales, de conocimientos y tecnologías apropiadas. La cooperación técnica, también conocida como Sur-Sur, forma parte de las políticas tanto de salud como de relaciones exteriores de la Argentina. También existe la cooperación tripartita, que puede incluir un país o agencia que provee los recursos financieros. En el año 1995 se creó el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), inicialmente para colaborar en temas de VIH y sida, pero en la actualidad incluye otros temas de salud. Es una iniciativa de los países de América Latina y el Caribe creada con el objetivo de mejorar la respuesta a las enfermedades por medio de acciones articuladas entre los programas nacionales de sida de los países y las redes comunitarias existentes en la región. Tiene como finalidad fortalecer las respuestas nacionales y regionales al VIH, sida y otras ITS en América Latina y el Caribe por medio de la cooperación técnica y de una concertación política entre los países. El GCTH está integrado por los jefes y jefas de programas de VIH y sida de Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. También lo integran las principales redes regionales de la sociedad civil. A fines del 2017, el Director de Sida de la Argentina fue elegido como presidente del Grupo por dos años y la secretaria técnica del GCTH se encuentra ubicada en la DSETSHyT. Existe una tendencia en la región a ubicar al programa bajo la órbita de los programas nacionales de VIH e ITS, por ello los abordajes de cooperación técnica horizontal pueden beneficiar bilateralmente la respuesta a las hepatitis tanto en nuestro país como en la región.

Análisis de la relación entre programas

Una respuesta oportuna y eficaz a las hepatitis virales depende de la capacidad de adaptar los servicios para aumentar la oferta. Algunas de las recomendaciones generales de la OMS son:

1 Definir los grupos de población y los lugares

más afectados y que requieren un apoyo más intenso, otorgarles prioridad en la respuesta nacional a las hepatitis y reducir al mínimo el riesgo de estigmatización.

2 Fortalecer la capacidad de las comunidades

para prestar servicios comunitarios de calidad relacionados con las hepatitis, con el respaldo de marcos jurídicos y normativos e incentivos financieros adecuados.

3 Descentralizar y ampliar los servicios para las hepatitis,

a fin de incluir, cuando corresponda, servicios en lugares de detención, campamentos de refugiados y lugares donde existen problemas humanitarios.

4 Identificar a través de la investigación operativa buenos modelos de prestación de servicios

integrados y vinculados, que se enlacen con otros ámbitos clave de la salud.

5 Mejorar la calidad de los servicios mediante el establecimiento de normas y estándares nacionales,

la integración de indicadores de calidad en los sistemas de información estratégica y el fomento de la adopción y aplicación de las directrices de la OMS.

6 Realizar sistemáticamente «análisis de la secuencia» de servicios

para diferentes grupos de población y entornos, a fin de determinar la calidad de los servicios, evaluar su utilización y aceptabilidad, identificar deficiencias importantes y proponer posibles medidas correctivas.

Los programas del Ministerio de Salud de la Nación para la respuesta al VIH, las ITS, las hepatitis, la tuberculosis y la lepra se encuentran en el ámbito de la misma dirección, lo que es una oportunidad para establecer claras sinergias y optimizar los recursos.

A continuación presentamos la relación de los pilares del Plan Estratégico de hepatitis virales con el de VIH, sida e ITS:

Relación estratégica de pilares entre programas	
Plan estratégico de hepatitis	Plan estratégico de VIH, sida e ITS ¹¹
Información estratégica	Información estratégica
	Gestión óptima y eficiente
Prevención	Prevención combinada
	Asocio con las OSC, sociedades científicas y otras
Diagnóstico y tratamiento	Diagnóstico, seguimiento, tratamiento y adherencia
	Derechos
	Gestión óptima y eficiente

¹¹ Un detalle de los pilares del Plan Estratégico de VIH, sida e ITS puede encontrarse en página XX del documento disponible en este vínculo.

Plan de monitoreo y evaluación y metas a 2021

El monitoreo y la evaluación de las líneas y metas consensuadas en el proceso de planificación estratégica son fundamentales para que los distintos actores implicados en la respuesta a las hepatitis virales puedan medir los avances realizados y realizar las correcciones que sean necesarias. En este sentido, el documento del PEN 2018-2021 está acompañado por una serie de indicadores de proceso, resultado e impacto, con sus respectivas metas.

Algunas de las metas forman parte de los compromisos internacionales asumidos por el país, mientras que otras han surgido de consensos entre los participantes del proceso.

Se establecieron dos indicadores de impacto y 21 indicadores de resultados. Algunos de estos últimos tienen metas cuantificables mientras que otros suponen hitos tales como lograr contar con información estratégica sobre determinados nudos críticos acerca de los cuales hoy no se tiene información. Asimismo, se verá que algunos indicadores no tienen línea de base, por lo que contar por primera vez con información forma parte de los compromisos del propio Plan Estratégico.

Cabe destacar que este conjunto de indicadores no monitorean todas las acciones desplegadas por el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, sino que se refieren a las acciones planteadas en el Plan Estratégico, y suponen una selección de indicadores que se cree que pueden reflejar mejor los avances en la aplicación del plan.

A diferencia de otros planes de M&E tales como el del Plan Estratégico de VIH e ITS, en este caso se presentan menos indicadores debido a que uno de los desafíos del Programa en los próximos años es reducir la brecha de información que existe actualmente.



Indicadores y metas estratégicas de impacto

Tabla de indicadores, metas y medios de verificación para la evaluación de impacto

Indicador de evaluación de impacto	Valor basal	Meta 2021	Fuente
Tasa de notificaciones de hepatitis B en personas de 15 a 24 años cada 100.000 habitantes	1,14 x 100.000 habitantes (año 2016)	0,75 x 100.000 habitantes	SNVS en el numerador y para el denominador se utilizan las proyecciones a partir del último censo nacional realizado por el INDEC.
Numerador	Número de casos positivos en el grupo de 15 a 24 años al año		
Denominador	Número de habitantes de ese grupo de edad		

Proporción de diagnósticos oportunos de hepatitis C	70%	80%	
Proporción de personas diagnosticadas en estadios sin fibrosis avanzada (F0-F2)			
Numerador	Número de personas que solicitan tratamiento en estadios tempranos		DSETSHyT
Denominador	Total de tratamientos solicitados		DSETSHyT
Número acumulado de personas tratadas para hepatitis C desde el Programa	660 (2017)	7000	DSETSHyT
Número acumulado de personas en tratamiento para hepatitis B desde el Programa	400 (2018)	800	DSETSHyT

Indicadores y metas estratégicas de resultados

Tabla de resultados cualitativos y cuantitativos, metas y fuentes para el monitoreo y evaluación por pilar

Información estratégica			
Indicador	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Tasa de mortalidad por hepatitis virales	No	Sí	
Estimación del sub registro de mortalidad por hepatitis virales	No	Sí	Estudio
Información de prevalencia en población general de hepatitis virales en Argentina	No	Sí	Estudio o estimación de seroprevalencia
Información de prevalencia de hepatitis B y C en personas con VIH	No	Sí	Encuesta o SVIH
Información de prevalencia de hepatitis B y C en PMAR actualizada (valores no > 4 años de antigüedad)	No	Sí	Estudio de seroprevalencia
Cantidad de laboratorios con suministro desde el Programa que realizan biología molecular para hepatitis	4	10	DSETSHyT
Proporción de casos cargados al SNVS 2.0 con información clínica que tengan registrados resultados de laboratorios	12,5% (19/152)	50%	SNVS 2.0 (primer semestre de 2018)
Proporción de bancos de sangre públicos que notifican los casos positivos de hepatitis virales al SNVS 2.0	11,5% (15/131)	25%	SNVS, REFES y Programa de Sangre
Disponibilidad de información sobre los 4 pilares claves de la cascada de atención de hepatitis	No	Sí	DSETSHyT

Información estratégica			
Indicador	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Número de personas en tratamiento para VHB (incluyendo coinfectados con VIH) (sistema público) por año	No	Sí	DSETSHyT
Número de personas en tratamiento para VHC (de los 3 subsistemas) por año	No	Sí	Trazabilidad de medicamentos
Proporción de personas con VHB crónica en tratamiento con supresión viral en los últimos 12 meses	No	Sí	PNCHV SISA
Proporción de personas con VHC crónica curadas entre las personas que iniciaron el tratamiento	No	Sí	PNCHV SISA

Diagnóstico y tratamiento			
Indicador	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Número de HBsAg utilizados	400.000	600.000	DSETSHyT
Número de determinaciones HBsAg realizadas en embarazadas	270.049	325.000	SNVS año 2017
Número de reactivos de anticuerpos para diagnóstico de virus C entregados	144.500	289.000	DSETSHyT y los programas provinciales
Porcentaje de personas diagnosticadas con hepatitis B en bancos de sangre que accedieron al seguimiento clínico	A construir	60%	DSETSHyT
Porcentaje de personas diagnosticadas con hepatitis C en bancos de sangre que accedieron al tratamiento	A construir	60%	DSETSHyT
Proporción de jurisdicciones con médicos no especialistas que tratan pacientes con hepatitis C o B	0	50%	Proyectos de descentralización del Programa

Prevención			
Indicador	Línea de base	Meta 2021	Fuente
Porcentaje de personas que han recibido al menos la primera dosis de vacunación de VHB en PMAR	A construir		Estudio de seroprevalencia en PMAR
Porcentaje de centros de hemodiálisis sensibilizados sobre normas de bioseguridad en la prevención de las hepatitis virales	0	10%	DSETSHyT

Glosario

AAEEH	Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán"
AntiHBc	Anticuerpo del núcleo del virus de la hepatitis B
C2	Componente de vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud
CV	Carga viral
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
DICEI	Dirección de Control de las Enfermedades Inmunoprevenibles
DSETSHyT	Dirección de Sida, ETS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
F (1, 2, 3 y 4)	Estadio de fibrosis hepática
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HSB	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
INEI-ANLIS	Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas - Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Organismo de las Naciones Unidas para el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la sociedad civil
PEN	Plan estratégico nacional
SADI	Sociedad Argentina de Infectología
SADIP	Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica
SINTRA	Sistema Nacional de Información de Trasplantes
SISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina
SIVILA	Sistema Nacional de Vigilancia por Laboratorios
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de Salud
TBC	Tuberculosis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Bibliografía

Angeleri, P.; Pando, M.; Solari, J. y Vidiella, G. (2014). *Las hepatitis virales en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Facultad de Farmacia y Bioquímica. *Mapa de las hepatitis B y hepatitis C en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires

Organización Mundial de la Salud (2013). *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia mundial del sector salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: hacia el fin de las hepatitis víricas*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Manual para la elaboración y la evaluación de los planes nacionales contra las hepatitis virales: documento provisional, septiembre del 2015*. Washington, D.C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2016). *Las hepatitis B y C bajo la lupa: la respuesta de salud pública en la Región de las Américas*. Washington, D.C: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2016). *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales. 54.º Consejo Directivo y 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 28 de septiembre al 2 de octubre de 2015*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Stecher, D.; Katz, N. y Vizzotti, C. (2014). *Hepatitis B en Argentina. Situación actual y estrategia de vacunación universal para su control y eliminación*. Actualizaciones en Sida e Infectología, vol. 22, nro. 83:18-21. Buenos Aires: Fundación Huésped.

