

Documento de Trabajo N° 111

ISSN 1810-584X

**Relevamiento de las principales
debilidades en los Derechos de las
Personas que viven con VIH/SIDA en
el Paraguay**

Fundación Vencer

Fundación Vencer
BASE Investigaciones Sociales
Noviembre, 2004

Contenido

Introducción	5
1. Breve aproximación a la evolución del VIH/SIDA en el Paraguay.....	7
1.1 Datos sobre VIH/SIDA en Paraguay	7
1.2 Indicadores del crecimiento potencial.....	7
1.3 Perfil de la epidemia	8
2. PRONASIDA: Funciones y alcances	10
2.1 Perfil asistencial.....	10
2.2 Perfil normativo	10
3. Evolución, crisis de desabastecimiento y violación de derechos humanos.....	11
3.1 Cronología del desabastecimiento	12
3.2 Casos de alto riesgo para las PVVS.....	14
4. Evaluación costos/beneficios para el Estado	16
5. Acciones de la Fundación Vencer	19
5.1 Algunas acciones advocacy.....	19
5.2 Ideal vs. Realidad.....	22
6. Conclusiones.....	23
6.1 Necesidades urgentes	24
6.2 Propuestas para hacer y mejorar	25
 Anexo I. Datos comparativos de desabastecimientos	
 Anexo II. Recortes periodísticos	
 Glosario	
 Bibliografía	

“En la guerra contra el VIH/SIDA, no hay bandos contrarios, no hay países desarrollados ni países en desarrollo, no hay pobres ni ricos; hay sólo un enemigo común que no conoce fronteras y que amenaza a todos los pueblos. No obstante, todos debemos recordar que si bien el VIH/SIDA afecta a ricos y pobres, los pobres son muchos más vulnerables a la infección y mucho menos capaces de hacer frente a la enfermedad una vez infectados. El espíritu de liderazgo y de compromiso evidenciado en esta Declaración dará nuevo vigor e inspiración a los miles de trabajadores de la salud, maestros y dirigentes comunitarios que luchan contra esta enfermedad en las regiones más pobres del mundo y a los millones que sufren sus efectos. Sabrán ahora que por fin el mundo manifiesta su voluntad –y alista los recursos --para ganar esta guerra en bien de toda la humanidad.”

Kofi A. A
Secretario General de las Naciones Unidas.

La publicación de este breve estudio tiene por objeto la difusión de la situación de los derechos humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) del Paraguay realizado por la Fundación Vencer, coincide con un momento oportuno, la realización **del I Encuentro Nacional de PVVS** en Asunción. Este encuentro, permitirá visibilizar la realidad de las PVVS, empoderar y fortalecer con mayor vitalidad y dinamismo numerosos trabajos y desafíos ante este fenómeno social.

Esperamos que este modesto documento sirva para estimular nuevos y necesarios estudios, debates y políticas públicas ante la importancia particular del momento que viven las PVVS y la población paraguaya, con la convicción de que el análisis serio sobre la realidad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es imprescindible a la hora de prevenir y pensar en políticas de salud.

La Fundación Vencer quiere agradecer especialmente la colaboración en la revisión y corrección de Ofelia Martínez del CDE. También, a Lidia Ruiz, María Magdalena Bareiro y Cinthia Servín que contribuyeron con este trabajo, queremos agradecerles su esfuerzo invaluable.

Especialmente queremos agradecer en la redacción y transcripción del texto a las PVVS de la Fundación Vencer que redimensionan la letra de este documento aportando sus valiosas experiencias y sentires.

Finalmente, nuestro reconocimiento a Carlos Ruiz Díaz por su esmerado esfuerzo para la diagramación del trabajo que presentamos a continuación.

Dedicamos esta Publicación al Doctor Edén Vera Cabral, a nuestros compañeros y compañeras que nos han enseñado el activismo y hoy físicamente ya no están, a todos quienes seguimos en la lucha por una mejor calidad de vida, y para que el Paraguay tenga eficaces instrumentos de Política de Prevención y Atención Integral para todos y todas, sin discriminación.

Introducción

En 1996 un grupo de más de cincuenta personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en Paraguay nos reunimos gracias al apoyo del Doctor Edén Vera Cabral y de la Licenciada Rossana Sosa, ambos funcionarios del ámbito de salud del Programa Nacional de Control de ITS/SIDA (PRONASIDA), quienes entonces dedicaban su tiempo y conocimientos, más allá de las obligaciones institucionales, apoyando indeclinablemente a las personas que asistíamos al Programa y recibíamos resultados positivos de nuestros Tests de VIH. Eran buenos tiempos, hablando en el sentido de que el Gobierno proveía gratuitamente y en forma continua, los estudios laboratoriales y las tres drogas necesarias (triterapia) para todas las personas que necesitaban iniciar la terapia Antirretroviral.

Al principio fuimos un grupo de contención y apoyo entre personas que vivimos con VIH/SIDA (PVVS), en la mayoría de los casos estar bien emocionalmente ayuda a prolongar el tiempo de inicio del cóctel de drogas y mantener una buena calidad de vida, a través de un adecuado esquema nutritivo y medicina alternativa. Para aquellos que ya habían iniciado el tratamiento con medicamentos ARVs, el objetivo del grupo era que pudieran aprender la importancia de la buena adherencia y la continuidad.

En 1998, año en que empezaron los recortes de presupuesto y las suspensiones de medicamentos decidimos dejar de ser sólo un grupo de autoayuda para convertirnos en un grupo de ciudadan@s empoderad@s que reclaman sus Derechos: fundamentalmente el derecho a la Salud y el Derecho a la vida. Decidimos entonces no callar, enterarnos, informarnos y capacitarnos para defender nuestros derechos como ciudadanos y ciudadanas paraguayos/as plenos/as. Así nació lo que hoy es la Fundación Vencer, tras un replanteamiento de objetivos y estrategias, empezamos las actividades de lobby, e incidencia política y denuncia ante las instancias debidamente constituidas.

Visto en perspectiva de los compromisos internacionales, la nueva política adoptada en la Cumbre del Milenio (setiembre, 2000, Naciones Unidas), en una de sus Metas de Desarrollo del Milenio, los países se comprometieron a reducir la epidemia del VIH/SIDA, mediante acciones socieducativas y la accesibilidad al tratamiento de las PVVS.

Pero en el Paraguay el aumento de la epidemia se torna complejo. El trabajo que aquí presentamos intenta hacer un recorrido a través de ocho años (1996-2004) de lucha de las PVVS por sobrevivir en una sociedad que discrimina y que acusa, como si el virus del SIDA fuera sólo de “los pecadores”, “los pervertidos”, “los homosexuales”, “las personas promiscuas” y “las prostitutas”; los leprosos de este nuevo tiempo. Sin embargo, al parecer pocos entienden que el SIDA es un problema de todos, el SIDA -como dice un slogan que recorrió el mundo- no discrimina. Es sobre todo, un problema de Salud Pública del que el Estado paraguayo todavía no se hace cargo. En este sentido citaremos las palabras de algunas autoridades de Salud Pública, que en alguna oportunidad dijeron palabras más, palabras menos que "no hay ninguna Ley que exija al Estado el seguimiento y control de las PVVS", o que "existen otras enfermedades cuya atención es más prioritaria que la del SIDA".

Por otro lado, este documento incorpora datos oficiales del VIH/SIDA en Paraguay, información sobre el crecimiento potencial de la epidemia, sobre diagnósticos, atención integral y otros informes oficiales, como por ejemplo cuánto invierte el Estado paraguayo en VIH/SIDA, evidenciando también cómo se producen los desabastecimientos de Antirretrovirales y los seguimientos laboratoriales que afectan a las PVVS. Asimismo, intentamos demostrar, cómo desde un punto de vista humano y a la vez realista, previniendo, se puede salvar la vida de miles de personas, de hombres, de mujeres, de jóvenes y de niñ@s. El Acceso Universal y continuo a los Antirretrovirales (ARVs) y al seguimiento laboratorial de a las personas que viven con VIH/SIDA es un camino que es de esperar y alcance pronto su concreción.

Lo que deseamos con esta publicación es aportar a que el Estado y la Sociedad paraguaya vean y comprendan lo que significa el costo/beneficio de invertir mayores recursos en la Prevención y en el Tratamiento Integral a través del Acceso Universal a los ARVs de las PVVS. Es decir, comparando lo que sucede hoy o hasta hoy versus lo hubiera sucedido con una política inteligente e integral. Si bien con los Antirretrovirales aún no se logra la curación, con ellas se puede vivir muchos años, con una buena calidad de vida y sin caer en alguna de las llamadas Enfermedades Oportunistas vinculadas al VIH/SIDA que generalmente son las que llevan a la muerte.

Nuestro reclamo es uno “**el Derecho a la Salud y a la Vida**”, que son Derechos Humanos inalienables de todos y todas las personas.

FUNDACIÓN VENCER

1. Breve aproximación a la evolución del VIH/SIDA en el Paraguay

En este primer apartado, en base a la información secundaria disponible, se presenta un breve panorama epidemiológico focalizado en el VIH/SIDA en el Paraguay, a partir de datos elaborados por el PRONASIDA.

1.1 Datos sobre VIH/SIDA en Paraguay

- Ø Desde 1985, año de notificación del primer caso de VIH positivo se han registrado, a junio del 2004, 1393 casos de personas con VIH positivo y 781 casos de SIDA. Se estima que en la actualidad (junio 2004) hay aproximadamente entre 18.000 a 20.000 personas viviendo con VIH/SIDA.
- Ø El 49.6% de los casos de SIDA han fallecido.
- Ø El 75% del total de casos corresponde al sexo masculino; con una razón hombre - mujer de 20:1 al inicio de la epidemia y de 12:1 en el año 2002.
- Ø El 60,6% de los casos de SIDA reportados se ubica entre los 25 y 34 años.
- Ø La infección por vía sexual fue notificada para el 71.7% de los casos; 13.2% corresponden a vía de transmisión sanguínea, una mayoritaria presencia de UDIs (usuarios de drogas inyectables) y casos de accidente transfusional notificados al comienzo de la epidemia; la transmisión vertical (madre-hijo) contribuye en un 3.5% y se desconoce la vía de infección en 11% de los casos.
- Ø La prevalencia estimada en mujeres embarazadas es del 0,8%, en trabajadoras sexuales del 2,6% y en HSH (hombres que hacen sexo con hombres) es del 12%.
- Ø La prevalencia de ITS (infección de transmisión sexual) es elevada en todas las poblaciones, lo que potencia la expansión del VIH hacia la población general, aún cuando la incidencia del año 2002 se calcula en 2.5 por 100.000 habitantes.
- Ø Es importante destacar el elevado índice de “subregistros” oficial de los datos en esta materia. Según estimaciones no gubernamentales e internacionales las cifras van de 20 mil a 50 mil personas con VIH en el Paraguay. Además del retraso en la notificación y restricciones en la posibilidad de diagnóstico por la discontinua provisión de reactivos.

1.2 Indicadores del crecimiento potencial

Según los datos disponibles y las tendencias observadas se puede prever un crecimiento exponencial de la epidemia del VIH/SIDA en el país, de no tomarse medidas a tiempo. Dichas tendencias son las siguientes:

- Ø Marcada migración hacia y desde los países limítrofes con alta prevalencia del virus.

- Ø Intensificación del comercio y la explotación sexual (niños, adolescentes, mujeres).
- Ø Uso extendido de drogas inyectables y los casos de transmisión sanguínea.

- Ø Temprana iniciación sexual con alta tasa de embarazo adolescente, que coloca al país en el segundo lugar en relación al resto de los países de América Latina

- Ø Baja cobertura del control prenatal y de partos institucionales

- Ø Difícil acceso y permanencia de la población en el sistema educativo

- Ø Baja cobertura de los servicios de salud, entre otros.

1.3 Perfil de la epidemia

De acuerdo al análisis de casos acumulados (Gráfico 1) la epidemia presenta en Paraguay:

- Ø Predominio masculino con fuerte impacto en HSH y UDI's, vía de transmisión sexual, mayor presencia en zonas urbanas

- Ø Las tendencias indican el pasaje progresivo hacia un nuevo perfil con mayor número de mujeres con VIH positivo, presencia de PVVS en zonas del interior del país y zonas peri-urbanas, principalmente en las más pauperizadas.

**Gráfico 1. Razón Hombre/Mujer
Paraguay, 1992 a 2002**

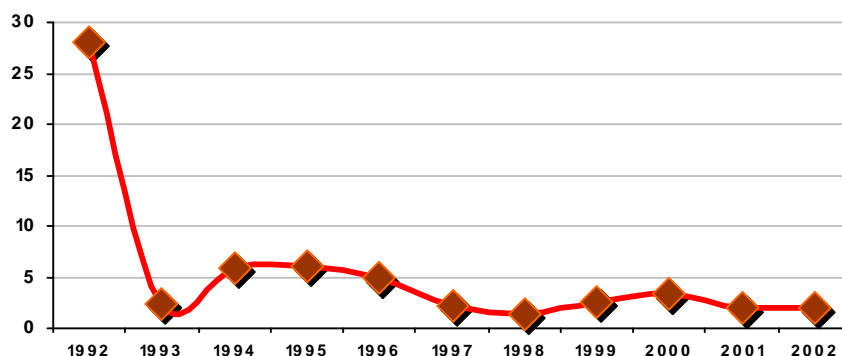
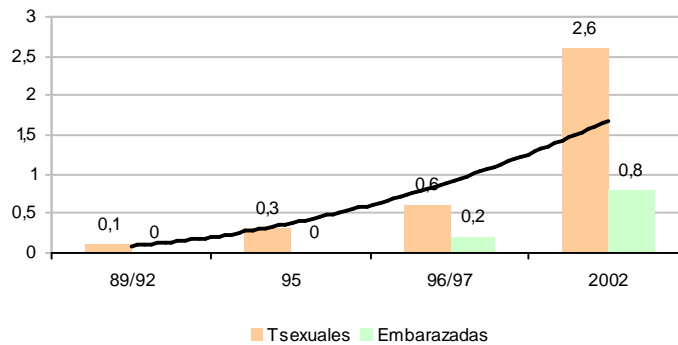
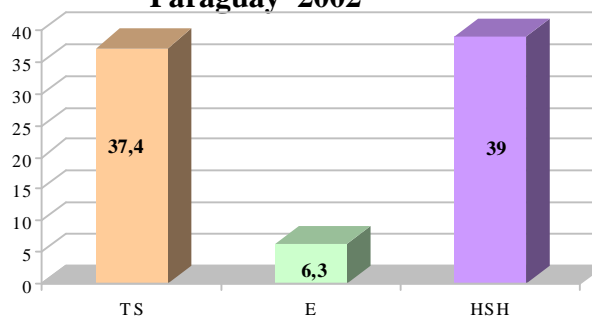


Gráfico 2. Prevalencia de VIH en estudios de vigilancia centinela Paraguay 2002



Según el gráfico 2, la prevalencia de la infección por VIH en trabajadoras sexuales del 2.6% y en mujeres embarazadas del 0.8% (en HSH es de 12%).

Gráfico 3. VDRL en poblaciones centinelas Paraguay 2002



En otro orden, según el gráfico 3, la prevalencia de infección por sífilis en HSH del 39%, en trabajadoras sexuales del 37.4% y en mujeres embarazadas del 6.3%.

2. PRONASIDA: Funciones y alcances

En esta sección se expone de manera sucinta la misión y competencias del PRONASIDA que está bajo la órbita del Ministerio de salud Pública y Bienestar Social.

2.1 Perfil asistencial

El (PRONASIDA) tiene como función la atención médica gratuita y especializada ambulatoria (pediátrica y de adultos), con un promedio de atención de 400 consultas mensuales.

Otra de sus competencias es la provisión de triple terapia Antirretroviral y estudios de seguimiento laboratoriales a 380 personas, aunque insuficiente y discontinuo en lo que respecta a cobertura así como a disponibilidad de drogas sobre todo para recambio y rescate. Se estima como necesidad real de provisión de Antirretrovirales a otras 350 personas. Este déficit se explica debido a la irregularidad y a los recortes en los desembolsos presupuestarios, a la poca disponibilidad de drogas registradas en el país y al incremento del número de personas que requieren tratamiento, así como también, aunque en menor medida, a las fluctuaciones en la cotización del dólar.

Cuadro 1. Comportamiento histórico del Presupuesto del PRONASIDA en relación al Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (en millones de guaraníes)

AÑOS	2003	2002	2001	2000	1999	1998	Promedio de Part. % en 6 años
MSPyBS	630.690.090.539	571.051.794.091	527.165.118.268	586.812.058.079	535.305.911.914	437.858.175.011	
Programa Control de SIDA/ITS	3.865.168.620	3.865.168.620	3.859.890.706	2.147.047.460	2.700.267.160	3.524.144.500	
Participación del Programa en %	0,61%	0,68%	0,73%	0,37%	0,50%	0,80%	0,62%

FUENTE: Dirección de Presupuesto Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
SICO – SISTEMA DE CONTABILIDAD

Cuadro 2. Necesidades y presupuesto asignado al PRONASIDA

Presupuesto asignado para el año 2003 (Costo Anual de Triple Terapia)	655.113 US\$
Antirretrovirales y seguimiento laboratorial por paciente por año	2.832 US\$
Necesidades para cobertura de 750 pacientes (no se contempla actividades de prevención ni otras ITS)	2.124.000 US\$

Relación dólar/guaraní: 1/5900

2.2 Perfil normativo

Otras funciones del PRONASIDA son:

- Ø Elaboración, validación, difusión y capacitación al personal de salud de las distintas regiones sanitarias, en las normas de Prevención, Asistencia Integral y Laboratorio, mediante la creación de programas regionales de ITS/VIH, con un gerente y un coordinador por región.
- Ø Campañas de IEC dirigidas a la población en general y a grupos específicos.
- Ø Elaboración de materiales de prevención.

3. Evolución, crisis de desabastecimiento y violación de derechos humanos

El Estado paraguayo garantiza a todos sus habitantes el Derecho a la Salud (art. 68 de la Constitución Nacional), además lo ratifica a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA (UNGAS) y en la Ley N° 102/91 (Ley del SIDA).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) a través del Programa Nacional de Control de ITS/SIDA (PRONASIDA) es el responsable a nivel Nacional, de brindar Atención Integral y de proveer medicamentos Antirretrovirales de forma gratuita y continua a toda la población.

A partir del año 1996, el PRONASIDA dio inicio al tratamiento de la triple terapia (combinación de tres drogas) a ciento ochenta PVVS aproximadamente, que se realizaban los estudios laboratoriales de CD4 y Carga Viral de tres a seis meses de forma continua y gratuita. El impacto de la introducción de la triple terapia de ARVs combinada, redujo la mortalidad en un 20% y disminuyó el número de internaciones por complicaciones derivadas de la infección por el VIH/SIDA.

Actualmente nos encontramos en tratamiento Antirretroviral, 380 PVVS y otras 350 aproximadamente están en lista de espera. Las personas bajo tratamiento corremos peligro alarmante por las interrupciones permanentes de los ARVs y de los seguimientos laboratoriales debido a las insuficiencias presupuestarias.

En octubre del año 1998, desde el ámbito estatal el deterioro de la triple terapia se pasó bruscamente a la biterapia (combinación de dos drogas), sin previo aviso ni estudios laboratoriales, conociendo las graves consecuencias que esta determinación produciría e implementando un procedimiento no aprobado por el Protocolo Internacional.

Frente a esta situación, la Fundación vencer comenzó a hacer las primeras denuncias, inicialmente ante las autoridades responsables del Programa Nacional, siguiendo por el Ministerio de Salud, y luego ante otras instancias competentes. Cuando cuestionamos cuál sería el efecto de pasar de la triterapia a la biterapia, un médico especialista en VIH/SIDA, nos dijo:

“ si con las tres drogas caminanaban, con las dos drogas gatearán”.

En 1998 participamos en el Primer Congreso Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Seropositivas en Bogotá (Colombia); allí hicimos la primera denuncia a nivel internacional, y por primera vez se supo cuál era la verdadera situación de las PVVS en Paraguay. En aquella ocasión las compañeras de organizaciones fraternas de Latinoamérica y El Caribe enviaron cartas de apoyo y solidaridad, lo cual fue de mucha ayuda para la firma de ampliación presupuestaria de aquel año.

En junio de 1999, nuevamente los PVVS y organizaciones solidarias nos movilizamos a nivel nacional denunciando las irregularidades ante distintas autoridades del Estado como el Ministerio y el Vice-Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, el Parlamento

Nacional, la Fiscalía Nacional, así como también ante organizaciones internacionales, tales como Amnistía Internacional, Red Médica, ONUSIDA, etc. exigiendo así la restitución de la triple terapia y la ampliación del presupuesto del PRONASIDA para la compra de más medicamentos. En la medida de la reiterada excusa del célebre ex director del Programa Nacional, como consecuencia que no había presupuesto para la compra de los ARVs.

Cada año se conseguía ampliación del presupuesto, pero nunca se alcanzó la restitución de las tres drogas. Sin embargo con la ampliación del presupuesto se cubrían deudas atrasadas del Programa y una vez más no alcanzaba para la compra total de ARVs. El uso de la biterapia se ha mantenido desde entonces hasta el año 2003.

3.1 Cronología del desabastecimiento

Se describirá en este párrafo la evolución de las interrupciones de los medicamentos a las PVVS. Para ello resulta conveniente distinguir doce desabastecimiento en poco más de 5 años (véase artículos periodísticos en Anexo II).

Primer desabastecimiento: en febrero de 1999 empezó el recorte total de medicamentos Antirretrovirales para las PVVS; desde entonces no sólo comienza a faltar una de las drogas sino las tres.

Segundo desabastecimiento: empieza en octubre de 1999 hasta diciembre de ese mismo año.

Tercer desabastecimiento: desde abril del año 2000 hasta agosto del mismo año. En este tiempo el PRONASIDA solicitó la donación de medicamentos al Brasil para poder contener a las personas que estaban en tratamiento. Se consiguió la donación de una importante cantidad de medicamentos pero insuficientes para las necesidades que teníamos. En ese año también se suspendieron los estudios laboratoriales de CD4 y Carga viral que sirven de control y seguimiento a las PVVS que ya iniciaron la medicación como también a aquellos que no lo hicieron. Cuando se obtuvo la ampliación del presupuesto, decidieron comprar medicamentos y no reactivos para los estudios porque según el Programa Nacional, era más importante la medicación que los exámenes laboratoriales.

Cuarto desabastecimiento: Se inicia en octubre del 2000, al acabarse los medicamentos donados por Brasil y se extendió hasta enero del 2001. Se solicitó ampliación de presupuesto que no fue concedida sino hasta diciembre de aquel año pero recién en enero del 2001 cuando se pudieron adquirir los medicamentos. También con la falta de reactivos para los estudios de CD4 y Carga viral.

Quinto desabastecimiento: de ARV's y seguimiento laboratorial nuevamente. Fue en febrero del 2001 hasta abril del mismo año cuando se restituyeron los ARV que duraron tres meses, sin reactivos para CD4 y carga viral. Con la presión de la Fundación Vencer y otras organizaciones y redes internacionales se consiguió la reprogramación presupuestaria para la compra de ARV's.

Sexto desabastecimiento: fue en julio del 2001 hasta enero del 2002.

Séptimo desabastecimiento: ocurrió en octubre del 2002 hasta mayo del 2003. Este ha sido el período más largo de desabastecimiento de ARVs y de seguimientos laboratoriales.

Octavo desabastecimiento: A partir de noviembre del 2003, entre la firma de reprogramación, licitaciones y compra de medicamentos pasaron cuatro meses hasta que finalmente en febrero del 2004 llegaron los medicamentos, pero por muy poco tiempo. Hay que agregar la falta de estudios de CD4.

Noveno desabastecimiento: Del 19 al 26 de marzo del 2004, se produjo una semana de interrupción de medicamentos como la Nevirapina, la Lamivudina y otros. Tampoco hay seguimientos laboratoriales. En el transcurso de este último desabastecimiento sólo nos entregaron AZT, lo que significa que el PRONASIDA hoy está avalando solamente la monoterapia, ya que la mayor cantidad de PVVS, no podemos comprar los ARVs.

Décimo desabastecimientos: Del 3 de mayo al 13 de mayo del 2004, fue interrumpida la provisión del Ritonavir.

Décimo primer desabastecimiento: Del 17 de mayo al 12 de julio, del 2004, fue interrumpida la provisión de la Lamivudina y luego todas las drogas Antirretrovirales.

Duodécimo desabastecimiento: Asimismo, después de casi un mes de reposición, nuevamente a partir del 5 mes de agosto faltó la provisión de la Lamivudina hasta finales de octubre. Finalmente, en cuanto a los estudios laboratoriales de CD4 y Carga Viral, hasta la fecha siguen sin proveerse por el PRONASIDA. Esto último por omisión por parte del Estado de incluir dichos requerimientos en el presupuesto del PRONASIDA.

Los estudios

Cada interrupción en el suministro del tratamiento de ARV's ha tenido, entre la solicitud de ampliación presupuestaria, el llamado a licitación y la compra de medicamentos, una duración de no menos de tres meses. El séptimo desabastecimiento fue el más largo con una duración de ocho meses. El mecanismo utilizado para la adquisición de medicamentos fue siempre la compra directa.

En total suman doce desabastecimientos. Esto ha significado la aparición de Enfermedades Oportunistas, el aumento de internaciones y la pérdida, a lo largo de nuestra trayectoria, del 50% de los PVVS integrantes de la Fundación Vencer. En el cuadro que sigue exponemos el total de fallecidos desagregado por sexo y sus edades.

Cuadro 3. Casos de muertes por desabastecimientos según sexo y edad

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-14 años			10
15-24 años			
25-34 años			
35-44 años			
45 años y más			
Total	76	15	

Los estudios de Carga Viral y CD4, se habían reiniciado en noviembre del año 2003 pero nuevamente en enero del 2004 fueron suspendidos, porque se priorizan los medicamentos debido a que no se presupuesta lo suficiente para cubrir ambas necesidades. Estos estudios de CD4 y Carga Viral se recomiendan hacerse antes de iniciar el tratamiento Antirretroviral y una vez iniciado, de ser posible cada 3 o 6 meses, para evaluar la eficacia de los medicamentos y decidir el cambio de la terapia ARV, si fuere necesario, son de vital importancia para el monitoreo y evaluación del tratamiento de las PVVS.

3.2 Casos de alto riesgo para las PVVS

Más de 700 PVVS, están a la espera de iniciar su tratamiento ARV, sin estudios laboratoriales ni medicamentos disponibles. Debido a la falta de estudios laboratoriales y Antirretrovirales, se ha deteriorado rápidamente la calidad de sus vidas, las cuales están siendo puestas en riesgo una y otra vez.

Muchas personas han aprovechado la necesidad de las PVVS de continuar su tratamiento ARV, comercializando con las drogas que debían ser gratuitas y no han dejado pasar la oportunidad de sacar provecho económico de estas drogas, muchos compañer@s han sido objeto de esta injusticia.

Otra situación también alarmante es la atención directa a los niños, pues no existen posibilidades de que accedan a los estudios laboratoriales ni tratamientos profilácticos, y debido a la falta continua de medidas preventivas muchos niños están naciendo con VIH/SIDA.

En el interior del país la situación es mucho peor, no tienen asistencia integral, y menos medicamentos ARVS, algunos se trasladan a Asunción, otros acuden a las zonas fronterizas como Posadas, Ponta Porá, Foz de Iguazú y Formosa para buscar atención integral, estudios laboratoriales de CD4 y Carga Viral, para seguir viviendo, negando incluso su nacionalidad para poder ingresar al Programa.

Además de esto, durante los desabastecimientos años atrás, el Dr. Iván Allende de la ONG Equidad, como médico del I.M.T, ha iniciado varios tratamientos de ARVs a las PVVS, sin informar al Programa Nacional. Esta acción la realizó negligentemente, sin garantizar la continuidad de dichas drogas a las personas que accedieron a esos medicamentos. Esto lo consideramos y lo denunciamos como un crimen ya que, de manera irresponsable y contando con la desesperación de muchas personas se dio inicio a varias terapias sin informar sobre los efectos que produce el corte de medicamentos.

Si estas personas no están registradas en el PRONASIDA, el proceso de medicación no se rige por el Protocolo Nacional de Acceso a Tratamiento Antirretroviral, elaborados por la Junta Médica, lo cual implicaría que no se pueda solicitar al Estado más presupuestos para medicamentos, precisamente por no contar con la población real de las PVVS, en tratamiento.

El Dr. Iván Allende hizo pública esta acción, en una exposición hecha en el IV Congreso Paraguayo de Infectología en octubre del 2003, ante la presencia de representantes de la Red de ONGs, que trabajan en VIH/SIDA Paraguay, médicos, laboratorios y PVVS. Desde el marco de los Derechos Humanos de las PVVS, estamos totalmente en desacuerdo con que se inicien tratamientos sin adecuarse a las Normas Internacionales vigentes y lo más importante, sin la garantía de dar continuidad a las terapias ARVs y seguimientos laboratoriales.

4. Evaluación costos/beneficios para el Estado

En la actualidad, la dificultad para demostrar el beneficio o eficiencia del gasto destinado por el Estado a atender los derechos de las PVVS, se debe a los constantes cortes de los tratamientos que generan innumerables e inútiles gastos y pérdidas, tanto a las PVVS como al Estado, como son:

- Las apariciones de enfermedades oportunistas, resistencia a las terapias existentes en el país, medicamentos y tratamientos, hospitalizaciones frecuentes, la mortalidad y morbilidad asociadas al VIH/SIDA.
- Las interrupciones laborales y educativas, las horas de trabajo perdidas y las incapacidades parciales o totales derivadas por la infección del VIH.
- El aumento de niños con VIH/SIDA y huérfanos a causa del SIDA.
- La mortalidad.

Si el Estado invirtiera inteligentemente en Políticas Integrales de Salud con relación al VIH/SIDA, lo cual requiere otorgar “prioridad” a lo preventivo y curativo, se ahorraría muchísimos recursos económicos y operativos al reducir las hospitalizaciones, la Transmisión Vertical y la Mortalidad. Lo cual, por otra parte, resulta imprescindible para alcanzar la integración social y el desarrollo del país.

En el análisis del comportamiento del mercado, el Estado, frente a los requerimientos de las PVVS, se refleja la necesidad de discutir cómo se asignan los recursos del Estado. Es necesario, garantizar tanto la provisión regular de los Antiretrovirales como de reactivos para los controles laboratoriales a través, de los estudios de CD4 y CV, adoptando esquemas Protocolizados para el inicio de los tratamientos, esquemas de recambio y estudios de resistencia. Todo ello sin interrupción.

La Fundación Vencer, estima que los costos para la familia de una persona internada por enfermedades oportunistas en hospitales públicos durante 15 días, es de aproximadamente unos 3.000 US\$ (incluyendo sala, estudios laboratoriales, insumos básicos, medicamentos, alimento, pasajes, etc.). Es más, dicho costo de internación en el caso de consultorios privados ascendería a más del triple. A este cálculo, además, es preciso adicionarle el costo para el Estado, que se calcula en aproximadamente 1.500US\$ (profesionales de la salud, dietas, camas, exoneraciones, limpieza, reactivos, etc.). Esa suma 4.500 S\$ se establece como el costo básico per capita de internación de una persona sin tener en cuenta el reingreso.

Como suele ocurrir frecuentemente, en muchos de los casos, una persona se interna dos a tres veces al año, la cifra ascendería a 13.500 US\$ anuales aproximadamente.

El proceso de toma de decisiones para determinar las políticas sociales y de salud, debe ser visto como un proceso y los efectos. Veamos el siguiente cálculo.

Cuadro 4. de Costos – Beneficios

Cantidad de PVVS	Costo Anual de la Medicación y reactivos laboratoriales (US\$)	Costo Anual de Internación (US\$)	Beneficio sin internaciones (Tratamiento continuo) (US\$)
1	2.832	4.500	1.668
96*	271.872	432.000 (1 ingreso)	160.128
380	1.076.166	1.710.000	633.840

* *Elaboración propia en base a datos del IMT. 2002*

Analizando los datos en relación per capita, el ahorro por parte del estado es de 1.668 dólares en un año. Conforme se avanza la cantidad de PVSS, por ejemplo 96 personas, el ahorro representará 160.128 dólares, dado que el costo de internación ascendería más de 432 mil dólares frente a un tratamiento con un costo menor, de algo más de 271 mil dólares.

El mismo cuadro demuestra, para el conjunto estimado en la actualidad que están demandando atención al Estado, 380 PVVS, el ahorro anual de más de “633 mil dólares” para el Estado proveyese efectivamente un tratamiento continuo a las PVVS, en lugar posteriormente de gastar en internación por la falta de tratamiento.

Por consiguiente, si el Estado invirtiera adecuadamente en la problemática del VIH/SIDA está visto que se evitarían fracasos y además se aumentaría la eficacia en la utilización de los recursos, en lugar de destinarse en internaciones y demás gastos que éstas demandan. Es decir se podría garantizar Tratamiento ARVs, a más PVVS.

En definitiva, hasta el presente, el Estado no se percata de que el actual comportamiento errático de su política de inversión o, mejor dicho de desinversión, implica en el mediano y largo plazo un sustancial incremento del gasto, además de no reducir la propagación de la epidemia.

Lógica irracional y de ineficiencia económica que choca frontalmente con la falta de disponibilidad material de las PVVS para solventar los gastos de tratamiento y cuidado, todo lo cual explicaría en gran parte del exponencial número de mortalidad de PVVS en el Paraguay.

En efecto, por ejemplo, según datos oficiales de un Hospital de referencia, el Instituto de Medicina Tropical (I.M.T), en el año 2002, tuvo 96 pacientes con VIH/SIDA internados, algunos de ellos con reingreso, ascendiendo a un costo aproximado de 864.000 U\$S.

Tengamos en cuenta que los precios de Antirretrovirales, han disminuido considerablemente, por lo que en todos los países en desarrollo, incluyendo los de América Latina y El Caribe, se está considerando el Acceso Universal a los ARVs, aún en los países económicamente débiles. En países como Brasil, Argentina, Uruguay, tienen cobertura universal, en otros países como Chile, con ayuda internacional los gobiernos están haciendo esfuerzos para alcanzar el 100 % de cobertura.

La urgencia de emprender una nueva política pública es una cuestión muy sensible para la salud humana de la población paraguaya, se hace más imperiosa si se tiene en cuenta las implicancias del ALCA (Tratado de Libre Comercio de las Américas) que actualmente se está negociando, dada las disposiciones que EE.UU. quiere asegurarse en materia de propiedad intelectual sobre los medicamentos genéricos, quedando así las grandes multinacionales farmacéuticas con la exclusiva provisión y regulación de los precios de todas las terapias y medicinas para las personas que ahora y en los próximos años vivirán con el VIH/SIDA

Paraguay todavía no se ha decidido a fabricar productos farmacéuticos genéricos como lo han hecho otros países hermanos, esto está generando una situación estructural de discontinuidad en la provisión de medicamentos y el seguimiento laboratorial, provocando así el aumento de la mortalidad y la morbilidad asociadas al VIH/SIDA en el territorio paraguayo. Por ello, es necesario garantizar la provisión continua de las drogas así como el seguimiento periódico de marcadores de progresión de la enfermedad, el recuento de los CD4, la Carga Viral y la determinación fenotípica y genotípica, que permiten conocer las resistencias creadas por el virus ante uno o más medicamentos determinados, e indicar así su recambio.

Desde el ámbito de la sociedad civil, sin embargo, hay perspectivas más alentadoras. Por ejemplo, hay cincuenta PVVS con Tratamiento ARV, que no han sufrido desabastecimiento, gracias al apoyo y contención de la Fundación Vencer y a donaciones solidarias. Es por ello que en las PVVS, afortunadamente, no se han observado ningún caso de internación, infecciones oportunistas y menos la muerte. Como se desprende de este rápido análisis, las violaciones a los derechos humanos fundamentales a las PVVS, sufriendo cortes en la medicación, implican cargar con severas consecuencias.

5. Acciones de la Fundación Vencer

A partir de la constatación de los primeros desabastecimientos de ARV, la Fundación Vencer comenzó a llevar adelante acciones de reclamo y movilización en pro de la restitución de medicamentos así como, denuncias de las cotidianas prácticas de discriminación por parte, paradójicamente, de profesionales en salud hacia las PVVS.

5.1 Algunas acciones advocacy

Inicialmente, desde 1998, año en que se produce el primer desabastecimiento nuestra Organización se convirtió en la primera en Paraguay en defender los Derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, en un gran esfuerzo de poner nuestras prioridades en la agenda y promoverlas hacia otros individuos, entidades y organizaciones (véase en Anexo recortes periodísticos al respecto).

a. Denuncias por desabastecimiento

Con respecto a la falta constante de suministros de ARVs y seguimiento laboratoriales, hemos realizado las denuncias correspondientes ante las instancias competentes empezando por el PRONASIDA y siguiendo con el Ministerio de Salud, el de Hacienda, el Parlamento Nacional a través, de sus Comisiones de Salud, Derechos Humanos, y Hacienda.

b. Cabildeo

Otra acción permanente ante el desabastecimiento es el lobby en el Parlamento para conseguir ampliación del presupuesto para la compra de medicamentos y reactivos. En cada uno de los casos el PRONASIDA ha hecho la solicitud formal ante el cuerpo Legislativo, que al ser aprobada es utilizada en forma inmediata para el pago de deudas atrasadas y lo que resta se utiliza para la compra de los Antiretrovirales. Desde el principio, la Fundación VENCER a presionado al Parlamento acompañando las solicitudes de ampliación presupuestaria del PRONASIDA.

c. Gestión en la adquisición de ARV's

La Fundación Vencer también ha gestionado la donación de medicamentos ante las autoridades de Gobiernos Internacionales, a través de sus Embajadas en nuestro país, es el caso de Brasil, Argentina, Estados Unidos, España; Japón, Alemania y otros, sin embargo, en todos los casos nos han respondido que no contaban con fondos para este tipo de apoyo. Del mismo modo y con el mismo resultado se han hecho gestiones ante otras entidades internacionales tales como Amnistía Internacional, ONUSIDA Paraguay, ONUSIDA Regional y la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ).

El representante del Grupo Temático de ONUSIDA, del que la Fundación Vencer forma parte a través, de la Red de ONG's que trabajan en VIH/SIDA en Paraguay, propuso al gobierno nacional una vía que mejoraría el uso de los recursos financieros disponibles, mediante el empleo de los mecanismos de gestión y compra del sistema de las Naciones Unidas.

d. Inclusión al Grupo Temático de ONUSIDA

El Grupo Temático de ONUSIDA en Paraguay está integrado por las agencias del sistema de las Naciones Unidas, las agencias de cooperación bilateral de Estados Unidos y Alemania, la OPS, la OMS y el PRONASIDA. A partir, de la conformación de la Red de ONGs que trabajan en VIH/SIDA en Paraguay, en el 2002 y la solicitud de ésta de integrar el Grupo Temático, existen dos representantes uno por las PVVS, y otro por el sector civil, donde a través de una representante, la Fundación Vencer lleva nuestras, necesidades, demandas y datos de la realidad de las personas que viven con VIH/SIDA en Paraguay.

UNGASS

Recuérdese que el Paraguay ha suscrito la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de la Asamblea Extraordinaria de las Naciones Unidas (UNGASS) y el Acuerdo de los Ministros de Salud del MERCOSUR más Bolivia, y Chile, mediante los cuales se compromete a desarrollar Políticas de Prevención, Atención y apoyo en VIH/SIDA. En la Asamblea de las Naciones Unidas, nuestro país se comprometió a ampliar lo antes posible el acceso a tratamiento con ARVs y a contribuir a la “gran alianza mundial”.

e. Gestión para el apoyo en Redes

La experiencia adquirida en el transcurso de los años de militancia nos condujo a la idea de que conformando redes institucionales de apoyo podríamos lograr una mayor incidencia política para el acceso al tratamiento antirretroviral, como una defensa de los Derechos Humanos en forma conjunta, movilizándolo y sensibilizando a la sociedad civil.

Fue así que nos convertimos en uno de los principales interesados en promover la creación de la Red de Organizaciones no Gubernamentales que trabajaban en VIH/SIDA en Paraguay, creada en Paraguay en el año 2002 con el apoyo de ONUSIDA y la GTZ, siendo Vencer la única Organización de PVVS.

A nivel internacional, hemos obtenido el apoyo solidario de organizaciones y redes regionales e internacionales fraternas ante nuestras denuncias a través de cartas y donaciones de medicamentos, merece ser destacado el apoyo del Movimiento Latino Americano y del Caribe de Mujeres Positivas, del Foro MERCOSUR, de la REDLA+ , ICW, AGUA BUENA, entre otros.

f. Alianzas regionales

El Acta de Negociación Regional quedó finalmente suscrita por diez países de América Latina; ellos son: Argentina, Bolivia, México, Venezuela, Uruguay, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Paraguay. Los laboratorios de ARVs involucrados son Filaxis, Combino Pharm, Rontag, Richmond, Abbot, Refasa, Cipla, Ranbaxy. Las compañías Merck, Glaxo, Roche y Bristol no participaron. Las empresas de insumos para diagnóstico y seguimiento asumieron un compromiso formal. Los resultados presentados fueron una reducción del 30% al 92% en el precio de la triterapia de primera línea tomando como base el precio bajo existente en la región.

Foro Mercosur

Ante la conformación del Foro MERCOSUR, que se llevó a cabo en Río de Janeiro en el año 2002. Vencer en representación de la Red de ONGs con trabajo en VIH/SIDA en Paraguay, conjuntamente con representantes de Chile, Brasil, Uruguay, Bolivia, y Argentina solicitamos la compra en bloque de los medicamentos ARVs, para los países que no accedíamos en forma continua y la inexistencia de otros medicamentos a menor costo.

g. Pronunciamientos, comunicados SOS y denuncias ante la prensa

Durante la conmemoración de los 8 años de activismo y lucha por la vida, la Fundación Vencer lanzó un Pronunciamiento de las PVVS, denunciando el corte abrupto de la triterapia y el pasaje a la biterapia sin ningún tipo de consideración, los constantes recortes de medicamentos tanto para los adultos como para los niños. Ante estas denuncias siempre hemos recibido la adhesión solidaria de personas a través de cartas de apoyo, firmas de repudio y otras acciones.

Desde 1998 hemos realizado doce Comunicados SOS, denuncias por suspensión de medicamentos a nivel nacional e internacional, pedidos de donación de medicamentos a varios países. Hemos realizado denuncias ante todos los Medios de Comunicación.

Cabe destacar que la lucha conjunta en la región de Latinoamérica y El Caribe, por el acceso universal y gratuito a los ARVs y seguimiento laboratorial, es lo que nos ha retroalimentado en todo este tiempo y nos fortalece de tal manera a conocer nuestros derechos, empoderarnos y así poder luchar por nuestras vidas.

h. Proyectos

i. La propuesta al Fondo Global

La propuesta al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y Malaria presentada por el Mecanismo de Coordinación País, integrada por el Gobierno, la Red de ONGs que trabajan en VIH/SIDA en Paraguay, Organizaciones de Base Comunitarias, Organización de PVVS, Agencias Internacionales, OPS, OMS, las FF.AA, la Sociedad de Infectología y otras instituciones fue presentada en el año 2002 pero fue rechazada. Otra propuesta fue presentada a una tercera convocatoria y solo se aprobó el Proyecto

Tuberculosis quedando la propuesta SIDA para una cuarta ronda de evaluación, que nuevamente fue rechazada y en donde presentamos una apelación ante el Fondo Global.

ii. Proyecto Brasil

En el 2003, conjuntamente con el PRONASIDA, la Red de ONGs y ONUSIDA hemos presentado un Proyecto al gobierno brasileño, a través del cual se daría inicio de la triple terapia ARVs a 100 PVVS, por un año, además de la capacitación, entrenamiento en atención y manejo de pacientes. Este proyecto fue aprobado y recién en la quincena de mayo del 2004 se dio inicio al mismo.

iii. Farmacia Comunitaria

Gracias a las donaciones de las ONGs de Argentina, NEXO Y OFES, recibimos los ARVs, para más de 100 PVVS. Algunos ARVs y algunas medicaciones para enfermedades oportunistas que los compañeros/as, ya no utilizan se vuelve a dar a otro/a persona que lo necesite. Enviamos una nota al PRONASIDA, informando de la cantidad y tipo de drogas donadas, que luego son distribuidos con la receta del Programa Nacional, en forma gratuita para quienes alcance. Ante el llamado de solidaridad, estas dos organizaciones han donado los ARVs, desde el 2.000 hasta la fecha.

5.2 Ideal vs. realidad

Lo ideal sería que el Estado paraguayo cumpliera los Compromisos asumidos tanto a nivel Nacional como Internacional, lo que es su deber, ni más ni menos.

Los desabastecimientos de Antirretrovirales, como de reactivos para CD4 y Carga Viral y en algunos casos hasta de insumos para los Tests de Elisa, no son el panorama más favorable de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. La realidad con la que lidiamos día a día es la que describimos en este material, el Gobierno no asigna recursos suficientes para la Prevención, el control, el seguimiento en VIH/SIDA, y el tratamiento, lo que provoca un aumento en la transmisión, el deterioro de la calidad de vida y la mortalidad de las PVVS.

La discriminación que cobra las más diversas formas, recae en la desidia del Estado, en sus instituciones ineficientes y en personas inescrupulosas, que avasallan los Derechos Humanos básicos de las personas que viven con VIH/SIDA y que no pueden iniciar su tratamiento o darle continuidad tanto como el de las personas que aún no viven con el virus pero, que corren el riesgo al no haber Políticas Públicas que contengan la situación.

6. Conclusiones

Este trabajo nos muestra que hay dos grupos de personas: las personas que viven con VIH/SIDA y las que no, iguales entre todos, pero diferentes en la elaboración conceptual de lo que es calidad de vida. No nos diferencia otra cosa, ya que el virus está en el ambiente, en todas partes, en nuestra sociedad, de ahí lo adquirimos nosotros.

Hoy nos referimos a ese otro virus que padecen las personas que no tienen el VIH; un virus más terrible, tan letal o más que el otro, el virus de la discriminación. Discriminación de la que somos víctimas nosotros/as, abierta o solapadamente, inocente o grave, suave o gritada. Esta discriminación la vivimos en las siguientes dimensiones:

Familiar: el rechazo de las personas de nuestro entorno más cercano, de nuestros afectos. Es difícil decir que es la peor de todas pero, por lo menos es la que primero nos lleva a la mentira, la depresión, el ostracismo, la incapacidad de reacción. Al perder nuestro sostén afectivo algunos de nosotros/as debe vivir su problema en absoluta soledad, como consecuencia de los prejuicios, falta de educación y sensibilización respecto, a lo que implica ser una persona que vive con VIH.

Social, política y cultural: cuando muchas personas no comprenden que nuestro estado de salud NO es incapacitante, limitante, o diferente a otras enfermedades y se niegan a proveernos trabajo, atención a nuestra salud o medicación. Aquí se dan como ejemplo: empleadores, el seguro social, la seguridad médica privada, el mismo PRONASIDA. Otra situación de discriminación permanente la vivimos ante un viaje a otro país y nos solicitan el Test de Diagnóstico de VIH para ingresar o permanecer. Lo mismo ante la solicitud de empleo o ingreso en centros de enseñanza o de formación incluso hasta en algunos lugares de esparcimiento.

Como parecería indicar en el Paraguay, donde prevalece el lucro, se transpone el mero límite de la discriminación, para generar muchas veces conductas delictivas, transgrediendo la misma Constitución Nacional, la igualdad ante la ley, tratados internacionales, y con ello los derechos humanos más básicos; los cuales en otros países sí son respetados jurídicamente. Derechos garantizados en la condición del raciocinio humano en la mayoría de las naciones civilizadas, donde la dignidad de la persona humana, conjuntamente con la vida y la libertad, son todavía los valores más preciados.

Pero, la más grave de todas las discriminaciones es la del Estado, que no tutela ni protege, a un sector de la población que va en aumento progresivo. Los mecanismos legales y de control, no son cumplidos por los propios órganos oficiales, que son los brazos ejecutores de la política de una Nación, postergando nuestras reivindicaciones, donde el tiempo es de fundamental importancia ya que, nuestra lucha diaria es contra el tiempo.

Si se pretende una país mejor con justicia para todos, es preciso dejar atrás el “no innovar” presupuestario respecto a la cuestión del VIH/SIDA, introduciendo el debate de la crisis actual de la escasez de recursos para las necesidades humanas de las PVVS, dejando atrás la discontinuidad, las suspensiones parciales y temporarias comentadas en este breve

documento, lo cual supone la responsabilidad política para priorizar una cobertura universal para las PVSS, que actualmente estamos sufriendo fuertes procesos de exclusión.

Es indudable que, para dicha innovación a favor del valor intrínseco de la vida humana, es una condición necesaria, cambiar los prejuicios o juicios de valor negativos y las concepciones subjetivas y erradas relacionadas con la epidemia, precisamente, por parte de quienes tienen responsabilidad de la toma de decisiones y en el diseño de políticas públicas, por ejemplo, concretamente para renovar la dotación de recursos presupuestarios para prestar los servicios (y reorientar las prestaciones) de un programa como el PRONASIDA.

Asimismo, en muchas oportunidades las personas que vivimos con el VIH/SIDA estamos contando diariamente cómo se traspasan nuestros derechos: a la vida, la seguridad, la igualdad, la integridad física, psíquica y social, la intimidad, la libertad, el trabajo, y por sobre todo el derecho a la salud. A los PVSS nos duele decir que los que debían entendernos, atendernos y conocer de esta condición, como los trabajadores de salud y las instituciones de servicio de salud, inexplicablemente no acusan recibo de los tiempos que estamos transitando, y nos discriminan, mirando de reojo y sobre sus hombros el destino de muchas personas, que deberían ser el sujeto de sus profesiones, con resabios de autoritarismo y falta de compasión. Salvo honrosas excepciones.

Estas palabras no tienen la intención de generar resentimientos, pero sí hacer retumbar fuertemente nuestras inquietudes, nuestras necesidades humanas, y que sus vibraciones golpeen la sensibilidad, y que los organismos y personas comprometidas con este campo humano, sepan que los necesitamos sin dobleces, sin dobles discursos, sin hipocresías; los necesitamos con generosidad, comprensión y solidaridad.

6.1 Necesidades urgentes:

Tratamiento Antirretroviral para las personas viviendo con VIH (alto costo a pesar de negociaciones para la reducción de precios y ajuste a Protocolos Internacionales para países de recursos limitados).

Ampliar las actividades de prevención hacia grupos específicos y población general, en especial la prevención de la transmisión vertical (de madre-hijo) del VIH y de la sífilis congénita.

Investigación en grupos específicos y población general sobre expresiones comportamentales de la sexualidad.

Fortalecimiento del componente de Vigilancia Epidemiológica para monitorear el comportamiento de la epidemia a fin de orientar las acciones.

Asignación de presupuesto al componente de otras infecciones de transmisión sexual, para trabajos de prevención, asistencia y laboratorio.

Fondos para descentralización hacia las regiones sanitarias y empoderamiento de la comunidad de la problemática (trabajo de proceso)

6.2 Propuestas para hacer y mejorar

Las intervenciones mediante las cuales se puede modificar el curso de la epidemia son fundamentalmente:

i. La prevención “primaria”. Esto significa evitar la transmisión del VIH a la población en general, fundamentalmente a través de la información y sensibilización continua y actualizada, por ejemplo, concienciando de la importancia del diagnóstico precoz (por ejemplo Test de Elisa).

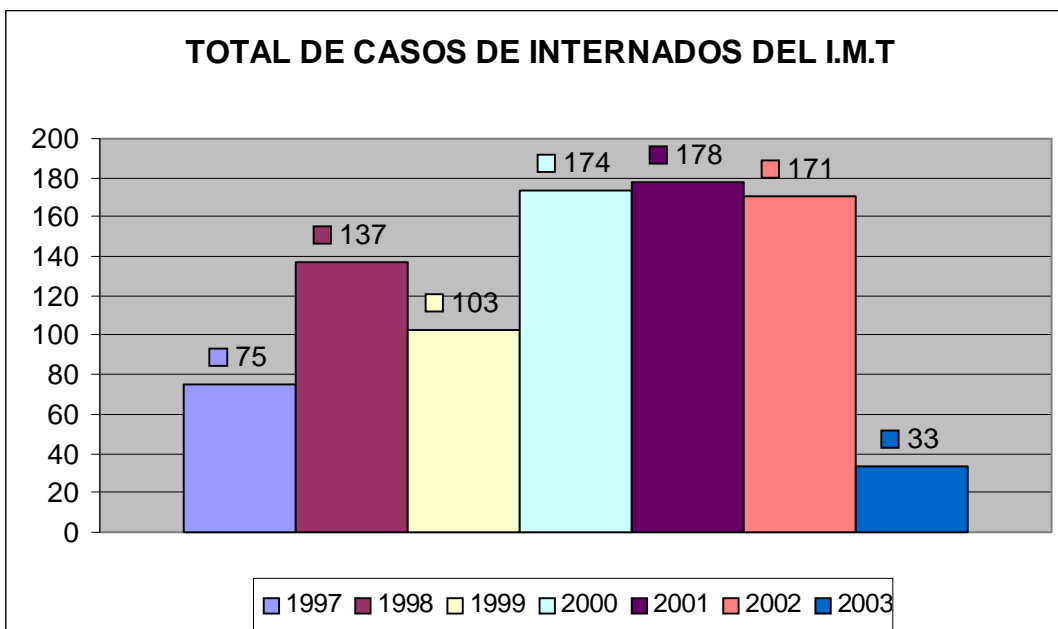
ii. La prevención secundaria: Esto significa la atención integral, médica, psicológica y social de las personas que viven con VIH/SIDA, para evitar la aparición de infecciones oportunistas y las reinfecciones. Objetivos que se logra mediante la cobertura integral, información. Sensibilización y educación a las PVVS.

iii. La prevención terciaria: Evitar la internación y la muerte, garantizando la atención médica con calidad y calidez de forma gratuita en todos los servicios hospitalarios públicos y privados del país.

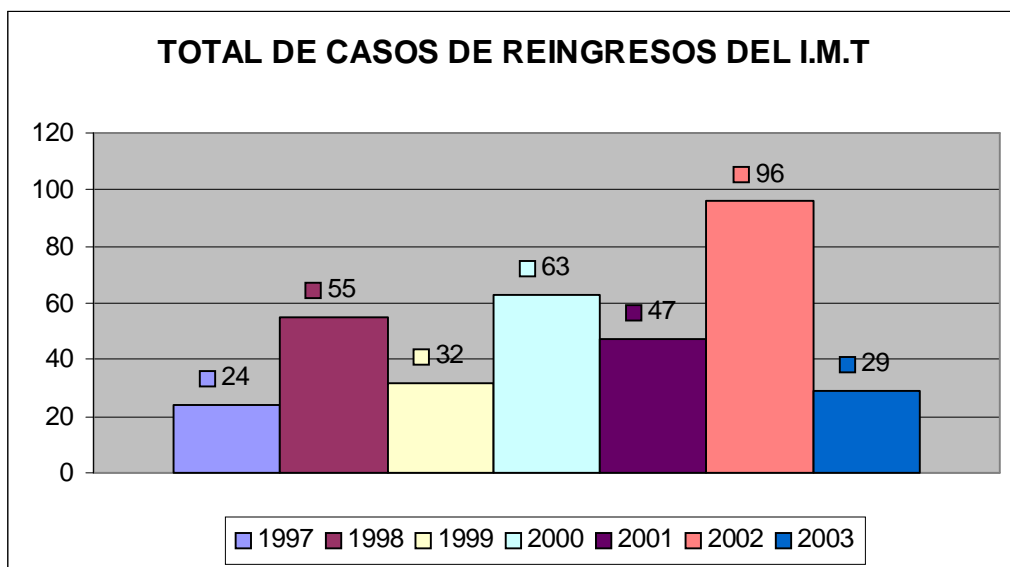
ANEXOS

Anexo I. CUADROS COMPARATIVOS DE DESABASTECIMIENTOS

TOTAL DE INTERNADOS EN EL I.M.T														
PEDIATRÍA	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
EDADES	3	4%	7	5,1%	2	1,9%	25	14,4%	31	17,3%	15	8,8%	4	12,1%
Menor de 1 año	1		2				4		6		7		1	
1-4 años	2		5		2		14		20		1		2	
5-14 años							7		5		7		1	
HOMBRES	48	64%	92	67,1%	80	77,7%	112	64,4%	98	55%	104	60,8%	18	54,5%
15-19 años	1				4									
20-39 años	38		71		56		92		78		78		14	
40-49 años	6		18		16		14		13		19		1	
50 y mas años	3		3		4		6		7		7		3	
MUJERES	24	32%	38	27,7%	21	20,4%	37	21,2%	50	28,1%	52	30,4%	14	42,4%
15-19 años	2								1		6		2	
20-39 años	19		33		20		33		42		35		8	
40-49 años	3		4		1		2		6		3		1	
50 y mas años			1				2		1		6		3	
TOTAL	75	100%	137	100%	103	100%	174	100%	178	100%	171	100%	33	100%



TOTAL DE REINGRESOS														
PEDIATRÍA	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
PEDIATRÍA		0%	5	9,1%	1	3,1%	9	14,3%	16	34%	10	10,4%	2	6,9%
Menor de 1 año			1						2		4			
1-4 años			4		1		7		12				1	
5-14 años							2		2		6		1	
HOMBRES	17	70,8%	32	58,2%	26	81,2%	42	66,7%	17	36,2%	57	59,4%	17	58,6%
15-19 años													2	
20-39 años	14		23		16		35		13		45		12	
40-49 años	3		7		8		5		3		10			
50 y mas años			2		2		2		1		2		3	
MUJERES	7	29,2%	18	32,7%	5	15,6%	12	19,8%	14	29,8%	29	30,2%	10	34,5%
15-19 años											7		2	
20-39 años	7		17		5		12		14		19		5	
40-49 años			1										1	
50 y mas años											3		2	
TOTAL	24	100%	55	100%	32	100%	63	100%	47	100%	96	100%	29	100%



Total de defunciones														
PEDIATRÍA	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
	1	6,7%	1	3,1%		0%	2	4,5%	2	3,9%		0%	2	28,6%
Menor de 1 año	1						1							
1-4 años			1				1		2				1	
5-14 años													1	
HOMBRES	8	53,3%	21	63,6%	28	82,4%	36	81,8%	38	74,5%	33	75%	1	14,3%
15-19 años							1							
20-39 años	8		17		20		24		28		21			
40-49 años			4		7		8		9		7			
50 y mas años					1		3		1		5		1	
MUJERES	6	40%	11	33,3%	6	17,6%	6	13,6%	11	21,6%	11	25%	4	57,1%
15-19 años											1			
20-39 años			7		5		6		9		8		4	
40-49 años			4						2		1			
50 y mas años					1						1			
TOTAL	15	100%	33	100%	34	100%	44	100%	51	100%	44	100%	7	100%

Nota: Estos informes han sido facilitados por un solo Hospital de referencia, el Instituto de Medicina Tropical, sin tener datos oficiales de otras instituciones hospitalarias, como el Hospital de Clínicas, el Hospital Nacional de Itaguá y Hospitales privados. De contar con dichos datos, los resultados obtenidos serían aún más regresivos. La escasa atención que se ha venido dando, ha provocado un alarmante crecimiento de las internaciones por enfermedades oportunistas, resistencia a la terapia y la mortalidad.

ANEXO II. RECORTES PERIODISTICOS

Glosario

Para una mejor comprensión de nuestro trabajo indicaremos el significado de una serie de siglas y abreviaturas que a partir de aquí utilizaremos:

- VIH:** Virus de Inmuno Deficiencia Humana
- SIDA:** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
- PVVS:** Personas Viviendo con VIH/SIDA
- ARV:** Antirretroviral (medicación o tratamiento)
- CD4:** Es una prueba serológica que determina el estado de nuestro sistema inmunológico.
- CV:** Es un examen que mide la cantidad de copias del ARN del VIH presente en la sangre.
- HSH:** Hombres que tienen Sexo con Hombres
- MSM:** Mujeres que tienen Sexo con Mujeres
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- I E C:** Información, Educación y Comunicación
- PRONASIDA:** Programa Nacional de Control de SIDA/ITS
- UDIS:** Usuarios de Drogas Inyectables
- UNGAS:** Declaración Internacional de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA
- VDRL:** Estudio de enfermedades venéreas
- T.V:** Transmisión de madre a hijo
- I.M.T:** Instituto de Medicina Tropical

Bibliografía

Aguayo, Nicolás. Situación actual, prevención y tratamiento de las ITS/VIH/SIDA. En “Memorias del 1º Congreso Paraguayo de Población”. Agosto 2003.

Archivos de la Fundación Vencer, Año 1996/2004.

Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA (UNGASS), Año 2001. Departamento de Información de las Naciones Unidas y ONUSIDA.

Expansión del Tratamiento Antirretroviral en los Entornos con Recursos Limitados. Directrices para un Enfoque de Salud Pública. Organización Mundial de la Salud, Año 2002.

Guía para el uso de medicamentos Antirretrovirales, segunda edición, Venezuela, Año 2002.

Informes estadísticos PRONASIDA, 2003. Asunción

Informes del Instituto de Medicina Tropical, 2003. Asunción.

Normas Nacionales de Tratamiento Antirretroviral para las personas viviendo con VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PRONASIDA). Paraguay, 2003.

Pautas de Tratamiento Antirretroviral en adultos para países de Latinoamérica y el Caribe. OPS/OMS, Washington, DC, octubre de 2002.

Plan Estratégico en VIH/SIDAITS 2001-2004. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/PRONASIDA.

Situación del VIH/SIDA. El SIDA en Paraguay. Situación epidemiológica PRONASIDA. Julio 2004.