



Publicación de la
Coordinación Sida
del Gobierno de
la Ciudad de Buenos Aires

AÑO 3 NUMERO 3 - Julio de 2002
ISSN 1667-829X

Jefe de Gobierno
Dr. Aníbal Ibarra

Secretario de Salud
Dr. Alfredo Stern

Director General
Coordinación Sida
Dr. Claudio Bloch

infosida

CONTENIDOS

Editorial: Educación y VIH. Prohibido prohibir

Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires

Vigilancia epidemiológica: una herramienta estratégica
Dres. Marcelo E. Vila y Sergio Maulen

Mayor participación de las personas con VIH. Del dicho al hecho...

En primera persona

Haciendo caminos. El desafío de la participación
Lic. Ana Bordenave

"Que se escuche cada vez más alta nuestra voz"
Grupo de encuentro - Hospital Muñiz

Qué es un grupo de ayuda mutua
Raúl Resnik

Trabajar con
Alex Freyre

Con las mujeres, su entorno y sus afectos
Red Argentina de Mujeres VVIH

Tratamientos: Nuevas drogas, nuevas familias, nuevas dosis
Dr. Sergio Maulen

La posibilidad de preguntar y responder en la escuela
Lic. Roxana Perazza

Prevención y travestismo: cuerpo, género e identidad
Lics. Victoria Barreda, Virginia Isnardi y Graciela Alarcón

Resultados de análisis de VIH no retirados: un "ruido" que debemos escuchar
Lic. Silvana Weller

Respetar la singularidad para construir un conocimiento compartido
CePAD Casa Joven de Flores

Prevalencia de infección por VIH en la experiencia de un centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico
CePAD Hospital Ramos Mejía

Deconstruyendo tabúes: BDSM
Dr. Ricardo Duranti

Reducción de daños entre usuarios y usuarias de drogas: una experiencia en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires
Asociación El Retoño

Preservando el futuro
Servicio Universitario Mundial

Está permitida la reproducción parcial o total de los artículos con la sola mención de la fuente. Las opiniones vertidas por los autores son de su absoluta responsabilidad. Derechos de la propiedad intelectual: en trámite.



EDUCACIÓN Y VIH: PROHIBIDO PROHIBIR

El pasado 17 de julio, en la Escuela Comercial N° 1 Joaquín V. González ubicada en el barrio de Barracas, se lanzó oficialmente un programa de prevención del VIH-sida elaborado conjuntamente por las secretarías de Educación y Salud. El Jefe de Gobierno, Dr. Aníbal Ibarra, expuso los fundamentos de la iniciativa ante unos doscientos alumnos de ese establecimiento.

La edad de la mayoría del auditorio, sin duda, condicionaba la forma del mensaje. Obligaba a abordar con sencillez las complejas dimensiones que presenta la prevención del VIH: temores, prejuicios, valores, responsabilidad política, compromiso de los padres, derecho a la salud, rol de la educación y de los docentes, respeto por los jóvenes.

Transcribimos a continuación, como editorial de Infosida, las palabras del Jefe de Gobierno, no sólo por la importancia que tiene este programa en escuelas medias, sino porque el contenido del mensaje, la simplicidad con la que fue dicho y la seriedad y atención con que los estudiantes lo escucharon, constituyen la puesta en acto de una definición política estratégica. Para transformar la realidad del VIH no sirve hacer discursos, hay que hablar a las personas valorando lo que saben, respetando su autonomía y sus tiempos, e invitándolas a compartir no sólo los esfuerzos sino también las decisiones.

Siempre hay temas que nos cuesta abordar a nivel personal y como sociedad. A veces cuando somos chicos, nos ocurren cosas serias pero nos cuesta hablar de ellas entre nosotros, con nuestros padres, con nuestros docentes. Y también ocurre al revés: a nosotros, como padres, no nos es fácil acercarnos al mundo de nuestros hijos, saber en qué temas se ven involucrados, conocer lo que les preocupa... y así como hay cosas que nos salen naturalmente, hay otras que resulta más difícil encarar.

Y también como sociedad hay cuestiones que cuestan más. El tema del sida empezó como algo muy lejano, de otros lugares, algo que no tenía que ver con nosotros. Después empezó a acercarse, pero en realidad era un asunto “de ciertos grupos” que no eran los nuestros, los de “la mayoría”. (...) Finalmente entendimos y logramos decir que es un problema de todos, no de determinados sectores: de alumnos y docentes, de padres e hijos, de padres y docentes, de toda la comunidad. Y que cada uno tiene un rol que jugar.

Pero como el sida, entre otras cosas, tiene que ver o puede tener que ver con la sexualidad, aparece otro problema. Muchos sectores dicen “de sexo, mejor no hablar” ... y hasta nos costó plantear el tema del profiláctico. “¿Cómo vamos a hablar de profilácticos en la escuela?!” Y hay que hacerlo, por más que nos cueste. Es la única forma de sincerarnos, e incluso de sincerarnos respecto de nuestras dudas. Nosotros, como grandes, ¿sabemos todo? De ninguna manera, no sabemos todo ni de lejos. También aprendemos del diálogo con los jóvenes. Y mucho. Por eso elaboramos un material de actualización para los docentes, porque queremos que tengan información, herramientas, y puedan responder satisfactoriamente las preguntas que se les hacen... ¿y cuando no se tienen las respuestas? Está bien: vamos a buscar y tratar de encontrar esas respuestas.

Pero la información –voy a usar una palabra un poco difícil– hay que “internalizarla”; usarla para modificar nuestra conducta. (...) Esto forma parte de nuestra manera de encarar el tema, de cómo creemos que se debe involucrar a los docentes, a la educación, a la salud, a los chicos, con una realidad que nos preocupa. Porque no se trata de ser mejores o peores; se trata de que sino hacemos lo que tenemos que hacer se nos van miles de personas, muchas de las cuales pueden morir y muchas que deberán luchar fuertemente con una enfermedad.

Nosotros tenemos que tener remedios en los hospitales –y los tenemos–, pero si no hacemos esto, si no prevenimos, los hospitales se nos van a llenar de enfermos. Y no queremos que la gente llegue enferma a los hospitales, queremos que la gente esté sana. (...)

Entonces, a quienes plantean “relaciones sexuales, palabra prohibida”, les respondemos: “No, no tiene que haber palabras prohibidas”. Discutamos de todo. Hay diferentes criterios, y todos debemos conocer más, involucrarnos y sincerarnos. Con este programa decimos “No vamos a tener miedo, vamos a confrontar con los que no quieren hablar y vamos a demostrar que no hay temas prohibidos”.

Y como este es un programa que llevamos adelante desde el Gobierno de la Ciudad, quiero hacer un reconocimiento a los docentes, porque esto significa romper estructuras y abordar temas que pueden ser complejos. Pero lo hacemos porque creemos en una educación integral. Es importante que ustedes sepan matemáticas, lengua, geografía —está bárbaro saber estas cosas—, pero nos parece importante que la escuela también transmita valores, información y conocimientos vinculados con la vida cotidiana. Sobre todo cuando están involucrados ustedes, los jóvenes. Por eso este esfuerzo, este programa y mi reconocimiento también a ustedes, chicos, que se comprometen, participan en talleres que, en definitiva, son un aporte para la sociedad que los rodea.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

La puesta en funcionamiento de nuevas herramientas de vigilancia epidemiológica durante el año 2002 ha permitido incorporar a este informe, además de los indicadores tradicionales –notificación de casos, vías de transmisión, mortalidad–, otros vinculados a las nuevas infecciones –prevalencias, notificación– y al seguimiento y tratamiento de los pacientes -medicación, estudios, días de internación, egresos hospitalarios-. Además, se presentan los datos elaborados por la Red de Prevención sobre la distribución de preservativos y materiales gráficos en los distintos barrios de la ciudad.

I. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN SITIOS CENTINELA

Una manera de mirar la epidemia es estudiar la prevalencia de la infección por VIH en determinadas poblaciones (poblaciones centinela) a lo largo del tiempo y en determinados lugares (sitios centinela). Este seguimiento permite un análisis de las tendencias de la epidemia.

En los datos disponibles del quinquenio 1998/2002 (tabla 1 y gráfico 1) se observa que la prevalencia en bancos de sangre se ha mantenido invariante en los años 2000 a 2002, pues no se observan diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, la prevalencia en embarazadas muestra una disminución del 32 % entre el año 2000 y el 2003. A partir de este año la caída comienza a ser estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

Otra caída significativa en la medición de las tendencias puede verse en el sitio centinela de población gay, que registra una disminución del 34% entre el 2002 respecto al año anterior. Sin embargo, hay que considerar el tamaño muestral y que el sitio centinela es de una sola institución, lo que puede implicar algún sesgo de selección de la muestra. Son necesarias mayores observaciones para poder precisar cual es la tendencia en este colectivo.

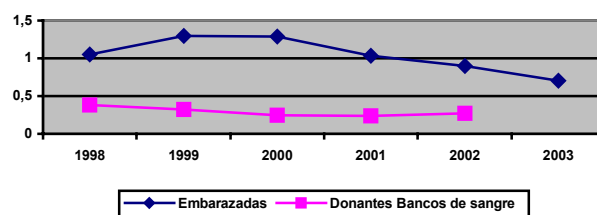
La prevalencia en los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnósticos (CePAD) es sólo representativa de la población consultante y no es una muestra válida como población general, ya que al ser un análisis voluntario, y no un muestreo aleatorio, puede tratarse de un grupo de personas que consultan por tener una mayor percepción de vulnerabilidad.

Tabla 1
Prevalencia* en Poblaciones Seleccionadas 1998-2002
Porcentaje promedio, valores extremos y tamaño muestral

Poblaciones	1998	1999	2000	2001	2002	2003**
Embarazadas	1.05 0.8/1.3 (5887)	1.3 1.0/1.5 (8787)	1.29 1.1/1.4 (26177)	1.03 0.9/1.2 (19666)	0.90 0.8/1.4 (18959)	0.70 0.6/0.9 (9797)
Donantes bancos de sangre	0.38 0.3/0.4 (81.727)	0.32 0.2/0.3 (123.173)	0.25 0.2/0.3 (43.786)	0.24 0.21/0.27 (118.322)	0.27 0.24/0.32 (104.531)	
Población gay			13.01 10.6/15.7 (715)	12.98 10.7/15.6 (763)	8.55 5.9/12.2 (339)	
Trabajadoras sexuales			2.80 1.5/4.9 (436)	2.92 1.0/5.6 (308)	S./D.	
Consultantes ETS				4.17 3.0/5.6 (981)	11.2 7.6/16.2 (232)	
Testeo voluntario (CEPAD)				2.83 1.7/4.5 (601)	2.16 1.5/3.01 (1479)	

* Se utilizó un intervalo de confianza del 95% / **Datos parciales, primer semestre.

Gráfico 1
Prevalencia de VIH en embarazadas y bancos de sangre. 1998/2003



Sitios Centinela que brindaron información durante el año 2002

Embarazadas: Hospitales Fernández, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Maternidad Sardá, Velez Sarfield

Donantes de sangre: Dirección General Adjunta Redes de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y Centro Nacional Red de Laboratorios ANLIS - "Dr. Carlos G. Malbrán".

Población gay: Nexo Asociación Civil y Centro Nacional de Referencia para el Sida.

Consultantes ETS: Hospital Muñiz.

CEPAD: Centros de Salud N° 2, 5, 9, 13 y 20, Casa Joven de Flores.

II. ESTIMACIÓN DE PERSONAS ENTRE 15 Y 49 AÑOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2001

Para realizar esta estimación se partió de los siguientes datos:

- Población 15-49 años en la ciudad: **1.511.984** (Anuario Estadístico 2000/2001. Dirección General de Estadísticas y Censos. GCBA. 2002)
- Población homosexual: **18.269** (Elaboración propia a partir del estudio "Comportamento Sexual da Populacao Brasileira e Percepcoes do HIV/AIDS. Coordenacao Nacional de DST/AIDS; Sao Paulo, setembro 2000). Prevalencia de hombres que han tenido sexo con otros hombres en los últimos cinco años: 2,5%.
- Población de trabajadoras sexuales: **14.000** (Estimación realizada por AMMAR, 2003)
- Población usuaria de drogas inyectables: **5.350** (Elaboración propia a partir del Estudio Nacional sobre sustancias adictivas. SEDRONAR. 1999) Prevalencia del consumo de cocaína en hombres: 5,82%, en mujeres: 1,69%, prevalencia de consumo por vía inyectable: 9,6%. La población usuaria de cocaína no inyectable es de **55.733**
- Población consultante de ETS: **105.839** (Elaboración propia a partir de un estudio realizado sobre 6.875.215 de personas en Brasil, población en situación de pobreza de 13 años y más. Projeto Desenvolvido pela Coordenacao Nacional DST/AIDS. Brasil, PNAD/97). Prevalencia de sífilis: 0,5%, gonorrea: 2,8%; clamydias: 4% y tricomoniasis: 7%.

Teniendo en cuenta las prevalencias obtenidas en los sitios centinela de cada una de estas poblaciones tenemos la siguiente tabla:

Tabla 2 .
Estimación de la población con VIH/sida en base a prevalencias de grupos seleccionados

Poblaciones	Prevalencias*	PVVIH/sida - mínima	PVVIH/sida - máxima
General (15-49)**	0.9 / 1.2	11.815	15.754
Homosexuales	10.7 / 15.6	1.955	2.850
Trabajadoras sexuales	1.0 / 5.6	140	784

Usuarios de drogas inyectables	44.3 / 61.0	2.370	3.264
Usuarios de drogas no inyectables	4.38 / 8.85	2.441	4.932
Consultantes ETS	3.0 / 5.6	3.175	5.927
Total		21.896	33.511

*Los datos de la población sexualmente activa (15/49 años) se obtuvieron de las prevalencias en mujeres embarazadas. La prevalencia en UDI, de trabajos presentados en Barcelona 2002: Rossi, Vila y col. E Inchaurreaga y Siri. La prevalencia en usuarios no inyectables, de un estudio de Weissembacher, M. CNRS, comunicación personal

Se restan las poblaciones con vulnerabilidades diferenciales, quedando: **1.312.793

III. NOTIFICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH-SIDA

Desde octubre de 2002, se inició en la ciudad de Buenos Aires la notificación de las personas a las que se les diagnostica infección por VIH (en forma anónima y con código), además de continuar con la de los casos de sida.

Al 30 de junio de 2003, se han notificado 516 nuevos diagnósticos de personas que viven con VIH-sida en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Si bien los datos son parciales, se realiza un análisis preliminar del total de casos notificados, sin discriminar lugar de residencia:

Se han notificado 284 casos de hombres y 168 de mujeres. La **relación hombre-mujer en las nuevas infecciones es de 1.8**, dato que reafirma una clara feminización de la epidemia. Esa relación en los casos de sida es de 2.8 para el año 2002.

Surge a partir de la nueva ficha de notificación el estadio clínico al momento del diagnóstico de infección (tabla 3). En un 22% de las personas, se diagnosticó la infección a partir de una enfermedad marcadora y el 15% cuando cursaban un cuadro sintomático sin criterio de sida. La suma de ambos grupos (37%) revela el porcentaje de individuos que asisten a los servicios de salud con un cuadro sintomático sin conocimiento de su infección.

El **60% de los diagnósticos de infección** fue efectuado en el **período asintomático**, este porcentaje representa a las personas que accedieron al testeo en forma voluntaria o por recomendación médica.

En cuanto a las vías de transmisión en las nuevas infecciones (tabla 4), se observa que la transmisión heterosexual representa un 56% de las notificaciones. Si se tiene en cuenta que la tendencia de los casos de sida muestra una proporción cada vez mayor de este tipo de transmisión (44% en el año 2002), se confirma la fuerte heterosexualización de la epidemia.

Los hombres que tienen sexo con otros hombres concentran el 27% de las notificaciones, mientras que la vía entre los usuarios de drogas que comparten material de inyección alcanza el 11%.

Los nuevos diagnósticos de infección marcan una caída de la proporción de personas con antecedentes de uso de drogas inyectables respecto al análisis de la serie histórica de casos de sida. Un elemento a considerar es que el 57% de los nuevos diagnósticos en este grupo se realiza en un período sintomático, mientras en el resto de los grupos considerados esta proporción es del 33%, lo que muestra una mayor dificultad en el acceso a los servicios por parte de esta población.

Los casos de infección por transmisión vertical constituyen el 3.9% del total de los diagnósticos. Si tomamos los residentes en la ciudad observamos que ese porcentaje disminuye al 2.5%.

Tabla 3
Estadio clínico al momento del diagnóstico de infección. Octubre 2002/Junio 2003

ESTADIO CLÍNICO	Número	%
S. Retroviral Agudo	8	1.6
Asintomático	305	60.5
Sintomático sin criterio de sida	75	14.9
Sida	110	21.8
Desconocido	6	1.2
	504	

Tabla 4
Vías de transmisión en los diagnósticos de VIH. Octubre 2002/Junio 2003

Vía de transmisión		N°	Porcentaje
SEXUAL	HÉTERO	285	55.8
	HSH	138	27.0
UDI		55	10.8
T.V		20*	3.9
DESCONOCIDO		6	1.2
OTROS		6	1.2

Tabla 5
Diagnóstico de infección por VIH según Hospital. Octubre 2002/Junio 2003

HOSPITAL	NUMERO	PORCENTAJE
MUNIZ	228	49,03
FERNANDEZ	98	21,08
PIÑERO	40	8,60
PENNA	27	5,81
DURAND	13	2,80
GARRAHAM	13	2,80
RAMOS	13	2,80
ARGERICH	10	2,15
RIVADAVIA	5	1,08
ELIZALDE	4	0,86
PIROVANO	4	0,86
ALVAREZ	3	0,65
GUTIERREZ	2	0,43
TORNU	2	0,43
BORDA	1	0,22
MOYANO	1	0,22
VELEZ	1	0,22

IV. PARTOS EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH-SIDA

La notificación de partos en mujeres que viven con VIH-sida se inicio el 1º de enero de 2003. Al 30/04/2003, han sido informados 44 nacimientos en mujeres VIH reactivas.

En la tabla 6 se muestran las instituciones notificantes y en la 7, el momento de diagnóstico serológico. Allí se observa que el **38,6% de las mujeres se enteró de su status serológico durante el embarazo, parto o puerperio**, este es un dato a tener en cuenta, que reafirma la necesidad de ofrecer el testeo a toda mujer embarazada.

Para pensar estrategias preventivas es necesario conocer en qué contexto de vulnerabilidad se encuentran estas mujeres embarazadas, si conocen la situación serológica de sus parejas y cuáles han sido las conductas preventivas que adoptaron o no. Así, se observa que un 59% refiere tener o haber tenido una pareja VIH reactiva, y un 36% manifiesta antecedentes de parejas usuarias de drogas inyectables.

Tabla 6
Notificaciones de partos en mujeres VIH reactivas. Año 2003

HOSPITAL	Nº
Durand	14
Penna	12
Piñero	10
Rivadavia	4

Álvarez	3
Vélez Sársfield	1
TOTAL	44

Tabla 7
Momento del diagnóstico serológico para VIH en mujeres embarazadas. Año 2003.

Momento de diagnóstico	Nº	%
Antes del embarazo	27	61,4
Durante el embarazo	11	25,0
En el Parto	2	4,5
En el Puerperio	4	9,1

V. ANÁLISIS DE LOS CASOS DE SIDA

En Buenos Aires el primer caso de sida se diagnosticó en el año 1983; desde entonces se han notificado en la ciudad 12.700 casos, de los cuales 6757 corresponden a residentes del distrito (52.3%).

Al analizar las vías de transmisión en el acumulado de los casos desde el comienzo de la epidemia (tabla 8), se observa que la principal vía de transmisión es el uso compartido de equipos de inyección durante el consumo de drogas; luego, las relaciones sexuales sin protección entre hombres, mientras que en tercer lugar, aparecen las personas que tienen como única vía la heterosexual.

La transmisión vertical se presenta como antecedente en un 7.64% del total de casos atendidos en la ciudad, y disminuye al 4.1% si se toma en cuenta sólo a los residentes. Asimismo entre quienes que viven en el distrito, hay una mayor aporte de las personas que refieren como vía las relaciones sexuales entre hombres.

Observado la tendencia de los casos a través del tiempo, se aprecia que el año de mayor incidencia¹ fue 1996. A partir de ese momento comienza una tendencia al descenso del número de casos de sida anuales, con la excepción del año 2001. Este incremento se debe a la intensificación de la vigilancia epidemiológica a de fines del año 2000. (tabla 9)

Al analizar la edad de los casos en el último quinquenio se puede ver que, si bien la mayor frecuencia se concentra en la población de 30 a 34 años, en la mujeres el 64% tiene menos de 34, y en los hombres sólo el 50%, lo que pone de manifiesto que las mujeres se infectan en una edad más temprana que los varones (tabla 10).

Tabla 8
**Casos de sida notificados
en la ciudad de Buenos Aires al 30/04/2003**

Vías de Transmisión		RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
		6757 (53,2%)	5943 (46,8%)	12700
UDIS		35,59	38,1	
SEXUAL	HSH	33,45	17,5	
	HETERO	22,66	27,3	
T.V.		4,13	11,6	
DESCONOCIDO		2,74	3,2	
OTROS		1,44	2,3	

¹ Incidencia: Número de casos nuevos
Población expuesta

Tabla 9
Casos de sida en residentes en la
Ciudad de Buenos Aires por año de diagnóstico

AÑO	Casos Notificados	Tasa por cien mil hab.
1983	2	0,1
1984	0	0,0
1985	1	0,1
1986	11	0,4
1987	27	1,0
1988	87	3,2
1989	131	4,9
1990	189	7,0
1991	286	10,6
1992	430	15,9
1993	592	21,9
1994	798	29,6
1995	846	31,3
1996	905	33,5
1997	597	22,1
1998	470	17,4
1999	367	13,6
2000	341	12,6
2001	411*	15,2
2002**	232	
2003**	24	

6757

* Se realiza búsqueda activa de casos no notificados. Durante el año 2001 se notificó un 26% mas de casos, independientemente del año de diagnóstico.

**Datos Parciales.

Gráfico 2

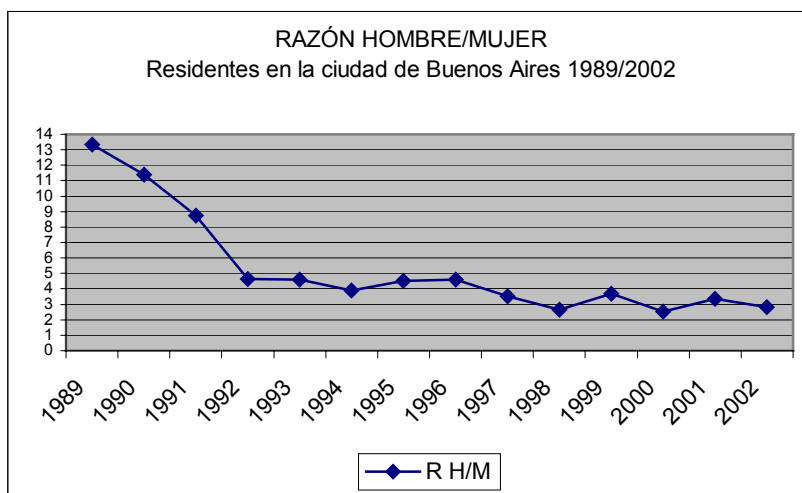


Tabla 10
Casos de sida según grupo de edad y sexo. Años 1997/2002

EDAD	HOMBRES			MUJERES		
	NÚMERO	%	ACUMULADO	NÚMERO	%	ACUMULADO
0-4	28	2,06	2,06	29	6,32	6,32
0-9	8	0,59	2,65	6	1,31	7,63
10-14	2	0,15	2,79	5	1,09	8,72
15-19	5	0,37	3,16	2	0,44	9,15
20-24	54	3,96	7,13	38	8,28	17,43
25-29	233	17,11	24,23	99	21,57	39,00
30-34	364	26,73	50,96	116	25,27	64,27
35-39	284	20,85	71,81	72	15,69	79,96
40-44	162	11,89	83,70	45	9,80	89,76
45-49	84	6,17	89,87	20	4,36	94,12
50 y más	138	10,13	100,00	27	5,88	100,00
	1362	100,00		459	100,00	

Casos de sida según las institución que notifican

En la ciudad de Buenos Aires el subsector público es el que mayor porcentaje de casos de sida notifica (75%). La mayor proporción proviene del Hospital Muñiz, seguido por el Fernández, cuyo servicio de Infectología también se ha convertido en un centro de referencia desde el inicio de la epidemia (tabla 11).

Se realizó un análisis comparativo sobre las notificaciones efectuadas durante el período 2000/2003, en el cual se observa que los dos hospitales de referencia para el sida siguen concentrando la mayor parte de los casos. Sin embargo se va incrementando la participación de otros hospitales como el Ramos Mejía y el Piñero. Un dato a destacar es que la proporción de casos de sida notificados no refleja la misma distribución de pacientes en tratamiento, esta diferencia responde, probablemente, por diversos problemas en el registros de cada una de las instituciones.

Tabla 11
Casos totales y casos notificados
en el periodo 2000/2003, por hospital

CASOS DE SIDA	Totales		2000 - 2003	
	N°	%	N°	%
MUÑIZ	4428	46,54	882	46,08
FERNÁNDEZ	1562	16,42	258	13,48
RAMOS MEJÍA	651	6,84	206	10,76
ARGERICH	601	6,32	49	2,56
GARRAHAN	297	3,12	80	4,18
TORNÚ	278	2,92	60	3,13
PIÑERO	271	2,85	103	5,38
GUTIÉRREZ	231	2,43	62	3,24
ELIZALDE	214	2,25	55	2,87
PENNA	186	1,95	58	3,03
DURAND	156	1,64	19	0,99
UDAONDO	131	1,38	11	0,57
PIROVANO	120	1,26	29	1,52
SANTOJANNI	108	1,14	10	0,52
ÁLVAREZ	79	0,83	14	0,73
BORDA	61	0,64	4	0,21
VÉLEZ SÁRSFIELD	58	0,61	3	0,16
ZUBIZARRETA	48	0,50	3	0,16
RIVADAVIA	22	0,23	5	0,26
MOYANO	11	0,12	2	0,10
FERRER	2	0,02	1	0,05
	9515		1914	

Tendencias de las vías de transmisión en la Ciudad de Buenos Aires

Al efectuar un análisis de las tendencias a través del tiempo en relación a las vías de transmisión de los casos de sida en la ciudad de Buenos Aires, se puede dividir la epidemia en decenios con características diferenciadas (tabla 12 y gráfico 3). En el primer decenio (1983/1992) la mayoría de los casos se dio en hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección (HSH) que constituyeron el 66% del total de los casos. Los usuarios de drogas inyectables que compartieron equipos de inyección (UDI) representaban el 15%, y las relaciones heterosexuales, sólo el 6%.

A partir de 1992 comienza a ser la vía de transmisión en UDI la que adquiere una mayor proporción relativa y llega, en el año 1995, a representar el 44% de los casos de sida; en ese año los HSH representaron el 28% y la vía heterosexual, el 16%. A partir de este momento se modifica la tendencia y comienza el aumento paulatino de la vía heterosexual.

En el año 2000, y comenzando el tercer decenio de la epidemia, se observa que la primera vía de transmisión pasa a ser la heterosexual (43%), seguida por los UDI (26%) y los HSH (22%). Esta tendencia continúa en el año 2001 y en los datos parciales del año 2002, donde se consolida como primera vía de transmisión la heterosexual, disminuye la de UDI y se estabiliza la de HSH.

Un dato significativo en cuanto a la evolución de la epidemia, es la disminución progresiva del nivel de escolaridad alcanzado por las personas a quienes se le diagnostica sida. En el período 1983/89 sólo el 20% no había superado el nivel primario, en 2001 el 50% está en esta situación (gráfico 4). A su vez, el registro histórico de las vías de transmisión desagregado por sexo (tablas 13 y 14, y gráficos 5 y 6) muestra que los hombres heterosexuales aumentan su participación proporcional en la epidemia a partir de 1995, y que en 2002, la vía heterosexual es la de mayor proporción.

Estos datos nos permiten afirmar que estamos en una etapa de franca heterosexualización y empobrecimiento de la epidemia de sida en nuestra ciudad.

Tabla 12
Vías de transmisión en porcentajes por año de diagnóstico. Total de casos de sida

VIA DE TRANSMISION	1983/89	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
UDIS	15,1	26,3	31,5	41,4	40,2	38,1	44,2	41,1	38,9	34,7	31,9	26,4	24,1	21,9	35,8
SEXUAL	HSH	65,6	54,7	51,7	37,0	37,0	37,7	33,0	28,2	27,1	23,0	30,8	21,7	25,3	33,6
		6,2	8,4	8,7	13,7	13,2	18,9	15,6	23,6	25,0	31,3	31,3	42,8	39,4	22,6
T.V.		6,9	5,3	5,9	4,4	5,9	2,4	3,2	3,4	4,9	4,9	3,8	4,1	4,9	4,2
DESCONOCIDO		0,4	0,0	0,0	1,2	2,2	1,8	3,4	3,0	3,0	5,1	1,1	4,4	5,1	2,8
OTROS		5,8	4,7	2,1	2,3	1,5	1,1	0,6	0,7	1,2	1,1	0,6	1,2	1,7	1,5

Gráfico 3

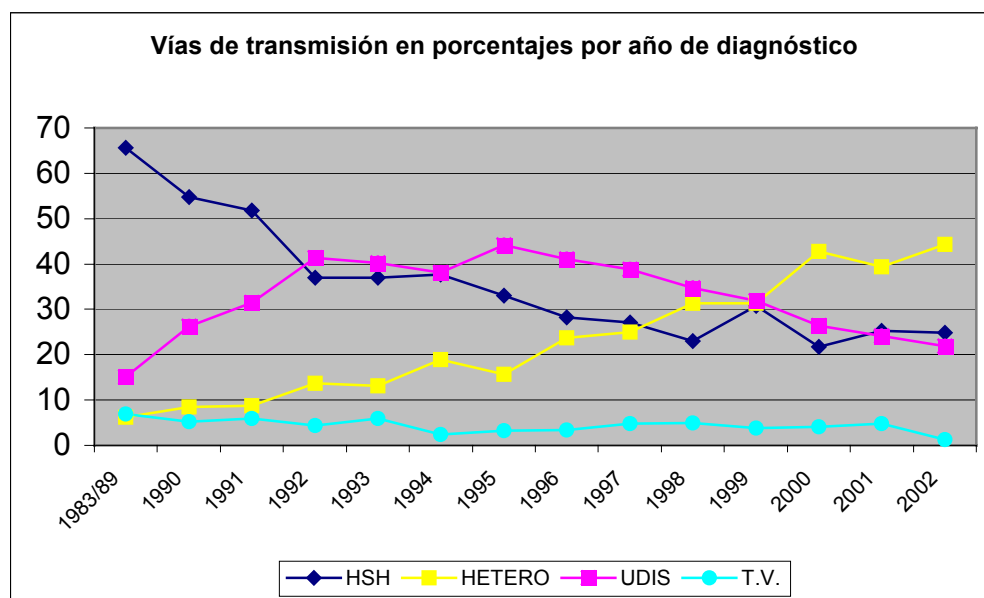


Gráfico 4

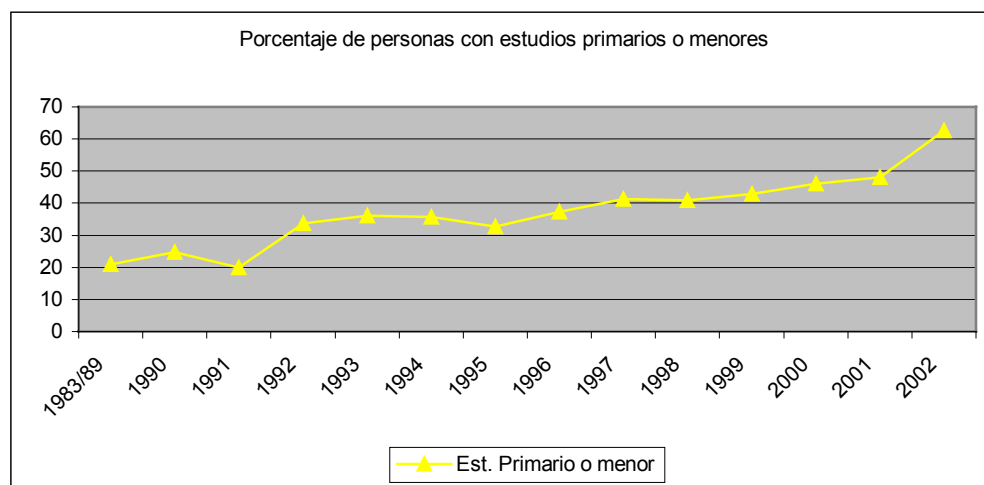


Tabla 13
Vías de transmisión en hombres mayores de 12 años.

	1983/1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		%
HSH	273	68,9	145	59,2	159	46,4	219	47,3	301	48,4	277	41,7	253	35,0	162	35,9	108	32,8	112	39,4	74	31,6	103	33,6	56	32,4	2242	42,8
UDIS	76	19,2	77	31,4	140	40,8	189	40,8	241	38,7	308	46,3	333	46,1	195	43,2	135	41,0	104	36,6	70	29,9	93	30,3	42	24,3	2003	38,3
HETERO	24	6,1	20	8,2	34	9,9	43	9,3	68	10,9	55	8,3	112	15,5	75	16,6	65	19,8	64	22,5	77	32,9	94	30,6	60	34,7	791	15,1
DESCON	1	0,3	0	0,0	3	0,9	7	1,5	9	1,4	21	3,2	21	2,9	14	3,1	17	5,2	3	1,1	11	4,7	14	4,6	12	6,9	133	2,5
OTROS	22	5,6	3	1,2	7	2,0	5	1,1	3	0,5	4	0,6	3	0,4	5	1,1	4	1,2	1	0,4	2	0,9	3	1,0	3	1,7	65	1,2
TOTAL	396	100	245	100	343	100	463	100	622	100	665	100	722	100	451	100	329	100	284	100	234	100	307	100	173	100	5234	100

Gráfico 5

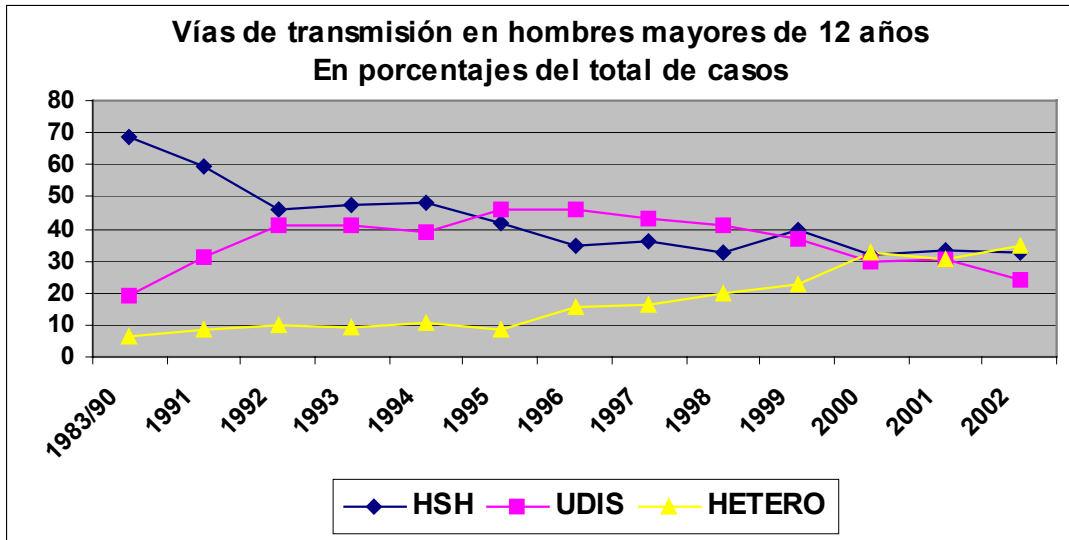
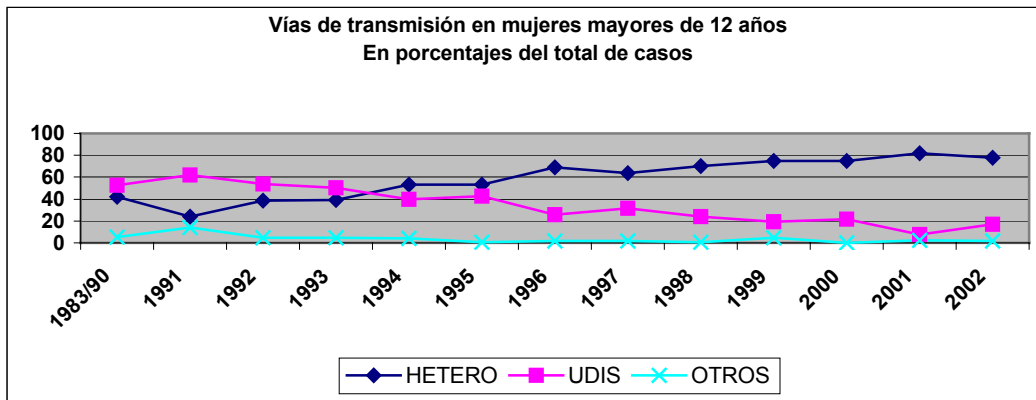


Tabla 14
Vías de transmisión en mujeres mayores de 12 años.

	1983/1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		%
HETERO	8	42,1	5	23,8	25	38,5	35	39,3	83	53,2	74	53,2	102	68,9	72	63,7	82	70,1	51	75,0	69	75,0	67	81,7	45	77,6	718	61,5
UDIS	10	52,6	13	61,9	35	53,8	45	50,6	62	39,7	59	42,4	38	25,7	36	31,9	28	23,9	13	19,1	20	21,7	6	7,3	10	17,2	375	32,1
DESCON	0	0,0		0,0	2	3,1	5	5,6	5	3,2	5	3,6	5	3,4	3	2,7	6	5,1	1	1,5	3	3,3	7	8,5	2	3,4	44	3,8
OTROS	1	5,3	3	14,3	3	4,6	4	4,5	6	3,8	1	0,7	3	2,0	2	1,8	1	0,9	3	4,4	0	0,0	2	2,4	1	1,7	30	2,6
	19	100	21	100	65	100	89	100	156	100	139	100	148	100	113	100	117	100	68	100	92	100	82	100	58	100	1167	100

Gráfico 6



VI. ASISTENCIA DEL VIH-SIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Prevalencia de VIH en mujeres que tienen partos en hospitales del GCBA

Conocer la prevalencia de VIH en mujeres que tienen partos en los hospitales de la Ciudad permite valorar la prevalencia del virus en mujeres en edad fértil. La sistematización la información proveniente de 11 hospitales de la Ciudad durante 2000 y 2001 permite estudiar las diferencias existentes entre las instituciones. En muchos casos esta diferencia se debe a servicios que se han constituido como referentes en el tema y no a diferencias de prevalencia por cuestiones geográficas. Se destaca en este sentido la mayor prevalencia encontrada en los hospitales Durand, Ramos Mejía y Fernández.

Considerando un intervalo de confianza del 95%, las prevalencias de VIH en mujeres que tuvieron hijos en hospitales públicos de la ciudad fue de 1,15/1,43% para el año 2000, de 1,09/1,37% para el año 2001 y 1,28/1,6 para el año 2002, sin diferencia estadísticamente significativa (Tablas 15 y 16).

Tabla 15
Prevalencia de VIH en mujeres que tienen partos en hospitales del GCBA. Años 2000/2002

	2000	2001	2002*
N° de partos realizados	25.426	24.599	21.608
N° partos mujeres VIH+	328	303	309
% partos de mujeres VIH+	1,29 1.15/1.43	1,23 1.09/1.37	1,43 1.28/1.60

*Datos correspondientes a los hospitales Álvarez, Durand, Fernandez, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Maternidad Sardá y Vélez Sarsfield.

Tabla 16
Prevalencia de VIH en mujeres que tienen partos en hospitales del GCBA. Años 2000/2002.

INDICADORES	ÁLVAREZ	ARGERICH	DURAND	FERNÁNDEZ	PENNA	PIÑERO	RAMOS	RIVADAVIA	SANTOJANNI	SARDÁ	V. SÁRSFIELD
AÑO 2000											
N° de partos realizados	1617	2474	2096	1006	2148	2838	1584	2049	1419	6345	1850
N° partos mujeres VIH+	13	24	95	11	24	23	46	8	9	61	14
% partos de mujeres VIH+	0,80	0,97	4,53	1,09	1,12	0,81	2,90	0,39	0,63	0,96	0,76
AÑO 2001											
N° de partos realizados	1495	2511	2112	1742	2523	S/D	1430	1727	3479	5980	1600
N° partos mujeres VIH+	12	21	90	29	27	S/D	37	7	20	48	12
% partos de mujeres VIH+	0,80	0,84	4,26	1,66	1,07	S/D	2,59	0,41	0,57	0,80	0,75
AÑO 2002											
N° de partos realizados	1301	S/D	1810	1955	2734	2410	1429	1759	S/D	6760	1450
N° partos mujeres VIH+	12	S/D	60	43	28	29	45	12	S/D	60	20
% partos de mujeres VIH+	0,92	S/D	3,31	2,20	1,02	1,20	3,15	0,68	S/D	0,89	1,38

Pacientes en tratamiento antiretroviral

Durante el primer trimestre de 2003, se distribuyó a los hospitales de la ciudad medicación antirretroviral para 6854 pacientes. Debemos aclarar que la cantidad de personas atendidas es

mayor (alrededor de 8000 personas), y esto ocurre por dos motivos: algunas personas no requieren tratamiento antirretroviral y sólo reciben seguimiento clínico y otras, si bien son atendidas en los hospitales públicos, toman la medicación provista por su obra social. La cifra mencionada en primer término implica que el sistema público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires atiende aproximadamente al 35% de todos los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral provisto por el Estado nacional.

Tabla 17

Pacientes en tratamiento mensual en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Mayo de 2003.

HOSPITALES	Pacientes en tratamiento		
	Nº	Porcentaje	Acumulado
MUÑIZ	1987	28,99	28,99
FERNÁNDEZ	1339	19,54	48,53
R. MEJÍA	688	10,04	58,56
ARGERICH	447	6,52	65,09
DURAND	316	4,61	69,70
TORNÚ	282	4,11	73,81
ÁLVAREZ	280	4,09	77,90
PIÑERO	230	3,36	81,25
GUTIÉRREZ	220	3,21	84,46
RIVADAVIA	187	2,73	87,19
PIROVANO	166	2,42	89,61
ZUBIZARRETA	159	2,32	91,93
PENNA	130	1,90	93,83
SANTOJANNI	107	1,56	95,39
ELIZALDE	101	1,47	96,86
SARDÁ	68	0,99	97,85
BORDA	51	0,74	98,60
FERRER	48	0,70	99,30
V. SÁRSFIELD	28	0,41	99,71
UDAONDO	12	0,18	99,88
MOYANO	8	0,12	100,00
TOTAL	6854		

Carga viral

La carga viral es un análisis imprescindible para decidir el tratamiento y el seguimiento de las personas que viven con VIH-sida. Con el objetivo de agilizar y simplificar los tramites para su autorización, la Coordinación Sida ha implementado desde diciembre de 2001 cambios en estos procedimientos. En una primera etapa, y por cuestiones operativas, esta simplificación se puso en marcha para los hospitales de la zona sur y el Fernández. Esto ha permitido un aumento de la accesibilidad a las cargas virales solicitadas y realizadas y, por tanto, una mejor calidad de atención para las personas que viven con VIH-sida. Se observa, desde entonces, un incremento sostenido de la demanda.

Tabla 18

Número mensual de cargas virales. Hospitales Muñiz, Ramos Mejía, Argerich, Piñero, Santojanni, Penna, Borda, Moyano, Sardá, Ferrer, Udaondo y Fernández

Mes y Año	Número
Sep-01	353
Oct-01	342

Nov-01	567
Dic-01	453
Ene-02	661
Feb-02	728
Mar-02	826
Abr-02	877
May-02	779
Jun-02	724
Jul-02	866
Ago-02	874
set-02	854
Oct-02	865
Nov-02	924
Dic-02	756
Ene-03	791
Feb-03	694
Mar-03	875

Perfil de medicamentos ARV solicitados por los hospitales públicos de la ciudad de buenos aires

Con el objetivo de conocer el perfil de los medicamentos antirretrovirales solicitados por los diferentes hospitales del sistema, se analizaron los pedidos de medicación del período comprendido entre enero y abril de 2003. Se estimaron los promedios y se establecieron los porcentajes de drogas solicitadas, tanto de familias de drogas como de cada una de las drogas antirretrovirales utilizadas.

Gráfico 7

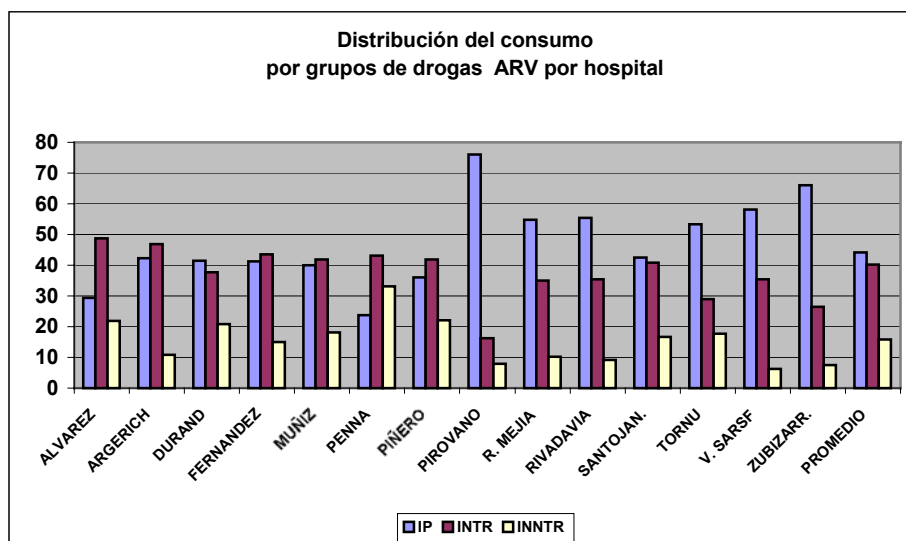


Gráfico 8

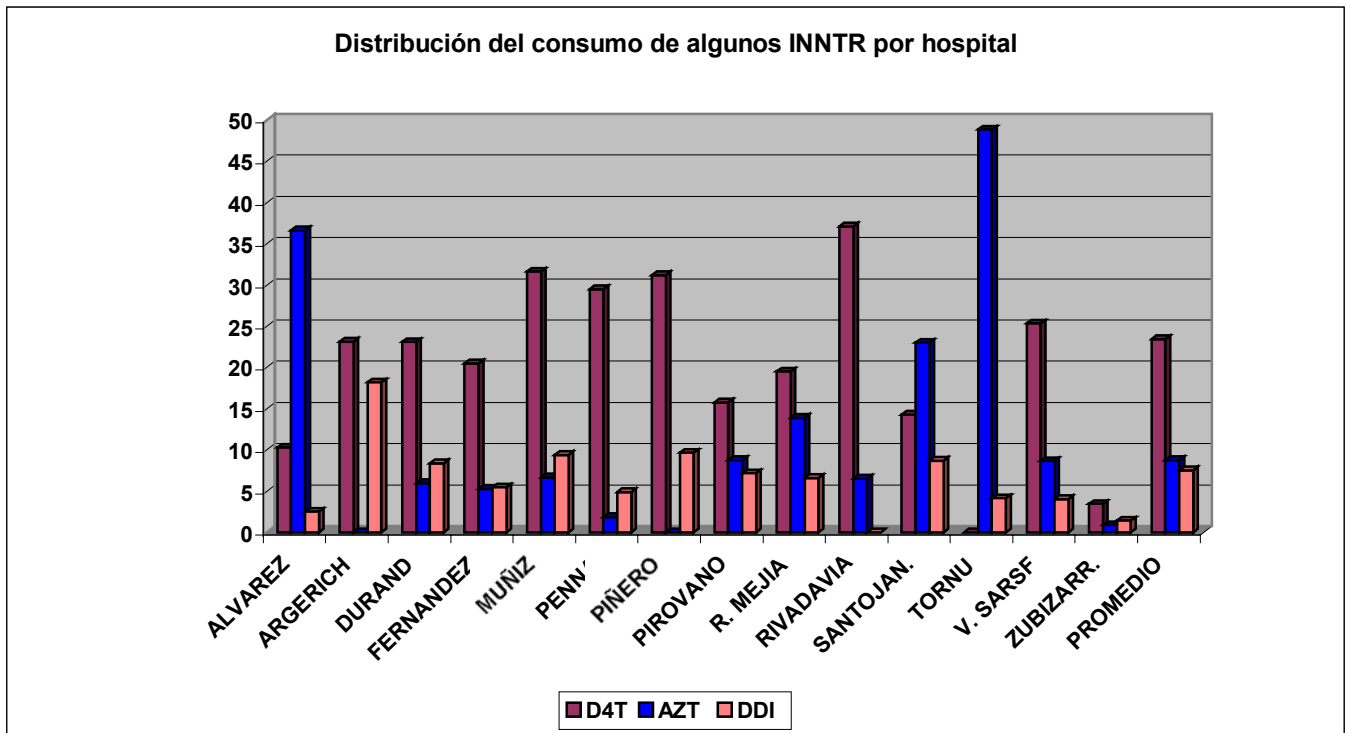


Gráfico 9

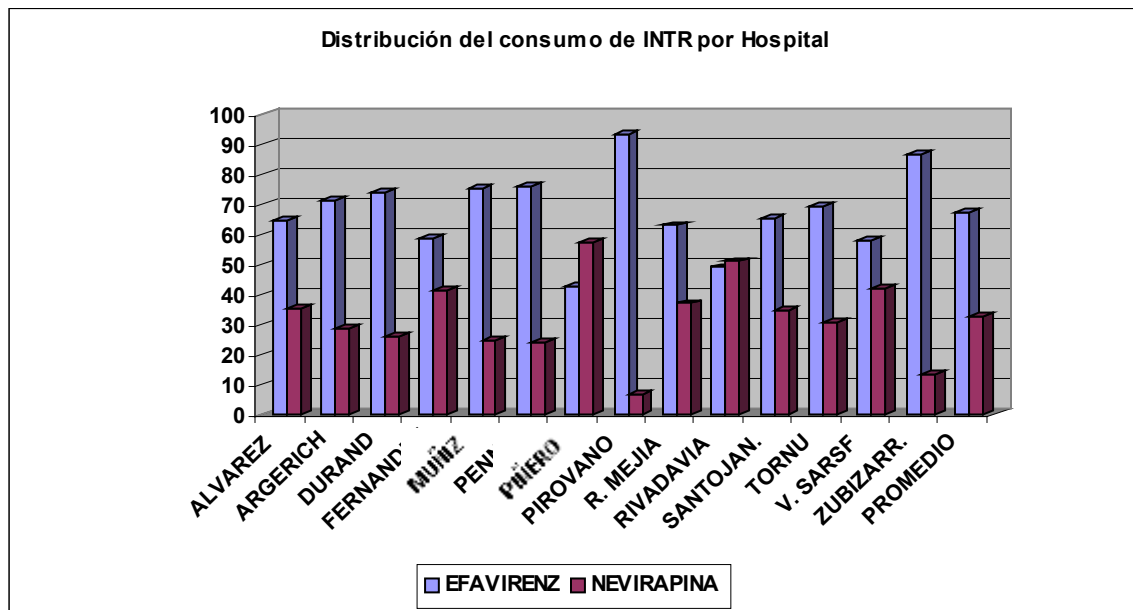
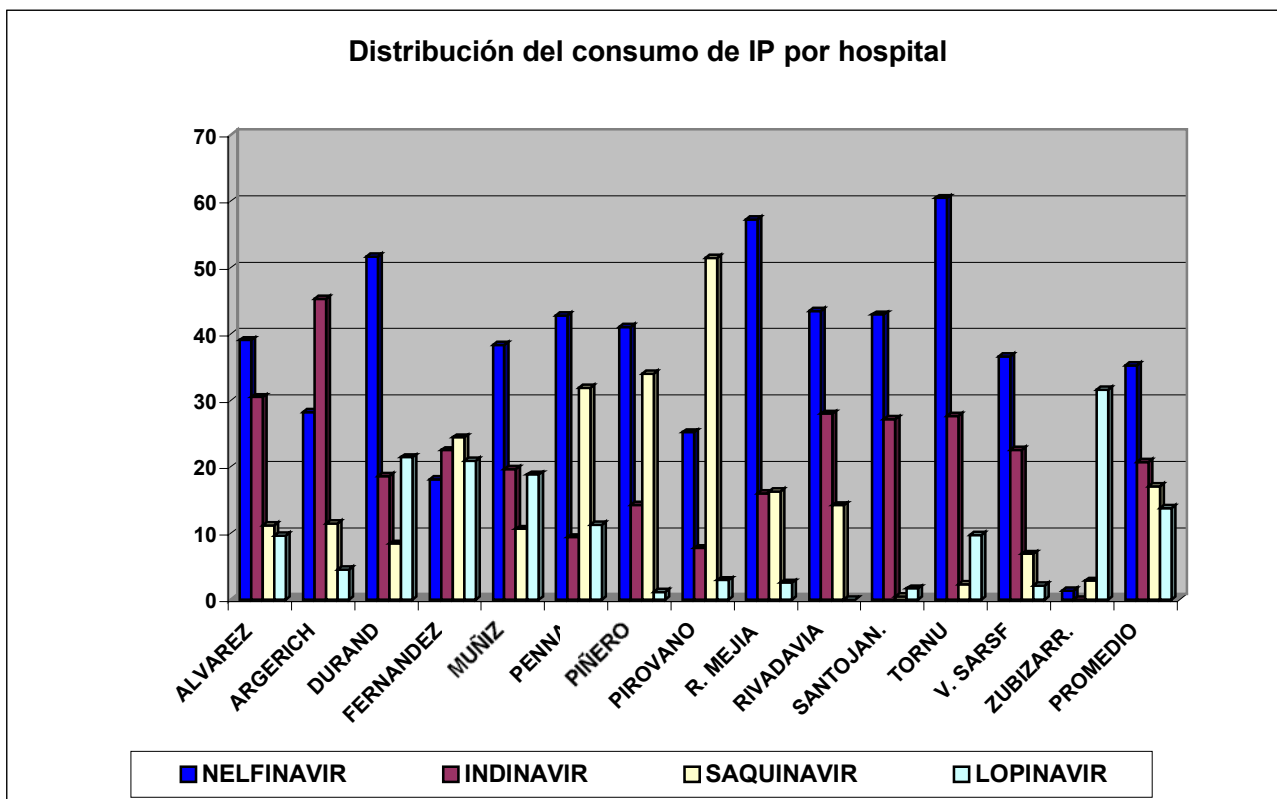


Gráfico 10



Egresos hospitalarios por VIH-sida¹

Medir el impacto de la epidemia de VIH-sida implica conocer no sólo los datos epidemiológicos sino también cuáles son los recursos necesarios para atender la demanda de las personas que viven con VIH-sida. En esta primera etapa y como línea de base para futuros análisis se analiza el impacto de la epidemia en los sistemas de internación de los hospitales de la ciudad.

Se toma como referencia el año 2000 (último año con análisis completo de la Dirección de Estadísticas para la Salud) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en las causas B20 y B24 que definen patologías asociadas como enfermedades marcadoras de sida.

Con respecto a la residencia de los pacientes, se observa un mayor porcentaje de personas no residentes en la ciudad respecto a las notificaciones de casos. Los egresos según hospital muestran una gran participación (58,8 %) del hospital Muñiz, con una distribución más pareja en el resto de los efectores del sistema.

Al analizar el impacto de la internación de personas con VIH-sida sobre el total de egresos –sin considerar los partos únicos y espontáneos ni los nacidos vivos sanos– se observa que sobre el total del sistema el 2.1% de los egresos es debido a esta causa. Cuando se distingue entre el hospital Muñiz, especializado en infecciosas, y los hospitales generales de agudos (HGA), los valores son los siguientes: 43.4% de los egresos del Muñiz son por VIH-sida, mientras que en los HGA esta causa representa el 1.1%.

En cuanto a la estadía en los HGA, los pacientes con diagnóstico de sida muestran un promedio de 20.5 días de internación. En cambio, cuando se analizan el total de los egresos el promedio es de 9.días.

¹ Fuente de datos: Lic. Alejandra Irurzun. Dirección de estadísticas para la salud. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 19
Egresos por sida según residencia. GCBA. Año 2000.

Residencia	Nº	%
Ciudad de Buenos Aires	1106	35,3
Provincia de Buenos Aires	1923	61,3
Otros y sin datos	108	3,4
Total	3137	100,0

Tabla 20
Egresos por sida según hospital. GCBA. Año 2000.

HOSPITAL	Nº	%
MUÑIZ	1845	58,8
FERNÁNDEZ	190	6,1
TORNÚ	144	4,6
RAMOS MEJÍA	140	4,5
GUTIÉRREZ	125	4,0
ÁLVAREZ	94	3,0
PENNA	73	2,3
PIÑERO	68	2,2
SANTOJANNI	67	2,1
RIVADAVIA	65	2,1
DURAND	61	1,9
ELIZALDE	59	1,9
ARGERICH	53	1,7
SARDÁ	41	1,3
PIROVANO	33	1,1
ZUBIZARRETA	31	1,0
FERRER	24	0,8
UDAONDO	16	0,5
V. SÁRSFIELD	6	0,2
MOYANO	1	0,0
ONCOLOGÍA	1	0,0
TOTAL	3137	100,0

Tabla 21
Días de estada. Promedio

Días	por SIDA	TOTAL	
Total Sistema GCBA			
Promedio	20,09	16,36	
HGA			
Promedio	20,51	10,69(*)	
Muñiz			
Promedio	21,19	22,13	
Niños			
Promedio	11,91	7,00	
(*) Se excluyen del total de causas al Parto Único Espontáneo y RNS			

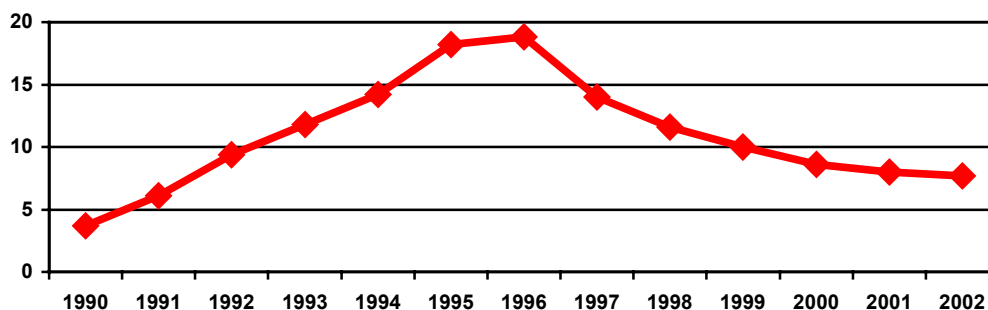
VII- MORTALIDAD POR SIDA¹

La tasa promedio de mortalidad por sida de la población de la ciudad durante la década del 90 ha sido de 12 por cien mil. Entre 1990 y 1996, se produjo un notorio incremento, especialmente en el trienio 1994-96 –donde se ubica el valor máximo del período (1996=18,8 por cien mil)– y a partir de 1997 comenzó a descender hasta ubicarse, en el 2000, en 9 por cien mil. Esto significa que desde 1996 hasta 2002 la mortalidad disminuyó un **59%**.

Tabla 22
**TASAS DE MORTALIDAD POR SIDA (POR CIENT MIL) SEGÚN SEXO.
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1990-02.**

Año	Varón	Mujer	Total
1996	32,9	6,9	18,8
1997	25,1	4,7	14,0
1998	18,8	5,5	11,6
1999	16,5	4,6	10,0
2000	13,8	4,3	8,6
2001	13,3	3,5	8,0
2002	12,3	3,9	7,7

Gráfico 11
**TASAS DE MORTALIDAD POR SIDA (POR CIENT MIL) SEGÚN SEXO.
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1990-02.**



Al analizar las causas de muerte por grupos de edad en la ciudad de Buenos Aires, se observa que el sida ocupa el primer lugar en la franja que va de 15 a 34 años (período 1997/2002 -Tabla 23).

¹ Datos aportados por la Lic. Victoria Mazzeo. Responsable del Área Sociodemográfica de la Dirección General de Estadística y Censos - GCBA

Tabla 23
LA MORTALIDAD POR SIDA EN LA POBLACIÓN DE 15 A 34 AÑOS SEGÚN SEXO.
UBICACIÓN Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN EL TOTAL DE MUERTES DE ESE GRUPO DE EDAD.
CIUDAD DE BUENOS AIRES. 1997-2002.

Año	Varón	Mujer
	Lugar	Lugar
1997	Primero	Primero
1998	Primero	Primero
1999	Primero	Primero
2000	Primero	Primero
2001	Segundo	Primero
2002	Segundo	Primero

VIII- PREVENCIÓN DEL VIH. RED DE DISTRIBUCIÓN DE MATERIALES

A continuación se presentan los datos correspondientes a la distribución de materiales preventivos en la ciudad de Buenos Aires, a partir de la creación de la Red de Prevención (ver nota en Infosida N° 2). En atención a la situación de vulnerabilidad diferenciada que muestran la zona Sur y algunos sectores de la zona Centro de la ciudad es que se ha hecho hincapié en aumentar el número de bocas y, por ende, del material distribuido, en estos barrios.

Tabla 24
Distribución de impresos

MATERIAL	2001	2002	TOTAL
Afiches	5.309	5.220	10.529
Folletos	211.022	312.145	523.167

Tabla 25
Distribución de preservativos

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE PRESERVATIVOS POR CGP				
CGP	2001	2002	2003**	TOTAL
1	67.699	234.284	237.124	539.107
2N	40.912	70.309	22.608	133.829
2S	18.792	130.565	42.048	191.405
3	69.176	195.666	66.116	330.958
4	68.954	298.887	121.448	489.289
5	104.795	186.890	42.768	334.453
6	61.262	230.211	81.232	372.705
7	46.546	116.276	63.630	226.452
8	34.844	256.824	87.082	378.750
9	19.816	37.370	31.328	88.514
10	27.846	37.916	22.226	87.988
11	17.647	49.652	10.512	77.811
12	28.630	106.382	59.616	194.628
13	5.038	9.660	0	14.698
14E	22.884	46.698	21.312	90.894
14°	5.476	5.428	2.880	13.784
Sin clasificar *	268.671	129.832	44.712	443.215

Total general	908.988	2.142.850	956.642	4.008.480
----------------------	----------------	------------------	----------------	------------------

* Distribución a ONG para actividades móviles

** Hasta mayo de 2003

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA

DR. MARCELO E. VILA Y DR. SERGIO MAULEN
Coordinación Sida - GCBA / dgasya@buenosaires.gov.ar

El desarrollo de una vigilancia epidemiológica estratégica requiere valorar adecuadamente la importancia de la información pero, sobre todo, lograr un cambio en la cultura de los equipos de salud del nivel central y de los demás efectores del sistema, que potencie sus respectivos esfuerzos. En este artículo, los doctores Vila y Maulen, además de señalar las herramientas epidemiológicas utilizadas por la Coordinación Sida, destacan la necesidad de complementar la generación de información rigurosa en los hospitales, con una devolución sistemática y transparente de los datos, por parte del nivel central.

La vigilancia epidemiológica en VIH-sida –que excede la planilla de notificación de casos– es fundamental para conocer la situación en que se encuentra la epidemia en la ciudad y diseñar estrategias preventivo-asistenciales consecuentes. Debemos valorar la importancia de la información e ir desarrollando un cambio en la cultura de los equipos de salud, tanto desde la gestión de nivel central como la de los profesionales de los distintos niveles de atención.

Este cambio implica, desde la gestión, transparentar los métodos, los objetivos y compartir los resultados con quienes son los generadores primarios de la información. Y desde los médicos y el resto del equipo de salud, encarar la recolección y sistematización de la información con el mismo rigor y la misma dedicación que ponen en la atención de los pacientes.

Este artículo resume los principales conceptos sobre vigilancia epidemiológica del VIH-sida, a la vez que sintetiza las líneas de trabajo de la Coordinación Sida en esta área.

De los casos de sida a la Vigilancia de Segunda Generación

La vigilancia epidemiológica es un conjunto de herramientas que permite reunir información sobre la magnitud de la epidemia y su evolución, y detectar cambios de tendencia para planificar acciones más eficaces para controlarla.

Desde que en 1989 la OMS elaboró las primeras normas de vigilancia para el VIH, la epidemia ha adquirido diferentes niveles de complejidad y adoptado distintos patrones según el área geográfica. También ha habido cambios en los subgrupos poblacionales considerados, lo cual ha dificultado su seguimiento.

La notificación de casos de sida fue, desde el comienzo, la principal estrategia de seguimiento de la epidemia. Se sabe, sin embargo que en la actualidad esta vigilancia no sólo es incompleta, sino que además expresa una situación con varios años de retraso en relación al momento de la infección. Como señala ONUSIDA: “Hasta el momento los sistemas de vigilancia se han basado sobre todo en la notificación de los casos de sida, más que en la vigilancia centinela de la infección por el VIH. En la época en que estas infecciones inevitablemente evolucionaban a sida en un período predecible, la vigilancia de casos era fiable, si bien tardía.

“Sin embargo, con la aparición de los tratamientos que desaceleran la evolución de la infección, ha cambiado la interpretación de los datos sobre prevalencia de sida y su relación con las tendencias de la infección por el VIH. En la era de los tratamientos, se desconoce aún si habrá patrones de la infección que sirvan para predecir la evolución hacia sida o la supervivencia de los pacientes de modo que se puedan interpretar las tendencias de los datos de prevalencia de sida.”¹

¹ Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. UNAIDS. Año 2000. Se puede consultar en: http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/2nd_GENERATION_FINAL_S.PDF

Por ello en el mundo se están desarrollando estrategias tendientes a la notificación de infección por VIH y a poner en marcha lo que ONUSIDA llama sistemas de Vigilancia de Segunda Generación. Estos son sistemas que buscan integrar los datos biológicos con los datos comportamentales que permitan predecir la evolución de la epidemia.

Los objetivos de los sistemas de Vigilancia de Segunda Generación son:

- Una mejor comprensión de las tendencias de la epidemia a lo largo del tiempo.
- Una mejor comprensión de los comportamientos que favorecen la epidemia.
- Concentración de la vigilancia en los subgrupos de población más vulnerables.
- Flexibilidad de la vigilancia de modo que se adapte a las necesidades y estadios de la epidemia
- Mejor utilización de la información generada por la vigilancia para mejorar el conocimiento de la epidemia y elaborar planes de prevención y atención.

Para cumplir dichos objetivos se utiliza una serie de indicadores biológicos, comportamentales y sociodemográficos cuya evolución puede ser analizada a lo largo del tiempo y el espacio (Ver recuadro).

Los niveles de la epidemia

A los fines de la vigilancia epidemiológica, ONUSIDA recomienda una clasificación del estadio actual de la epidemia en las categorías: de bajo nivel, concentrada y generalizada, de acuerdo a los criterios que se detallan:

Epidemia de bajo nivel

Principio: Si bien la epidemia del VIH puede llevar muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. La infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comportamiento de más riesgo, por ejemplo trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones homosexuales. Una epidemia en este estadio indicaría que las redes de riesgo son más bien difusas o que el virus se introdujo muy recientemente.

“Proxy” numérico: La prevalencia del VIH no ha superado consistentemente el 5% en ningún subgrupo de población definido.

Epidemia concentrada

Principio: El VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no está bien establecido entre la población general. Este estadio de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre el subgrupo. La trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general.

“Proxy” numérico: La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de población.

La prevalencia del virus es de menos de 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.

Epidemia generalizada

Principio: En este tipo de epidemia, el VIH se encuentra bien establecido entre la población general. Si bien es posible que los subgrupos de población de riesgo aun contribuyan a la difusión del VIH en una proporción muy alta, las redes sexuales que existen entre la población general son suficientes para mantener una epidemia independiente de las de los subgrupos de población de más alto riesgo.

“Proxy” numérico: La prevalencia del VIH se encuentra consistentemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas.

De acuerdo a los datos que poseemos, nuestra ciudad se encontraría en una fase de transición desde una epidemia concentrada a una generalizada, pues tenemos constancia de que hay por lo menos dos subgrupos donde la prevalencia es mayor al 5%: hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables. Asimismo tenemos alrededor del 1% de prevalencia en embarazadas atendidas en hospitales del sector público. Dado que no contamos con datos completos del sector privado, no es posible aún confirmar esta prevalencia a nivel general en la ciudad.

Vigilancia epidemiológica en la Ciudad de Buenos Aires

Durante mucho tiempo, y como sucedió en el resto del mundo, en la ciudad de Buenos Aires, la epidemiología sobre el VIH-sida se circunscribió fundamental y casi exclusivamente a la notificación de casos de sida. Esta información, ya fue señalado, es necesaria pero absolutamente insuficiente para realizar un diagnóstico correcto de la situación epidemiológica. Se hace preciso contar con otro tipo de datos para poder construir un mosaico de información que nos acerque lo más posible a la realidad de la epidemia en la ciudad. Por ello estamos desarrollando una estrategia de vigilancia que apunta a obtener información de diversas fuentes.

Vigilancia de la infección por VIH-sida:

- Vigilancia por sitios centinela: se basa en el estudio de la prevalencia de la infección (Nº de análisis positivos para diagnóstico de VIH / Nº total de análisis realizados para diagnóstico de VIH) en diferentes poblaciones seleccionadas (donantes de banco de sangres, consultantes de ETS, embarazadas, hombres que tienen sexo con hombres, etc.). Esta información es proporcionada semestralmente por diversos sitios y permite trazar las curvas de evolución de la epidemia correspondientes a las distintas poblaciones.
- Notificación obligatoria de infectados: desde octubre de 2002 comenzó a implementarse en la Ciudad la notificación de pacientes infectados. En el mes de septiembre se realizó un taller con representantes de los servicios de Promoción y Protección de la Salud e infectólogos de los hospitales públicos con el objetivo de discutir la incorporación de ítems de interés específico para el distrito, en la ficha de notificación obligatoria distribuida por la Nación. Se elaboró una nueva ficha que permitirá establecer con mayor claridad el mapa de distribución de la infección por zonas, el estadio clínico al momento del diagnóstico y una mejor definición epidemiológica del contexto en el que se produjo la infección. Asimismo se confeccionó una guía de notificación que comenzó a distribuirse junto con la nueva ficha. (Ver facsímil de la Ficha)

Todo médico que diagnostica una infección por VIH debe completar la ficha correspondiente. Se recomienda, además, notificar los casos de pacientes que están bajo seguimiento a medida que van realizando nuevas consultas para, de esta manera, asegurar la incorporación de los datos de todas las personas en seguimiento consideradas infectadas no enfermas.

Esta, como el resto de las notificaciones obligatorias, debe ser realizada por los profesionales de los tres subsectores de la salud.

- Notificación de partos en mujeres VIH reactivas: A partir de enero de 2003 y conjuntamente con la resolución que dio origen a las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical¹ se comenzó a implementar en la ciudad la notificación obligatoria de partos en mujeres VIH reactivas. Esto permitirá conocer datos acerca de la infección materna, la accesibilidad al testeo y tratamiento de las mujeres embarazadas, y la profilaxis neonatal. Además, junto al seguimiento de los niños nacidos de madres VIH reactivas, constituirá una herramienta de evaluación de las estrategias implementadas en la ciudad para disminuir la tasa de transmisión vertical.

¹ Ver Resolución de la Secretaría de Salud Nº 78/SS/03 del 16 de enero, en Boletín Oficial del GCBA Nº 1620 del 30 de enero de 2003 y "Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes", publicadas por Coordinación Sida / Secretaría de Salud, GCBA.

- **Notificación de Casos Sida:** De acuerdo a la ley nacional 23.789, la notificación de casos de sida es obligatoria. Cada jurisdicción notifica al organismo central que le corresponde (en nuestro caso la Coordinación Sida del GCBA), quien luego notifica al Programa Nacional, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Todo médico que presta asistencia a una persona con diagnóstico de enfermedad sida debe completar la planilla de notificación de casos, ya sea en el ámbito privado como en el público.

Indicadores de asistencia:

Son los últimos incorporados. A partir del año 2002 se comenzaron a construir diferentes indicadores para dar cuenta de las acciones realizadas por las instituciones dependientes del GCBA a nivel asistencial. Los primeros que se recabaron fueron los indicadores de egresos hospitalarios por sida, partos en mujeres VIH reactivas, pacientes en tratamiento antirretroviral y grupo de drogas indicadas.

- **Egresos hospitalarios por VIH-sida:** Mide el peso que tiene el VIH-sida en el total de los egresos hospitalarios. Se mide su peso bruto y específico en relación con los egresos clínicos exclusivamente.
- **Número de partos realizados en mujeres VIH reactivas:** Para mejorar la calidad de información que nos da el número de test de HIV que se realizan en embarazadas en la Ciudad de Buenos Aires, se comenzó a recoger información acerca de la cantidad de partos de mujeres que viven con VIH realizados en hospitales públicos de la Ciudad. Un segundo momento de esta estrategia comenzó a implementarse durante el 2003 con la incorporación de los datos del subsector privado. Esto dará mayor precisión a la información sobre la ciudad en su conjunto.

Además de su importancia en relación a la transmisión vertical, esta información constituye un marcador del tipo de epidemia presente en la ciudad, de acuerdo a los parámetros de ONUSIDA sobre Vigilancia epidemiológica de segunda generación.

- **Pacientes en tratamiento para VIH-sida:** Mide la cantidad de pacientes que reciben tratamiento por el Programa Nacional de Sida en los hospitales públicos. No mide la cantidad de pacientes atendidos ni en seguimiento en el sistema público de salud. Se recolecta también información, en hospitales seleccionados, de la cantidad de pacientes en seguimiento que reciben la medicación del estado y la cantidad que la reciben de las obras sociales o el sistema privado.

Análisis de la mortalidad

Los datos de mortalidad se obtienen del informe estadístico de defunción producido por los Registros Civiles. Permiten observar otros aspectos de la epidemia (mortalidad por sida y su relación a otras causas de defunción) y perfeccionar el perfil de instalación de la epidemia en la ciudad al incorporar información adicional que no se obtiene de las otras fuentes de datos antes mencionados, por ejemplo, el domicilio de los fallecidos. Esto facilita una zonificación de la ciudad a partir de la mortalidad que puede compararse con el comportamiento territorial de otras variables vinculadas a la atención (notificación de casos, residencia de los pacientes, perfil de los tratamientos, entre otros).

Desafíos y compromisos

Una estrategia preventiva y asistencial eficaz es impracticable si no se conoce el perfil socioeconómico, conductual y biológico de la epidemia. Los datos que comenzaron a recabarse en los últimos dos años permiten identificar mejor los grupos más afectados en este momento, saber quiénes consultan en los hospitales públicos y observar si se modifican las frecuencias de infecciones y casos en cada grupo. Esta información, aún parcial, constituye sin embargo una orientación para futuras acciones.

Es evidente que hay que aumentar la información proveniente del sector privado y de las obras sociales, así como la elaborada en hospitales ubicados en la Ciudad de Buenos Aires pero que dependen de otras jurisdicciones. Por ello, en mayo del corriente año, se realizó una reunión en la Coordinación Sida con los responsables de los servicios de Infectología de los establecimientos privados de la ciudad a fin de analizar de manera conjunta los pasos a seguir para mejorar la notificación y recolección de información en ese subsector.

Falta instrumentar nuevos indicadores de vigilancia de segunda generación que permitan anticipar la evolución de la infección en poblaciones específicas y en población general. Algunos de ellos son difíciles de obtener dado el escaso desarrollo de recursos informáticos en algunas áreas del sistema. En otros casos existen datos recolectados, en forma parcial, en trabajos de investigación realizados fundamentalmente por ONG y resta aún conformar un espacio para sistematizar y compartir la información generada por estas fuentes.

A esto se suma el fuerte cambio en la cultura de trabajo que implica reconocer la relevancia de contar con una información precisa y, en consecuencia, comenzar a registrar metódicamente una serie de datos que siempre fueron manejados de manera empírica. Por ello, consideramos fundamental devolver en forma periódica la información procesada y explicar el objetivo de cada dato cuyo registro se solicita.

Principales indicadores utilizados en la vigilancia del VIH

1. Indicadores biológicos

- Prevalencia de la infección por VIH.
- Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual.
- Prevalencia de la tuberculosis.
- Numero de casos de sida entre la población adulta.
- Numero de casos de sida pediátricos.

2. Indicadores de comportamientos

- Relaciones sexuales fuera de la pareja habitual en los 12 meses anteriores.
- Uso de preservativo durante la última relación sexual fuera de la pareja habitual.
- Jóvenes: edad al momento de la primera relación sexual.
- Usuarios de drogas inyectables: notificación de uso compartido de equipo de inyección sucio.

3. Indicadores sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Indicadores socioeconómicos o de educación (ocupación o años de educación).
- Un indicador de residencia o migración.
- Paridad (en los servicios de atención prenatal).

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



MAYOR PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON VIH DEL DICHO AL HECHO...

*Para instrumentar una respuesta ética y eficaz a la epidemia resulta fundamental una **mayor participación de las personas que viven con y/o están afectadas por el VIH-sida**. Si bien este principio, esbozado en los primeros años de la epidemia y formalizado en la Cumbre de París en 1994, despierta gran aceptación en términos discursivos, no siempre logra plasmarse en el nivel de las políticas concretas.*

*Entre sus objetivos estratégicos, la **Coordinación Sida** definió el de garantizar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Esto implica, entre otras cosas, hacer realidad los principios de mayor participación. Entendiendo que las PVVS, además de afectados directos, son parte fundamental de la respuesta, se instrumentó el proyecto “**Prevención territorial del VIH-sida**” que incorporó, desde su formulación hasta su puesta en práctica y evaluación, a varias personas afectadas por el virus, titulares del Plan Jefes y Jefas de Hogar desocupados del Gobierno nacional.*

En las siguientes páginas Infosida presenta una serie de notas que refieren a experiencias de vida, trabajo y participación concreta de PVVS. Algunas, se vinculan con el proyecto de prevención territorial de la Coordinación; otras son fruto de iniciativas previas de las PVVIH y sus organizaciones. La articulación entre ellas confirma la potencialidad de esta política en la prevención del VIH.

A la profunda entrevista a un grupo de los participantes del proyecto, se suma una reflexión sobre el desarrollo de esta iniciativa –elaborada por su coordinadora– y cuatro breves relatos que sintetizan las líneas de trabajo de diferentes organizaciones y grupos de PVVS.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) 



EN PRIMERA PERSONA

Entrevista con integrantes del proyecto de Prevención Territorial del VIH-sida

La reunión fue en lo de Liliana, una de las titulares de Planes Jefes y Jefas de Hogar que participa del Proyecto de Prevención Territorial desarrollado en el marco de la Coordinación Sida. Antes de encender el grabador, se debatió la manera en que se resguardaría la intimidad de las personas entrevistadas, algunas de las cuales viven con VIH. La confianza construida a partir del trabajo previo permitió acordar rápidamente los criterios: no habría fotos de la entrevista ni se mencionarían los apellidos, y cada uno revelaría o no su situación en relación al VIH de acuerdo a su propio criterio.

Además de Liliana, participaron Anahí, Ángel, Darío y Ana, coordinadora del proyecto.

—Yo no tengo problema en decir mi nombre —comienza Anahí—, toda mi familia lo sabe; lo saben los padres del colegio donde va mi hijo. En la escuela, tenemos reuniones mensuales con las madres y cuando planteé este tema nadie se horrorizó de nada, me siguen saludando y me siguen llamando por teléfono para encontrarnos a tomar un café y todo bien...

—Antes de enterarme, se me dio por decirle a un amigo que tenía sida; así, por decir... y se lo creyó. Cuando empecé a salir con el papá de mi hijo, me dijo que quería que me hiciera el análisis porque le habían contado que "era portadora". Me lo hice y me dio positivo, fue en el 91. No me sorprendió mal, porque yo me dije que lo debía tener desde hacía 4 o 5 años, ¿y si estaba bien por qué me iba a enfermar en ese momento? Recién me empecé a tratar en el año 97.

¿Y cómo fue tu integración al proyecto de trabajar en prevención?

Anahí: Fui al hospital a buscar medicación y la doctora me dijo que fuera al servicio social: "Parece que te salió un subsidio". Yo estaba al margen de todo; me imaginaba que debía ser para otra persona. Cuando me enteré de que iba a empezar a trabajar no lo podía creer. Aprendí muchísimo; sobre todo al charlar con otras personas que también eran portadoras y contaban cosas que a mí me estaban pasando. Por ahí, si no lo charlaba con nadie nunca hubiera asociado que el problema que tuve en la pierna (que se me hinchaba) era por una medicación. Para mí estaba todo bien, las cosas "eran así"; a la pierna le pasó eso: yo no sabía que lo tenía que asociar a algo. Y con la capacitación aprendí un montón de cosas, hasta ese momento era una paciente perfecta: iba, escuchaba al médico, tomaba los medicamentos y me volvía a mi casa.

Darío: Mi recorrido es bastante similar, aunque empezó antes del Plan Jefes y Jefas. Esa misma necesidad de contención fue el motor que me llevó a compartir con pares mi experiencia. Y me llevó mucho tiempo. Me sorprendía que otras personas contaran que se habían enterado la semana anterior o dos días antes y enseguida contactaban a alguien para venir al grupo. Yo tardé años: me costaba mucho asumir, y asumir frente al otro. Tenía la sensación de que cada vez que se lo decía a alguien era como la primera vez: reactualizar la noticia. A partir de esta experiencia nació la necesidad de extender la tarea hacia el afuera. Poder ayudar a otro siempre me habilitó a ayudarme a mí mismo; cuanto más sentía que me estaba ocupando de otro, más me ocupaba de mis cuestiones.

Al aparecer este proyecto, y a medida que fueron avanzando los encuentros, sentí que para muchos de los participantes era muy fuerte encontrarse con pares. Me parecía que los grupos no se iban a poder orientar con claridad hacia la inserción laboral porque había mucha necesidad de contar lo que les pasaba y lo que sentían (los efectos colaterales de la medicación, los miedos, los pánicos, todas estas historias...). A partir de que se insertaron en un lugar de trabajo, esta cuestión se empezó a elaborar, aunque todavía falta mucho.

Pero hasta que no pudieron compartir estas cosas no se creó la confianza para compartir la tarea; hoy no están igual que hace unos años

Darío: Obviamente. Hubo un aprendizaje inmenso, un proceso. Sobre todo para poder ver a qué se asociaba la infección: la muerte, las cuestiones culturales... A mí, como a muchos, no me dieron el diagnóstico de la mejor manera. Un técnico de laboratorio me dijo: "El ELISA te dio positivo, así que tenés una espada de Damocles en la cabeza". En realidad no dijo positivo, dijo reactivo... así que funcionó un mecanismo de negación y yo me preguntaba ¿qué me quiere decir?

Y aunque entendí lo de la espada de Damocles, no lo podía incorporar como información, me llevó un proceso muy largo..., pero las realidades son infinitas, tienen que ver con la cuestión social, la capacidad de trabajo, la realidad de cada persona. No es lo mismo ser homosexual que haberse infectado siendo heterosexual, o ser adicto a las drogas. No se trata de sectorizar, pero cada realidad es distinta y se vivencia de manera distinta. Hay cuestiones de formación, de capacidad, de ponerte frente a un mostrador y poder pelearte con quien te atiende mal. Lo que yo más quiero transmitir en relación a la prevención son herramientas para no callarse, para poder valorarse y evitar el maltrato: poder cuestionar el lugar del poder. Yo viví lo que decía Anahí de la paciente perfecta, y así fue que quemé un montón de posibilidades de cóctel porque ante la menor escalada de carga viral la infectóloga me cambiaba la medicación y, para mí, el saber lo tenía ella, yo no podía discutirle o decirle ¿por qué no esperamos un poco?. Se pagan precios altos por no tener información y no haberse empoderado.

Ángel: Yo me quedé con lo que decía él, de laburar en prevención y empoderar a cada uno en su situación. Porque uno primero es persona y tiene sus procesos, sociales e internos. A mí, en el 87, me dieron un resultado positivo, con todo lo que eso implicaba en esos años, pero en ningún momento me agarró esa cosa de estar mal, esperando que me viniera a buscar la muerte. Más vale era yo el que la buscaba: estaba sumido en una cosa de sustancias y bastante ido de la realidad. Pero a partir de una situación complicada (que incluyó estar en cárceles en las que se moría mucha gente y donde había personas que me parecieron muy copadas que activaban con el tema del VIH), quise volcar esa experiencia en la vida diaria, en la sociedad, en el lugar donde yo vivo, para que esto no suceda más. Desde ya, adquiriendo conocimientos que no tenía. Por ejemplo, los medicamentos: por suerte nos los dan, pero por ahí después de dos meses tenés diarrea. Y es por las copias, que no tienen suficientes controles de calidad. Se trata de los derechos de cada uno, del empoderamiento, de tener elementos para poder pelear por una mejor calidad de vida. Así que me integré a trabajar con un grupo de personas en red, porque es un modelo bastante horizontal, y me empecé a capacitar. Hasta que un día me dijeron si quería trabajar en prevención junto con la Coordinación Sida, que iba a haber una capacitación para las personas que viven con VIH en la ciudad de Buenos Aires y que íbamos a tener un espectro de lugares donde insertarnos laboralmente.

Empecé con la Fundación Buenos Aires Sida, que fue una buena experiencia, porque de estar en la calle con los usuarios de drogas, me vi en discotecas que son lugares complicados si uno no es lo suficientemente suelto. Hacer la demostración de cómo poner un preservativo con la boca en una discoteca era algo novedoso y bastante piola, me gustó mucho. Tenía llegada con la gente, no yo personalmente, sino que por el contexto, la gente se acercaba mucho, más allá de que por ahí y te robaban un pene y esas cosas que pasan en los boliche... (Risas)

Ana:...el de madera.

Anahí: Yo empecé en el Centro de la Mujer Lola Mora, haciendo difusión del testeo y repartiendo preservativos en Parque Centenario. Hubo reacciones de todo tipo: a una, le di un preservativo y me lo tiró diciendo: “¡Ay, no, para mí no!” y yo le dije: “No está usado, así que no es para tanto” (risas). Otra señora me siguió y me dijo: “Qué ignorante, porque por ahí en algún momento lo necesita y no lo va a tener”, entonces aprovechó y se llevó dos (risas). Después me tocó una pareja linda que estaba con los chicos y agarraron los dos, los nenes preguntaban: ¿Qué es, mami, qué es? sin saber qué regalábamos... “No, esto es para los grandes”. Estuvo bárbaro, ese día repartimos cualquier cantidad de preservativos, a muchos chicos, algunos decían que no y venía otro y decía: “Damelo que yo después se lo doy” y yo le decía: “No, no le des nada, guardáelos para vos”. Hoy tuve mi primer taller de sala de espera, bastante improvisado, pero bárbaro, en el centro de salud de Bompland y Córdoba, el 33, al que nos mudamos hace poco. La gente estaba reapurada para hacerse el análisis, pero hacerlo e irse así nomás no es el método, queremos que realmente se asesoren, que entiendan las cosas y que se vayan con otra visión, no con esto de que me hago el análisis y, como es gratis, vengo y me lo hago de nuevo dentro de seis meses a ver si lo tengo o no lo tengo, sin hacer prevención. No se trata de decir “qué bueno, zafé porque no lo tengo”, pero es de casualidad, porque no se están cuidando. Cuando les fuimos a hablar, ellos hacían preguntas y resultó fácil. Era mi primer día, yo estaba sola y renerviosa y salió bien.

¿Cuáles son tus actividades?

Darío: Estoy supervisando dos lugares, el hospital Durand y el Álvarez. Ahí se están haciendo charlas en sala de espera. En el Durand es mucho más que eso, también hacen entrevistas de pre-test y de post test y entregan resultados. Es muy fuerte lo que pasa con la gente, reacciones naturales: el que rechaza el forro o el que no te quiere escuchar, pero igual sabés que te está escuchando. No es sencillo pararse ante un auditorio y empezar a hablar sobre estas cuestiones. Hay gente que tiene la capacidad de enfrentarse con esas situaciones, hay otra que no tiene la capacidad pero por lo menos tiene la intención de hacerlo y va aprendiendo, y hay otra gente que no tiene la capacidad ni la intención.

Ana: Hay dificultades que tienen que ver con la vulnerabilidad social, hay gente que tiene interés en hacer el trabajo, que está involucrada con el trabajo en prevención pero no puede por cuestiones de la vida diaria, de falta de recursos para pagarse el colectivo para llegar a algún lugar, problemas de vivienda, una serie de cuestiones que dificultan mucho... A partir de lo que Darío cuenta del Durand, ¿cómo es la experiencia de conectarse con el sistema de salud desde otro lugar? Ustedes se habían vinculado previamente como usuarios, como pacientes, pero ¿qué pasa con esto de ir con otra función?

Ángel: Es bastante fuerte, para nosotros y para los mismos profesionales... que estemos ahí hablando y que nos escuchen y que se den cuenta de que somos parte de la realidad, no parte del problema, o las dos cosas a la vez, fue bueno. Hubo como una apertura... en la sociedad, no sé si tan fuerte como uno hubiera esperado, también de parte de los profesionales hubo una actitud de escuchar más. Los médicos te hablaban como desde un quinto escalón y vos no podías llegar a comprender lo que te decían, eran como Dios y vos no podías plantearles “quiero cambiar de medicación” o “esto me está haciendo mal por tal cosa y vos no me decís nada” y bueno... esto permite nivelar un poquito las cosas.

Darío: Yo siento una gran responsabilidad cuando hablo. Siento que en ese momento estás manejando información, tenés el poder de estar frente a esa persona y que todo lo que le decís es absolutamente clave; porque yo estuve de ese lado. También hice pre y post test, fue una experiencia difícil pero muy enriquecedora. Pero tanto en esa situación como cuando doy información lo que siempre pongo como premisa –y acá sí creo que tiene que ver el tema de vivir con el virus– es cómo me gustaría que me hablaran o de qué manera me hubiera gustado que me informaran de mi serología o de qué manera a mí me hubiera llegado más claramente un discurso en relación a la prevención...

Liliana:...porque estás comprometido como persona, porque sos una persona sensible que está hablando con otra persona y lo estás viendo como persona. Todos somos personas, somos médicos, etc., pero primero personas.

Darío: Claro, la imagen, cuando vas a un servicio de salud, es que sos un número o un color. A mí me ha pasado en un hospital estar esperando tres, cuatro horas sentado y que por un altoparlante se oyera una voz estridente que casi no se entendía: “328 verde”, “406 blanco” (risas), una situación absolutamente teatral. Te tratan como un número y no sos un número, sos una persona que está esperando y que te estás comiendo los codos por un resultado, que sentís que se te está jugando una carta muy grossa. No está ese grado de cuidado... creo que tiene que ver con el sistema de salud mismo, que no pasa por una cuestión de maltrato, pero que termina siendo eso. No hay una intención específica, pero el que te saca sangre o te atiende en la guardia también padece un montón de otras cosas, que después repercuten en el de más abajo de la escalera, que es uno que va y pone el brazo. Tiene que ver con esto lo que decía Liliana: uno que lo vive en carne propia, le pone su parte humana a esta historia.

Ángel: Cuando damos los resultados en el Durand, tratamos de empoderar al otro, de darle algunas herramientas dentro de las posibilidades que se generan en ese pequeño ámbito y en ese poco tiempo... y cuando vos le decís a la gente que vivís con VIH, le llega mucho más fuerte que si se lo dice un psicólogo, por lo menos es esa la impresión que yo tengo. Y por otro lado, está el tema del poder, esto de estar frente a muchas personas que te prestan atención en algún lugar abierto, de un tiempo a esta parte, ese poder de decir, es una manera de cortar con la falta de circulación de la información. Hay mucha transmisión del VIH por ignorancia. Entonces, poder estar ahí, charlando con la gente y decirle que no se asusten del VIH, que el VIH es una enfermedad... simplemente hay que atenerse a un tratamiento, tomar los medicamentos.

Anahí: Justo eso le dije a una señora que me preguntó: "¿Y si da positivo, te morís?" Y yo le dije que no, me preguntó si había medicación y le dije que sí, que es gratuita y que es algo que tenés que tomar como si fuera una enfermedad crónica, podés vivir 50 años más con esto, es como si tuvieras diabetes o hipertensión, te tenés que cuidar, pero en la medida en que vos te cuides podés seguir teniendo una buena calidad de vida... por si le llegaba a dar positivo, pobre... (risas).

Liliana: Aparte de la ignorancia, por lo que yo viví, también pasa por soberbia, hay gente que siente "a mí no me va a pasar".

Ángel: Yo creo que eso tiene que ver con la falta de información.

Hay un montón de gente que sabe que usando preservativo el virus no se transmite en la relaciones sexuales, pero las decisiones íntimas, privadas, no son fáciles...

Ana: Además es poner sobre la mesa un montón de cosas que son tabúes, que tienen que ver con la confianza en el otro, la historia de cada uno.

Ángel: Hay muchos tabúes que se han roto, muchas chicas o chicos con VIH que en su momento capaz que no querían pareja, porque tenían miedo a tener relaciones sexuales con alguien, o tenían miedo de que alguien los quisiera, de querer a alguien y después... se fueron empoderando. El grupo que se ha armado en la CTA y este tipo de lugares a partir del proyecto se ha abierto un poco, y empiezan a dar la cara en un montón de lugares y a hacerse cargo de que hoy por hoy el VIH no es la muerte, como fue en algún momento, somos personas con las mismas capacidades que las otras, quizá no las mismas oportunidades. Podés adquirir los conocimientos que te faltan, hasta poder decir que sí, que uno puede tener una pareja... tiene que ver con valorizarse un poquito más.

Anahí: Yo estuve 4 años sin tener una pareja. Lo había anulado completamente, para mí no existía más. Estaba con mi hijo y nada más, éramos nosotros dos y ya está.

Darío: ¿Cuando te enteraste de tu serología?

Anahí: No, después de que me separé del papá de mi hijo, pensé que nunca más con nadie. Decía: ¿Yo?... si estoy enferma, a ver si lo contagio y si te echan la culpa y después sos la mala de la película, entonces, antes de hacerme todo ese rollo no salgo con nadie. Y tuve una salida, y lo primero que hice fue decirle: "Mirá, yo soy portadora" porque ya me quería llevar adonde hay una lucecita roja y yo decía "no, no, no", ¿viste cuando te ponés las medias que están todas rotas porque seguro que no te las vas a sacar? (risas) Y le dije que era portadora y el me dijo: "Ya sé que sos portadora, no me importa, nos cuidamos". Él estaba repilas y para mí como que ya está, como que no iba a estar más con nadie. Hasta que después bueno, tuve una pareja y ya hace tres años que estamos juntos. Había estado cuatro años yendo a la virgen del Rosario, rezaba todas las noches con mi hijo.

Darío: ¿Para qué rezabas, pedías un novio, o qué?(risas)

Anahí: No, estaba dedicada a todo lo espiritual. Además, era amiga de todos los homosexuales, mi casa se llenaba de tres o cuatro homosexuales, viste que no podés tener relaciones ni loca (risas), yo era la más amiga de todos. Y qué loco, recién después pensé todo esto... Yo siempre dormía con unos almohadones acá atrás (se señala el hombro izquierdo) y el que ahora es mi marido me decía: "Sacate esos almohadones de ahí atrás que me quedo yo" (risas). Yo porque siempre tengo mucho frío en la espalda y dormía con los almohadones contra la pared... y no era el frío, era la otra personita que me faltaba.

Darío: Cuando se habla de vulnerabilidad, a ver cómo me explico... me da la sensación de que la vulnerabilidad no sólo es la social, en cuanto a lo económico y a la falta de vivienda o trabajo, sino la vulnerabilidad que nos llevó a nosotros a infectarnos: la vulnerabilidad en nuestros "afectos". Creo que va más allá del acceso a la información, tiene que ver con la capacidad de internalizar esa información, con poder entender ese discurso o lo que se está transmitiendo. Algo que no incluye ninguna campaña de prevención: cómo aprender a respetarse a uno mismo. A mí ya no me importa ni cómo ni de quién me infecté porque la infección me sirvió como medio para blanquear ese lugar de vulnerabilidad en el que yo me exponía, porque consideraba que el amor era otra cosa: un lugar de sometimiento, de maltrato. Es una cuestión cultural. Yo me exponía para pagar culpas, por ser homosexual, o simplemente porque repetía modelos aprendidos, o

porque, como estaba fuera de lo “permitido” debía vivir una sexualidad oculta... como todo se vivía con culpa, había que pagar ese precio. Y no por promiscuo, aunque también si nos ponemos a pensar qué es la promiscuidad... en fin. También sabemos de mucha gente “promiscua” –evaluada no sé con qué criterio moral– que no se ha infectado...

Liliana: Yo. (Risas)

Darío: ...y otras que por ahí han tenido una relación sin cuidarse y a la mierda, o sea que eso también es absolutamente...

Sí, la promiscuidad como categoría... es como mínimo dudosa

Liliana: Promiscua... qué sé yo, yo tuve muchísimas relaciones sexuales y no convivo con el virus, pero no sé por qué no. Cuando me hice el análisis la primera vez (todavía no existía el cóctel) fui con una amiga, yo decía “estamos en el banquillo”, porque en ese momento era vida o muerte. A mí me dio negativo y a ella le dio positivo, me acuerdo que lloramos, primero porque ella tenía tres hijos y yo decía “por qué a ella y no a mí, tiene toda una vida, tres hijos para criar”. Lloraba porque me sentía mal porque no había sido yo... En ese momento no tenía a mi hija... Pero bueno, con todo lo que lloramos, gracias a Dios agarró el cóctel y tiene una vida normal totalmente, enterró a varios del grupo que murieron de otras cosas. Todos en su momento pensamos “está condenada” y no... Fue una experiencia maravillosa aunque muy terrible de vivenciar... Pero pudo salir adelante, no había nada, sólo el AZT. Fue maravilloso como ella pudo vivir su vida, se volvió a casar con una persona que no tiene VIH, y tiene una vida normal.

¿Y cómo fue tu integración a este proyecto?

Liliana: Yo me sentía excluida de la sociedad, sin un lugar, sentía que todo lo que me quedaba en ese momento era salir a afanar porque ¿qué le doy de comer a mi hija? Porque todo muy lindo pero esto no son alimentos (señala su casa, donde se hizo la entrevista), están los platos, las cosas, pero la comida no. Me había anotado en el plan de jefas pero no creía que existiera realmente ni que me lo fueran a dar, pero bueno: me salió. Yo había puesto que quería trabajar en la plaza porque me encanta la jardinería, la vida al aire libre...

Ana: ...y bueno, ahí la llevamos al sótano del Lola Mora...

Liliana: Claro, empecé con ellos, con Ana, en el Lola Mora. Yo sentí que me inserté en la sociedad, empecé a ser útil, a sentirme persona de nuevo, me reconcilié mucho también conmigo y de pronto surgió que se necesitaba una extraccionista y yo dije “bueno, tan difícil no debe ser” y bueno, hice el curso y empecé a hacerlo. Con muchísimo cuidado, yo cuido muchísimo a la gente, si a veces tengo que comprar las agujas las compro, si siento que me olvido... me saco sangre yo, trato de que a nadie le duela, que sea algo de cuidado, yo cuido a la persona que está conmigo, porque tampoco me gusta que me maltraten.

Ángel: No hacer al otro lo que no te gusta que te hagan.

Liliana: Como vos decís, para mí siempre es así... la vida es un tirar y que venga, vos tirás mierda y te va a venir mierda, yo pienso que es así. Entonces bueno, yo me sentí muy, muy bien y aprendí muchas cosas de compañeras mías en el Lola, y me produce una gran admiración porque el tema de la medicación en las mujeres es más notorio cómo se deforma el cuerpo y todo eso...

Darío: Y en los varones también.

Liliana: ...y tenemos compañeras muy bellas, que habrán tenido un cuerpo espectacular, que tienen una altura divina y son divinas. Y cómo ellas pudieron organizar su vida, cómo también tienen el problema de que les cortan el agua, de que no tienen dónde vivir, los mismos problemas que tengo yo en cierta forma con sus hijos también –algunos que tienen VIH y otros que no–, cómo viven y conviven con toda esa realidad distinta, y la fuerza y la polenta que tienen. Eso, les juro que es admirable, y a mí me ayuda y me ayudó mucho para mi propia vida. Ver personas con tanta polenta, con tanto amor a la vida y con tanto darle para adelante. Me parece un aprendizaje de vida riquísimo: son personas comunes pero que a la vez son grandiosas, son gran-diosas nuestras compañeras, ellas siguen y siguen y siguen y la vida les está dando cosas lindas. Entonces cuando ves eso y... recibís cosas, esa polenta hace que yo también produzca cosas buenas y que me vengan cosas buenas, eso me parece bárbaro.

Ángel: A mí me pasó una cosa muy fuerte, yo estuve en Cuba en el Foro Social de VIH. Fuimos a visitar un hospital donde están personas que viven con VIH, antes encerradas obligatoriamente, ahora es a elección, por tres meses. Conversé con algunos de los chicos que estaban ahí, les ofrecía un mate (yo andaba con el mate de un lado para el otro), y había chicos que estaban bárbaro, digo, ya sabemos que el aspecto no tiene nada que ver, que uno no se da cuenta si alguien tiene VIH porque es gordo, flaco, alto o lindo, pero sabíamos que vivían con VIH porque estaban en ese lugar internados. Y yo les preguntaba: “¿Vos que hacés acá, loco porque se te ve bárbaro?” y bien, musculoso, los chicos hacen gimnasia o ese tipo de cosas. Me dice: “No, lo que pasa es que yo estoy acá porque estoy aprendiendo a vivir con VIH”, y tiene que ver con esto de lo que estabas hablando vos.

Y saliendo un poco del ámbito del hospital ¿cómo les parece que la sociedad, en términos más amplios, toma el tema?

Ángel: Para mí hay como una apertura a la información. Hoy en el hospital Paroissien estaba pegando unas cositas de prevención y se me acercaron dos señoras de unos 50 años para decirme: “En el colegio, necesito información de sida”, y de hecho han venido de algunos colegios a solicitarnos, como personas que vivimos con VIH, si podíamos ir a dar un taller porque están teniendo unos líos bárbaros con los chicos... hablando de esto de la promiscuidad, a los chicos no les importa nada, yo creo que ahora hay como una apertura para hablar de estos temas.

Liliana: Yo a mi hija le enseño, por ejemplo, lo que es hacer el amor. Mi hija tiene 8 años y le muestro un forro, y le digo: “Mirá, esto es un preservativo y se pone en el pito porque hay una enfermedad...”, como para que vaya incorporándolo, para que después sea algo normal.

Ángel: Vos porque estás metida en este ámbito, pero andate a González Catán... la gente lo único que piensa en su vida es qué es lo que va a comer o qué le va a dar a los chicos. Entonces esas cosas no les importan, menos tener un preservativo, es fuerte. Me pasa en el grupo del Durand. Un par de veces me dijeron que no haga más eso de poner el preservativo con la boca en el pene de madera porque la gente... algunas se horrorizaban pero mal. Todavía no hay una cosa así de “todo bien con el sida, el VIH en Argentina”, no, mentira.

Darío: Cuando estás tan metido en la cuestión podés perder el parámetro... yo a veces no sé si está tan instalado. Me da la sensación de siguen los mismos tabúes de siempre... (yo lo testeé con mi familia). Porque se trata de una enfermedad de transmisión sexual y el sexo sigue siendo un tema tabú, es muy difícil hablar de sexo y de sexualidad, son cosas difíciles de instalar.

Un tema que me desvela es la prevención en escuelas. Cuando trabajo con adolescentes me dicen que les dieron información, pero sólo eso. No sé si está estudiada realmente la manera de llegar a los chicos. No sé hasta qué punto está instalado el tema en la sociedad y hasta dónde la sociedad ha tenido la posibilidad de elaborar esto tan profundamente... más que dudas tengo certezas: no está tan elaborado.

Ana: ¿No creen que todavía está vigente lo de los grupos de riesgo?

Darío: ...Lo siguen diciendo alrededor nuestro.

Ángel: Totalmente... no hay conciencia real de que le puede pasar a cualquiera.

Darío: Y esto facilita la expansión de la epidemia. Justamente, seguir pensando que esto es algo de algunos pocos...

Ángel: Pero también tiene que ver con la situación económica...

Liliana: ...Y con la falta de autoestima que te genera esa situación económica. Porque cuando no tenés para comer y para darle de comer a tus hijos ¿qué te vas a querer cuidar, si te querés morir? Tenés culpa de cuidarte en medio de todo ese caos... pero yo creo que sí se sabe, todos lo saben. Creo que hay que empezar por sacar esa culpa de la parte económica, de la parte social para decir bueno “yo me cuido” y estar mejor, trabajar mejor...

Ángel: Hay gente que si bien lo sabe y tiene un gran desarrollo intelectual sobre el tema, de hecho tampoco se cuida y hay mucha gente que sabe que tiene que usar preservativo, pero no lo usa porque no tiene un mango para comprarlo. Esto pasa por ejemplo en Matanza, allí la gente no

tiene para comprar. Los pibes en la esquina, si tiene un peso, prefieren comprar vino, y los padres prefieren comprar una leche para los chicos antes de comprar un preservativo

Liliana: En una situación así, uno siempre se deja para lo último, hasta donde se termina el límite.

Ángel: Pensaba en los problemas para acceder al cuidado. Hay publicaciones por todos lados "cuidense, usen preservativo, usen forro" y se gastan millonadas en campañas pero en algunos lugares no hay acceso real a los preservativos... que son la prevención de verdad. Porque si no, después tenés que poner un montón de guita para pagarle el cóctel a una persona con los impuestos de todos los demás. Si vos laburás antes con la prevención... lo que pasa es que cuesta también que la gente use el preservativo, cuesta un montón porque hay como una cosa de que no pasa nada, o está todo bien, o sí damelo pero no lo uso. Hay gente que dice "no yo no uso", pero "bueno, dáselo a un sobrino, un amigo, un vecino, regáleselo, que lo use". Yo creo que es bastante difícil manejar esto porque pasa también en Belgrano, donde hay gente que tiene el conocimiento o las posibilidades de adquirir el preservativo y por ahí no lo usa, o la idea de que ahora "hay medicamentos, no se muere nadie, no pasa nada, no uso más forro".

Ustedes se han ido identificado ante algunas personas como gente que vive con el virus ¿cómo les ha ido con eso?

Anahí: a mí no me pasó lo de la discriminación y cuando sentía que alguien se podía alejar, entonces optaba por decir "listo, no me sirve". Si le parece que porque soy portadora soy menos, no vale la pena, no me ocupaba más de esa persona, es como ir despejando un poco la cantidad de gente y buscar un poco más la calidad y los amigos y los que están al lado tuyo cuando están siempre... Me quedé con pocos, pero buenos.

Darío: ...En realidad tampoco estamos evaluando quién es mejor o peor persona. A veces uno discrimina por falta de conocimiento o por miedo. Eso no justifica la sensación de rechazo –que es muy desagradable– pero por otro lado creo que... es muy infantil esto de los buenos y los malos, los que me aceptan y los que no me quieren.

Anahí: Pero claro, muchas veces uno se expone y le estás dando demasiado a una persona que no vale la pena...

Darío: Pero eso pasa en general, en la vida.

Anahí: ...y por ahí no te das cuenta y yo con respecto a eso, empecé a ver las cosas de otra manera.

Darío: En este tiempo aprendí que soy mucho más que una persona que vive con VIH. Si me plantara solamente en eso, mi vida quedaría reducida y entonces sí tendría que estar muy pendiente de los que me aceptan y los que no me aceptan. Yo no he hecho un *coming out* en relación al VIH (*dar a conocer la condición serológica*) porque me muevo en diferentes círculos, trabajo con niños, con adolescentes. Es un tema un tanto complejo; porque además está la otra cuestión en relación a mi sexualidad. En algunos casos, el tema del VIH parece que viene a blanquear las elecciones sexuales. Hay cosas que yo todavía no he resuelto pero tampoco me quiero presionar para hacerlo, porque en ese sentido lo mejor que podés hacer es darte el tiempo necesario para ser sincero con vos mismo. Sí he recibido cuestionamientos del tipo "¿por qué no me lo dijiste?". Y si en otro momento no pude contestar y sentí culpa –lo cual me hizo estar durante mucho tiempo para adentro–, ahora trato de pensar y manejar ¿por qué tengo que decirlo? ¿qué obligación tengo yo de hacerlo? Si hubo una situación de riesgo y yo velé o cuidé de no exponer a otro y de no exponerme a mí. Ahora puedo decir ¿por qué te tengo que cuidar yo a vos si vos tenés que cuidarte solo? Pareciera que "ser VIH" te responsabilizara frente a todo el mundo. Vos sos el que tiene la bomba adentro y andás por la vida teniendo que prevenir a toda la gente: no me toques porque explotamos. En realidad, se trata de que cada uno empiece a ocuparse de sí mismo..., es complicado, pero siento que en el fondo no es nada más que eso.

Ángel: Yo soy bastante de decir lo que me parece, a veces prefiero equivocarme por bocón y no por callarme la boca, no sé si es bueno o si es malo. De todas maneras, tengo esa naturaleza y me va... bastante bien, por lo menos no tengo problemas... Me parece natural hablar del VIH. Desde hace unos años, cuando empecé a usar preservativos e ir a los médicos, al hospital, a hacerme los controles como corresponde (porque me tocó estar bastante mal y encima detenido en una cárcel), empecé a ver algunas cuestiones y pude decir ¿por qué tengo que andar

discriminándome yo? Tampoco ando con un cartel diciendo soy VIH positivo, pero en una conversación con cualquier persona, de cualquier sexo, no me molesta que sepa cuál es mi serología. De hecho, primero soy una persona, después viviré con VIH o no... También me parece bien lo que decía Darío: cada uno también tiene sus tiempos...

Darío: En una revista de Barcelona, en todas las ediciones sale gente que se visibiliza (hace pública su condición serológica), como una forma de instalar en la sociedad que esto no es de un grupo, sino de todos. Las experiencias de gente de acá que se ha visibilizado a nivel público han tendido a desaparecer. Convengamos que también tiene que ver con los medios y las modas. Cuento una experiencia muy traumática: yo tuve problemas de HPV. En una revisión —era un hospital-escuela— cuando entro para que me atiendan, había 40 practicantes adentro el consultorio, y no pude decir que no. Entonces me subí a la camilla, bajada de lienzos delante de toda esa gente y, no solamente eso, sino que después el querido proctólogo dijo: “Acá, el caso de un paciente VIH positivo bla, bla, bla”. Fue espantoso, y lo peor de todo es que me odié... Entonces hay que ver desde qué lugar uno estimula la visibilidad, porque en ese momento “sentí que me estaban haciendo visible”, y que no tenía elección. ¿Hasta dónde uno después no se siente manoseado o usado? Porque en la guerra mueren los soldados... y hay que bancarse ser soldado.

Ángel: A mí me gusta verle la cara a la gente cuando, después de dos horas de charlar, le digo que vivo con VIH..., se me quedan mirando como diciendo “guacho, ¿por qué no me dijiste antes?”. Yo estoy estudiando trabajo social y al final del primer año, tuvimos que hacer un laburo sobre las emociones. No me acuerdo bien cómo era, pero yo dije que haber participado de la educación terciaria, de tal materia, me había hecho rever un montón de cuestiones como persona y como persona que vive con un virus, con lo cual mis compañeras, después de haber estado un año conmigo y sin saber nada (solamente una que me conoce de hace tiempo), no podían creerlo. Aparte de todas las barbaridades que habían dicho... pavadas porque cuando uno no sabe, dice cosas que por ahí... Me gustan las caras de la gente porque o reacciona para bien o reacciona para mal, o está todo bien o no te da más bolilla, pero no me quita el sueño tampoco...

Darío: O sea que te gusta descolocar al otro.

Ángel: Sí, un poco, me gusta. A veces es uno el que, sin medir, produce cosas medio feas. Por ahí estás hablando con otro y también tiene VIH y le jode, o al revés, piensa “mirá qué bueno lo de este” y por ahí le hace bien. Pero, de hecho, tengo muchos amigos que son usuarios de drogas que dicen: “Mirá, dejame en la mía, vos todo bien, hacé tu activismo como vos quieras, pero yo estoy acá, y no quiero que nadie se entere, no me traigas nada”. No podés transmitirle nada.

Darío: Un movimiento interesante fue la marcha de los barbijos. Si bien la visibilidad se hizo de manera parcializada porque la gente tenía barbijos, al mismo tiempo fue un intento de la gente con VIH que salió a la calle a decir: “Somos VIH y acá somos cinco, somos diez, somos cien y los que estamos, estamos reclamando por una cuestión nuestra”. A veces tengo la fantasía de que el 1º de diciembre no quede solamente en el stand y en la repartija de folletería y de preservativos, sino que convoque a una participación, una presencia de todos. Poder ponernos o sacarnos el barbijo o la careta que nos quede mejor para esa ocasión y realmente hacer una marcha donde la gente tome conciencia de que existimos. Creo que no pasa por uno solo, por una cara que aparezca. Por ejemplo, no estoy para nada de acuerdo con lo que hace Peña, me parece nefasto, creo que está haciendo es marketing propio y que le sirve a los efectos de su venta como actor o artista... Yo desconfío de esas figuras, no creo que sean sanas para el real problema, sí creo en la manifestación masiva pero creo que va a llevar mucho tiempo organizar eso y que la gente pueda salir a la calle a decir somos VIH y somos un montón, todos estos, de acá hasta allá.

Ángel: Yo creo que si bien tiene mucho que ver con el marketing propio, como vos decís, me parece bien. Cuantas más personas haya diciéndolo y que no les importe nada, más allá de la publicidad para él o no, más personas podrán empezar a identificarse y salir a la calle como decís vos.

Darío: Tomar la medicación con cerveza como una piolada..., eso es una estupidez, es efectista... me parece que busca generar polémica, producir un efecto, pero no ir a la profundidad de las cosas, lo cual es contraproducente. Hay que ver desde qué lugar se instala el asunto porque en definitiva termina siendo un personaje extraño, raro, polémico...

Ángel: y que son todos raros...

Darío: Claro, y seguimos todos en esa historia... se reproduce el estigma porque "todos los dragones son así" y "los putos son así"...

El "desde dónde", también hay que verlo como un proceso: no es lo mismo asociar el VIH a la muerte hace algunos años, que seguir haciéndolo en la actualidad. O visibilizarse hace años u hoy...

Ana: Hay un valor de la visibilidad, por algo decís que sería bárbaro poder instalarlo y que cada vez más personas puedan decir públicamente cuál es su situación en relación al VIH... porque esto ayudaría a desmitificar un montón de cosas...

Liliana: O que no importe.

Lo que pasa es que esto toca la vida cotidiana, la vida íntima y todos tenemos prejuicios.

Ángel: sí, es bastante difícil. Quisiera agregar algunas cosas que tienen que ver con la prevención y mejor calidad de vida de las PVVIH. Sigue habiendo una falencia muy grande en el Estado con respecto a cuestiones sociales vinculadas al VIH. Para que las personas con VIH tuvieran un trabajo real y una vida digna como corresponde y que no se les vapuleen sus derechos. Desde el vamos, que los análisis estén en tiempo y forma y los medicamentos estén en el hospital donde se atienden y no que los tengan que ir a buscar y esperar cuatro horas con fiebre en el Ministerio de Salud, donde te atienden muy fríamente... estas cosas también pasan.

Liliana: Y los protocolos, que son todo un tema.

Ángel: Los protocolos son bastante difíciles.

Liliana: Por lo que veo de afuera, humildemente..., tenemos una compañera que está en un protocolo. Cuando se termina el protocolo, ¿le van a seguir dando? Porque ella prestó su cuerpo ¿le van a seguir dando o no la medicación si no se la puede comprar? Ese es todo un tema que a mí me molesta profundamente, desde lo humano.

Ángel: No es lo mismo estar en un protocolo de prueba de drogas o en un protocolo donde mezclan drogas probadas, que ya están en el vademécum, y lo que están viendo es la resistencia a largo plazo. No es lo mismo.

Liliana: Yo tampoco estoy hablando desde "la salud", "yo soy totalmente sana"... también tengo lo mío, tuve cáncer y el cáncer es una cosa que está siempre...

Darío: La diferencia es que nosotros desde el VIH estamos más empoderados; de alguna manera, para poder subsistir, hemos tenido que aprender a defendernos y esto nos ha dado herramientas. Creo que las personas con VIH nos estamos haciendo cargo de nuestro lugar y posicionándonos en los lugares de poder.

Ángel: Sí, la historia es poder cambiar un poco todo esto, para mejorarlo. Igual sigo pensando que hay mucho maltrato; no con las personas con VIH solamente, sino con la sociedad en general. No hay igualdad de oportunidades. Me viene a la cabeza una situación que tiene que ver con el empoderamiento: yo, que estoy un poquito más incluido en el tema y conozco tres médicos de tres hospitales distintos, si necesito una radiografía seguramente llego a algún hospital y a mí me la consiguen, ¿por qué yo tengo esa oportunidad y todo el mundo no?

Darío: Eso también te pasa sin necesidad de que te conozcan. Cuando en el verano no se conseguía, amprenavir, a mí se me ocurrió llamar al laboratorio que lo fabrica directamente y plantearles "si no tomo la medicación tengo que cortar con el cóctel, tengo las defensas bajas, tengo una carga viral alta", me contestaron: "Vení a buscarlo mañana"... Y en realidad no es que yo conocía a la gente del laboratorio ni nada, solamente se me ocurrió atacar hacia la fuente. Pero esto sí tiene que ver con el empoderamiento y con la capacidad de pensar.

Y de que se te ocurra hacer eso

Darío: Sí, estoy de acuerdo. Tal vez para la mayoría de la gente que va con su papelito al mostrador y le dicen que no hay, la discusión se termina ahí. Si te dicen "no hay" ¿qué más vas a hacer?... pensás "chau, corto el tratamiento y me voy a mi casa". Pero cuando uno sabe que le puede hacer un juicio al laboratorio (y el laboratorio también sabe), la historia cambia... Entonces

se trata de saber presionar en el lugar correspondiente y esto sí tiene que ver con el encuentro, con compartir, con charlar con esas personas que no tienen esta capacidad. Yo he estado en el Ministerio cuando salía una empleada y decía: "Stocrin no tenemos más" (a los gritos), y la gente se iba llorando. Preguntaban: "Pero para cuándo" y escuchaban como respuesta: "No sé, vengan por ahí la semana que viene que quizás...". Poder llegar a esa gente para decirle: "No te quedes ahí, tirale la puerta abajo", me parece que es el trabajo de las personas que vivimos con VIH, no quedarnos solamente con una cuestión individual, porque si no empezamos a reproducir la historia social del sálvese quien pueda.

En este sentido el trabajo que hacen ustedes sale de lo individual y no llega a lo supermasivo, mantiene el "cara a cara"...

Dario: Es un trabajo de hormiga, eso es básico. Hay que desarmar un discurso que se instaló durante muchísimo tiempo. Y desarmarlo va a llevar el doble de tiempo. Y el problema es que el virus avanza mucho más aceleradamente que el tiempo que te lleva desarmar ese discurso. Insisto: donde hay que trabajar es en la semilla, que son los chicos que empiezan su vida sexual.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



HACIENDO CAMINOS EL DESAFÍO DE LA PARTICIPACIÓN

ANA BORDENAVE

Coordinación Sida GCBA / dgasya@buenosaires.gov.ar

*La cosa está en las cosas
que yo sé y que usted no sabe
y en las cosas que usted sabe
y yo no sé todavía
y en los sueños que nos faltan para realizar*
Silvio Rodríguez, "La cosa está en..."

*Caminante, no hay camino
Se hace camino al andar*
Antonio Machado, "Cantares"

La importancia que tiene la **participación de las personas viviendo con y/o afectadas por el VIH-sida (PVVS)**[®] en las estrategias de respuesta a la epidemia forma parte de los consensos básicos a los que hemos arribado veinte años después de la aparición del sida. La idea no es novedosa. Ya en 1983, en la Conferencia Internacional de Sida de Denver (USA), se lanzaban las primeras propuestas de incorporar la experiencia personal de las PVVS en las estrategias de prevención. Once años después, en la Cumbre de París de 1994, 42 países declararon que el **principio de mayor participación de las personas que viven con y/o están afectadas por el VIH-sida (MPPS)** resultaba fundamental para instrumentar una respuesta ética y eficaz a la epidemia.

Sin embargo, la implementación efectiva de estos principios ha estado lejos de la contundencia de los enunciados. De hecho, aquí y en casi todo el mundo, quienes realmente han trabajado arduamente para hacer realidad estas ideas han sido las propias PVVS. Los gobiernos y los órganos de decisión política, en cambio, han avanzado mucho más lentamente en este terreno.

Desde la experiencia acumulada en estos dos años de gestión en la Ciudad de Buenos Aires, nos parece oportuno reflexionar sobre el sentido de la participación de las PVVS, tanto en su dimensión política como subjetiva, sus alcances y también sus limitaciones, relatando algunas cuestiones relevantes del camino recorrido.

Los caminos de la participación

La participación, en un sentido amplio, apunta al núcleo de la democracia: la **construcción de ciudadanía**. El concepto de ciudadanía constituye un marco ético de reconocimiento a cada persona como sujeto de derechos y copartípe y corresponsable de las decisiones públicas. Este principio es válido para cada ámbito de la vida social, pero en el caso del sida adquiere un plus de sentido, a partir del reconocimiento de la significativa contribución que las PVVS pueden hacer en respuesta a la epidemia.

Si bien cada país y cada comunidad tienen sus particularidades, las experiencias realizadas con este enfoque nos permiten resumir algunos de los beneficios más significativos de esta participación*:

[®] PVVS: la red mundial de personas que viven con el VIH-sida (GNP+) y la comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH-sida (ICW) han adoptado oficialmente la sigla PVVS para designar a las personas infectadas o afectadas por el VIH-sida. Esta definición incluye a las personas que son seropositivas y a las que los rodean, tales como sus parejas, sus familiares y sus amigos.

* Una evaluación detallada de la experiencia acumulada en este sentido se encuentra en las publicaciones de ONUSIDA citadas en la bibliografía de referencia, de la que se tomaron los principales ítem.

- -Abre **nuevas perspectivas de trabajo**, tanto en el diseño de estrategias preventivas como en las prácticas asistenciales, al incorporar a equipos en general exclusivamente técnicos el aporte de la experiencia directa de las personas que viven con VIH. Dentro de las instituciones, la participación de PVVS ayuda a hacer frente a los miedos y prejuicios personales y grupales.
- -Permite darle rostros y voces humanas a la epidemia en la percepción que de ella tienen las personas que no están directamente afectadas. Posibilita así la **deconstrucción de los estereotipos** con los que se han identificado socialmente a las personas que viven con VIH. El impacto social del reconocimiento público **ayuda a reducir el estigma y la discriminación** y promueve una mayor aceptación hacia las PVVS.
- -La participación de las PVVS **cuestiona los sobreentendidos básicos** que suelen darse en los ámbitos de salud, los cuales identifican por un lado al proveedor de servicios (persona que no es seropositiva) y por otro al receptor de servicios (persona que vive con VIH). La reversibilidad de estos encasillamientos mecánicos genera desafíos y costosos reacomodamientos, pero va poco a poco transformando las prácticas de salud con un signo más democrático, centrando las acciones en las necesidades de los usuarios y no sólo en las de los equipos de salud.
- -La participación tiene un gran **impacto en las PVVS como sujetos**. El pasaje de un rol pasivo (“paciente”) a otro activo, de protagonismo y compromiso personal y social, suele ser uno de los mayores motores de motivación personal. El reconocimiento por el trabajo que realizan y la satisfacción de poder ayudar a otros refuerza la propia valoración. La participación es una de las fuentes privilegiadas del empoderamiento.
- -La participación activa de las PVVS en cada uno de los niveles de respuesta a la epidemia se transforma en un **modelo identificador para otras PVVS**, que pueden encontrar un estímulo importante para afrontar de un modo más positivo su situación personal.

Sin embargo, y a pesar de que son múltiples e inconstatables los beneficios de estas líneas de acción, no podemos ser ingenuamente optimistas sin reflexionar sobre las razones por las que los avances en este terreno no han sido todos los deseables.

En primer lugar, resulta bastante claro que, más allá de los esfuerzos voluntaristas y militantes de las PVVS, **los niveles más altos de participación sólo se logran en aquellos lugares que reconocen la importancia de esta participación, y generan mecanismos activos de inclusión en todos los niveles de decisión e implementación de las políticas públicas.**

En este sentido, es necesario tener en cuenta que el término participación es lo suficientemente amplio como para aludir a distintas instancias de integración. En general, las PVVS son convocadas como destinatarias de acciones o aun para transmitir públicamente sus experiencias pero pocas veces la convocatoria incluye los espacios de decisión. (Ver Gráfico participación).

De todas maneras, la falta de decisión política, si bien es uno de los obstáculos más fuertes, no es el único que genera problemas para lograr la participación. También se convierten en obstáculos:

- -La **falta de reconocimiento público del estado serológico**: en los lugares en los que el VIH-sida sigue teniendo una fuerte carga estigmatizante y en los que siguen registrándose fuertes actitudes discriminatorias, la decisión de “hacerse visible” tiene implicancias subjetivas difíciles de afrontar. Si bien las PVVS pueden tener una participación activa y eficaz aun sin revelar su seropositividad, el impacto a nivel social es mucho más importante en relación al estigma cuando las PVVS pueden visibilizarse.
- -Las **dificultades institucionales y organizacionales para acoger la participación** de PVVS: muchas veces estas dificultades derivan de miedos o prejuicios en relación a las PVVS, y otras tantas de la inercia de las instituciones que obstaculiza la implementación de cambios en las modalidades de trabajo. Esta dificultad no es privativa de las instituciones más burocratizadas, sino también de muchas ONG y asociaciones de PVVS, que pueden verse amenazadas por la participación masiva y no encontrar los caminos adecuados para generar espacios de inclusión.

- -La **falta de capacitación** específica de las PVVS: si bien el énfasis de las propuestas de participación está colocado en el rescate de la experiencia personal de las personas afectadas y en su propia motivación, para poder lograr una participación realmente eficaz es necesario contar con herramientas de capacitación adecuadas para las distintas tareas involucradas. De hecho, uno de los obstáculos para que las PVVS logren niveles más altos de participación, está dado por la tendencia a mantener los saberes “técnicos” en los ámbitos académicos y los saberes “vivenciales” en las personas afectadas, sin que se produzcan verdaderos espacios de construcción de nuevos saberes colectivos.
- -Las **condiciones socioeconómicas precarias** de muchas de las PVVS, que provienen de sectores pobres o pauperizados, con bajo nivel educativo y fragilizados en muchos aspectos de su vida, les impide romper con los circuitos de sometimiento y acceder a los niveles de empoderamiento y autonomía que logran otras personas que pertenecen a segmentos socioeconómicos medios o altos y que están habituados a defender y reclamar sus derechos. Por otro lado, esta realidad atenta en muchos casos contra la sustentabilidad de las acciones: la falta de recursos económicos para poder darle continuidad a las tareas, sumada a las situaciones vinculadas a enfermedades y dificultades de la vida cotidiana, familiares, anímicas, etc. son obstáculos psicosociales difíciles de sortear.

Abriendo puertas

En nuestro país, y no sólo aquí, los noventa fueron tiempos marcados por la **exclusión**, por la sistemática expulsión de más y más personas de los distintos ámbitos de pertenencia: pérdida de puestos de trabajo, de coberturas médicas y sociales, desdibujamiento del rol del Estado, crisis de credibilidad en las instituciones políticas y sociales, endiosamiento del consumo como eje ordenador de la vida de las personas y exaltación del individualismo. Como no podía haber sido de otro modo, también para las PVVS fueron tiempos difíciles.

La falta de reconocimiento, de cuidado y de protección como ciudadanos, sumada a los discursos y las prácticas efectivamente discriminatorias, reforzaron los circuitos de la exclusión de miles de personas que sólo pudieron defenderse con el aislamiento, padeciendo en soledad sus propias circunstancias.

La soledad y la falta de cuidado y reconocimiento también fueron extensivas a los equipos de salud y a las organizaciones no gubernamentales que fueron construyendo una respuesta artesanal a la epidemia, pocas veces valorada desde los centros de decisión política. La falta de políticas preventivas sólo fue parcialmente paliada por los esfuerzos valiosos pero fragmentados y discontinuos de personas y organizaciones que decidieron hacer en lugar de esperar.

Sin embargo, también hubo hechos alentadores. La aprobación de la Ley Nacional de Sida, la provisión de medicamentos gratuitos –a pesar de los recurrentes problemas de discontinuidad–, el apoyo financiero a través de agencias internacionales para proyectos de prevención, la eficacia de los nuevos tratamientos, y las miles de personas que lucharon y luchan aquí y en todo el mundo por su dignidad, por el acceso a la salud y por el derecho a una buena calidad de vida, fueron generando cada vez mayores espacios de apertura, de sensibilización y de esperanza.

En la Ciudad de Buenos Aires, desde la creación de la **Coordinación Sida** en diciembre de 2000 y especialmente a partir del proceso de planificación estratégica, que situó como una de las tres líneas fundamentales de acción la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, consideramos fundamental comenzar a establecer estrategias de trabajo que apuntaran a hacer realidad los principios de MPPS. La lógica sobre la que nos apoyamos fue la de pensar a las PVVS como parte de la respuesta y no sólo como parte del problema. En esta línea, instrumentamos el proyecto **“Prevención territorial del VIH-sida”**, conformando un equipo de trabajo que incluyó en todas sus instancias –planificación, ejecución y evaluación– la participación de PVVS. El objetivo central fue aprovechar la existencia de planes de empleo (el Plan Nacional para Jefes y Jefas de Hogar Desocupados) como una oportunidad para que PVVS beneficiarias recibieran capacitación y lograran mayores niveles de empoderamiento, propiciando su inclusión en espacios laborales vinculados a la prevención primaria y secundaria de VIH-sida, espacio en el que cuentan con un rol y un potencial diferenciado.

Los resultados cualitativos de estas acciones son alentadores: A pesar de las dificultades y los numerosos obstáculos que fuimos encontrando en el camino, resaltamos sobre todo –y tomando las palabras de las propias PVVS que forman parte del proyecto–, *el valor dignificante del trabajo en la vida de las personas, el efecto reparador de sentirse incluido y reconocido desde el propio Estado, la satisfacción con la tarea y el impacto subjetivo que ha representado para muchos de ellos la posibilidad de compartir angustias y esperanzas con otras personas que están pasando una situación similar.*

La evaluación del recorrido hecho hasta aquí nos muestra que esta línea de trabajo ha tenido un **doble efecto** muy satisfactorio: por un lado, **para las PVVS**, el impacto en general ha sido muy positivo en la visión de sí mismos y de su capacidad de acción, potenciando sus fortalezas personales y grupales; por otro lado, también **las organizaciones que los incluyeron** –en particular las del sistema público de salud, que venciendo numerosos obstáculos generaron las condiciones de posibilidad para esta inclusión–, dan cuenta del enriquecimiento en su tarea y los avances en términos de la democratización de las prácticas cotidianas.

Esta experiencia ha sido un primer paso significativo, pero aún queda un largo camino por recorrer, en el que los principales desafíos serán la **sustentabilidad** de las acciones emprendidas, la **profundización de la participación** y la posibilidad de hacer extensiva la **inclusión a otras PVVS**.

Esto implica la transformación de esta experiencia acotada en una práctica instituyente, que no dependa de los matices de las gestiones políticas y que apueste a legitimar los espacios de participación que se van construyendo.

Nuestro país ha atravesado una de las peores crisis a partir del quiebre del “modelo” de los noventa. Sin embargo, uno de los efectos alentadores de esta crisis ha sido el consenso cada vez mayor en que otra realidad es posible y que también es posible construir la esperanza. Sobre todo si le damos a la esperanza otro sentido que el de simple espera, recordando aquello de Paulo Freire de que *“sólo en la lucha se espera con esperanza”*. Son tiempos de construcción y de aprendizaje. Y también de lucha por la dignidad y por un país que nos incluya a todos y a todas. Apostamos a que estos nuevos tiempos sean más propicios para el desarrollo de estas políticas, porque creemos que **es sólo desde esta perspectiva de construcción colectiva que nuestros sueños se harán realidad.**

Bibliografía de referencia

Basabe,N.,Paez,D., Usieto,R., Paicheler,H., Deschamps,P. “*El Desafío Social del Sida*”. Editorial Fundamentos.Madrid, 1996.

Platts, M. (compilador). “*Sida: Aproximaciones Éticas*”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1996.

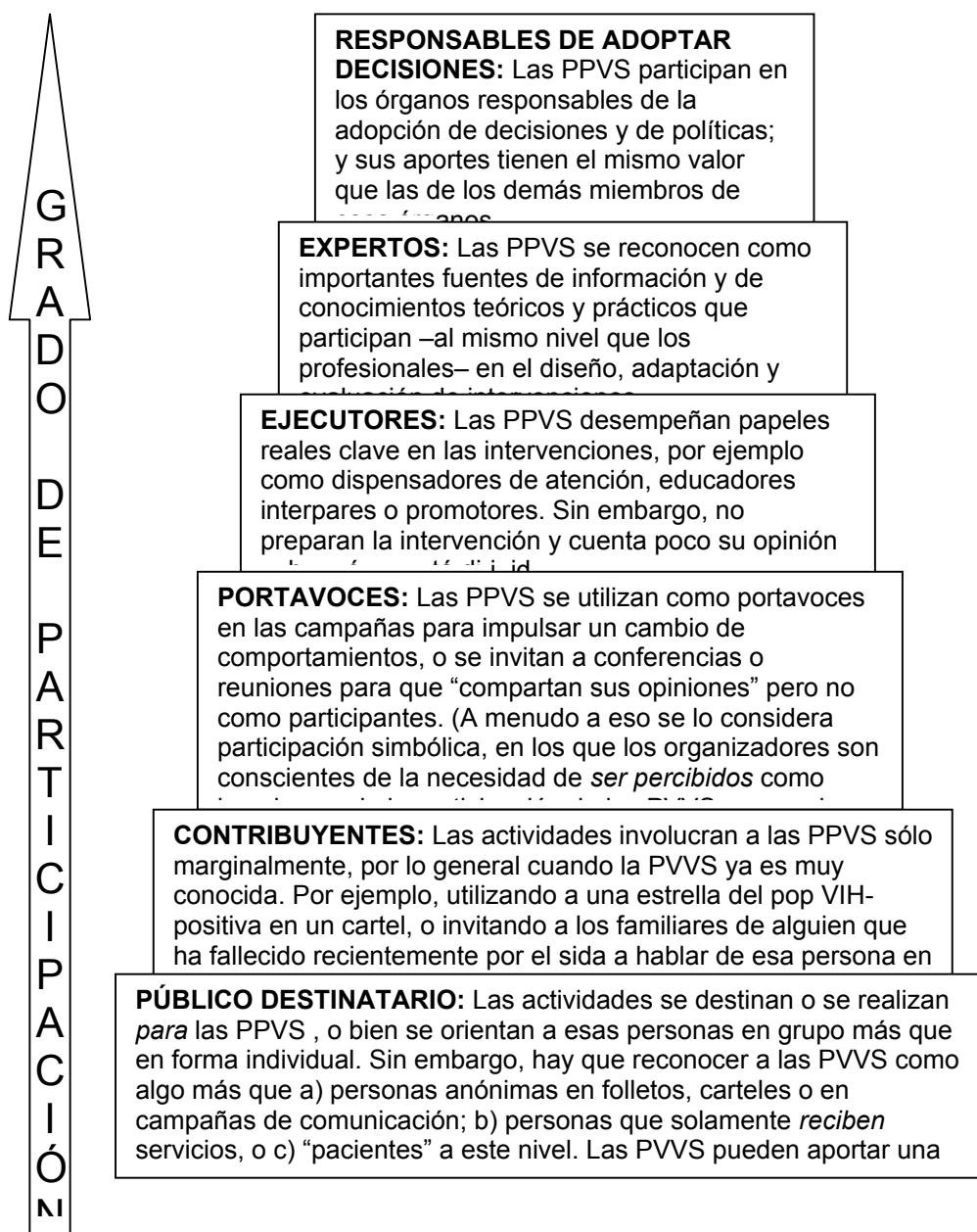
Parker,R., Aggleton,P. “*Marco Conceptual y base para la acción. Estigma discriminación relacionados con el Vih/Sida*”. ONUSIDA. Colección Practicas Optimas. 2002.

Van Roey,J. “*De los principios a la practica. Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el Vih/Sida (MPPS)*”. ONUSIDA. 1999.

“*Greater Involvement of people living with or affected by Hiv/Aids (GIPA). Report of the technical consultation on GIPA*”. ONUSIDA. 2000.

Tomas, J. “*Soy Visible*”. Lo + Positivo. Numero 14. Barcelona, 2000.

PIRÁMIDE DE LA PARTICIPACIÓN



[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



“QUE SE ESCUCHE CADA VEZ MÁS ALTA NUESTRA VOZ”

GRUPO DE ENCUENTRO - HOSPITAL MUÑIZ

En Octubre del 2002, un grupo de personas que vivimos con vih fuimos capacitadas a través de la Coordinación Sida y conformamos un grupo de encuentro entre pares que, desde entonces, funciona los miércoles en el Hospital Muñiz. Nuestra primera tarea en el hospital –al que concurre un gran número de personas que viven con vih para su atención– fue darnos a conocer a través de distintas actividades apoyadas por el servicio de Psicopatología, por una médica del hospital que coordinó nuestro grupo de capacitación y por dos psicólogas y psicólogos sociales que colaboran voluntariamente con nosotros. Las primeras acciones fueron:

1. entrega de folletería informativa sobre prevención del vih
2. entrega de preservativos en distintos sectores del hospital
3. visitas a pacientes internados, tanto en Terapia Intermedia como en salas de internación de Infectología de mujeres y varones
4. talleres de uso correcto del preservativo en Dermatología y Farmacia.

Actualmente seguimos realizando estas tareas de 9 a 11, y a partir de las 11.30 coordinamos el grupo entre pares en la sala 8. Al principio acudían entre 10 y 12 personas pero, al hacerse conocido, la concurrencia y el interés fueron aumentando. En la actualidad están participando entre 25 y 30 personas en cada encuentro.

Habitualmente, comenzamos compartiendo un mate o un café y charlamos sobre la problemática del vih en la vida, en la sociedad, en la familia y en los lugares en los que a cada uno le toca estar.

Asimismo, brindamos información y contención, no sólo desde los conocimientos que tenemos a partir de nuestra propia capacitación sino también desde la experiencia personal de vivir con el virus. Los temas surgen libremente, de acuerdo con las preocupaciones y preguntas que traen los participantes. Esta forma de trabajo y el hecho de que no sea obligatorio ir –cada persona puede hacerlo cuando quiera o lo necesite–, hicieron que a mucha gente le resultara más fácil concurrir a éste que a otros grupos. Además, cada vez participan más personas que no viven con el virus sino que son parejas, amigos o familiares que buscan un lugar para informarse y compartir sus vivencias.

La participación de personas provenientes tanto de la ciudad como del conurbano bonaerense despertó el interés de muchos por desarrollar este tipo de experiencias en sus propios lugares. Así, fuimos invitados a otras localidades para brindar apoyo y asesoramiento en la formación de nuevos grupos, algunos de los cuales ya empezaron a funcionar, como el de José Mármol. Esto nos genera mucha satisfacción porque nuestro trabajo en el hospital ha dado sus frutos y estamos muy orgullosos de que nuestra experiencia se esté replicando en otros lugares.

No sólo valoramos mucho poder ayudar a otros y que cada uno cuente su experiencia sino que creemos fundamental hacerle saber a la gente que tener vih hoy no es sinónimo de muerte y que somos personas como todos, que comemos, vivimos y respiramos como cualquiera.

Estamos convencidos de que tener un espacio para realizar estas tareas es la mejor forma de contener, apoyar y orientar sin discriminaciones a nadie, de que cada uno revalorice su propia persona y el rol que tiene para ocupar en la sociedad. Por ello esperamos que esta actividad se pueda instalar como algo cotidiano en el hospital

Al mismo tiempo, en la actualidad estamos planificando otras actividades y algunas modificaciones para mejorar nuestro trabajo:

- Queremos extender los talleres a otros sectores del hospital y, además de los que se refieren al uso correcto del preservativo, organizar talleres de adherencia al tratamiento, nutrición en personas que viven con vih, etc.

- Pensamos realizar jornadas en la Costanera Sur, donde concurre mucha gente los fines de semana, para ofrecer información, folletería, preservativos y talleres sobre distintas temáticas vinculadas al VIH/sida.
- Simultáneamente, estamos pensando en dividir el grupo en dos: uno de personas con diagnóstico reciente y otro para personas que ya han realizado un proceso más largo en relación al vivir con vih, porque vemos que se plantean problemas distintos y suponemos que eso nos permitiría profundizar más en los temas que van surgiendo.
- También creemos que es necesario incorporar espacios de capacitación con invitados que puedan desarrollar los temas que aparecen más insistentemente en el grupo, como por ejemplo: hepatitis, efectos secundarios, etc.

Tenemos muchos proyectos, queremos invitarlos a compartirlos con nosotros y a participar para que se escuche cada vez más alta nuestra voz: ¡Basta de discriminación!

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



QUÉ ES UN GRUPO DE AYUDA MUTUA

RAÚL RESNIK
COORDINADOR DE GRUPOS – CONSEJERO
raulresnik@2vias.com.ar

Es un grupo de personas con la misma problemática que se reúne para compartir temas que les preocupan y que en otros ámbitos no sería posible tratar. Es la posibilidad de comparar su realidad con otros pares, y esto es muy importante porque el recién llegado recibe un grado de contención emocional del desborde causado por el impacto del diagnóstico.

El grupo suministra las herramientas que se necesitan para vencer esos miedos y desmitificar las creencias.

Es necesario que el grupo establezca principios y normas para conservar la confidencialidad, para no juzgar, no interpretar, no interrumpir, y para proteger los derechos individuales y la asistencia regular.

Las personas que llegan a los grupos tienen diferentes problemáticas, que van desde la comunicación de su serología, hasta los diferentes miedos: transmitirlo a la pareja y la crisis que puede implicar, por el bebé en el caso de las mujeres que se enteran durante el embarazo, temor a hablar de las preferencias sexuales o sobre cómo se infectaron, a ser estigmatizados y discriminados por la familia, los amigos o el entorno laboral, el miedo a la muerte, al dolor y al sufrimiento.

Con una década de experiencia como coordinador de grupos, he podido observar que las personas que han participado y participan en estas acciones se enferman menos, ya que toman conciencia de los beneficios de la prevención y de aumentar su autoestima, de la necesidad de modificar creencias, de la importancia de la adherencia a los tratamientos y del intercambio de información científica sobre la pandemia.

Actualmente coordino los siguientes grupos de ayuda mutua (cada uno de no más de 10 participantes) donde se incluye entrenamiento de habilidades:

- Grupo de diversidad sexual y género, que ha participado en intervenciones intensivas y perdurables, lo que les permitió una reducción en la conductas de alto riesgo y mejora su calidad de vida.
- Grupo de diversidad sexual y género, con algunos participantes con adicciones y otros con dificultades de adherencia al tratamiento. Este grupo de características inclusivas se ha iniciado el año pasado y está abierto a nuevos participantes.
- Grupo de hombres que tienen sexo con hombres.
- Grupo de Hospital de Día.
- Grupo de familiares o amigos de personas internadas

Instituciones donde se desarrollan estas experiencias:

Helios Salud

Hospital Muñiz – Grupo de familiares coordinado con terapeutas de las Salas 10 y 11

[VOLVER AL ÍNDICE](#) 



TRABAJAR CON

ALEX FREYRE
PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN BUENOS AIRES SIDA
buenosaires_sida@yahoo.com.ar

Después de superar las discusiones que tuvimos en la Fundación Buenos Aires Sida, acerca del trabajo con el Estado, y gracias a nuestra experiencia con la Cooperación Alemana para el Desarrollo-GTZ y con varias ONG's, aprendimos la importancia de diferenciar "trabajar con" de "trabajar para".

Varias críticas recibimos por articular con diferentes sectores del gobierno, o con tal o cual ONG. Al final decidimos que las críticas nos importan un rábano cuando la meta es aportar nuestro trabajo a la construcción de una respuesta multisectorial al VIH-sida que involucre a las personas que viven con el virus.

Nuestra mirada crítica –de personas que viven con VIH-sida, que desarrollan varias de las intervenciones que emprende la FBAS– permitió enriquecer mucho el debate a la hora de planificar políticas públicas destinadas a la prevención del VIH-sida.

En la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, articulamos esfuerzos con la Secretaría de Salud para la distribución gratuita de preservativos que ella provee en nuestras sedes de Flores y Constitución, colaboramos en la construcción de servicios "amigables" como el de Inmunocomprometidos del Hospital Ramos Mejía, o el servicio Tacones –para chicas travestis– del Hospital Muñiz. También desarrollamos actividades destinadas a la prevención con hombres y mujeres heterosexuales en distintas discotecas. Por otra parte, contamos con el aval de la Secretaría de Educación para dictar charlas de sensibilización en las escuelas y, junto a la Dirección de Juventud de Promoción Social, llevamos adelante acciones de promoción de la salud sexual de adolescentes, jóvenes gays y travestis, y en el CePAD de la Casa Joven de Flores.

Por fuera del ámbito porteño, articulamos con los gobiernos de varios Municipios de la Provincia de Buenos Aires y de otras provincias, con el Programa Nacional de Sida (que también nos entrega preservativos para nuestro servicio de consejería con travestis) y con grupos y redes de PVVS y otras OSC's. En todos los casos, cuando se integra la opinión de quienes vivimos con VIH-sida, la discusión se enriquece y al trabajo se le agrega calidad.

"Trabajar con", para la FBAS, es sinónimo de ponerse de acuerdo, de celebrar los aciertos, de marcar un camino, de hacer el aguante, de buscar respuestas y también trabajar con el disenter y no bajar la guardia en la búsqueda del cumplimiento de nuestros derechos: acceso universal a los tratamientos (sin interrupción), calidad de los medicamentos y reducción de su precio, servicios amigables para todos y todas, acceso a preservativos, respeto a la confidencialidad y la voluntariedad en los testeos, (la lista sigue y es larga). Tenemos mucho camino para recorrer juntos/as y no podemos bajar los brazos, nuestra vida va con ello.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) 



CON LAS MUJERES, SU ENTORNO Y SUS AFECTOS

RED ARGENTINA DE MUJERES VIVIENDO CON VIH-SIDA
redargentinademujeres@yahoo.com.ar

La Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (RAMVS) fue constituida en el año 2001 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres por medio de la contención, información y orientación no sólo a ellas, sino también a su entorno social y afectivo.

Actualmente realizamos diferentes actividades en la ciudad de Buenos Aires, el conurbano bonaerense, Córdoba, Catamarca y Formosa.

En Buenos Aires estamos trabajando en distintos hospitales. En el Ramos Mejía, en conjunto con los equipos de infectología, psicopatología, obstetricia y servicio social, realizamos tareas de contención, información y orientación en las salas de espera de estos servicios y participamos mensualmente de las reuniones de equipo con mujeres embarazadas.

En la Maternidad Sardá, realizamos semanalmente tareas de prevención primaria en talleres, junto con el servicio de psicopatología.

En el Hospital Penna, semanalmente brindamos información acerca de prevención primaria y secundaria.

En el Hospital Muñiz desarrollamos tareas de contención, principalmente en las salas de internación de mujeres 16 y 21. Es allí donde funciona nuestra sede central y donde nos reunimos los viernes de 14 a 17 horas. De manera periódica, se realizan en este lugar talleres y capacitaciones relacionadas al VIH-sida y específicamente relacionadas a nuestro género.

En la realización de todas las actividades, distribuimos folletos y preservativos que nos proporcionan el Ministerio de Salud de la Nación y la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad.

La RAMVS, además de cumplir un rol social, funciona como una observadora política de las decisiones adoptadas en beneficio o perjuicio de las PVVS, ya sea desde los organismos gubernamentales como desde las organizaciones de la sociedad civil. Por otra parte, participamos activamente del Foro de ONG y del CCM.

Para contactarse con la RAMVS se puede llamar telefónicamente al 4304-6200 los miércoles y jueves de 9 a 12 y los viernes de 14 a 17; o por e-mail a redargentinademujeres@yahoo.com.ar

[VOLVER AL ÍNDICE](#) 



TRATAMIENTOS: NUEVAS DROGAS, NUEVAS FAMILIAS, NUEVAS DOSIS

DR. SERGIO MAULEN

Coordinación Sida - GCBA / dgasya@buenosaires.gov.ar

Si bien la aparición de la terapia combinada en 1996 mejoró de modo significativo la calidad de vida de las personas con VIH, la toma de la medicación exige mucha rigurosidad en los horarios y presenta una gran variedad de efectos adversos que pueden llevar al abandono del tratamiento. Los nuevos medicamentos –que aquí se presentan acotadamente– buscan simplificar las posologías y reducir los efectos indeseados. Algunos de ellos están próximos a ser autorizados o a ingresar al país y otros se encuentran en distintas etapas de investigación.

Desde la aparición de la triterapia (cóctel) para tratar la infección por VIH, la historia de esta epidemia se modificó irreversiblemente. La medicación reduce la cantidad de virus circulante y, con ello, la agresión hacia las células CD4 y su declinación. Mantener niveles de CD4 por encima del umbral de riesgo de la inmunodepresión evita la aparición de enfermedades oportunistas que pongan en riesgo la vida de las personas. Esto significa, en la práctica -y para quienes tengan acceso a la medicación-, pasar de una enfermedad mortal en los 80, a una infección crónica desde la segunda mitad de los 90.

Este hito también marcó un cambio en las preocupaciones de quienes tomaban las pastillas y de quienes las recetaban. En efecto, la medicación es potente y se consiguen resultados de manera rápida, pero también es muy exigente con los horarios y puede presentar una amplia gama de efectos adversos, tanto en variedad como en intensidad.

Estas dificultades, que pueden derivar en la aparición de resistencia a las drogas o el abandono de la medicación, son motivos importantes de fracaso en el tratamiento. Pero también los efectos adversos en sí mismos conspiran contra una mejor calidad de vida, aun cuando no lleven a abandonar el tratamiento. Por eso las nuevas drogas que salen al mercado y las nuevas familias de drogas que se incorporan buscan ser más sencillas en su posología, más potentes que las ya existentes y con los menores efectos adversos posibles. De este modo, se va a producir un lento recambio: la medicación de mayor toxicidad y/o menos potencia será reemplazada por nuevas generaciones de drogas que actualmente se están investigando o están cerca de ser autorizadas para su venta.

Lo que sigue es una lista acotada de las drogas nuevas, próximas a ser autorizadas o que están por ingresar al país. Algunas son de las familias conocidas, otras son las primeras de una familia completamente nueva (lo que significa un doble acontecimiento, ya que son nuevas líneas de acción contra el virus). Al final, se presenta una lista de drogas ya conocidas que simplificaron su posología.

Drogas aprobadas que aún no se comercializan en Argentina

Tenofovir: Aprobado en octubre de 2001 en Estados Unidos y ya por salir en nuestro país, es un *inhibidor de la transcriptasa reversa* que actúa en un paso diferente del metabolismo al de los que hay en el mercado, por lo que se lo llama *análogo nucleotídico*. Se toma una vez al día y es bien tolerado. Hay que controlar la función renal que parece ser el mayor problema con esta droga. El tenofovir, si se combina con DDI, aumenta los niveles en sangre de esta última droga.

Enfuvirtide (T20): Esta droga fue presentada con bombos y platillos en el último Congreso Internacional de Sida en Barcelona, el año pasado. Se aprobó su uso en Europa y, en marzo de este año, en Estados Unidos. Es la primera droga de una familia completamente nueva: los

Inhibidores de Fusión, que impiden la entrada del virus a la célula al imposibilitar el paso previo, que es la fusión. Se inyecta, por vía subcutánea, 2 veces por día. Hasta ahora no se pudo desarrollar ningún producto de esta familia que pueda ser incorporado por vía oral. Los efectos adversos más comunes tienen que ver con la vía de entrada: enrojecimiento, picazón o inflamación en el sitio de aplicación. Se debe utilizar combinado con otras 2 drogas como el resto de los antirretrovirales. El mayor inconveniente para ampliar su accesibilidad es el precio –que se estima en 50 euros diarios (más caro que un cóctel completo)–. Organizaciones y activistas vienen reclamando al laboratorio productor que reduzca el precio. Además hay dificultades técnicas para la producción de la droga en cantidad.

Drogas no aprobadas, en estudio avanzado

Inhibidores Análogos de la Transcriptasa Reversa

Emtricitabina (FTC): Es similar al 3TC pero sería más potente. A las personas resistentes al 3TC no les serviría ya que presenta el mismo patrón de resistencia. Se indica un comprimido al día. También tiene actividad contra la Hepatitis B. Estaría por ser aprobada en Estados Unidos.

Inhibidores No Análogos de la Transcriptasa Reversa

Capravirina: Es 10 veces más potente que la Nevirapina. A diferencia del resto de las drogas de esta familia, el virus necesita al menos 2 o 3 mutaciones para volverse resistente. Se tomaría 2 comprimidos 2 veces por día. Se habían suspendido los estudios cuando se encontró que en los perros producía vasculitis, pero no se encontraron evidencias en los seres humanos.

Inhibidores de la Proteasa

Atazanavir: Es un *inhibidor de la proteasa de segunda generación*. Además de presentar un perfil de resistencia superior al de los que están disponibles actualmente, va a ser el primero que no provocaría trastornos en el metabolismo de las grasas (lipodistrofia, aumento del colesterol, aumento de los triglicéridos, resistencia insulínica). Se toman, una vez al día, 2 comprimidos juntos. No se encontraron efectos adversos graves; en algunos casos hubo aumento de bilirrubina que, en general, no exigió suspender la medicación. Probablemente, en junio ya esté aprobada para su uso en Estados Unidos. Esta droga es muy importante ya que los trastornos en las grasas son el principal motivo de preocupación de la gente que toma inhibidores de proteasa.

Fosamprenavir: Es una prodroga del Amprenavir. Se la estudia en una o dos tomas al día, sola y combinada con Ritonavir, con lo que se reduciría mucho la cantidad de comprimidos diarios. Además, presenta una mejor calidad de respuesta que el Amprenavir.

Tipranavir: Se lo estudia combinado con Ritonavir en dos dosis diarias. Es útil en personas con virus resistentes a otros *inhibidores de la proteasa*. Tendría como efectos secundarios más frecuentes diarrea, náuseas y vómitos.

Nuevas familias de drogas en estudio

Inhibidores de la Unión y de la Fusión: Protegen a la célula de la infección por el VIH al impedir que el virus se acople y penetre la membrana. El proceso de entrada del virus produce cambios importantes en la estructura de la pared celular, lo que implica que hay una variedad de blancos para investigar y desarrollar nuevos inhibidores.

T1249: Es un *inhibidor de fusión* igual que el T20. Es efectivo contra cepas resistentes a este último. Dura más tiempo en la sangre, por lo que se aplicaría una vez al día por vía subcutánea.

Inhibidores de la Integrasa: La integrasa es una enzima viral que permite que el ADN proviral del VIH se una al ADN de la célula, desde donde será leído y transducido en material proteico viral.

Los inhibidores impedirían esta acción. Hace muchos años que se está buscando desarrollar una droga de esta familia. Hay varios compuestos en diferentes fases de investigación, pero ninguno lo suficientemente avanzado como para esperar que en lo inmediato pueda llegar a licenciarse.

Inhibidores de los dedos de zinc: Los dedos de zinc son estructuras que mantienen unida las proteínas de la nucleocápside del virus. Estos compuestos destruyen estas estructuras actuando como quelantes. Las proteínas de la nucleocápside son importantes tanto en las primeras etapas de la replicación como en las finales.

Drogas antisentido o ARN interferencia: Se basa en el descubrimiento de que pequeños ARN de doble cadena pueden unirse al ARN mensajero y silenciar su información. Hay dos líneas teóricas de trabajo en la actualidad: una postula bloquear la expresión de los receptores celulares que utiliza el virus para entrar y la otra, bloquear la expresión de los genes virales responsables de su multiplicación.

Nuevas formulaciones de drogas disponibles

Las nuevas formulaciones tienen como fin mejorar la adherencia al disminuir la cantidad de comprimidos que se ingieren en el día y reducir la cantidad de tomas diarias. Uno de los precursores fue el DDI de 400 mg. con cubierta entérica que mejoró la absorción, simplificó la ingesta a una vez al día y redujo los efectos adversos de una de las drogas que más problemas traía a las personas en tratamiento.

Lamivudina (3TC) 300 mg.: La dosis diaria no cambia, sólo se simplifica su toma: un comprimido al día.

Estavudina (D4T) de liberación prolongada 100 mg.: Un solo comprimido diario. La dosis total es mayor para mantener los niveles necesarios en sangre.

Efavirenz 600 mg.: Un solo comprimido por la noche. La dosis es la misma, se reduce la cantidad de comprimidos.

Nelfinavir 625 mg.: Es equivalente a 2,5 comprimidos actuales. Utilizando el esquema de dos tomas diarias, son dos comprimidos cada doce horas.

Los *inhibidores de la proteasa* (IP) aprovechan la característica que tiene el Ritonavir de aumentar los niveles en sangre de otros IP para combinarlos reduciendo la dosis y la toxicidad. La dosis de Ritonavir que se usa es baja, de 100 o 200 mg., y no tiene acción sobre el virus. Actualmente se considera que los IP como drogas de primera elección sólo deben usarse acompañadas con Ritonavir. Es el caso del Indinavir y el Saquinavir, que mejoraron su tolerancia y su potencia de esta manera. También el Lopinavir, utilizado como droga de rescate, se usa siempre asociado a Ritonavir. También se está estudiando el uso de Fosamprenavir en esta combinación.

Sabemos que ninguna de estas medicaciones puede curar -hay otros equipos de investigación que trabajan en esa línea-, pero sabemos también que las drogas existentes y en desarrollo dan el tiempo necesario para que surjan nuevas posibilidades y ofrecen una buena calidad de vida a las personas con VIH. En este sentido, el objetivo es contar con drogas cada vez más sencillas de tomar, que no provoquen efectos adversos y tengan la mayor potencia y utilidad posible.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



LA POSIBILIDAD DE PREGUNTAR Y RESPONDER EN LA ESCUELA

LIC. ROXANA PERAZZA
Secretaria de Educación
del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

El debate entre políticos y educadores parece plantear una situación dilemática, o se garantiza que la escuela recupere su primordial función educativa o se la adecúa para que brinde informaciones y servicios que no pueden llevarse a cabo en otros ámbitos. El vínculo entre salud y educación pone de manifiesto que se trata de un falso dilema: la escuela puede fortalecerse como lugar de enseñanza sin desconocer la complejidad social en la que está inserta.

Si nos preguntamos cuál es el mayor desafío educativo para las próximas décadas, la respuesta es indudable: restituir el lugar de la enseñanza en la escuela. En los últimos años, la institución escolar ha pasado a hacerse cargo de situaciones y espacios que eran responsabilidad de otros ámbitos, lo cual, paulatinamente, está poniendo en jaque su identidad, la enseñanza.

Poner en marcha el proceso político-pedagógico de restitución del lugar de la enseñanza implica la confluencia de políticas públicas, de acuerdos y consensos por parte los principales sectores de la sociedad.

En gran medida el debate actual entre políticos y educadores es si la escuela, al constituirse como un referente primordial del Estado, debe absorber, resignificar y otorgar un espacio relevante a los procesos sociales que atraviesan y están presentes hoy en nuestra comunidad. Por momentos, pareciera plantearse una situación dilemática: o garantizamos que la escuela recupere sus ámbitos de trabajo en relación con los contenidos y competencias básicas –requisitos indispensables para la formación de nuestros niños y jóvenes– o generamos espacios institucionales adecuados para fomentar la incorporación de otros aprendizajes e informaciones significativas que no pueden llevarse a cabo en otras áreas. Se trata de un falso dilema ya que la escuela puede fortalecerse como lugar de enseñanza sin desconocer la complejidad social en la que está inserta.

En el vínculo educación-salud, son muchos los ejemplos que podemos hallar en los cuales la escuela junto a otro actor institucional puede, y de hecho lo hace, facilitar encuentros de trabajo compartidos en cuestiones relacionadas con la prevención. No cabe duda de que el lugar de la información y los equipos de especialistas, los hospitales públicos, las redes y centros de investigación resultan aliados indispensables en el momento de abordar masivamente estos temas.

Desde esta perspectiva, la escuela media en la ciudad de Buenos Aires, además de fomentar la adquisición de contenidos básicos, representa para los jóvenes un espacio institucional donde se conciben nuevos vínculos, se encuentran herramientas constitutivas de la personalidad y, fundamentalmente, se conforma un marco de referencia colectivo.

Un primer y auspicioso avance en este sentido fue la progresiva incorporación de determinadas temáticas a los programas de estudio. A partir de allí, la escuela entendió la necesidad de abordajes interdisciplinarios y la necesidad de trabajar en red con otros actores.

El VIH-sida y la escuela

Al mismo tiempo –y entrando directamente al tema escuela y VIH-sida–, la aparición de la enfermedad, la presencia en nuestras instituciones de niños y jóvenes, padres o madres, docentes y no docentes que viven con el virus, junto a la importancia creciente del papel de la prevención en la respuesta a la epidemia, tornaron insoslayable el abordaje de estas cuestiones. La escuela, una vez más, tuvo que dar cuenta de sus alumnos, de sus historias personales, de estas nuevas realidades. La institución se hizo cargo y contuvo la diversidad de situaciones que allí se presentaron. No sorprende entonces que estudios realizados por el propio Gobierno porteño señalen a la escuela como un espacio significativo y seguro para los jóvenes de la ciudad.

Para responder a esta expectativa, la escuela y, fundamentalmente, los adultos que allí nos desempeñamos, debemos estar convencidos y ser responsables de nuestro papel. Así podremos sostener estos ámbitos cuyos contenidos se irán complejizando de manera gradual y en los cuales, necesariamente, los docentes deberán poner la palabra allí donde no está y trabajar para “desocultar” lo no dicho.

Esta propuesta sitúa a los educadores, una vez más, frente a un desafío. Por un lado, es necesaria la búsqueda de información y de capacitación. Los docentes saben que el silencio de los estudiantes (o incluso el suyo propio) no significa necesariamente que no existan heridas, miedos, dudas, temores y también ganas de preguntar, de saber, de obtener determinadas “certezas”, para poder crecer más libre y dignamente.

Por otro lado, es igualmente evidente que la escuela sola no puede contener este conjunto de sentidos y sensaciones: padres y madres también deberán poder crear un espacio para la pregunta. Entonces, esta difícil tarea deberá ser complementada por la familia. Será un trabajo a largo plazo y necesariamente compartido.

Una política de Estado

Es un compromiso del Estado avalar con espacios de capacitación, asesoramiento y seguimiento el trabajo que se instale en las escuelas y, al mismo tiempo, garantizar un accionar articulado de las diferentes instancias gubernamentales involucradas que permita profundizar y complementar sus respectivas tareas.

Hablar de VIH-sida en las escuelas remite necesariamente a otras cuestiones: en primer lugar, propone un espacio particular compartido por adultos y adolescentes en el cual se expresan y circulan preguntas, prejuicios, informaciones, dudas, miedos, mitos, mandatos que trascienden la problemática misma de la epidemia.

Hablar de VIH-sida en las escuelas coloca a la institución en un lugar de referencia y consulta para el cual puede no estar preparada o dispuesta.

Hablar de VIH-sida en las escuelas refuerza una actitud responsable por parte de los docentes, quienes paralelamente deben transitar por procesos internos de información y búsqueda de determinadas posiciones públicas. Sin duda, invita al debate, a la toma de posición, a esclarecer más que a ocultar, a la búsqueda de ayuda. Nos compromete a dar cuenta, de manera responsable, del papel que la escuela y el Estado, fundamentalmente, tienen para con los jóvenes.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



PREVENCIÓN Y TRAVESTISMO: GÉNERO, CUERPO E IDENTIDAD

LIC. VICTORIA BARREDA, LIC. GRACIELA ALARCÓN, LIC. VIRGINIA ISNARDI
Coordinación Sida GCBA / dgasya@buenosaires.gov.ar

Los medios de comunicación han exacerbado una imagen de travesti construida según los cánones del vedettismo tradicional. Este artículo propone reflexionar a partir de otra cara del travestismo, con menos brillo y seducción, y esbozar algunos nudos problemáticos que surgen en su relación con el equipo de salud y se traducen en situaciones de discriminación que obstaculizan la prevención del VIH-sida.

*"¿Qué ves, qué ves cuando me ves?
cuando la mentira es la verdad..."
Divididos*

Nada más cercano a esta estrofa de *Divididos* que el encuentro entre travestis y equipo de salud. ¿Qué ves, qué ves cuando me ves...?

En nuestra sociedad, el travestismo siempre ha despertado una suerte de curiosidad burlona, alimentada en gran parte por los medios de comunicación que han exacerbado como única imagen aquella construida según los cánones del vedettismo tradicional, cuyo resultado es una suerte de teatralización paródica y grotesca.

Este artículo propone reflexionar a partir de otra cara del travestismo: una cara sin brillo, ni seducción, ni purpurina, ni cámaras. Aquella cara opaca y anónima que es con la que, en definitiva, se encuentra el equipo de salud en nuestros hospitales públicos o centros de salud y que abre muchos interrogantes.

Se busca esbozar, si bien de modo tentativo, algunos nudos problemáticos que presenta el travestismo para el equipo de salud y que, en muchos casos, se traducen en situaciones de discriminación que condicionan –o determinan– gran parte de las respuestas de las¹ travestis frente a la atención y la prevención del VIH/sida.

Al considerar las vías de transmisión del VIH desde el punto de vista epidemiológico, los datos señalan que la mayoría de los casos de sida registrados desde el comienzo de la epidemia corresponden a personas que se infectaron a través de relaciones sexuales sin preservativo. Y, dentro de esta vía, las relaciones homo-bisexuales sin protección constituyen un altísimo porcentaje.

En realidad, el modelo médico-epidemiológico reunió en una única categoría –la homosexual– una diversidad de identidades socio-sexuales con características de morbimortalidad bien diferentes. Entre ellas, una de las más afectadas y silenciadas ha sido la población travesti. Las dificultades para organizarse como colectivo, su vulnerabilidad social, junto a políticas públicas de salud que han minimizado su peso relativo en la epidemia, impiden contar con datos cuali-cuantitativos o estudios comportamentales.

¹Es importante aclarar aquí la razón de la inversión del género del sustantivo “travesti”. El diccionario de la Real Academia Española define “travestido” como aquella persona que se viste con las ropas del sexo opuesto. Aparece como sustantivo masculino, ortográficamente correcto y utilizado del mismo modo en el sentido común. Sin embargo hay una razón émica: entre ellas mismas se llaman habitualmente por su nombre femenino y quieren que las demás personas así lo hagan. De esta manera, más que de una decisión metodológica, se trata de un reconocimiento producto del encuentro de subjetividades. Un efecto de la relación dialógica que nos hemos propuesto en esta experiencia de trabajo.

Sin embargo, quienes trabajamos en esta temática desde hace varios años sabemos que el impacto de la mortalidad por sida ha sido muy alto en este grupo y que, en la actualidad, también es muy el alto porcentaje de travestis que viven con VIH-sida. Conocemos las dificultades que enfrentan para la realización del testeo y somos testigos de su llegada tardía a los centros asistenciales, en un estado muy avanzado de la enfermedad.

Esta caracterización obliga a revisar algunas de las prácticas cotidianas del equipo de salud – profesionales e institucionales– para hacer explícito el cuestionamiento y el rechazo que el travestismo provoca en muchos de sus integrantes.

Abordar la problemática del travestismo y el VIH-sida presenta múltiples dificultades. Desde aquellas que apresuradamente podrían considerarse "menos importantes" –por ejemplo, si se las debe llamar por el masculino o el femenino o si corresponde o no decirles "chicas travestis"–, hasta las que estaríamos tentados de calificar como "las más relevantes": cómo implementar una campaña de prevención, promocionar el testeo y el uso de preservativos, entre otras.

Una mirada integradora

Sin embargo, interpretar que existen grados o escalas de prioridades "a ser tratadas" puede llevarnos a distorsionar el punto central de la cuestión, esto es, la necesidad de abordar la relación entre VIH-sida y travestismo desde una mirada integradora, entendiendo las acciones de prevención y la cuestión de género como partes constitutivas de una misma problemática.

En el marco generalizado de exclusión en el que desarrollan su vida las travestis, tener VIH, morir de sida, no usar preservativo, infectarse o reinfectarse con el virus, pareciera formar parte de un solo "registro" de percepción. Estas realidades se presentan ante las travestis como una suerte de "destino" que ninguna acción por ellas implementada puede cambiar. Su extrema condición de vulnerabilidad hace que vivan el día a día, sin siquiera poder proyectar la jornada siguiente –entiéndase esto de manera literal–. Esto, a su vez, genera un contexto en el que se vuelve prácticamente imposible formar cualquier tipo de comportamiento que requiera un orden sistemático y anticipado, incluyendo las conductas de cuidado de la salud.

Encuentros y desencuentros entre salud pública y travestis

¿Travestis?, ¿dónde están, en qué barrios? ¿A qué hospitales acuden? ¿Cómo visualizan la atención? ¿A qué servicios se acercan? Para comenzar a responder con cierto orden a estas cuestiones, y como parte de nuestro diagnóstico, se realizó un relevamiento de las áreas geográficas en las que trabaja la población travesti en la ciudad (Ver Mapa).

Esta distribución territorial permite afirmar que la población travesti no transita por un área o barrio específico: las zonas en las que trabajan están distribuidas en toda la ciudad. Es este un dato ante el cual cabría preguntarse por qué es tan baja la captación de esta población por parte del sistema de salud en general y de cada centro en particular.

Quizás, algunos de los comentarios que las mismas travestis hacen acerca del imaginario que rodea al hospital puedan orientar la respuesta:

- *"Las chicas van al hospital cuando ya están de últimas." C.*
- *"Yo ya sé que voy a terminar ahí, [en el hospital] que mi destino es ése." A.*
- *"Odio el hospital, estoy harta de pelearme, sobre todo cuando te dicen por el nombre de varón. Yo siempre armo un escándalo diciendo que me están discriminando, armo todo el quilombo que pueda, ¿sabés que despelote que armo!. Otras veces estoy tan podrida que no digo nada. Pero si puedo no ir, no voy." M.*
- *"Prefiero morirme en el hotel rodeada de mariconas y no sola en una cama del hospital." B.*

Esta imagen del hospital se apoya en experiencias concretas, aquellas que podríamos considerar casi "microfísicas", y que sin embargo producen efectos directos sobre quienes intentan acceder al sistema de salud. Veamos algunos testimonios:

- *"Una vez, estaba en una sala de espera, y me llamó el médico por el nombre de varón y mi apellido..., casi me muero de vergüenza, no sabía dónde meterme, tenía una vergüenza..., no me levanté, esperé que llamara a otro y después me fui." P.*
- *"Yo estaba re nerviosa en la sala de espera, lo único que pensaba era: 'Que no me llame por el nombre, que no diga mi nombre de varón...', estaba sudando de nervios, ya sabía que si me decía por el nombre de varón no entraba, encima tardaba un montón. Por suerte me llamó por el apellido". G.*
- *"Odio cuando te atiende un empleado, en la ventanilla (que te están viendo) y te dice con el nombre de varón, ¿acaso no ve que estoy vestida de mujer?" B.*
- *"Yo creo que muchos te lo hacen a propósito, si cuando les decís que te digan solamente por tu nombre, te dicen: '¿Por qué? Si tu documento dice este nombre, yo te digo así', te discriminan". K.*

El problema de la nominación y el sentimiento de discriminación es recurrente en el discurso de las travestis. La importancia de la acción de nominar cobra aquí una dimensión tangible, ya que el acto –aparentemente falto de sentido– de decir una cosa u otra (en este caso un nombre femenino o masculino) es precisamente el límite que, según la percepción de las travestis, marca la diferencia entre la discriminación o el reconocimiento hacia el otro.

Pese a la cantidad de relatos recolectados, encontramos, de manera casi sistemática, una gran homogeneidad en los temas y problemas que se plantean. Las representaciones que giran en torno al hospital desde la mirada de las travestis son claras: existe una fuerte idea de “discriminación” que genera una doble sensación de “rechazo”, ya sea de ellas hacia la institución como de la institución hacia ellas. Y esto se complementa con la asociación directa y recurrente entre “muerte”, “sida” y “hospital” reforzada por la idea de “destino fatal” que orienta su vida en general.

Cuerpo y género en el debate

Algunas herramientas conceptuales pueden ayudar a problematizar la cuestión del acceso de las travestis al sistema de salud.

La tradición filosófica occidental, desde la que la modernidad interpreta el mundo, establece una manera dicotómica de intelegir la realidad. Naturaleza/cultura, mujer/varón, cuerpo/espíritu, sujeto/objeto son algunas de las formas a partir de las cuales organizamos nuestras percepciones, acciones y creencias. Desde esta matriz dicotómica, nuestra propia existencia como seres sexuados se estructura en torno de la existencia de dos categorías: varones y mujeres.

Ahora bien, a partir de esta universal diferencia sexual, expresada a través de la anatomía de los genitales, se instalan diferentes simbolizaciones culturales, es decir aquello que denominamos “género”. El cuerpo y el sexo son realidades objetivas, pero además subjetivas, donde se instala la estrategia discursiva de la diferencia.

Desde esta perspectiva, el travestismo rompe con una matriz de inteligibilidad heterosexual al cuestionar la idea del género como una derivación de la diferencia sexual anatómica. Devela la extrema debilidad del vínculo determinista entre sexo biológico y rol de género, ya que no sólo discute la idea de que a cada género le corresponde un sexo, sino también la idea de “cuerpo” como “naturaleza”.

Las travestis –varones travestidos como mujeres– se fabrican un cuerpo sexuado con independencia de los genitales que portan (en la mayoría de los casos no reniegan de ellos) tomando como referencia el cuerpo de las mujeres (labios, caderas, pechos, nalgas, rostro). Su cuerpo no está limitado y constituido por las marcas del sexo biológico. El cuerpo travesti parece un cuerpo producido desde una mirada que fetichiza el cuerpo de las mujeres a partir de su fragmentación (Barreda, Fernández, J., Fernández S., 2000).

Así, podemos señalar que la identidad social de las travestis está inscripta, localizada y producida en el cuerpo y en sus formas. Reconocemos a alguien como travesti en función de su presentación corporal y de las producciones que ha realizado para obtener un cuerpo. Este punto es quizás el

que más rechazo causa: la producción a partir de un cuerpo con aparato genital masculino que fue socializado como varón y que busca transformarse en una apariencia femenina.

El cuerpo y la identidad social son percibidas de forma ambigua: masculino y femenino a la vez. Es un cuerpo de hombre femenino, no es percibido como un cuerpo de mujer: es un cuerpo de travesti. Las travestis no sólo no quieren ser mujeres, sino que tampoco quieren poseer cuerpos de mujeres, a pesar de que éste sea para ellas el principal referente de lo femenino. Las travestis se sienten femeninas, pero un femenino diferente, otra posibilidad del femenino que contempla en sí también lo masculino (Silva, 1993).

Ellas desarrollan diversas intervenciones y técnicas para la producción de lo femenino en sus cuerpos, pero —entiéndase bien— es un femenino que no es antagónico al masculino. La experiencia de ser femenina en un cuerpo de hombre es cualitativamente diferente a la experiencia de ser femenina en un cuerpo de mujer. Las travestis corporizan los procesos de adquisición de género de forma totalmente nueva y diferente, porque así como conciben su identidad de género — y consecuentemente su identidad social— de manera ambigua, también perciben ambiguamente su cuerpo, que es necesariamente confuso, con características masculinas y femeninas, natural y artificialmente producidas.

Según Butler, "el travesti es una doble inversión que dice 'la apariencia es ilusión'. El travesti dice 'mi apariencia exterior es femenina pero mi esencia interior (el cuerpo) es masculina'. Y al mismo tiempo simboliza la inversión opuesta: mi apariencia 'exterior' es masculina pero mi esencia, 'adentro mío', es femenina. Ambas afirmaciones sobre la verdad se contradicen una a la otra y por lo tanto desplazan toda la puesta en acto de las significaciones de género a partir del discurso de verdad y falsedad" (1990:92).

La problemática hasta aquí expuesta nos permite ir conformando una visión más amplia y compleja del travestismo y su relación con el VIH-sida e identificar las dificultades concretas que presenta respecto al sistema de salud; al tiempo que da cuenta del valioso aporte que una mirada desde la categoría género puede darnos al momento de interpretar estos problemas. Sin embargo, la posibilidad de presentar el tema y reflexionar de manera crítica e integral sobre esta problemática es inseparable de la experiencia de trabajo de la Coordinación Sida comenzada el año pasado.

Una experiencia de prevención del VIH-sida para travestis

En el año 2002 y dentro de las líneas definidas por la Coordinación Sida, se inició un trabajo de prevención primaria y secundaria para población travesti a partir de reconocer su situación de vulnerabilidad, marginalidad, trabajo sexual y bajo nivel de escolaridad, condiciones que se asocian a una alta prevalencia del VIH-sida. Esta línea se enmarcó dentro de los micro proyectos financiados por la agencia de Cooperación Alemana GTZ.

El proyecto contó en su inicio con dos líneas de intervención: una en el hospital Muñiz, con el propósito de promocionar un espacio de reunión para travestis¹ (sobre el que nos extenderemos); y otra en articulación con el Grupo Nexo, organización con una amplia y reconocida trayectoria en el trabajo con minorías sexuales y prevención en VIH-sida.

Entre las acciones realizadas junto al Grupo Nexo, se destacan la capacitación de promotoras, talleres informativos de prevención a cargo de distintos profesionales y ONG's (AMMAR, FBAS), promoción del testeo voluntario, anónimo y gratuito en su centro de diagnóstico y en hoteles, asesoramiento pre y post test, e identificación de bocas de distribución de preservativos en hoteles y discotecas.

El grupo Tacones

Tacones es un espacio de reunión semanal destinado a travestis que funciona en el Hospital Muñiz. En este espacio, los temas propuestos por las propias travestis han sido prevención del VIH-sida, reducción de daños, discriminación, identidad de género, violencia policial,

¹[2] El hospital Muñiz es uno de los hospitales públicos que más atiende la demanda de esta población y, además, es un referente histórico en la temática del VIH-sida.

intervenciones quirúrgicas y dificultades para acceder a los servicios de salud. Para comenzar a responder a algunas de estas preocupaciones, *Tacones* se propuso identificar servicios amigables dentro de los efectores de salud, promover el testeo voluntario, confidencial y gratuito, confeccionar materiales gráficos y definir lugares para la distribución gratuita de preservativos.

Entendemos por *servicios amigables para población travesti*, aquellos servicios que, sin modificar sus prácticas y rutinas habituales, han podido responder a las situaciones concretas de esta población en relación con sus problemáticas de salud (horarios, turnos, llamado por su apellido en sala de espera y por su nombre femenino en la consulta, etc.). Cabe señalar, además, la articulación del trabajo en salud con la Defensoría del Pueblo de la Ciudad para abordar cuestiones vinculadas a la protección de derechos ciudadanos en general.

La existencia de *Tacones* se difundió a través de carteles colocados en distintos servicios del hospital y tarjetas que se repartieron en discotecas y zonas de trabajo. Este espacio esta a cargo de profesionales de la Coordinación Sida y una promotora de salud travesti. En el transcurso de este año, se diversificaron las acciones preventivas y se amplió el número de zonas de trabajo visitadas. A la distribución de material gráfico y preservativos se sumó la promoción de los centros de testeo voluntario, gratuito y anónimo y el establecimiento de nuevos contactos para la realización de talleres en casas particulares u hoteles, promoviendo la estrategia de educación entre pares. Los barrios recorridos fueron Constitución, Flores y Pompeya, Villa Lugano y Mataderos.

En Constitución, el trabajo se articula con la Fundación Buenos Aires Sida, que cuenta con un espacio para travestis en un hotel de la zona, destinado a brindarles preservativos, información y asesoramiento.

Por otra parte, *Tacones* ha sido reconocido por el Instituto de Menores General Manuel Belgrano como un espacio de contención y derivación a las reuniones semanales para travestis en situación de encierro por causas judiciales; como también por el Programa de Atención y Acompañamiento a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de explotación sexual y en situación de prostitución (Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del GCBA).

A modo de cierre y apertura

La experiencia del grupo *Tacones* se enmarca en la decisión política de responder a la epidemia del VIH-sida con un enfoque estratégico e integral, que incluye la participación de los diferentes actores involucrados y distintas áreas de gobierno. El entramado que a partir de aquí se está generando entre Estado y sociedad civil permitirá conformar una red de recursos preventivo-asistenciales en el ámbito de la ciudad que optimice la respuesta a la población travesti, tanto en lo referente a la problemática VIH en particular, como a su salud en general.

Ahora bien, es aquí donde nuestro punto de llegada se convierte en realidad en el punto de partida. Los problemas que se plantean a lo largo de este artículo intentan compartir y reflexionar, una vez más, en torno al tratamiento de la diferencia y sus consecuencias para la prevención del VIH-sida. Consideramos al travestismo un tema complejo, pero eso no significa que deba colocárselo en el lugar de lo bizarro. Es necesario que como equipo de salud discutamos temáticas como ésta. No pretendemos que nuestros señalamientos sean tomados de manera cerrada ni definitiva. Todo lo contrario: queremos que sean interrogantes desde los cuales comenzar a debatir. La intención es abrir la discusión de un tema muchas veces olvidado en las políticas de salud cuando se trata de minorías socio-sexuales y brindar algunos elementos conceptuales en torno a "género", "cuerpo" e "identidad", que pueden ser útiles como herramientas a la hora de diseñar estrategias de prevención.

GRUPO TACONES

- Consultas sobre VIH-sida (prevención, tratamiento, servicios, cargas virales, CD4)
- Reuniones para chicas travestis. Hay café y galletitas.

Tacones funciona en el Hospital Muñiz (Uspallata 2272, ex sala 29, 1º piso) los miércoles de 11 a 13.30. Preguntar por Luisa.

Bibliografía

- Barreda, Victoria, *"Cuando lo femenino está en otra parte"*. Revista de Antropología Publicar, Año 2, N° 3. 1993.
- Barreda V. Fernández J., Fernández S, "Cuerpo y Género Travestidos: una historia del presente", (inedito, 2000).
- Butler Judith, Gender Trouble, "Feminism and the Subversion of Identity", New York, Routledge, 1990.
- Foucault, Michel, "Historia de la Sexualidad (I)", Buenos Aires, Siglo XXI, 1976.
- Silva, H, "Travesti. La invención de los femenino" Relume-Dumará/ ISER., 1993.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



RESULTADOS DE ANÁLISIS DE VIH NO RETIRADOS: UN “RUIDO” QUE DEBAMOS ESCUCHAR

SILVANA WELLER¹

Coordinación Sida GCBA / dgasya@buenosaires.gov.ar

Ante la evidencia de que muchos resultados de serología para VIH no son retirados por los consultantes, la autora reflexiona en esta nota sobre el carácter del asesoramiento y el consentimiento informado en los servicios de salud. La apuesta a la autonomía y responsabilidad de las personas –afirma– no sólo es un camino para resolver el problema, sino también un modo de construir ciudadanía para los usuarios y para los propios integrantes del equipo de salud.

El único modo que tiene una persona –que alguna vez mantuvo relaciones sexuales sin uso de preservativo o que alguna vez intercambió objetos cortantes y/o jeringas– de saber si está o no infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es realizándose el análisis popularmente conocido como “análisis del HIV”, “test del sida” o “prueba del sida”.

La Ley de Sida² promueve de modo explícito la existencia de un espacio de conversación previa con las personas que van a realizarse un estudio para conocer su estado serológico para el VIH (el “counselling” o entrevista de asesoramiento de pre-test) a fin de ponerlas en conocimiento sobre las características del análisis, el tipo de problema que es la infección por VIH-sida, los pasos que podría seguir una persona en el caso de que se detectara que tiene VIH, los modos científicamente comprobados de transmisión y prevención, el carácter voluntario de la prueba, así como el carácter confidencial del resultado. Es decir que la ley asume –y este es el argumento que queremos desarrollar– que el análisis se hace sobre una *persona* que es la que decidirá, en principio, volver a retirar su resultado.

En el caso en que el análisis indicara que la persona está infectada por el VIH, deberá además lidiar con un diagnóstico aún difícil de sobrellevar. *El VIH-sida todavía no es “una enfermedad como cualquier otra”*, básicamente porque las personas que viven con VIH continúan siendo discriminadas y porque la enfermedad, si bien es tratable, todavía no es curable.

Desde la aparición del análisis del VIH se inició un debate (si debería ser obligatorio o no, si es preciso trabajar con consentimiento informado o no) que, si bien fue saldado en nuestra Ley –como se ha dicho en el párrafo anterior–, no fue saldado aún ni en la sociedad en general ni entre los integrantes de los equipos de salud que se ocupan cotidianamente de ofrecer la realización del test a los usuarios, sean estas personas en general o mujeres embarazadas en particular. El recorrido por los hospitales del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires muestra que, entre quienes atendemos esta problemática, hay por lo menos dos posiciones en tensión que queremos explicitar.

Posición 1. La mejor forma de prevenir la expansión del VIH así como la transmisión vertical sería dejar de lado el consentimiento informado: “Es una pérdida de tiempo”

Considerar el espacio de asesoramiento como una pérdida de tiempo, y el consentimiento informado como un trámite de rutina, supone muchas veces que las personas a las que estamos atendiendo no están en condiciones de entender qué estamos haciendo, que ni vale la pena explicarles e, incluso, que si entendieran se opondrían. En consecuencia, muchas veces sentimos

¹ Psicóloga UBA, Master en Salud y Servicios de Salud FLACSO, Doctoranda en Salud Colectiva UNICAMP.

² Ley Nacional de Sida N° 23.798/90 con su decreto reglamentario N° 1244/91. La Ley 25.543/02, que trata en particular de las mujeres embarazadas, refuerza la necesidad del consentimiento previamente informado (art.3) y detalla el tipo de información que debe ser brindada (art.4) a la mujer de modo previo a la realización del test.

que “obviar” el espacio autónomo de la persona (“tratarlo como a un chico”) es una forma de “cuidar” mejor la salud del otro, “¡es por su bien!”.

El haber convertido el consentimiento informado en un trámite de rutina, ocasiona que una gran proporción de los resultados de VIH no sean retirados, lo que lleva en muchos casos a volver a repetir testeos que tampoco son retirados, y así *ad infinitum*. En algunos lugares, el modo de “solucionar” el problema de los estudios no retirados (en particular los que tienen resultado positivo) es establecer una comunicación con las personas a través de cartas o visitas domiciliarias, generando una intromisión en sus vidas íntimas con resultados que no son fáciles de dimensionar.

¿Cuáles son las motivaciones que guían a devolver de modo compulsivo un resultado que no ha ido a buscar la persona afectada e interesada? Quienes proceden de esta manera lo hacen, la mayoría de las veces, con las mejores intenciones: *“la persona que está infectada debe saberlo para empezar a cuidarse, para cuidar a otros y prevenir la transmisión del VIH a otras personas”*. Creemos que esta respuesta está más al servicio de calmar la angustia del personal de salud, que de resolver el problema de la persona con VIH y los potenciales “contagiados”. Quien no quiere conocer su resultado posiblemente tampoco esté preparado para hacerse cargo de su problema, con lo que difícilmente pueda implementar cuidados hacia sí mismo y hacia terceros.

La detención de la epidemia no la lograremos “testando a todo el mundo” sino testando a personas informadas que puedan hacerse cargo de retirar su resultado. Personas que, si no están infectadas, tendrán una oportunidad preventiva única de dialogar sobre sus problemas de información o de implementación de los cuidados apropiados. Y que si están infectadas tendrán que hacerse cargo de muchas cosas en las que nosotros podremos colaborar pero que nunca vamos a resolver sin el esfuerzo autónomo del afectado directo (el usuario o paciente).

Por otro lado, vale la pena recordar que el sida es un problema de todos, de modo que ninguna persona infectada transmitirá el virus a otra persona que adopte medidas preventivas. Cuidarnos es responsabilidad de todos, y no sólo de las personas con VIH que conocen su estado serológico (recordemos que en la ciudad de Buenos Aires se estima que la mitad de las personas que tienen VIH ignoran esta situación).

Posición 2. La mejor forma de controlar la epidemia –y prevenir la transmisión vertical en particular– es la promoción del testeo voluntario con aconsejamiento

Quienes, dentro del sistema de salud apuestan cotidianamente a la política de promoción del testeo voluntario y consentimiento informado, construyen con su práctica *otro usuario* de los sistemas de salud y, en consecuencia, *otro ciudadano*. Parten de la idea de que cualquier persona informada de modo adecuado, en un código correcto, estará en condiciones de percibir su propio riesgo ante el VIH-sida, y querrá conocer, a su tiempo, su serología para cuidarse a sí misma y a otros. Hay suficiente evidencia en el mundo¹ que permite evaluar que esta política es adecuada y efectiva, incluso para el caso de las mujeres embarazadas y sus parejas sexuales.

Muchos tal vez dirán, y con cierta lógica, que no hay tiempo para realizar entrevistas de asesoramiento de pre-test individuales en el hospital, en función del volumen de pacientes que se atienden. Nosotros creemos, y la experiencia lo indica, que cuando los equipos de salud sienten la necesidad de crear estos espacios, hay recursos en la Ciudad y tecnologías apropiadas (charlas grupales, videos, folletería) para trabajar con grandes grupos.

Esto significa poder cuestionar algunas “verdades” en las que muchos hemos sido formados: “para qué explicar si las personas no entienden”. Pero, si las personas no entienden, y no pueden gestionar la parte que les toca de su diagnóstico y eventualmente de su enfermedad, nuestros esfuerzos estarán restringidos al “quedarnos tranquilos, que nuestra parte la hicimos”. Pero no estaremos deteniendo la epidemia.

¿Qué es lo que sí debemos fortalecer como sistema de salud?

¹ Donde convergen prevención y asistencia: asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión materna infantil. En: *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida*, Barcelona 2002, ONUSIDA.

- la *autonomía y responsabilidad* de las personas, invirtiendo recursos humanos y económicos en desarrollar políticas (o estrategias) que promuevan el testeo *voluntario* en la población. Hacerlo es también una forma de construir ciudadanía, más allá del sida. Las propuestas de volver obligatorio el análisis representan la ilusión del atajo más fácil (sólo Cuba intentó hacerlo, y ¡fracasó!) y sacrifican la oportunidad de crecimiento de la capacidad de comprensión de las personas.
- nuestros servicios de salud, garantizando una mejor accesibilidad. La persona que toma una decisión tan difícil como es la de hacerse un análisis de VIH debe ser acompañada por servicios que minimicen los tiempos de espera y faciliten la pronta devolución de resultados.
- los espacios de aconsejamiento, generando un diálogo adulto con las personas que van a realizarse el test, con el objetivo de que comprendan el significado de la prueba y los pasos a seguir ante un resultado positivo o negativo. Esto es doblemente necesario para el caso de las mujeres embarazadas y sus parejas, a fin de que puedan retirar el resultado del análisis en tiempo y forma y que, en el caso de *resultar positivo el varón*, use preservativo para no infectar a la mujer. En el caso de que fuera *positiva la mujer*, es fundamental para que los servicios de salud puedan implementar las medidas necesarias para prevenir la transmisión del virus de la madre al futuro bebé.

Democratizar nuestras prácticas cotidianas

*"Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes"*¹

Entre el *deber ser* y la *realidad*, entre lo *ideal* y lo *real*, busquemos un *posible* (que puede ser porque existe voluntad para hacerlo) que no sólo favorezca la detención de la epidemia del VIH-sida, sino que también mejore nuestro sistema de salud y nos permita avanzar en la democratización de la sociedad. Para pasar a una democracia que no se agote en las instancias formales precisamos implementar *prácticas* que atiendan a la complejidad del estado de nuestras instituciones (cómo están, qué pueden resolver, qué obstáculos tienen) así como a la promoción de ciudadanía, esto es la *construcción cotidiana* de ciudadanos autónomos y responsables, y no de personas que "no entienden" y que deben ser compelidas *por su bien*. Esto último, como todos los argentinos sabemos, más bien corresponde a las ilusiones mesiánicas de propuestas autoritarias cuyos estragos aún buscamos resolver.

La democracia que la mayoría de nosotros anhelamos se expresa (o no) cotidianamente en las políticas que se generan, y se termina por definir en las prácticas que nosotros, como equipos de salud y ciudadanos, realizamos. La democracia necesita de ciudadanos y los ciudadanos nos construimos (o no) a través de políticas que mejoran nuestros derechos. Muchos de nosotros creemos que los espacios de Salud, junto con los de Educación (por citar los casos más claros), son lugares privilegiados para mejorar la calidad de ciudadanía de todos, de los que trabajamos y al mismo tiempo de los que atendemos, porque la salud se produce en el encuentro de equipos y usuarios². Queremos decir, entonces, que para que los equipos de salud puedan aumentar con sus prácticas los márgenes de libertad, de autonomía de los pacientes, para que puedan ver a los otros como personas que pueden entender y resolver, tendrán que avanzar en poder sentir esto ellos mismos, como personas y proveedores de salud.

Conviene preguntarnos entonces ¿cuántos de nosotros sentimos que somos autónomos y relativamente libres en nuestros trabajos?. Pues no podremos transmitir autonomía si sentimos que nosotros nada podemos. Es difícil dar lo que no tenemos.

Una condición para favorecer prácticas desde Salud que aumenten la autonomía de los usuarios (y su capacidad de hacerse responsables) es propiciar mejores condiciones laborales, también más democráticas en el interior de los hospitales y los equipos. Así, una política de prevención y asistencia en materia de VIH-sida será más exitosa en la medida en que logre aumentar no sólo

¹ "Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria". Rosana Onocko Campos, 2002, mimeo, Campinas.

² *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Gastao Wagner de Souza Campos, 2002, Buenos Aires, Lugar Editorial.

las capacidades científicas y técnicas de los equipos de salud, sino también sus *capacidades para cuestionarse el sentido de sus prácticas*. Es preciso preguntarnos de modo individual o en el interior de los equipos ¿cómo son nuestros vínculos dentro del sistema de salud con aquellos compañeros que tienen menos poder que nosotros y con los que tienen más?, ¿cuán libres nos sentimos para proponer cambios?, ¿qué posibilidad tenemos de revisar prácticas que no dan buenos resultados, que en muchos casos se han burocratizado, perdido su sentido?, *¿qué posibilidad nos dan los otros, pero qué posibilidad nos damos nosotros mismos?* Creemos que estas son preguntas que tendremos que respondernos como espacio insoslayable para revitalizar el sentido de nuestras prácticas cotidianas y, en un mismo movimiento, poder aumentar nuestra capacidad de producir salud en los otros.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



**CEPAD CASA JOVEN DE FLORES
RESPETAR LA SINGULARIDAD PARA
CONSTRUIR UN CONOCIMIENTO COMPARTIDO**

LUCIANA GENNARI, LUCIANA BETTI
VERÓNICA CIAMPELLI, MARÍA LAURA MARBÁN,
GABRIELA CANO, RITA CURCIO
MARÍA SOL GENNARI

Equipo de Salud Joven de la Dirección General de Juventud – GCBA /
equiposaludjoven@hotmail.com

En la Casa Joven del barrio de Flores se encuentra el primer Centro de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico en VIH-Sida ubicado fuera del sistema de salud. Tras un año y medio de trabajo, el equipo del CePAD reseña sus actividades y hace un balance de su experiencia con énfasis en la alta efectividad lograda en las tareas de aconsejamiento y testeo. El respeto por la singularidad y la autonomía de los consultantes, es señalado por las autoras como un elemento clave de esta exitosa experiencia.

La Dirección General de Juventud, que depende de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, cuenta con un equipo de salud que desarrolla sus intervenciones en el marco del Programa Casa Joven.

Existen dos Casas Jóvenes: una, en Palermo, con un perfil dedicado a la cultura, y la otra, en Flores, dedicada a la educación y el desarrollo social. En esta última funciona desde el 30 de Octubre de 2001 el primer Centro de Prevención Asesoramiento y Diagnostico en VIH-Sida (CePAD) ubicado fuera del sistema formal de salud. Se trata de un espacio surgido de la iniciativa conjunta de la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud y el Equipo de Salud de la DGJ.

Este CePAD se inserta en un ámbito mayor donde se realizan diversas actividades para fomentar la solidaridad, participación e integración de los jóvenes de la ciudad. Quienes se acercan pueden participar de talleres de dibujo y pintura, percusión, guitarra, liderazgo comunitario, alfabetización, informática, periodismo, literatura, salud reproductiva y prevención de VIH-sida. Asimismo, pueden acceder a servicios de asesoramiento y patrocinio legal, orientación vocacional y apoyo escolar.

El equipo del CePAD trabaja de manera interdisciplinaria, lo que le permite tener una visión integral de la problemática VIH-sida. Está compuesto por dos psicólogas –una proviene de la Coordinación Sida y otra de la Dirección de Juventud–, una estudiante de psicología, dos estudiantes de trabajo social y dos técnicas en hemoterapia, una de ellas voluntaria.

Los lunes y martes, entre las 15 y las 19.30, se ofrecen los servicios de prevención, asesoramiento y extracción de sangre para el testeo de VIH-sida en la Casa Joven de Flores, ubicada en Bonorino 884.

Un estudio voluntario para el que no se necesita turno

Las personas que llegan a la Casa son atendidas por el equipo, que realiza las entrevistas de manera espontánea y sin otorgar turnos. Por orden de llegada, ingresan a las distintas oficinas donde se realizan las entrevistas de asesoramiento pre-test (semi-dirigidas), a partir de las cuales el equipo recaba datos de los consultantes y les brinda información adecuada a su singularidad. Esto permite despejar dudas y mitos y da lugar a que se planteen ciertos temores.

En esta primera entrevista se informa sobre el carácter voluntario del testeo, el uso correcto del preservativo, la confidencialidad del análisis, el consentimiento informado y las características y alcances de los test de Elisa y Western Blot y, luego, se ofrece la posibilidad de realizar el test.

También se entregan en forma gratuita preservativos y material gráfico provistos por la Coordinación Sida.

Las muestras extraídas son trasladadas a la mañana siguiente al Hospital Muñiz, cuyo Servicio de Virología las analiza y remite los resultados al Centro en el término de una semana. A partir de ese momento, están disponibles para que el equipo realice la devolución en el marco de una entrevista post-test. Cuando quienes realizaron la prueba deciden retirar su resultado, éste se les entrega reafirmando la información suministrada anteriormente, tomando en cuenta los datos registrados en el pre-test y las nuevas dudas que pudieran haber surgido.

Si el resultado es positivo, además de lo anterior, se trabaja especialmente en la contención y acompañamiento de la persona y se le presentan las posibilidades de derivación al sistema formal de salud, a grupos comunitarios de apoyo y/o atención psicológica. Se intenta desmitificar los sentimientos que asocian VIH-sida con la culpa, el castigo, el rechazo, la trasgresión o la muerte. Asimismo, se recuerda que un resultado positivo significa que la persona vive con el virus y puede o no haber desarrollado la enfermedad. También se enfatiza que, aun sin haber desarrollado la enfermedad, el/la consultante puede transmitir el virus a otros/as.

Al mismo tiempo, se refuerza la importancia del acompañamiento médico resaltando que la infección es tratable, y la relevancia de adoptar prácticas seguras para reducir el riesgo de reinfección por VIH u otras ETS, así como los beneficios del uso correcto del preservativo y, en caso de ser necesario, se realiza la demostración de esta acción preventiva.

Por último, ante un resultado indeterminado –y siempre sin perder de vista lo pautado para todas las devoluciones– se recuerda que el mismo podría significar un falso positivo debido a razones biológicas o una verdadera infección que, por ser muy reciente no ha permitido al organismo generar la cantidad de anticuerpos necesaria para ser detectada por las pruebas de laboratorio. Es por ello que se orienta al/la consultante sobre la conveniencia de realizarse un nuevo testeo en un período que se define en función de lo recomendado por el laboratorio, la evaluación de la asesora y el/la consultante. Finalmente, cabe señalar la especial consideración puesta en las posibles reacciones emocionales surgidas durante el período de espera del resultado del test y el consecuente ofrecimiento de apoyo psicológico.

Se eligió atender en horario vespertino, ya que es una opción diferente al habitual horario de los hospitales. Esta estrategia tiende a atraer a la población joven y a aquellas personas que por razones laborales no pueden concurrir a los lugares ya existentes. En el mismo sentido, se ha buscado simplificar el funcionamiento del servicio con el objetivo de lograr una atención personalizada, ágil y eficiente: no es necesario concurrir en ayunas; tampoco hace falta orden médica ni documento de identidad y no se requiere autorización de los padres (si se tiene entre 14 y 21 años).

Registro y evaluación de actividades

Desde la instalación del servicio, se generaron dos tipos de registro: un cuaderno para asentar el movimiento general y un modelo de entrevista para completar durante el asesoramiento pre y post test. En el cuaderno se consignan los siguientes datos: número de registro, fecha en que la persona vino por primera vez, código de identificación de la persona, sexo, edad, resultado y número de protocolo.

La ficha de entrevista permite consignar: código de identificación de la persona, edad, sexo, barrio o localidad, escolaridad, modo de llegada, tipo de exposición, existencia de análisis previos; resultados de los mismos y del realizado en el servicio. Además, en esta ficha constan el nombre de quienes realizaron las entrevistas pre y post-test y la fecha correspondiente.

El equipo de trabajo en su conjunto se reúne una vez por mes, con el fin de evaluar, deliberar, organizar y tomar decisiones.

Información, promoción y educación para la salud

En el marco de la promoción y educación para la salud, el equipo realiza diversas actividades:

Línea gratuita 0800 333 56836 (JOVEN)

Se trata de un servicio de orientación telefónica que funciona de lunes a viernes de 10 a 19. Brinda información general sobre las actividades para jóvenes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, específicas de la Dirección General de Juventud y, fundamentalmente, realiza la atención y el asesoramiento de consultas en VIH-sida y salud reproductiva. Esta línea es un medio de comunicación privilegiado para dar respuesta a las dudas de quienes desean realizarse el test, informar sobre los lugares de distribución gratuita de preservativos de la Coordinación Sida y contribuye a generar un espacio de referencia para aquellas personas que han pasado por el centro.

Taller de uso correcto del preservativo

Esta actividad consiste en un taller unipersonal itinerante que, recorriendo plazas, instituciones, eventos, etc., permite a los jóvenes tomar contacto con el preservativo y aprender de manera participativa su uso correcto. Asimismo quienes se acercan al stand pueden retirar folletos, preservativos y consultar sobre prevención de VIH-sida y sobre todas las actividades que realiza la Casa Joven de Flores, incluido el CePAD. La mayoría de los participantes son jóvenes de entre 13 y 18 años, aunque también se acerca gente de otras edades. Simultáneamente, otras personas del equipo se encargan de difundir el taller y entregar material informativo junto con preservativos.

Juegos para la salud

En el marco del programa "Verano en Buenos Aires" de la Secretaría de Cultura, se desarrolló esta actividad con un enfoque preventivo y la metodología escogida fue la actividad lúdica. Es así que a través de diferentes juegos (bolos, tiro al arco y al blanco, juego de la oca, etc.), se premiaba no sólo la destreza y habilidad física o aún el azar (juego de la oca), sino también los conocimientos, que eran evaluados a través de preguntas con diferentes niveles de complejidad, aprovechando esta situación para aclarar y desmitificar conceptos relacionados con la problemática del VIH-sida. (Ver Infosida N° 1)

Junto a estos juegos se realizó una campaña de prevención gráfica en VIH-sida: "¿Cuánto sabés sobre sida? (El juego de las diez preguntas)" y se repartieron más de 100.000 volantes que incluían preservativos. Siguiendo un enfoque preventivo, el cuestionario procuraba que los destinatarios interactuaran con el material informativo, confrontando las respuestas con sus propios conocimientos. Esta campaña fue realizada en forma conjunta por la DGJ, la Coordinación Sida (dependientes del GCBA) y el Proyecto LUSIDA del Ministerio de Salud de la Nación.

Distribución gratuita de preservativos

Mediante un dispenser facilitado por la Agencia de Cooperación Técnica Alemana, GTZ, la Casa Joven de Flores ofrece, de lunes a sábados entre las 10 y 20 hs, la posibilidad de retirar gratuitamente preservativos. El dispenser está ubicado en la entrada de la casa y junto a él hay material informativo que también se puede retirar sin costo.

Desde la conformación del Centro, además de las mencionadas actividades, se realizan tareas de Educación, entendidas como iniciativas de mayor duración, intensidad y calidad que la simple información. Las mismas son desarrolladas en forma de talleres participativos, en la Casa Joven de Flores para los grupos educativos y comunitarios o en instituciones que demandan la presencia del Equipo en sus instalaciones. Cabe señalar:

Talleres de VIH-sida

Se trata de una propuesta educativa que intenta generar cambios de actitud positivos frente a esta problemática. La utilización de dinámicas participativas busca tornar más simples, y al mismo tiempo más divertidas, las reflexiones sobre este tema tan difícil. Se trabaja principalmente sobre la información que los jóvenes ya han adquirido, para favorecer su empoderamiento y la incorporación de nuevos conocimientos que les permitan tomar decisiones de vida más seguras. Al mismo tiempo, se busca que puedan desenvolverse con un

lenguaje claro y que elaboren sus propios valores a partir de un pensamiento crítico desde el cual comprender su comportamiento y el del otro.

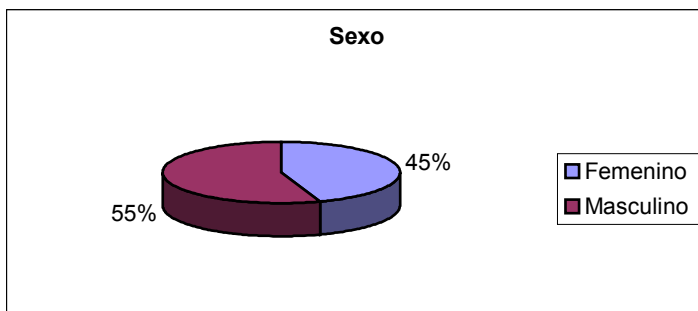
Talleres de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

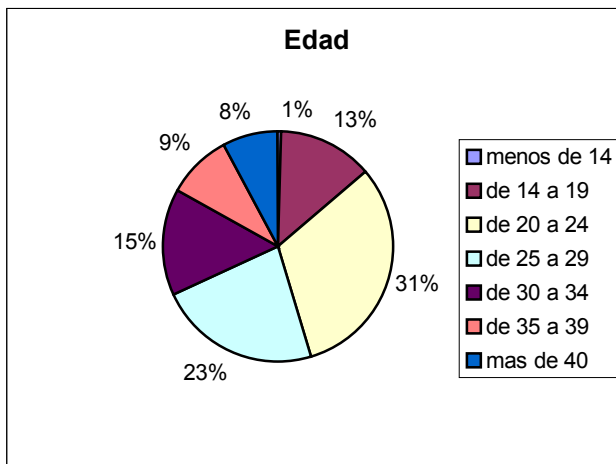
Son tres talleres en los que se abordan las siguientes temáticas: a) sexualidad y aspectos socioculturales en relación a los roles y funciones del varón y la mujer, b) información y orientación acerca de la estructura y función del aparato reproductor femenino y masculino, y los métodos anticonceptivos y c) ETS y VIH-sida. De esta manera, se intenta fomentar en los jóvenes la reflexión y la posibilidad de decidir sobre su sexualidad y reproducción en forma segura y responsable.

Accesibilidad, carácter voluntario y autonomía

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS QUE CONCURREN AL CEPAD

Según los datos reflejados en las entrevistas, el perfil mayoritario de los/as consultantes es el siguiente: se trata de jóvenes de entre 20 y 29 años de ambos sexos, aunque mayoritariamente varones, que concurren desde diferentes barrios de la ciudad y del conurbano bonaerense. Casi el 60% de las personas que solicitaron el test lo hacía por primera vez. Por otro lado, una cantidad significativa (32%) de la concurrencia tiene más de 30 años.





Alcance del proyecto

Este proyecto fue pensado para mejorar la accesibilidad a la prueba de VIH de los jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires que tienen entre 14 y 30 años.

Desde octubre de 2001 hasta mayo de 2003 se han realizado 900 entrevistas, 881 análisis y 816 devoluciones, lo que significa que el 2 % de los consultantes resolvió no hacerse el estudio, y que el 93% de los personas testeadas retiró su resultado.



Algunas reflexiones

El análisis y elaboración de los datos, sumados a la práctica cotidiana, permiten inferir que la alta efectividad en la devolución de los resultados es consecuencia de tres cuestiones fundamentales y mutuamente relacionadas:

1- *La accesibilidad*

La mayor accesibilidad del CePAD está dada por: los horarios de atención, la ausencia de requisitos, la velocidad en la entrega de los resultados (una semana) y un espacio físico amigable. Estas variables tienden a incluir –y no a excluir– a quienes requieren una consulta sobre VIH, resuelven hacerse el test o deben retirar su resultado y que, por diferentes motivos, no acceden al sistema formal de salud.

2- La relevancia que se le otorga al carácter voluntario del testeo.

Si bien la voluntariedad del análisis de VIH está considerada en la ley nacional de sida, la práctica de los servicios de salud plantea ciertas contradicciones con dicho principio. En la mayoría de estos servicios se requiere de una orden médica para la realización del test. Este requisito se convierte, así, en un obstáculo para las personas que quieren realmente hacerse el análisis de VIH.

Por otra parte, la centralidad otorgada a la indicación del profesional deja en un segundo plano la decisión informada del paciente en cuestión y lo obliga a realizar una práctica de salud de la que no puede apropiarse y que, en consecuencia, no siente como necesaria. Esta situación provoca que muchas personas no retiren su resultado ya que, en realidad, no eran ellas las que querían conocer su serología.

En cambio, las personas que concurren al CePAD lo hacen en general porque suponen que han pasado por alguna situación concreta durante la cual pudieron haberse infectado. Este hecho, al igual que el mencionado en el punto anterior, contribuye a la gran afluencia de personas que pasan a retirar su resultado.

3- Un asesoramiento centrado en la autonomía de los consultantes

Las entrevistas pre y post test apuntan al empoderamiento del / la consultante. El tiempo dedicado a escucharlos para derribar mitos, representaciones naturalizadas y miedos –contrastándolos con información rigurosa–, así como el respeto sin prejuicios, la contención de la angustia, la respuesta a dudas y preguntas, contribuyen a crear un espacio para la singularidad y permiten construir un conocimiento compartido.

Estos tres aspectos, que no pueden ser separados en la práctica, han contribuido significativamente para que los resultados de esta iniciativa sean muy satisfactorios tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN LA EXPERIENCIA DE UN CEPAD

DURÁN, ADRIANA; EBENRESTEJIN, JUAN;
PARLANTE ÁNGEL; LOURTAU, LEONARDO; LOSSO, MARCELO¹
LEÓN, LILIANA; DALEOSO, GRACIELA²
OXILIA MARIO³
LÓPEZ, LETICIA; VITTULO, MARIA DEL CARMEN⁴
ADISSI LELIA⁵
KATZ NÉSTOR⁶
MIR LEILA⁷
Htal. Ramos Mejía-GCBA / secretaria@VIHramos.org.ar⁸

Agradecimientos:

Dr. Juan J. Morando, Dr. Marcelo Torino, Dr. Abel Agüero, Dr. Juan C. Irazu, Dra. Silvia Fernandez, Dr. Alejandro Chikiart.

A fines de 2001 se puso en funcionamiento un CePAD en el Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía con el objetivo de fortalecer la prevención en su área programática y, al mismo tiempo, facilitar el testeo precoz de los consultantes del hospital. El presente artículo, resultado de un estudio observacional retrospectivo, describe algunas de las características demográficas de la población que concurrió al CePAD y realizó el test de VIH, analiza la prevalencia de VIH y otras ETS y brinda elementos para evaluar las estrategias de difusión del servicio en su área de influencia.

Los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD), fueron creados por la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud del GCBA con el objetivo de facilitar el acceso al test de VIH y para favorecer estrategias de prevención de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual entre la población.

La evidencia muestra que la disponibilidad y el uso generalizado de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH en una comunidad puede contribuir a crear un entorno que favorezca los comportamientos sexuales seguros y estimule la respuesta comunitaria en apoyo a las personas que necesitan asistencia.

Desde noviembre de 2001 funciona un CePAD en el Hospital General de Agudos "Dr. José María Ramos Mejía". La estrategia de difusión ha sido dirigida, fundamentalmente, a fortalecer la prevención entre las personas que viven en el área programática del hospital, aunque el CePAD también facilita el testeo precoz de personas que consultan por enfermedades de transmisión sexual y parejas serodiscordantes que consultan en el hospital. Los resultados obtenidos son consecuencia del trabajo conjunto de las siguientes áreas del hospital: Inmunocomprometidos,

¹ Servicio de Inmunocomprometidos

² Servicio de Hemoterapia

³ Servicio de Dermatología

⁴ Servicio de Ginecología

⁵ Servicio de Psicopatología

⁶ Servicio de Urología

⁷ Servicio de Área Programática

⁸ Dirección postal: Servicio de Inmunocomprometidos, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Urquiza 609, Pabellón de Clínica, 2º Piso, C1221ADC Buenos Aires. Tel: 4931-5252. e-mail:

Hemoterapia, Ginecología, Obstetricia, Psicopatología, Área Programática, Dermatología (ETS) y Urología.

El CePAD funciona en el horario extendido de 8 a 20 hs: en él se otorgan turnos telefónicos y se brinda atención espontánea.

En este contexto, se realizó el estudio observacional retrospectivo que se detalla a continuación.

Objetivos:

- Describir las características demográficas de las personas que concurrieron al CePAD y realizaron testeo para VIH entre enero y diciembre de 2002.
- Determinar la utilización del recurso en el mismo período.
- Evaluar la prevalencia de infección por VIH en la población que accedió al servicio.
- Analizar la prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual identificadas en esta muestra.
- Determinar la fuente de conocimiento de la existencia del CePAD.

Métodos:

Revisión de la base de datos del CePAD en busca de los datos demográficos, presencia de co-infecciones y resultados de los estudios solicitados. Los datos de la base se codifican de manera de evitar la identificación de los pacientes.

Resultados:

Se revisaron 748 consultas realizadas entre enero y diciembre de 2002.

Características demográficas basales:

En coincidencia con datos previos que muestran el aumento de casos asociados a la transmisión heterosexual y el crecimiento de la población femenina, se ha detectado en la población estudiada un predominio de mujeres que acceden a la consulta y testeo voluntario. De los 748 casos analizados, 408 correspondieron a consultantes mujeres, lo cual constituye un 54% del total de la muestra.

El rango de edad fue muy amplio: 14 a 72 años, con una media de 31 años. El 87% tenían nacionalidad argentina y 81 casos (13%) correspondieron a extranjeros provenientes de países limítrofes.

Con el fin de evaluar el impacto de los métodos implementados en la difusión del CePAD, se evaluó la fuente de información de las personas que solicitaron la consulta (gráfico 1). A pesar del énfasis realizado para difundir la prestación en el área programática, 507 (78%) de las consultas tuvieron origen en los servicios hospitalarios y 241 (32%) fuera del hospital.

Las consultas del área se originaron mayoritariamente por material gráfico distribuido en el área programática del hospital, discos, colegios y centros de salud, entre otros.

Prevalencia de Infección por VIH

Se detectaron 70 pacientes VIH reactivos, con una prevalencia global de 9.4%

(70/748). De ese total, 44 (62%) correspondieron al sexo masculino y 26 (38%) al femenino.

Si se excluyen del análisis 14 casos con conocimiento previo del diagnóstico de infección por VIH (n=734), la prevalencia fue de 7.6% (56/734).

Teniendo en cuenta el riesgo de infección, 47 de los casos positivos correspondieron a exposición heterosexual, 11 a exposición sexual entre hombres, 8 a exposición bisexual y 3 a exposición por adicción endovenosa. Sin embargo, es importante remarcar que sólo se registraron 6 consultas de personas que manifestaron ser adictas a drogas endovenosas.

Entre los 145 casos con diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual, se identificaron 7 casos de infección por VIH. Seis correspondieron a pacientes con sífilis y el caso restante a gonorrea. La prevalencia de infección por VIH entre los casos de sífilis estudiados fue de 16,6% (6/36).

Conductas de riesgo

Las categorías de riesgo fueron determinadas de acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista dirigida, realizada por personal especialmente entrenado en consejería.

Se tomaron en cuenta, fundamentalmente: 1) conductas sexuales de riesgo en población heterosexual (HTS), homosexual (HS), bisexual (BS) y trabajadores sexuales (TRS); 2) utilización de drogas EV actual o pasada; y 3) transfusión de sangre o hemoderivados, especialmente antes de 1990. (gráfico 3).

Sobre el total de los 748 casos, la prevalencia de infección por VIH en relación con el tipo de exposición (tabla 1) se distribuyó de la siguiente forma: 7.92% (48/606) población heterosexual, 18.6% (11/59) población homosexual, 14.8% (8/54) población bisexual, 50% (3/6) adicción a drogas endovenosas. No se registraron casos reactivos entre los trabajadores/as sexuales ni entre quienes presentaban transfusiones como único factor de riesgo (gráfico 4).

Para valorar el impacto de los datos obtenidos en la entrevista acerca de la determinación del riesgo de exposición por vía sexual se evaluó la serología para sífilis (VDRL) entre quienes manifestaron usar preservativo “siempre” o “a veces” (tabla 3).

Se detectaron 6 casos de VDRL positiva entre quienes manifestaron usar siempre preservativo (n=113) y 10 entre aquellos que refirieron utilizarlo a veces (n=278) (tabla 4).

Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual

Se estudiaron 145 casos referidos por enfermedades de transmisión sexual, de los cuales en el 28% (39/145) no se obtuvo diagnóstico definitivo de la ETS y fueron clasificadas como inespecíficas (gráfico 5).

Los diagnósticos definitivos de ETS fueron: sífilis 24% (36/145), vaginosis 15% (22/145), HPV 9% (13/145), uretritis no gonocócica 8% (12/145), HSV 7% (10/145), candidiasis el 6% (8/145), y gonorrea 3% (5/145) (tabla 2).

El número de muestras que se tomaron por mes fue progresivamente en aumento desde enero a diciembre de 2002, con un pico de consultas durante el mes de julio (gráfico 6).

Conclusiones

De acuerdo a los parámetros establecidos por el programa de las Naciones Unidas (UNAIDS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, estos resultados aportan a los datos históricos de prevalencia de VIH en la población de mujeres embarazadas de la Ciudad de Buenos Aires entre 1998 y 2001² para definir una epidemia generalizada (no controlada) en esta población. Esta situación estaría definida por prevalencias mayores al 5% en las subpoblaciones de riesgo y por encima del 1% en la de embarazadas.

Definir a la epidemia como generalizada en un momento y lugar determinados implica reevaluar la estrategia en los sistemas de vigilancia, jerarquizando la detección de las conductas de riesgo sobre la identificación de los casos positivos.

A pesar de las limitaciones de estos sistemas de vigilancia, es de vital importancia extender la detección de las conductas de riesgo desde los subgrupos clásicamente identificados hacia la población general sexualmente activa, lo cual incluye, especialmente, a las mujeres embarazadas o en edad fértil.

La detección de serología positiva para sífilis en los grupos que habían manifestado una utilización razonablemente adecuada del preservativo muestra la necesidad de revisar el método para obtener la información sobre conductas de riesgo. Estos datos sugieren, además, que la implementación de serología para sífilis (VDRL) entre quienes realizan la consulta en los CePAD podría ser un método útil para detectar conductas de riesgo.

La prevalencia de infección por VIH-1 en esta muestra fue elevada (7.6%), probablemente debido al alto número de ETS y parejas de pacientes VIH reactivos (16) estudiadas, así como la alta prevalencia de co-infección sífilis/VIH (6/36, 16%).

Referencias

1. Pisani E, et al. VIH Surveillance: A Global Perspective – JAIDS 2003, Vol. 32, Sup.1
2. Infosida – Situación epidemiológica del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 1: Prevalencia de infección por VIH según tipo de exposición

Exposición de riesgo	N	Positivos n (%)
Heterosexual	606	48 (7.92%)
Homosexual	59	11 (18.6%)
Bisexual	54	8 (14.8%)
Adicción intravenosa	6	3 (50%)
Trabajador/a sexual	18	-
Transfusiones	5	-
TOTAL	748	70 (9.4%)

Tabla 2: Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

ETS	N (145)	%
Inespecífica	39	28
Sífilis	36	24
Vaginosis	22	15
HPV	13	9
Uretritis no gonocócica	12	8
HSV	10	7
Candidiasis	8	6
Gonorrea	5	3

Tabla 3: Distribución de acuerdo a la frecuencia en el uso de preservativo

Uso de preservativo	N	VIH +	%
Nunca	93	13	13.21
Siempre	113	11	12
A veces	278	21	9.7

Tabla 4: VDRL positivas por grupos de acuerdo a la frecuencia referida en el uso de preservativo

Uso de preservativo	Total	VDRL positiva
Siempre	113	6 (5.3%)
A veces	278	10 (3.59%)
Nunca	93	3 (3.22%)

Gráfico 1: Origen de la referencia de pacientes al CePAD

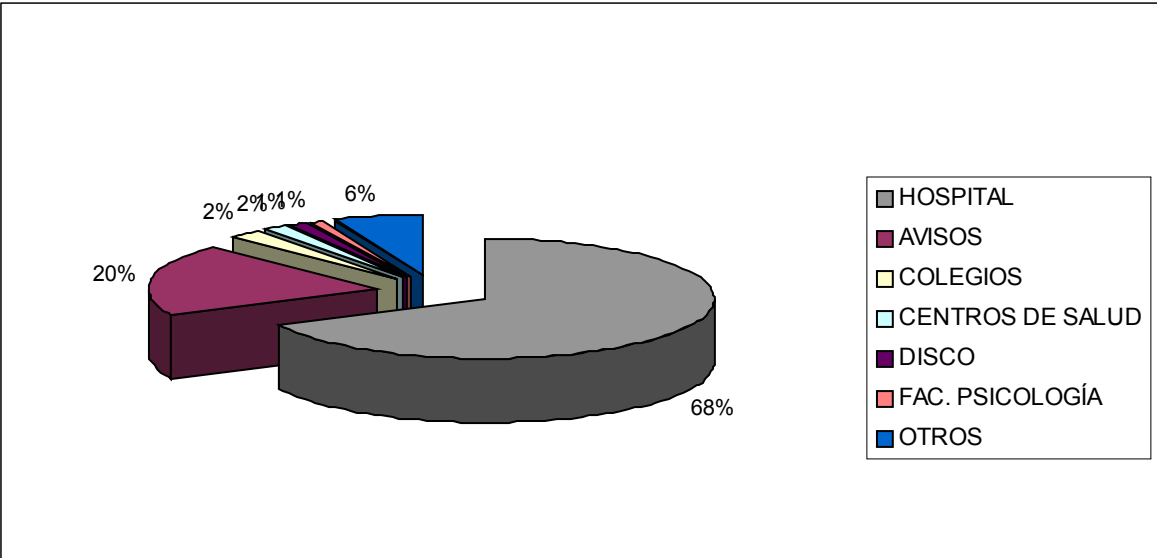


Gráfico 2: Diagnósticos de enfermedades de Transmisión Sexual (n=145)

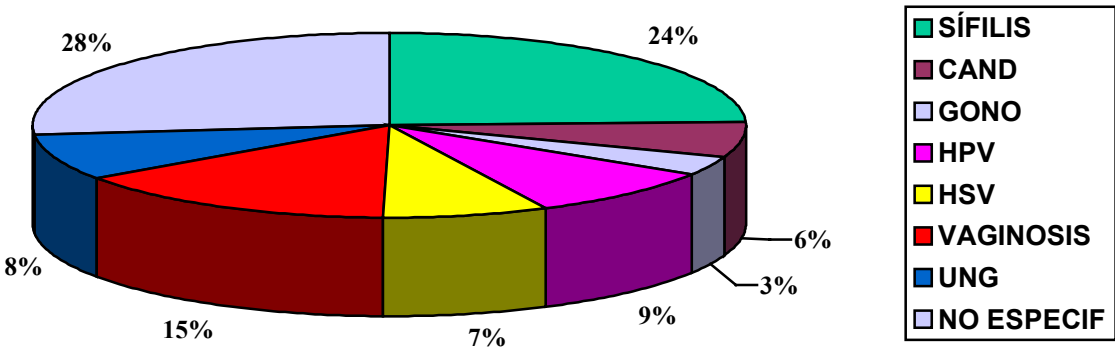
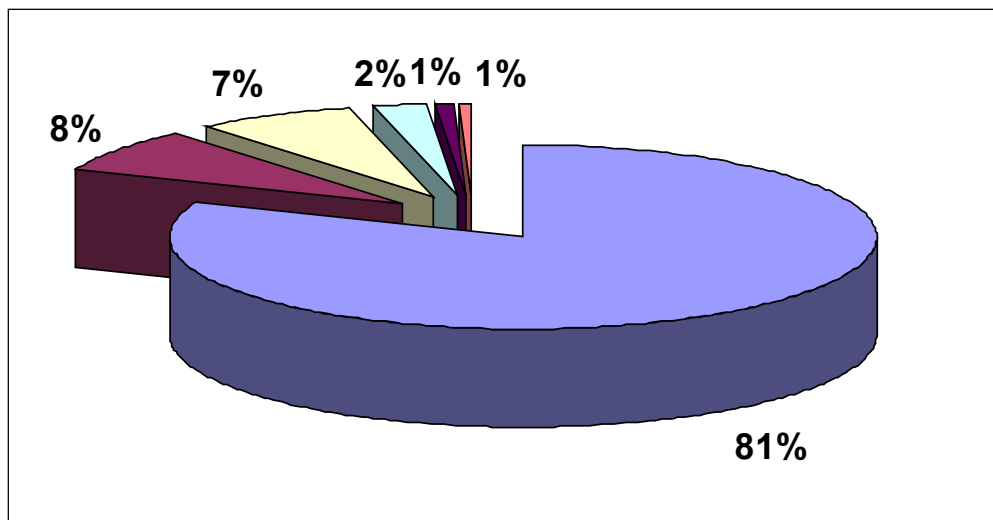


Gráfico 3: Distribución por conductas de riesgo entre las consultas al CePAD (n=748)



Exposición Sexual: Heterosexual (81%), Homosexual (8%), Bisexual (7%), Trabajadores sexuales (2%).
Exposición intravenosa: Adicción (1%), Transfusiones (1%).

Gráfico 4: Prevalencia de Infección por VIH según factor de riesgo

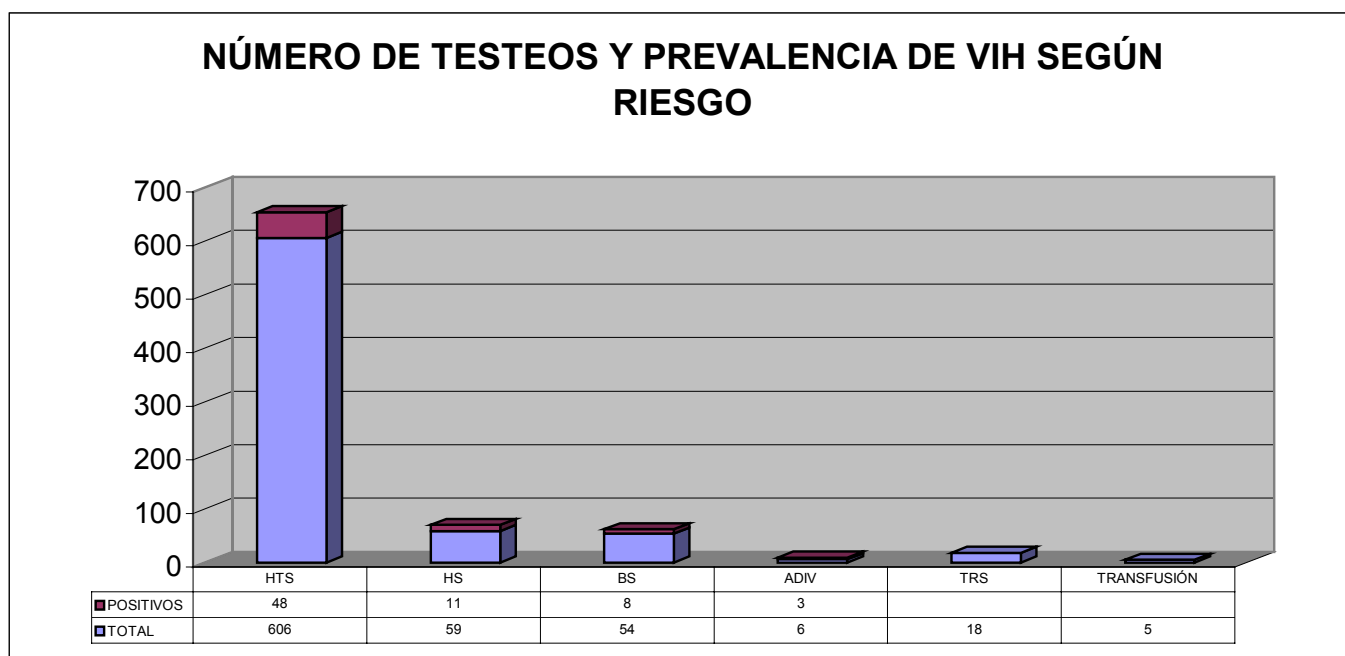


Gráfico 5: Prevalencia de Infección por VIH según ETS

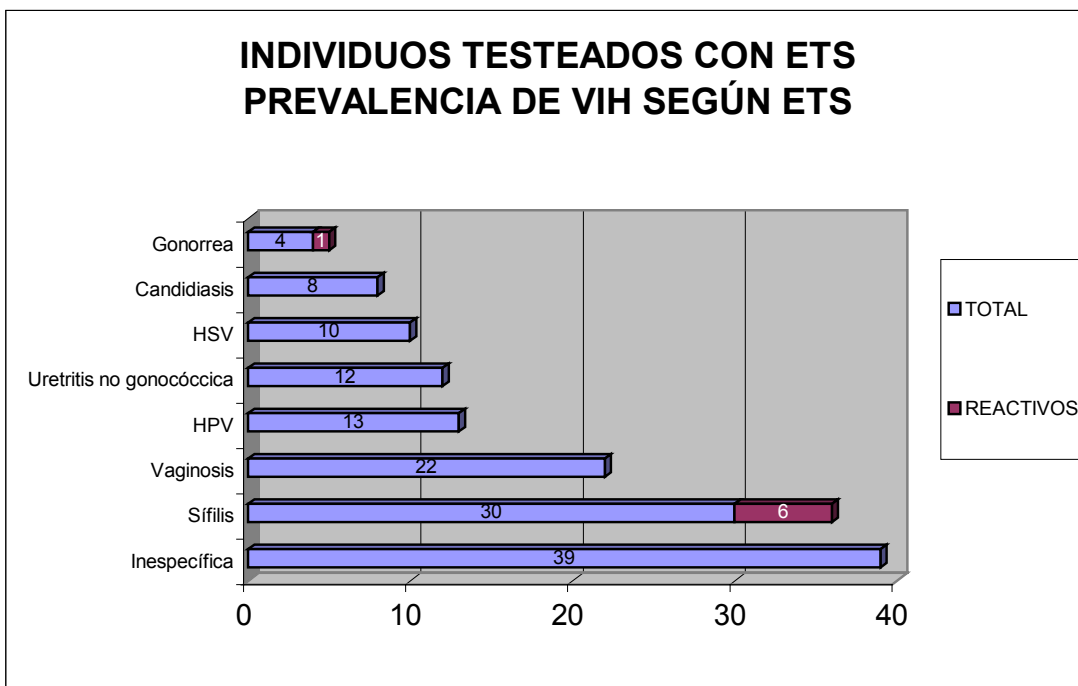
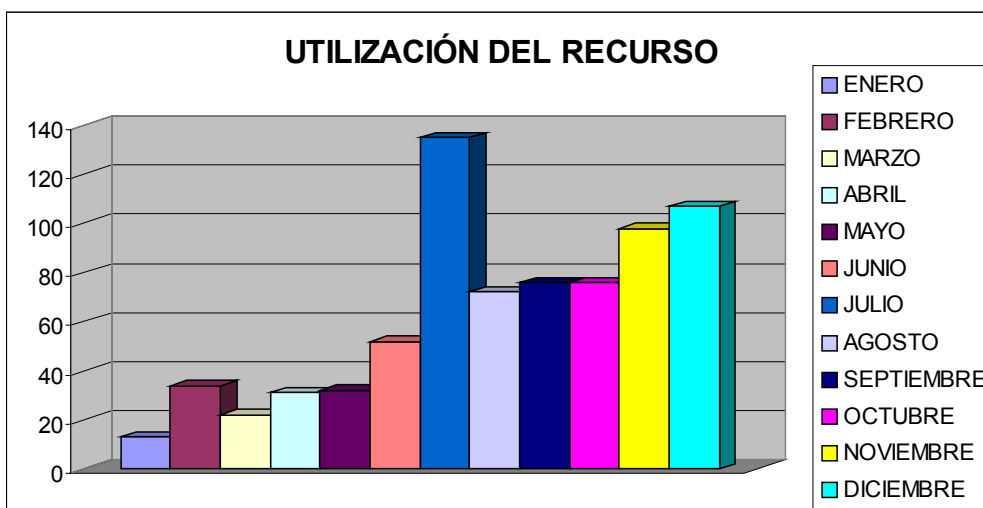


Gráfico 6: Muestras testeadas por mes de Enero a Diciembre de 2002



[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



DECONTRUYENDO TABÚES: BDSM¹

DR. RICARDO DURANTI

Médico psiquiatra/Grupo Nexo/rduranti@nexo.org/www.nexo.org

Es cada vez más habitual recibir consultas acerca de la posibilidad de contagio del VIH en relación a prácticas sexuales no habituales y que generan en los/las profesionales que las reciben una inmediata respuesta que surge más de lo que ellos/ellas piensan acerca de dichas prácticas que de algo basado en la realidad de las mismas.

Derecho, medicina y psicoanálisis tiñeron a las prácticas sadomasoquistas con un tufillo a enfermedad y moralina muy difícil de deshacer, generando en el imaginario social un rechazo automático acerca de la irrupción del dolor y lo (supuestamente) violento —en tanto violencia en sí, como violación del otro— dentro del privadísimo ámbito de lo sexual.

Hoy sabemos que no hay espacios absolutamente privados y que la historia y la realidad todo lo cambian. Hace pocos años era impensable escuchar en una reunión que una pareja relatara ciertos juegos sexuales, y quienes lo hacían eran mirados como “algo anormales” por el resto. Mirada que se originaba en cierto consenso acerca de lo que estaba bien y estaba mal, más que desde una posición propia.

Hoy, en cambio, es cada día más habitual escuchar estos relatos que, independientemente de acordar con ellos o no, suelen ser escuchados como un “algo más” y, la mayoría de las veces, con franca curiosidad.

Dejamos de lado “normativización” producida por la psiquiatría y el psicoanálisis que ubican al sadomasoquismo como una perversión para hablar de algo más cotidiano y cada vez más difundido y que aquí, para denotar su profunda raíz social como conductas cada vez más habituales, llamaremos prácticas SM y que algunos llaman SM consensual, para otros simplemente SM.

El BDSM Ges una relación mutuamente consentida, basada en la confianza y en el intercambio. El dolor físico no es la meta obligada y, a veces, ni siquiera lo es el contacto genital. La gente que es sumisa (Esclavos/as, Bottoms, Subs) en una escena BDSM no lo es necesariamente en otros aspectos de su vida. Lo mismo vale para los que son dominantes (Amos, Masters, Dominatrix) en una escena. Ser sumiso no implica ser pasivo ni dominante ser activo: hay multiplicidad de combinaciones y los roles no son necesariamente fijos.

Dentro del BDSM se encuentran infinitos tipos humanos que no se hallan fijados a esas prácticas sexuales (por eso son llamadas prácticas, lo que las diferencia de las perversiones de la Psicopatología).

La realidad nos muestra un continuo que va desde la inclusión en los juegos sexuales de caricias fuertes a una práctica desarrollada que, contra lo que piensa la gente, es totalmente segura y consensuada, además de responder a reglas de cuidado muy precisas. Los vínculos SM están basados en la confianza que cada uno/a de los/las participantes siente por el/la otro/a, cosa no frecuente en muchas relaciones sexuales consideradas “no perversas” o “no violentas”.

Las prácticas SM estuvieron siempre avaladas por la cultura en forma tácita: ¿cuántas escenas de la vida cotidiana se encuadran en los criterios de las relaciones SM del tipo Dominante/Sumiso? Por ejemplo las relaciones médico/paciente, analista/analizado, maestra/alumno o jefe/empleado... “¿Qué es en el fondo una relación sexual sino la expresión de una lucha de dominio y poder?”, Foucault dixit... ¿Dónde encuadrar la masiva difusión de tatuajes, aros y perforantes en zonas corporales atípicas? Son elementos hoy totalmente adoptados e incorporados como algo más. Como toda actividad no admitida abiertamente por los códigos culturales, las prácticas SM suelen ser subversivas de dichos códigos, ya que obligan a los que los sostienen a dar cuenta de los mismos.

¹ BDSM es una abreviatura para Bondage (ataduras) y Disciplina (BD), Dominación y Sumisión (DS), y Sadomasoquismo (SM).

En Europa y en Estados Unidos, los bares Leather (cuero) y los clubes SM están cada vez más difundidos. Nadie oculta que los frecuenta. En ellos existe tanta seguridad –o más– que en los espacios heterosexuales o glttb integrados.

Surgen, principalmente en Estados Unidos, asociaciones que reivindican los derechos de quienes practican el SM. Muchas de ellas invitan públicamente a sus cursos sobre sexo seguro y prácticas SM, aún más seguras. Una de ellas ganó premios y menciones por el nivel de los cursos que ofrecen acerca de sexo y prácticas seguras en relación al VIH y otras ETS.

En Argentina ya existen varios clubes que realizan fiestas y encuentros donde predomina el criterio del sexo protegido y no se olvida la presencia del VIH, sobre todo ante la posibilidad concreta de la aparición de sangre. La búsqueda de pares en los chats tanto homo como hétero es también frecuente.

La mayor parte de las personas tienen sexo sin acordar límites y sin saber qué quiere el/la otro/a, esto es impensable en una relación BDSM. Previamente existe “la negociación” que es el proceso por el cual se intercambia información acerca de los intereses y los límites. Los límites son las actividades, palabras o escenas que una persona no desea experimentar y la Safeword (palabra clave) es una palabra en código –generalmente no usada cotidianamente o en un contexto sexual– que indica que al otro que debe detener lo que está haciendo o que debe cambiar de práctica.

Conocer y desmitificar las distintas prácticas sexuales es un imperativo cada vez mas fuerte para poder trabajar en la prevención de la infección por el VIH y no actuar y aconsejar desde los propios prejuicios.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



REDUCCIÓN DE DAÑOS ENTRE USUARIOS Y USUARIAS DE DROGAS: UNA EXPERIENCIA EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

EQUIPO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS / ASOCIACIÓN EL RETOÑO
elretonio@aol.com

Los usuarios y usuarias de drogas se constituyen en un colectivo que muestra condiciones de vulnerabilidad crecientes frente a la infección por VIH, otras ETS y Hepatitis B y C. En este artículo, la organización El Retoño expone su trabajo de intervención a través del proyecto de reducción de daños y las características esta población en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

Con el respaldo de la Coordinación Sida y la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ), la Asociación Civil El Retoño¹ dio inicio a un proyecto de reducción de daños entre usuarios y usuarias de drogas, en la zona Sur de la ciudad.

Este proyecto se desarrolló de manera simultánea en diferentes barrios –La Boca (*La Villita* y *Barrio Chino*), Barracas, Parque Patricios, Villa Zavaleta, Constitución, San Telmo y Pompeya– con el objetivo de contactar al mayor número posible de usuarios y usuarias de drogas inyectables y no inyectables para brindarles información, capacitación, asesoramiento y atención para la reducción de los daños asociados al uso de drogas.

Con este fin se estableció el Centro de Reducción de Daños “El Sótano”, ubicado en Av. Caseros 1525. Allí se brinda información, asesoramiento y atención médica para los usuarios y usuarias, y también se coordina y se supervisa el “trabajo callejero” que semanalmente realizan los operadores de campo.

Al comenzar este proyecto se llevó a cabo un diagnóstico cuyos principales objetivos fueron conocer las condiciones socioeconómicas y culturales de los usuarios y usuarias de drogas que viven en las zonas de intervención que comprende este proyecto y, al mismo tiempo, establecer un primer acercamiento a ellos/as.

Luego de ser capacitados como entrevistadores, un equipo de usuarios/as o ex usuarios/as de drogas realizó entrevistas en la calle, plazas y parques de la zona para conocer: los tipos y modalidades de consumo de drogas ilegales y alcohol; los niveles de información y conocimiento acerca de los principales daños asociados al uso de drogas; los comportamientos de riesgo; la disponibilidad, el acceso y el uso de los servicios de salud; y las percepciones y las posibilidades de acceso a tratamientos para el abandono del consumo.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la de muestreo por mirilla. Al comenzar el diagnóstico se realizó una primera observación en los barrios y plazas de la zona de intervención y luego se contactó a los usuarios y usuarias que serían entrevistados a partir de la técnica de “bola de nieve”. La utilización de esta técnica, sin una observación previa de la zona de intervención, podría haber sesgado la muestra, en tanto los líderes de los grupos de usuarios/as, quienes resultan informantes claves, hubieran proporcionado únicamente información sobre los miembros de su red de pertenencia. De esta manera fue posible acceder a redes de consumo muy cercanas geográficamente, pero que presentan interacciones sociales mínimas o inexistentes.

En el marco de este diagnóstico exploratorio, El Retoño entró en relación con más de 300 usuarios y usuarias de drogas inyectables y no inyectables. Todos ellos recibieron información y asesoramiento para la reducción de daños, pero solamente se entrevistó a 38 hombres y 12 mujeres, casi todos ellos, mayores de edad.

¹ El Retoño es una asociación civil cristiana que desde 1985 brinda atención integral a usuarios y usuarias de drogas pobres e indigentes de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

Los usuarios y el cuidado de la salud

A partir de esta primera etapa, que se desarrolló entre mayo y agosto de 2002, El Retoño pudo conocer con mayor profundidad algunas de las características de la población de usuarios y usuarias de drogas de la zona sur de la Ciudad.

En su mayoría, se trata de personas que viven en situaciones de pobreza y exclusión social, y que no han podido concluir sus estudios secundarios. La mayor parte de ellos trabaja “en negro”, sin gozar de la protección de las leyes laborales ni de los servicios de obra social o medicina prepaga. De acuerdo a lo que señalaron durante las entrevistas, las personas que tienen un trabajo asalariado realizan actividades en el área de servicios (trámites, venta en comercios, fletes, limpieza, transportes, atención al público, etc.) y las que no, se desempeñan como “cuentapropistas” (venta ambulante, changas, pintura, albañilería, artesanía, trabajo sexual, limpiavidrios y lavandería de ropa, entre otros). Sólo el 6% de los entrevistados manifestó que realiza actividades ilegales para procurarse un sustento económico.

Los usuarios y usuarias entrevistados prácticamente no están relacionados con ninguna institución ni tienen vínculos periódicos con el sistema de salud. Sólo el 16% de ellos es destinatario de algún tipo de ayuda o subsidio otorgado por el estado u otra entidad, y casi todos los entrevistados señalaron que concurren al hospital únicamente ante urgencias (fracturas, cortes, sobredosis, intentos de suicidio, etc.) o ante la presencia de enfermedades que manifiestan una marcada sintomatología (tuberculosis, fuertes gripes, problemas respiratorios o cardíacos, urgencias odontológicas, apendicitis, dolores estomacales o enfermedades de la piel). Solamente un 8% del total de los usuarios/as entrevistados afirmó concurrir periódicamente al hospital para realizarse estudios o se encuentra en continuidad con algún tratamiento médico.

La mayor parte de los usuarios/as no recurre a estas instituciones para la prevención ni realiza en ellas controles periódicos. Esto lleva a reafirmar la necesidad de generar “puentes” entre los usuarios/as y el sistema de salud. En esta línea, El Retoño incorporó un servicio médico para atenderlos/as y realizar las derivaciones correspondientes. Asimismo, se capacitó a los operadores comunitarios para que, utilizando los recursos socio-sanitarios disponibles en la zona, pudieran acompañar y favorecer acciones adecuadas para la prevención y la adherencia a los tratamientos.

Prácticas de riesgo asociadas al uso de drogas

A las condiciones socioeconómicas desfavorables y a la escasa interacción con el sistema de salud se suman la falta de información precisa y adecuada para la prevención de enfermedades – principalmente de las ITS– y el predominio de algunos tipos y formas de consumo que favorecen el desarrollo de prácticas de riesgo.

La marihuana y la cocaína son las sustancias que más se consumen en los barrios en los que se realizó este estudio. La primera fue mencionada por todos los usuarios/as entrevistados y la segunda fue señalada por el 85% de ellos. La pasta base, mencionada por el 72.9% del total, sería el tercer tipo de droga más consumida en estos barrios. Es muy significativo el incremento en el consumo de esta última, ya que hasta hace muy poco tiempo su uso era poco habitual en nuestro país. Otras de las sustancias que más se utilizan en la zona sur de la ciudad son los antidepresivos y ansiolíticos: principalmente, los usuarios entrevistados mencionaron el uso de Rohypnol, Rivotril y Artane.

En líneas generales, las drogas que los usuarios/as señalaron como más utilizadas en el barrio coinciden con las que efectivamente ellos consumen con más frecuencia. Un 78% y un 62% del total utiliza marihuana y cocaína respectivamente. Entre los que consumen cocaína en forma inhalada, el 35.4% ha compartido por lo menos una vez el “canuto” (el 22% del total de los usuarios/as). Esta cifra se vuelve significativa si se considera que este comportamiento favorece la transmisión de enfermedades infectocontagiosas por vía sanguínea.

Un 22% del total de los entrevistados señaló que utiliza pasta base con frecuencia. El uso de esta droga conlleva serios riesgos para la salud debido a que para su consumo se utiliza un filtro de virulana que, al erosionarse, se aspira junto con la pasta, de este modo se favorece la aparición de enfermedades respiratorias. También las latas de aluminio agujereadas que se usan para

consumirla suelen ocasionar pequeñas lastimaduras en los labios, y al pasarlas de boca en boca, los usuarios/as de pasta base quedan expuestos a la transmisión de VIH y hepatitis C, entre otras enfermedades.

El consumo de alcohol que se da en los grupos de usuarios/as que participaron de esta investigación es generalizado: el 82% de ellos declaró que bebe, sobre todo durante los fines de semana; un 29% señaló que toma alrededor de dos litros por día y una cantidad similar expresó que llega a tres, cuatro o más litros por día. En muchos casos, el consumo de alcohol se asocia con el de cocaína: la mitad de los usuarios/as expuso que utiliza alcohol para “bajar la merca” (concretamente, el 83% de los que utilizan este tipo de drogas).

Cabe destacar que entre los consultados son muy pocos los que usan una sola droga. La mayor parte de ellos confesó utilizar más de un tipo, lo que se constituye en la práctica conocida como policonsumo.

La mayor parte de los entrevistados comenzó a utilizar drogas en la adolescencia, cuando tenían entre 14 y 17 años. También hay una cantidad importante de usuarios/as que empezaron a hacerlo entre los 9 y 13 años de edad (el 26% de los entrevistados). En casi todos los casos la primera sustancia que se utilizó fue la marihuana, pero algunos también se iniciaron en el uso de drogas con la cocaína (16% del total de usuarios/as) y con el pegamento (8% del total).

Durante la realización de este estudio se detectó la existencia de varias redes de consumo inyectable. En la mayor parte de los casos, se trata de personas que viven en la calle y en condiciones de pobreza extrema. Con estos usuarios se mantuvieron conversaciones informales debido a que prefirieron no ser entrevistados. Solamente accedieron a la entrevista 7 personas (2 mujeres y 5 hombres) que en algún momento utilizaron drogas inyectables (12% del total de los usuarios/as). De este grupo, sólo uno podría considerarse como usuario activo, ya que se inyecta drogas con cierta regularidad.

Los usuarios/as o ex usuarios/as de drogas inyectables que fueron contactados comenzaron a utilizar sustancias por esta vía, principalmente entre los 18 y 22 años. Menos uno, todos los que forman parte de este grupo son mayores de 30 años. Actualmente tres de ellos viven en la calle, lo que constituye un dato llamativo si se tiene en cuenta que de la totalidad de los casos, sólo cuatro declararon estar en esa situación.

La mitad de los UDIs y ex UDIs entrevistados obtiene agujas y jeringas en la farmacia y el resto las consigue a través de algún amigo o en la calle. Asimismo, la mayoría de ellos manifestó haber compartido la jeringa por lo menos una vez (57,1% de UDIs).

Prácticas sexuales de riesgo para la salud

El 40% de los entrevistados actualmente está en pareja y tiene por lo menos un hijo. De acuerdo a lo que señalaron durante las entrevistas, la mayoría de sus parejas consume drogas, principalmente marihuana, cocaína, pastillas y alcohol.

Al consultarles acerca del uso del preservativo, un 34% del total de los usuarios/as declaró usarlo siempre que tiene relaciones sexuales y un 10% señaló que lo utiliza la mayoría de las veces. Un 36% de los entrevistados manifestó que utiliza preservativo sólo en algunas ocasiones y un 14% dijo que no los usa casi nunca o nunca. Cuando se les preguntó por qué no utilizan el preservativo, la mayoría de ellos hizo alusión a la estabilidad de la pareja, la confianza, el conocimiento y la seguridad que tienen respecto de las personas con quienes mantienen relaciones sexuales.

Teniendo en cuenta que no usar preservativo una sola vez es una práctica de riesgo, es posible deducir que por lo menos el 60% del total de los entrevistados mantiene prácticas que favorecen las infecciones de transmisión sexual. Más aún si se considera que durante las entrevistas muchas veces se suele responder siguiendo los parámetros de lo que es socialmente aceptado o recomendado.

El preservativo es el principal método anticonceptivo utilizado por las personas entrevistadas durante este estudio. La mitad de ellos señaló que lo utiliza para prevenir el embarazo. Sin embargo, hay una cantidad elevada de usuarios/as (el 25% de los entrevistados) que manifestó no

cuidarse o usar métodos anticonceptivos considerados poco seguros para evitar el embarazo, tales como cuidarse por la fecha o acabar afuera. Un 11% del total de los usuarios/as menciona el uso de pastillas anticonceptivas y un 8.5% manifiesta utilizar DIU. De esta manera, todos estos métodos, al no combinarse con el uso de preservativo, también constituyen un comportamiento de riesgo para la transmisión de las ITS.

En el caso de las mujeres entrevistadas, es significativo el poco acceso que parecen tener a métodos anticonceptivos eficaces. Un ejemplo de ello es que el 70% de las mujeres sexualmente activas de la muestra se ha practicado algún aborto.

Los usuarios y el VIH-sida

El 60% de los usuarios/as entrevistados se realizó el análisis de VIH. La mayoría de ellos destacó haberse realizado el test por una decisión personal asociada a la prevención y a la toma de conciencia sobre conductas de riesgo. Sin embargo, un grupo de ellos declaró que debió hacérselo no por voluntad personal sino por la imposición de algún hospital o institución carcelaria. La mayor parte de los usuarios/as que no se hicieron el análisis para detectar VIH (38%) se mostraron interesados en acceder a esa posibilidad.

El 54% del total de los usuarios/as considera que no convive con el virus. Cuando se les consultó acerca de los motivos de esta aseveración, la mayor parte manifestó sentirse sano y sin ningún síntoma. Por otra parte, se registraron 4 casos de personas que viven con el virus, quienes están siendo atendidos en hospitales públicos.

Intentos para abandonar el consumo

El 36% de los usuarios/as nunca interrumpió el uso de drogas ni manifestó intenciones de hacerlo, y el 58% de ellos señaló que alguna vez intentó dejar de consumir por motivos vinculados con el cuidado de la salud (física y psíquica) ante la presencia de situaciones en las que se percibían como "fuera de control", o por causas vinculadas a sus relaciones familiares y afectivas. Asimismo, un grupo minoritario del total señaló que intentó dejar de consumir por motivos económicos.

En dichas ocasiones, casi la tercera parte del total de usuarios/as (28%) no recurrió a ningún grupo o institución especializada para pedir ayuda. Los que sí lo hicieron (32% de total de los usuarios/as) se acercaron a algún grupo religioso, a alguna comunidad terapéutica o a un grupo de autoayuda. Casi todos ellos lograron dejar de utilizar drogas sólo por un tiempo (entre dos y cuatro meses en la mayoría de los casos) y luego volvieron a recurrir a ellas. Al preguntarles por qué habían vuelto a utilizarlas, varios no pudieron precisarlo. Otros explicaron que fue por una decisión personal, ya que el uso de drogas les gusta y les causa placer. Un tercer grupo señaló que volvió a utilizarlas al relacionarse nuevamente con las personas o los grupos con los que consumía habitualmente.

En la actualidad, la totalidad de los que alguna vez se inyectaron drogas y el 23% del total de los usuarios/as de drogas no inyectables manifestaron tener ganas de dejar de consumir. Para estos casos -y durante el desarrollo de las entrevistas-, el equipo de El Retoño brindó apoyo y asesoramiento para que pudieran iniciar tratamientos para el abandono del consumo que sean adecuados y conformes a sus necesidades.

Sin embargo, vale la pena destacar que la mitad del total de los usuarios/as, incluso aquellos que en algún momento dejaron de utilizar drogas, manifestó que en la actualidad no tiene ganas de dejar de consumirlas. Esta significativa cifra sugiere la importancia de propiciar comportamientos que tiendan a minimizar los daños asociados al uso de drogas, especialmente entre quienes no quieren o no pueden abandonar el consumo.

Necesidades y demandas de los usuarios y usuarias de drogas

Durante el estudio, los entrevistados destacaron que lo que más necesitan es información, contención y ayuda socio-sanitaria para los usuarios y usuarias en general y para aquellos que quieran iniciar un tratamiento de recuperación.

Entre las demandas que aparecieron, algunas se refieren a la necesidad de modificar prácticas relacionadas con las drogas, su calidad y formas de uso, mientras que otras se relacionan con la necesidad de conseguir trabajo y de contar con espacios para la recreación, el deporte y la capacitación en oficios.

También un grupo importante apuntó a la represión policial y la legalización de la marihuana. Al respecto, cabe señalar que el 38% de los entrevistados declaró haber estado preso por tenencia de drogas. Sólo una cuarta parte de este grupo fue derivada a instituciones especializadas para el abandono del consumo, pero en ninguno de los casos se pudo concluir el tratamiento.

Líneas de intervención de El Retoño

A partir de la evaluación de los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico, entre agosto de 2002 y mayo de 2003, se inició la segunda parte del proyecto. Entre algunos usuarios/as de los barrios, los operadores comunitarios y el equipo técnico de El Retoño se definieron las líneas de acción que serían profundizadas durante este período.

En primer lugar, se decidió continuar, ampliar e intensificar la distribución de folletos, jeringas y preservativos mediante el trabajo callejero de los operadores. Para ello se distribuyeron zonas de intervención entre los operadores y coordinadores de campo, y se realizó un relevamiento de los recursos socio-sanitarios disponibles en la zona.

En segundo lugar, se definió extender la capacitación de los operadores y de los usuarios/as interesados en hacer reducción de daños entre sus pares y en sus comunidades de referencia. Se concluyó que la tuberculosis se está expandiendo cada vez más entre los/as usuarios/as y sus comunidades. Por ello se realizó una capacitación específica sobre esta enfermedad y se sumaron otros encuentros de capacitación destinados a la prevención y tratamiento de la Hepatitis, Sífilis y VIH-sida en las redes de usuarios/as contactados y en sus comunidades de referencia.

Asimismo, se diseñaron nuevos folletos para ser distribuidos en las zonas de intervención atendiendo a las necesidades de información que se habían manifestado durante la etapa de diagnóstico. Específicamente, se elaboró un nuevo folleto sobre tuberculosis y otro sobre uso de cocaína/pasta base y derechos ciudadanos de los usuarios/as (específicamente frente al abuso policial). Además de estos nuevos recursos, se continuó con la distribución de los folletos de nuestra organización sobre VIH-sida, hepatitis C y B, reducción de daños para mujeres y sobre UDI's.

Hasta marzo de 2003, El Retoño contactó aproximadamente a 1100 usuarios/as de drogas, UDI's y no UDI's. A todos ellos se les brindó información, preservativos, jeringas y consejo socio-sanitario.

Es muy importante destacar que entre el conjunto de usuarios y usuarias contactados se encuentra una red muy extensa de trabajadoras sexuales usuarias de drogas de la zona de Constitución. La atención a este grupo implicó un trabajo conjunto con la Asociación de Mujeres Meretrices de la Ciudad de Buenos Aires, desde inicios de este año.

Finalmente, como fruto del trabajo sostenido con las redes de usuarios inyectables, se ha iniciado el intercambio de jeringas. Una inyección más segura implica menor posibilidad de infección, pero fundamentalmente demuestra una preocupación de los mismos usuarios por su salud, la misma preocupación que nos motiva a desarrollar la estrategia de reducción de daños.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



PRESERVANDO EL FUTURO

MARÍA ELENA RUBIO¹, SUSANA A. BELTRÁN, MARYCARMEN BICCO²

Las autoras contribuyen al debate sobre la prevención a partir de su experiencia en el Servicio Universitario Mundial (SUM). Parten de la dificultad que plantean las limitaciones temporales de las intervenciones sociales y se centran en el desarrollo de capacidades para alentar a la población a ser parte de cambios superadores. Fundamentalmente, se proponen analizar si las estrategias educativas, tanto de articulación con las redes sociales e institucionales como de trabajo conjunto con el estado local, son un camino para potenciar los esfuerzos y prevenir el VIH-sida y otras ITS.

Preservando el Futuro - Formación de Promotores de Prevención del VIH Sida e ITS es un proyecto³ llevado a cabo con un grupo de mujeres y hombres, adultos y jóvenes, para promover conductas de autocuidado y cuidado del otro en espacios comunitarios.

Un poco de historia

Su objetivo consiste en desarrollar condiciones mínimas para la construcción de un camino propio en cada uno de los barrios donde se desarrolló el proyecto⁴, para resguardar el futuro de la población vulnerable al VIH u otras ITS.

Partimos de la concepción de que "la información sola no alcanza" y, en consecuencia, proponemos un proceso en el cual el acceso al conocimiento, los recursos y el diseño de respuestas propias inicien en cadena la prevención. Los eslabones son los propios miembros de la comunidad: trabajadoras comunitarias, jóvenes que ayudan en los comedores, miembros de iglesias, maestros/as, médicas/os, enfermeras/os, voluntario/as; reconocidos en esta función por el trabajo que desarrollan (profesional, social, político y/o religioso). Cuando éstos identifican – mediante mediaciones serias y responsables– un espacio productivo de trabajo, logran desprenderse de visiones sectoriales y flexibilizan sus adscripciones a las instituciones de pertenencia. En este proceso integran sus conocimientos, saberes y experiencias en el trabajo concreto de prevención productiva.

Cómo satisfacer la necesidad de prevención

La formación de promotores se presenta como un buen puente con quienes están más cerca de las poblaciones vulnerables. La estrategia del proyecto es llegar a los grupos en los cuales la gente confía (es decir, las personas antes mencionadas) y que siempre están dispuestos a cooperar por la salud de los habitantes de su barrio.

La intención es que los promotores puedan desarrollar iniciativas tendientes a sustituir conductas de riesgo y discriminación, por conductas de prevención y solidaridad, preservando la integridad grupal y barrial.

En un escenario cuidadosamente organizado se profundizan estos conceptos:

¹ Trabajadora Social, Directora del Proyecto Preservando el Futuro del Servicio Universitario Mundial durante los años 2000/2002.

² Integraron sucesivamente el equipo de Coordinación del SUM

³ **Servicio Universitario Mundial** opta por organizar la gestión y ejecución de proyectos sociales poniendo énfasis en los componentes educativos para, de esta manera, profundizar en un estilo de intervención profesional sustentable.

⁴ Preservando El Futuro se realizó desde el mes de noviembre de 1999 a marzo del año 2003 en los barrios de Bajo Flores, Retiro, Constitución, Lugano, Mataderos, Barracas

- La prevención en VIH-sida e ITS implica *conocer* para comprender el proceso de la infección y la enfermedad.
- Se requieren herramientas para *instalar este tema de salud como una cuestión de interés* en los barrios donde la lucha por la supervivencia oculta las manifestaciones del problema.
- El valor del entrenamiento como medio de *re-aprendizaje* de visiones y conductas. Este re-aprendizaje es el que posibilitará el uso de herramientas por parte de los miembros de la comunidad.

El programa como proceso pedagógico

La comprensión de conceptos y el desarrollo de habilidades y competencias en un grupo de personas orientadas a animar y asociar a otros en la prevención del VIH-sida e ITS se constituyen en la fuente del diseño.

El enfoque de salud integral implica un abordaje multidisciplinario, un programa de contenidos abarcativos e incluye prácticas de trabajo de campo.

Aunque parezca redundante, un factor estratégico en la metodología propuesta es el desarrollo personal de los/las participantes de los cursos, para que a través de la elevación de su autoestima puedan reconocerse como actores necesarios en un trabajo barrial de prevención.

Los recursos expresivos, el perfil de los docentes y facilitadores juegan un rol esencial para provocar el desarrollo de habilidades existentes.

Formación de promotores comunitarios, un ida y vuelta del taller al barrio

El Programa de capacitación es intensivo: articula teoría y actividades prácticas en los barrios, visitas a Instituciones y ONGs.

Se busca que los promotores tomen contacto con distintas realidades para ampliar la visión, reconocer las diversas alternativas y valorar las particularidades, potencialidades y restricciones de cada recurso. De esta manera, logran construir su propio inventario de recursos a partir de sus vínculos personales.

La duración y la metodología de la capacitación instalan paulatina y gradualmente al promotor comunitario en este nuevo tema y le dan tiempo de encontrar sus motivaciones para involucrarse en esta tarea.

El vínculo con la población afectada por la epidemia y con diversas poblaciones vulnerables (HSH, trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas, familiares de personas enfermas, PVVIH, etc.) es diligentemente acompañado, lo que facilita que trabajen sobre sus propios prejuicios, problematicen las representaciones de género, se ubiquen en el imaginario de la gente y se reconozcan en él.

Un lugar de construcción de herramientas propias

La imaginación ofrece la oportunidad de evaluar nuevas posibilidades y ponderar la realidad local en términos de cómo podrían ser las cosas. Este ejercicio puede ser pensado como el primer paso del proceso de cambio desde las bases.

En consonancia con esta perspectiva, es importante que los cursos incluyan actividades estético-creativas y lúdicas, tales como incorporar jornadas dedicadas al juego, la música, las narraciones y la plástica. Vividas con entusiasmo y placer, estas prácticas generan optimismo, disminuyen la apatía y se constituyen en valiosos recursos destinados a desarrollar la autoestima de quienes disponen de pocas oportunidades para dar rienda suelta a sus potencialidades. Comprobamos que, descubriendo su capacidad de expresión, las y los asistentes comienzan a valorar lo que saben, lo que hacen y aquellas facetas de su personalidad que no reconocían¹.

La capacitación se constituye en un espacio de producción de canciones, afiches, slogans y agendas de recursos, que son ideados y experimentados por los propios participantes de los

¹ Raquel Leal Maria Elena Rubio "Transformar para si y para otros" Expresión y creatividad. SUM-IAF-UNQ-

talleres. Sobre esta base se organizan cancioneros, se elaboran mensajes, afiches, historietas y otros tipos de materiales para difundir acciones de prevención solidarias.

Participación en la capacitación: "Conocer para actuar"

La primera iniciativa es el reconocimiento del medio, a través del diseño, planificación, aplicación y elaboración de los resultados de una encuesta que llaman "Conocer para Actuar".

Cada grupo promotor define en cada barrio a quiénes dirigir la encuesta: jóvenes de colegios secundarios, escuelas técnicas y primarias, profesionales de los centros de salud, maestros, pastores y sacerdotes, vecinas/os, responsables de comedores comunitarios, etc.

Esta tarea les permite informarse sobre el futuro territorio de trabajo y cuánto se conoce el problema en su comunidad. Asimismo, el diálogo sobre este delicado tema les permite reconocer la opinión de las personas del barrio con relación al VIH-sida e ITS, y tomar contacto directo con los grupos en los que se focalizarán las acciones de prevención.

Luego del ordenamiento y procesamiento de los datos, los grupos pueden seleccionar los contenidos de los mensajes para develar mitos y creencias. Este es un momento de síntesis donde constatan algunas evidencias que habían conocido durante la capacitación y los trabajos prácticos y validan la pertinencia de realizar determinadas iniciativas. A su vez, es la oportunidad de reconocer el desarrollo de las propias capacidades: expresarse, incorporar la visión de género en las conductas de autocuidado, sensibilizar a otros acerca de la implicancia del problema y generar interés para cooperar con la tarea.

Del programa global a los proyectos barriales particulares

El "Conocer para actuar" es la tarea que permite al grupo promotor reconocer tanto el lugar que ellos mismos tendrían en el trabajo barrial, como el equipo técnico, las instituciones locales y la población. En base a esos resultados, eligen las ideas de las iniciativas, el contenido de los mensajes, motivan las reuniones, la viabilidad de cada una, deciden qué hacer para llegar a las redes de grupos e instituciones y cómo realizar el trabajo interpersonal para vincular la sexualidad saludable con el uso de preservativos.

Los promotores se dedican a planificar cómo despertar el interés sobre el tema y aumentar el conocimiento acerca del uso correcto del preservativo. Asimismo, concluyen en la necesidad de hacerlo en espacios propios de cada uno de los diferentes grupos: mujeres (centros de salud y comedores), varones (el bar), jóvenes (la cancha, bailes, espacios de encuentro ocasional, los colegios) y familias (en actividades de capacitación, actividades post culto, grupos de autoayuda, reuniones de las cooperadoras y/o de comedores). Aunque en estos espacios predomina la preocupación de cómo vincularse con los jóvenes, también se descubren los riesgos a los que se exponen los/as adultos/as.

El lugar de las instituciones

A través de las instituciones comunitarias se organiza la demanda: jóvenes de las familias que concurren a comedores, padres y madres responsables y colaboradores de esos comedores, jóvenes que van a centros de capacitación en oficios, adolescentes de la escuela primaria y mujeres que asisten a los centros de salud. Con la asistencia de los promotores, las instituciones realizan convocatorias, gestionan lugares para los talleres y se constituyen en el nexo con los integrantes del equipo de salud local, que en muchos casos se suman como docentes y talleristas al grupo.

En tanto, el equipo de coordinación del SUM preserva que el diseño de las actividades no tenga las características de una charla puntual u ocasional, sino que reproduzca un ciclo regular de tres encuentros que entusiasmen, motiven y promuevan la participación de nuevas personas.

Estas actividades se realizan en comedores comunitarios, lo que promueve en forma simultánea que los participantes se reconozcan en su medio y lo vean como espacio confiable de consultas y distribución gratuita de preservativos. Así, el acceso al uso del preservativo comienza a tener sentido....

Las iniciativas en acción

Las actividades privilegian la comunicación interpersonal para la reflexión sobre una sexualidad saludable que permita tanto el entrenamiento en el uso del preservativo como la comprensión de la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Las producciones creativas que denotan mayor democratización y autonomía de las mujeres para decidir e influir en el uso del preservativo, como la producción de mensajes y planes para que las/los participantes lleguen a otros pares, marcan el rumbo de las iniciativas comunitarias.

El ciclo de talleres de tres jornadas de trabajo intensivo culmina con la producción de materiales para campañas: murgas locales, pancartas, cancioneros. En relación con ese objetivo, las actividades se centran, en principio, en la producción de materiales de difusión y distribución gratuita de preservativos, para luego localizar lugares estratégicos donde colocar afiches, pancartas y difundir mensajes de alcance masivo: radios, paradas de colectivos, centros de salud, escuelas.

Los contenidos de los talleres buscan analizar los mitos, modificar actitudes de temor, rechazo e indiferencia y animar acerca de la aplicación de los métodos preventivos para cada vía de transmisión, de manera culturalmente aceptable para cada grupo.

Consecuentemente, los ejes privilegiados son: la salud integral, prejuicios, discriminación, autocuidado y cuidado del otro desde la perspectiva de género.

El lugar de los promotores

Los promotores y sus socios trabajan la convocatoria con las instituciones, son responsables de la organización del espacio y de la preparación de los materiales. A su vez, diseñan y moderan talleres creando el clima favorable de trabajo, acompañan a los expertos en la aplicación de dinámicas y coordinación de grupos de debate, juego y entrenamiento.

El propósito en este proceso gradual es favorecer la continuidad de los aprendizajes y la re-apropiación de contenidos y metodología, saber canalizar preguntas, orientar el uso de los recursos y vincular el lugar de capacitación como un centro de información y distribución de preservativos.

El colocar en el espacio de capacitación a diferentes profesionales de distintas instituciones especialistas en el tema les permite posicionarse con mayor autonomía y vincularse independientemente con ellos. Charlas, gestiones y consultas son realizadas en forma directa con organizaciones no gubernamentales y con los programas de prevención del VIH-sida e ITS del Gobierno de la Ciudad.

El cierre de la actividad facilita el contacto cara a cara del equipo de promotores y de vecinos con las autoridades locales. Es en este momento que los promotores se asocian a los centros de salud barriales.

La agenda futura

Es importante la recuperación del nivel de apropiación del programa *Preservando el Futuro* de la vida en nuestra comunidad como medio de prevención barrial.

Creemos que un año de trabajo es muy escaso para instalar una práctica de prevención, no solamente por las características y significación sociocultural del VIH, sino por los tiempos que requiere cualquier intervención social orientada a producir cambios.

Por ello nos pareció prudente proyectar un plan de trabajo mínimo y un espacio de consultoría para mantener las actividades, responder a pedidos de información, sostener las articulaciones logradas y la visibilidad del equipo, avanzar en sus relaciones con otras instituciones (fundamentalmente, con los efectores de salud), ser parte activa en la red social barrial para acompañar a personas que viven con VIH, enfermos de sida y familiares, articular necesidades de vecinos, actuar en el campo de la educación no formal y movilizar recursos.

De la iniciativa comunitaria a la política pública local

La estrategia desarrollada permite validar y profundizar las iniciativas surgidas de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias al facilitar que se constituyan como actores sociales identificables en el campo de la política pública.

La convocatoria realizada por la Agencia de Cooperación Técnica Alemana GTZ junto con la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad implicó la oportunidad de apuntalar lo proyectado para el período 2001/2003. Pero cabe señalar que este tipo de micro iniciativas, si bien pueden significar un gran aporte, también pueden ser muy limitadas. Porque si la diversidad que caracteriza a las ONGs y sus proyectos no logra insertarse en los programas públicos locales y si el estado no las sostiene en su acción de gobierno, en el mejor de los casos, serán simplemente “experiencias exitosas”.

La convocatoria de GTZ y el GCBA nos brindaba la oportunidad de demostrar que es posible que estas prácticas echen raíces en los barrios mediante políticas de apoyo diferenciales. Algunas de estas políticas están al alcance de las ONGs, pero *siempre* es necesaria la presencia –flexible, abierta y respetuosa de las diferencias– del Estado local.

Un debate quedó abierto en el año 2000: ¿qué acciones desplegar para mantener activos estos centros?, ¿cómo potenciar su función de información y contención?, ¿cómo favorecer esta presencia barrial relativa? Delicado lugar en términos de pensar una expansión de programas preventivos que privilegien un doble “enganche”: 1) trabajo social y políticas públicas. 2) desarrollo de vínculos y relaciones eficaces para el autocuidado.

En el año 2002, el Programa se articuló con la política social del Gobierno de la Ciudad, lo que posibilitó dar respuesta a alguno de los interrogantes antes planteados. Ciertos acuerdos estratégicos en la modalidad de intervención impactaron en lo local y cuadruplicaron nuestros resultados del año 2000, gracias a que los actores comunitarios establecieron vínculos independientes con el gobierno en una tensión que sostiene la demanda activa de la población.

La planificación conjunta y el entrenamiento de promotores permitió instalar, en los barrios en los que trabajamos, la organización de la distribución gratuita de preservativos en forma articulada con los equipos de salud local.

- En la Villa 21-24, los ciclos de talleres y campañas a cargo del equipo local de 8 promotores instalaron 10 nuevos dispensers.
- En Constitución, 5 promotores activan los centros que ya existen y se refuerza el uso de los dispensers y talleres regulares.
- En Retiro, el equipo móvil de 7 promotores actúa en la Villa 31, 31 bis y Barrio Saldías, reorganizando la distribución dentro del barrio. También se asocian a otra ONG para el trabajo en colegios secundarios.
- En la Villa 1-11-14, Barrios Illia y Charrúa, 10 promotores activan 11 centros de distribución con talleres regulares, incluyendo el colegio secundario de la zona.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■