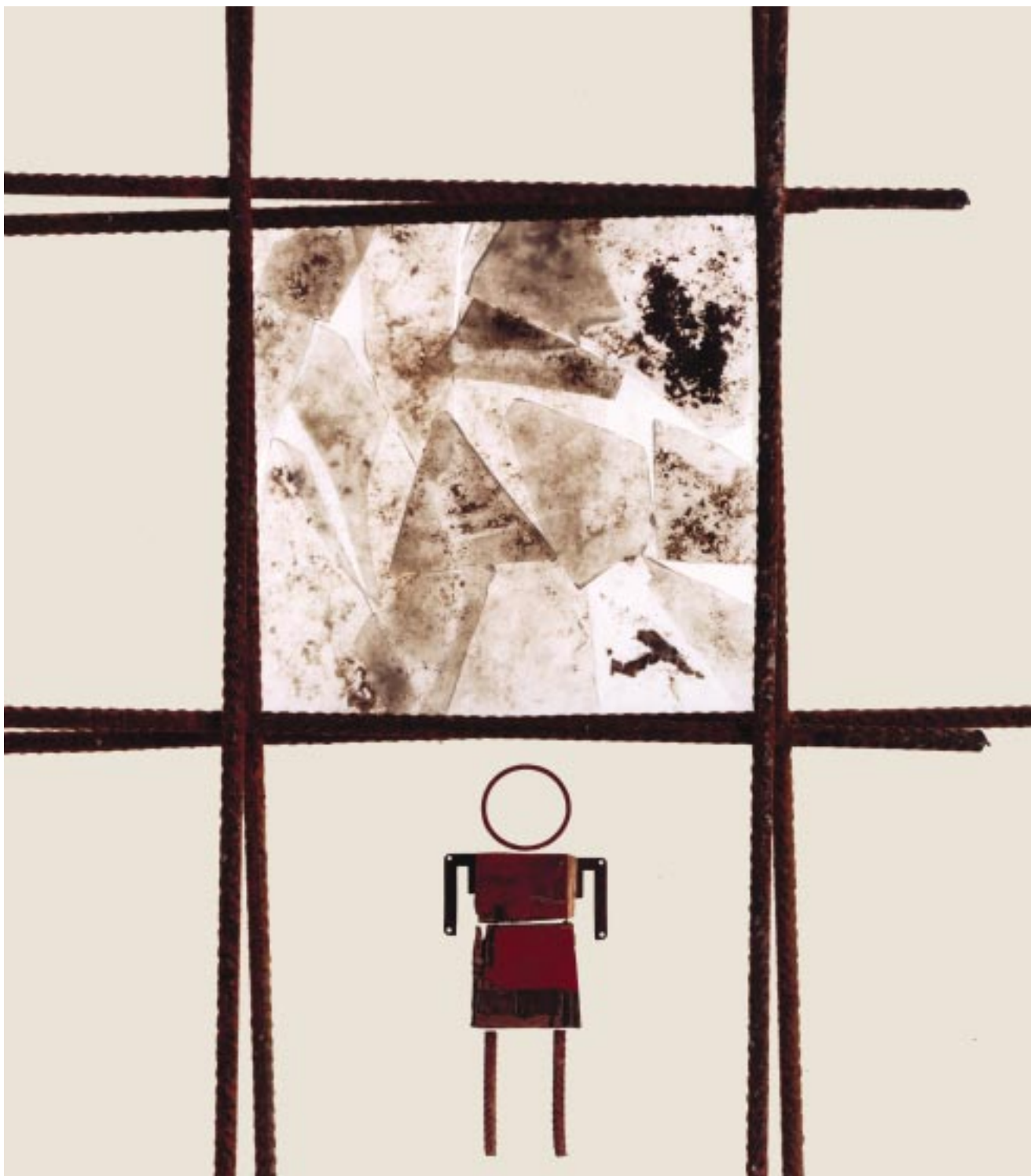


Publicación de la Coordinación  
Sida del Gobierno de  
la Ciudad de Buenos Aires

**AÑO 4 NUMERO 4**

ISSN 1667-8281

# infosida



**Jefe de Gobierno**

Dr. Aníbal Ibarra

**Secretario de Salud**

Dr. Alfredo Maximiliano Stern

**Director General**

**Coordinación Sida**

Dr. Claudio Bloch

Publicación de la Coordinación  
Sida del Gobierno de la Ciudad  
de Buenos Aires  
Noviembre 2004

**AÑO 4 NUMERO 4**

**Coordinación Sida**

Carlos Pellegrini 313 Piso 9º (1009)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

4323-9029/9053  
coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

# infosida

- 2 **Editorial**
- 4 **Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires**
- 18 **VIH y prácticas preventivas de la población de la Ciudad de Buenos Aires**  
Victoria Mazzeo
- 22 **Incidencia de ETS en PVVS**  
Paola Brunetti, Daniel Pryluka, Alberto Lambierto, Liliana Stern, Flavio Rotryng.
- 23 **Accesibilidad y participación comunitaria**  
Alfredo Maximiliano Stern
- 26 **Notas sobre planificación estratégica**  
Luis Toro Papapietro
- 36 **Voces y mensajes en la prevención del VIH**  
Agustín Rojo
- 44 **Prevención en el ámbito comunitario**  
Malala Carones
- 50 **Trabajo en red en los laboratorios**  
Sara Eichenbaum
- 53 **Red de virología**  
María Belén Bouzas
- 55 **La gestión mirada desde un hospital: visita al Tornú**  
Agustín Ostrowski
- 60 **Investigaciones**
  - Reproducción y anticoncepción en PVVS**  
Silvana Weller, Fabián Portnoy, Mónica Gogna
  - Impacto económico de los tratamientos**  
Adriana Basombrio
  - Causas actuales de la mortalidad por sida**  
Sergio Maulen
- 72 **Hacia la vigilancia de segunda generación**  
Marisa Nan

ISSN 1667-8281

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.

## EDITORIAL

# Cómo es el trabajo en VIH-sida en la ciudad

La gestión, es decir ese conjunto de procesos que permiten que las acciones puedan llevarse a cabo, es el eje central de esta nueva infosida. Habitualmente leemos o escuchamos informes sobre el número y/o el tipo de acciones realizadas, sus resultados o, inclusive, su impacto. Sin embargo es poco frecuente que nos enteremos de cuáles y cómo han sido los desarrollos, los procesos, las idas y venidas, los facilitadores o los obstáculos que dieron vida a esas acciones. O, más aun, a las políticas en que se sustentan dichas acciones. En otras palabras vemos "los platos de comida" puestos sobre la mesa pero desconocemos cómo ha sido "la cocina" en que fueron preparados.

Reconocemos que es central saber dónde estamos y hacia dónde queremos ir. Pero es imprescindible también saber el cómo. Ya que ese cómo —del trabajo cotidiano y el día a día— va construyendo el mañana. Ese cómo dirá si estamos trabajando por un mañana mejor, que se acerque cada vez más a nuestros sueños o si, por el contrario, la tarea diaria y las formas de encararla nos alejan de la meta y nos hacen perder de vista aquellas utopías que nos sostienen como una guía del caminante.

Las "grandes ideas" y los "grandes hombres" tienden a fascinarnos, pero es en los pequeños detalles, en las pequeñas acciones de todos los hombres y mujeres donde la construcción se solidifica, adquiere consistencia y logra perdurabilidad.

En este sentido, vale recordar la visión y los objetivos definidos en nuestro taller de Planificación Estratégica, realizado en 2001. La visión: "Hagamos juntos lo que no pudimos hacer solos para poder hacer solos lo que aprendimos juntos; que todos/as seamos entendidos y bien atendidos". Los objetivos: disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires; garantizar la atención integral a las per-





sonas que viven con VIH-sida; promover la investigación aplicada en el área VIH-sida y fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Con estos lineamientos como marco, intentaremos mostrar en esta **infosida** desde dónde y cómo se están haciendo las cosas en VIH-sida en el Gobierno de la Ciudad. El desde dónde queda establecido en el artículo referido a la situación epidemiológica y en dos notas de carácter conceptual, una del secretario de Salud, doctor Alfredo Stern, y otra del licenciado Luis Toro Papapietro. El cómo, la gestión en sí, es tratado desde distintas ópticas y espacios: el trabajo dentro de un hospital, el funcionamiento de los laboratorios en un entramado de red, la manera en que algunas organizaciones de la sociedad civil logran fusionar distintos recursos del Estado para hacer prevención y mejorar la calidad de vida de las personas socialmente excluidas, en particular aquellas que viven con VIH-sida o los criterios con los que se construye una campaña de comunicación que acompañe las políticas preventivas.

La inclusión de los resultados de algunas investigaciones sobre VIH-sida en la esfera de los servicios de salud, por su parte, busca subrayar que el conocimiento también es un insumo imprescindible para la gestión cotidiana. Una gestión que debe aumentar la accesibilidad de las personas a los recursos del Estado y al mismo tiempo favorecer la actualización científica de sus equipos.

Esta publicación, que incorpora la mirada de distintos actores, es una herramienta más de nuestra gestión y apunta, con sus logros y sus desaciertos, a la construcción de ciudadanía y el fortalecimiento de la autonomía de los sujetos, sean estos usuarios del sistema o integrantes de equipos de salud.

# Situación epidemiológica del VIH-SIDA en la Ciudad de Buenos Aires

[Datos recibidos al 30/08/2004]

Conocer los escenarios en los cuales se desarrolla la epidemia de VIH-sida requiere de sistemas de información confiables sostenidos a lo largo del tiempo. Estos sistemas deben ser lo suficientemente flexibles como para incorporar, junto a las series históricas (que reflejen las transformaciones de largo plazo en el perfil de la epidemia), nuevas fuentes de datos y nuevos indicadores.

En ese sentido, además de mantener actualizada la información proveniente de los sitios centinela, se incorpora en este informe aquella producida por la notificación de infecciones de VIH-sida con datos sobre residencia (barrios y zonas), estadio de infección al momento del diagnóstico y un detalle sobre la prevalencia de las primeras enfermedades marcadoras. Con relación a las mujeres con VIH que han tenido partos durante el período 2003-2004, se agrega como novedad el barrio donde residen, en qué momento se diagnosticó su infección, el tipo de tratamiento recibido y la tasa de transmisión vertical de la ciudad. También se incluye para esta edición información sobre coinfección de hepatitis C y VIH.

Complementan este informe epidemiológico, un artículo sobre la realización del test de VIH en la Ciudad (con datos de la Encuesta Anual de Hogares) y un análisis de enfermedades de transmisión sexual en personas que viven con VIH que se atienden en el subsector privado.



I. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN SITIOS CENTINELA

Los sitios centinela permiten hacer una análisis de las tendencias de la epidemia.

Los datos de 1998 a 2003 (tabla 1 y gráfico 1) señalan que la prevalencia en bancos de sangre no registra diferencias estadísticamente significativas entre 2000 y 2003, período en el que se ha mantenido en torno a 2,5 análisis positivos por cada mil realizados.

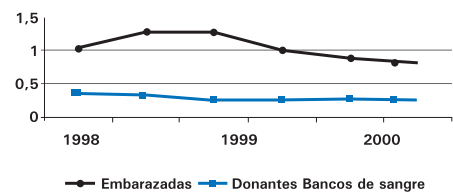
En cuanto a la prevalencia en embarazadas, se registra una disminución estadísticamente significativa ( $p<0.05$ ) entre 2003 (0,83 %) y 2001 (1,03 %).

Tabla 1 PREVALENCIA EN POBLACIONES SELECCIONADAS 1998-2003.

%, intervalo de confianza 95% y tamaño muestral

| Poblaciones                | 1998                          | 1999                           | 2000                          | 2001                           | 2002                           | 2003                          |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Embarazadas                | 1,05<br>0,8 / 1,3<br>(5,887)  | 1,3<br>1,0 / 1,5<br>(8,878)    | 1,29<br>1,1 / 1,4<br>(26,177) | 1,03<br>0,9 / 1,2<br>(19,666)  | 0,90<br>0,8 / 1,4<br>(18,959)  | 0,83<br>0,7 / 0,9<br>(26,130) |
| Donantes bancos de sangre  | 0,38<br>0,3 / 0,4<br>(81,727) | 0,32<br>0,2 / 0,3<br>(123,173) | 0,25<br>0,2 / 0,3<br>(43,786) | 0,24<br>0,21/0,27<br>(118,322) | 0,27<br>0,24/0,33<br>(104,531) | 0,24<br>0,21/0,27<br>(99,705) |
| Poblacion gay              |                               |                                | 13,01<br>10,6 / 15,7          | 12,98<br>10,7 / 15,6           | 8,55<br>5,9 / 12,2             | 8,77<br>7,0 / 10,9            |
| Trabajadoras sexuales      |                               |                                | 2,80<br>1,5 / 4,9<br>(436)    | 2,92<br>1,0 / 5,6<br>(308)     | Sin datos                      | Sin datos                     |
| Consultantes ETS           |                               |                                |                               | 4,17<br>3,0 / 5,6<br>(981)     | 11,2<br>7,6 / 16,2<br>(232)    | 5,52<br>3,8 / 7,9<br>(525)    |
| Testeo voluntario (Ce PAD) |                               |                                |                               | 2,83<br>1,7 / 4,5<br>(601)     | 2,16<br>1,5 / 3,01<br>(1479)   | 3,71<br>3,2 / 4,3<br>(5,306)  |

Gráfico 1 PREVALENCIA DE VIH en embarazadas y bancos de sangre 1998/2003



Sitios Centinela que brindaron información:

- Embarazadas:** Hospitales Fernández, Ramos Mejía, Rivadavia, Piñero, Pirovano, Santojanni, Maternidad Sardá, Vélez Sársfield, Durand y Penna.
- 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 ITS:** Hospital Muñiz.
- CePAD:** Centros de Salud N° 2, 5, 7, 9, 13, 20 y 33, Hospitales R. Mejía y Piñero, UTE, Casa Joven de Flores.

Definición de caso para la vigilancia de la infección por VIH:

- En un adulto, adolescente o niño de 18 meses o más: Un test de VIH con resultado positivo que haya sido confirmado con una técnica específica (Western Blot o Inmunofluorescencia), o bien un resultado positivo en alguno de los siguientes tests:
  - Detección del DNA o RNA del VIH (reacción de cadena de polimerasa o PCR)
  - Detección del antígeno p24 del VIH
  - Aislamiento del VIH (por cultivo)
- En un niño menor de 18 meses debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios para ser considerado infectado por el VIH: resultados positivos en dos determinaciones de sangre diferentes (excluyendo sangre del cordón) usando uno o más de los siguientes tests:
  - Detección del DNA o RNA del VIH (reacción de cadena de polimerasa o PCR)
  - Detección del antígeno p24 del VIH
  - Aislamiento del VIH (por cultivo)

Definición de caso de sida:

En nuestro país se ha adoptado un criterio clínico: persona con diagnóstico serológico de VIH que presente enfermedad marca-dora de sida según criterios del CDC del año 2003 (Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS, Recomendaciones para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida en Argentina, Octubre 1993, página 5).



## II. NOTIFICACION DE INFECCION POR VIH Y SIDA

A fines de 2002 se sumó a la notificación de casos de sida —que se venía realizando desde el inicio de la epidemia— la notificación obligatoria mediante código de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. En la ciudad, la nueva ficha que integraba ambos diagnósticos se comenzó a implementar el 1/10/2002 y desde esa fecha se han recibido 5.514 notificaciones. Como muchas de ellas eran retrospectivas, este análisis excluye los diagnósticos de infección previos al 1/1/2003. A partir de esa fecha, entonces, se recibieron 2.061 notificaciones (Ver tabla 2) que se distribuyen de la siguiente manera: 1.375 corresponden a diagnósticos de infección por VIH, 351 a diagnósticos simultáneos de infección y casos de sida, 335 a diagnósticos de sida con diagnóstico de infección previo.

Según el subsector de notificación, 1.864 (90,4%) correspondieron al sector público y 197 (9,6%) al subsector privado.

Tabla 2 NOTIFICACIONES DE VIH-SIDA 2003/2004

Por institución

| Institucion           | Nº   | %    |
|-----------------------|------|------|
| H. Muñiz              | 698  | 33,9 |
| H. Fernández          | 321  | 15,6 |
| H. Ramos Mejía        | 153  | 7,4  |
| H. Piñero             | 124  | 6,0  |
| H. Argerich           | 93   | 4,5  |
| Consultorios Privados | 85   | 4,1  |
| H. Penna              | 67   | 3,3  |
| Nexo A.C.             | 66   | 3,2  |
| H. Sarda              | 64   | 3,1  |
| H. Durand             | 52   | 2,5  |
| H. Garrahan           | 51   | 2,5  |
| H. Gutierrez          | 43   | 2,1  |
| H. Alvarez            | 36   | 1,7  |
| H. Santijanni         | 34   | 1,6  |
| H. Elizalde           | 31   | 1,5  |
| H. Pirovano           | 24   | 1,2  |
| H. Tornu              | 22   | 1,1  |
| S/D                   | 18   | 0,9  |
| H. Rivadavia          | 15   | 0,7  |
| H. Ferrer             | 13   | 0,6  |
| H. Militar            | 10   | 0,5  |
| H. Borda              | 8    | 0,4  |
| Medicus               | 8    | 0,4  |
| H. Moyano             | 7    | 0,3  |
| H. Alemán             | 7    | 0,3  |
| H. Velez Sarfield     | 5    | 0,2  |
| H. Zubizarreta        | 3    | 0,1  |
| H. Italiano           | 3    | 0,1  |
|                       | 2061 |      |

Del total de las notificaciones, 851 (41,3%) corresponden a residentes en la ciudad de Buenos Aires.

### II.a. Diagnósticos de infección por VIH

Como se dijo anteriormente, desde enero de 2003 se notificaron en la ciudad 1.726 diagnósticos de VIH, de los cuales 728 (42,2%) corresponden a personas que residen en el distrito. En adelante, y a los efectos del análisis epidemiológico del distrito, se tomará en cuenta a este último grupo.

#### Distribución geográfica

De los 728 notificaciones de residentes en la ciudad, en 326 casos (45%) se conoce el barrio donde habitan. Se observa una mayor proporción de personas de la zona sur. (Tablas 3 y 4)

Tabla 3 DIAGNOSTICOS DE VIH EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Según barrio de residencia notificado

| Barrio     | Nº  | %     |
|------------|-----|-------|
| Balvanera  | 35  | 10,74 |
| Flores     | 32  | 9,82  |
| Palermo    | 27  | 8,28  |
| Caballito  | 19  | 5,83  |
| Boca       | 18  | 5,52  |
| Almagro    | 17  | 5,21  |
| Barracas   | 16  | 4,91  |
| San Telmo  | 16  | 4,91  |
| V. Lugano  | 14  | 4,29  |
| Belgrano   | 12  | 3,68  |
| Recoleta   | 12  | 3,68  |
| V. Urquiza | 10  | 3,07  |
| Mataderos  | 9   | 2,76  |
| Otros      | 89  | 27,30 |
|            | 326 |       |

Tabla 4 DIAGNOSTICOS DE VIH EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Según zona de residencia notificado

| Zona   | Nº  | %    |
|--------|-----|------|
| Sur    | 145 | 44,5 |
| Centro | 111 | 34,0 |
| Norte  | 70  | 21,5 |

Relación hombre/mujer

De los 728 diagnósticos, 444 se realizaron en hombres y 284 en mujeres, con una relación de 1,6 hombre por cada mujer, lo que reafirma la tendencia a la feminización de la epidemia en la ciudad.

Edad

La edad mediana de los hombres es de 33 años (P.25: 28 años; P.75: 41 años) y la edad mediana de las mujeres es de 30 años (P.25: 25 años; P.75: 38 años) .

Vías de transmisión

Las vías de transmisión de las personas con diagnóstico de infección muestran que el 86,4% la ha adquirido por relaciones sexuales: 56,6% heterosexuales y 29,9 homosexuales. [Tabla 5 y Gráfico 2]

Si se compara esta información con los datos históricos sobre casos de sida se percibe que en las nuevas infecciones se incrementa la transmisión sexual y cae el diagnóstico (6%) entre usuarios de drogas inyectables. Esta última vía de transmisión alcanza el 18,1% cuando se consideran los diagnósticos de sida. [ver casos de sida]

Es interesante destacar que de los 14 diagnósticos de niños con VIH por transmisión vertical sólo 4 (0,6 % del total) corresponden a niños nacidos en 2003, 3 nacidos en 2002 y el resto nacidos antes de 2000.

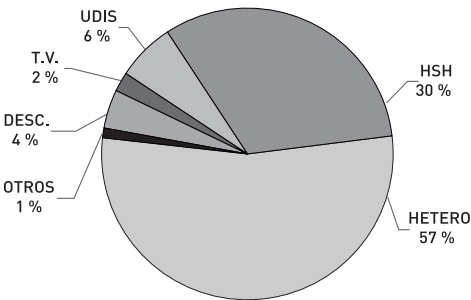
Tabla 5 VIAS DE TRANSMISION EN DIAGNOSTICOS DE VIH

Ciudad de Buenos Aires. 2003/2004

| Vías de transmisión |              | Nº  | %     |
|---------------------|--------------|-----|-------|
| Sexual              | Heterosexual | 411 | 56,5  |
|                     | HSH          | 218 | 29,9  |
| UDI                 |              | 47  | 6,5   |
| T.V.                |              | 14  | 1,9   |
| Otros               |              | 7   | 1,0   |
| Desconocidos        |              | 31  | 4,3   |
| Total               |              | 728 | 100,0 |

Gráfico 2 VIAS DE TRANSMISION EN DIAGNOSTICOS DE VIH.

Ciudad de Buenos Aires. 2003/2004



Estadio de la infección

Conocer el estadio de la infección al momento del diagnóstico brinda elementos para evaluar la accesibilidad al testeo y al sistema de salud en general, y la percepción de riesgo de la población.

Se observa que el 58,5% de los diagnósticos se realizó en personas asintomáticas, un 12,6% en personas sintomáticas sin criterio de sida y un 19,1% en personas con enfermedades marcadoras definitorias de sida. En este último grupo el diagnóstico de infección fue simultáneo a la aparición de enfermedades marcadoras de sida. [Tabla 6].

Al discriminar por sexo, se observa que entre las mujeres el 64,8% de los diagnósticos de infección fue realizado durante el estadio asintomático. En el caso de los hombres, ese porcentaje es del 54,5%. Esta diferencia tiene una fuerte relación con las consultas prenatales, ya que la mitad de los diagnósticos de mujeres en período asintomático fue en embarazadas. Si se las excluye del análisis, la diferencia entre sexos no alcanza niveles significativos. [Tabla 7]

El estímulo del test durante el embarazo tiene implicancia no sólo en la prevención de la transmisión vertical sino también para mejorar el acceso al diagnóstico precoz en la mujer.

Este dato plantea, además, la necesidad de extender la oferta sistemática del diagnóstico de VIH a la pareja de la mujer embarazada como estrategia de diagnóstico precoz de la infección.

Tabla 6 ESTADIO CLINICO EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCION DE VIH

|                                  | Nº  | %    |
|----------------------------------|-----|------|
| Síndrome Retroviral Agudo        | 13  | 1,8  |
| Asintomático                     | 426 | 58,5 |
| Sintomático sin criterio de sida | 92  | 12,6 |
| Sida                             | 139 | 19,1 |
| Desconocido                      | 58  | 8,0  |
|                                  | 728 |      |

Tabla 7 ESTADIO CLINICO EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

Según sexo. Sobre el total de mujeres y sobre las mujeres no embarazadas.

| Estadio        | Hombres     | Total Mujeres | Significación estadística P < 0,05 | Mujeres No Embarazadas | Significación estadística P < 0,05 |
|----------------|-------------|---------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| S. Retroviral  | 6 (1,40%)   | 7 (2,46%)     |                                    | 6 (4,00%)              | N/S                                |
| Asintomático   | 242 (54,5%) | 184 (64,8%)   | p < 0,01                           | 85 (57,0%)             | N/S                                |
| Sinto. no sida | 67 (15,1%)  | 25 (8,80%)    | p < 0,05                           | 20 (13,4%)             | N/S                                |
| Sida           | 102 (23,0%) | 37 (13,0%)    | p < 0,01                           | 32 (21,5%)             | N/S                                |
| Desconocido    | 27 (6,10%)  | 31 (10,9%)    |                                    | 6 (4,00%)              |                                    |
|                | 444         | 284           |                                    | 149                    |                                    |

Nivel de escolaridad

El nivel de estudios permite observar que el 33% tiene como máximo nivel de escolaridad alcanzado la primaria completa y el 40,7% tiene secundaria completa o más. (Tabla 8) Al compararlo con el nivel de escolaridad del total de los habitantes de la ciudad, se encuentra que las personas que viven con VIH alcanzan niveles más bajos dentro del sistema educativo formal.

Tabla 8 NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS DIAGNOSTICOS DE INFECCION POR VIH

Residentes de la ciudad de Buenos Aires. En %. N=634

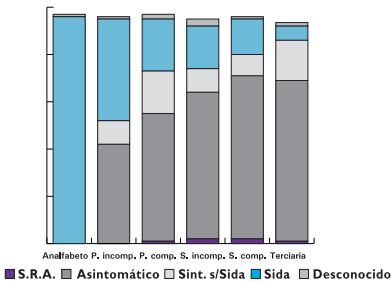
|                         | Población general | Personas VIH+ | Significación estadística |
|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| P. Incompleta o menos   | 6,0               | 8,4           | No significativo          |
| P. Completa             | 18,2              | 24,6          | Significativo             |
| S. Incompleta           | 16,9              | 26,3          | Significativo             |
| S. Completa             | 24,0              | 22,1          | No significativo          |
| Terciaria/Universitaria | 35,0              | 18,6          | Significativo             |

A partir de la hipótesis de que las personas con mejor nivel de instrucción tienen una mayor percepción de riesgo y/o más accesibilidad a los servicios de salud, se analiza la relación entre el nivel de instrucción y el estadio de la infección al momento del diagnóstico de VIH. La lectura de estos datos indica, como se observa en la tabla 9, que a mayor nivel de estudios, mayor es la proporción de personas que acceden al diagnóstico en etapas asintomáticas de la enfermedad. (Gráfico 3)

Tabla 9 NIVEL DE ESTUDIOS Y ESTADIO CLINICO %

|            | S.R.A | Asintomático | Sint. s/Sida | Sida | Desconocido | Nº  |
|------------|-------|--------------|--------------|------|-------------|-----|
| Analfabeto | 0     | 0            | 0            | 100  | 0           | 3   |
| P. Incomp. | 0     | 46           | 10           | 44   | 0           | 50  |
| P. Comp.   | 1,3   | 58,2         | 17           | 21,6 | 2           | 153 |
| S. Incomp. | 2,4   | 66,3         | 10,8         | 16,3 | 4,2         | 166 |
| S. Comp.   | 2,2   | 72,4         | 9            | 15,7 | 0,7         | 134 |
| Terciana   | 0,9   | 73,9         | 16,2         | 7,2  | 1,8         | 111 |
|            |       |              |              |      |             | 617 |

Gráfico 3 NIVEL DE ESTUDIOS Y ESTADIO CLINICO %



II.b. Notificación de partos en mujeres VIH reactivas

A partir del dictado de las primeras recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical en la ciudad, se comenzó una vigilancia epidemiológica intensificada sobre los partos en mujeres VIH reactivas en hospitales públicos de la ciudad. Desde enero de 2003 se han notificado en el sistema público de la ciudad 363 partos en mujeres VIH reactivas. De estos, 261 corresponden al año 2003, que sobre un total de 28.135 partos representan el 0,92%.

Del total de notificaciones, 178 (49,4%) corresponden a mujeres residentes en la ciudad. La edad media fue de 28 años. La distribución por hospitales de estas notificaciones se puede observar en la tabla 10.

Tabla 10 NOTIFICACION DE PARTOS EN MUJERES VIH REACTIVAS

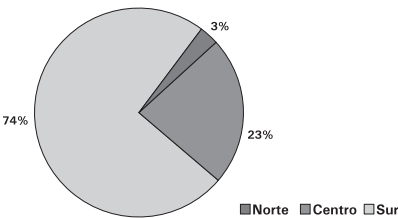
| Hospital     | 2003 | 2004 | Total | % del Total |
|--------------|------|------|-------|-------------|
| Sardá        | 64   | 33   | 97    | 26,7        |
| Durand       | 35   | 21   | 56    | 15,4        |
| Argerich     | 30   | 20   | 50    | 13,8        |
| Penna        | 34   | 11   | 45    | 12,4        |
| R. Mejía     | 35   | 0    | 35    | 9,6         |
| Piñero       | 24   | 10   | 34    | 9,4         |
| Fernández    | 16   | 4    | 20    | 5,5         |
| Alvarez      | 13   | 0    | 13    | 3,6         |
| Rivadavia    | 9    | 3    | 12    | 3,3         |
| V. Sársfield | 1    | 0    | 1     | 0,3         |
| Total        | 261  | 102  | 363   | 100,0       |

En el 67% de las mujeres residentes en la Ciudad se conoce el barrio donde viven, la mayoría tienen su lugar de residencia en la zona sur (Tablas 11 y Gráfico 4)

Tabla 11 BARRIO DE RESIDENCIA. MUJERES VIH+ CON PARTOS 2003/2004

| Barrio        | Nº Parto | % Del Total | Acumulado |
|---------------|----------|-------------|-----------|
| Flores        | 16       | 13,3        | 13,3      |
| Boca          | 14       | 11,7        | 25,0      |
| P. Patricios  | 14       | 11,7        | 36,6      |
| V. Lugano     | 12       | 10,0        | 46,6      |
| San Telmo     | 9        | 7,5         | 54,1      |
| Balbanera     | 8        | 6,7         | 60,8      |
| Caballito     | 6        | 5,0         | 65,8      |
| V.Soldati     | 6        | 5,0         | 70,8      |
| Barracas      | 5        | 4,2         | 75,0      |
| Almagro       | 4        | 3,3         | 78,3      |
| Montserrat    | 4        | 3,3         | 81,6      |
| San Cristobal | 4        | 3,3         | 85,0      |
| Foresta       | 3        | 2,5         | 87,5      |
| N. Pompeya    | 3        | 2,5         | 90,0      |
| Boedo         | 2        | 1,7         | 91,6      |
| Mataderos     | 2        | 1,7         | 93,3      |
| V. Devoto     | 2        | 1,7         | 95,0      |
| Belgrano      | 1        | 0,8         | 95,8      |
| Chacarita     | 1        | 0,8         | 96,6      |
| Monte Castro  | 1        | 0,8         | 97,5      |
| Núñez         | 1        | 0,8         | 98,3      |
| Retiro        | 1        | 0,8         | 99,1      |
| Villa Urquiza | 1        | 0,8         | 100,0     |
|               | 120      |             |           |

Gráfico 4 ZONA DE RESIDENCIA. MUJERES VIH+ CON PARTOS 2003/2004



Al analizar el momento de diagnóstico de infección por VIH en este grupo, se observa que la estimulación del testeo durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio ha permitido detectar un gran número de mujeres que desconocían su estado serológico al momento del control prenatal (Tabla 12). El 58% se conocía VIH reactiva al momento de la consulta; al 33,1% se le realizó el diagnóstico durante el embarazo y un 7,8% lo obtuvo durante el parto o puerperio. El 80% de las mujeres cursaban una infección asintomática.

Tabla 12 **MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE VIH**

|                    | Nº  | %    |
|--------------------|-----|------|
| Antes del embarazo | 211 | 58,1 |
| Durante embarazo   | 120 | 33,1 |
| T. de parto        | 14  | 3,9  |
| Puerperio          | 14  | 3,9  |
| Desconocido        | 2   | 0,6  |
| Embarazo anterior  | 2   | 0,6  |
|                    | 363 |      |

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. Así, se observa que un 56,2% refiere tener o haber tenido una pareja VIH reactiva, y un 26,9% manifiesta antecedentes de parejas usuarias de drogas inyectables.

#### Profilaxis de la transmisión vertical

La profilaxis de la transmisión vertical cuenta con tres componentes: el que se prescribe durante el embarazo, el que se administrada durante el parto y el que se da al recién nacido. Analizaremos estos tres componentes

Profilaxis durante el embarazo: De las 333 pacientes con diagnóstico previo o durante el embarazo, 301 (90,4%) recibieron profilaxis antirretroviral durante el embarazo. Sólo en el 9% de los casos se utilizó monoterapia con AZT; en el resto se utilizó bi o triterapia, como se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13 **PROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO. AÑOS 2003/2004 DROGAS UTILIZADAS**

| Antiretrovirales   | Nº  | %    |
|--------------------|-----|------|
| AZT/3TC/NEVIRAPINA | 177 | 58,8 |
| AZT/3TC            | 34  | 11,3 |
| AZT                | 29  | 9,6  |
| 3TC/NEVIRAPINA     | 19  | 6,3  |
| DESCONOCIDO        | 13  | 4,3  |
| AZT/NEVIRAPINA     | 8   | 2,7  |
| AZT 3TC NELFINAVIR | 8   | 2,7  |
| D4T 3TC NEVIRAPINA | 7   | 2,3  |
| AZT/3TC RITO SAQUI | 2   | 0,7  |
| DDI 3TC            | 1   | 0,3  |
| DDI ABV NFV        | 1   | 0,3  |
| NEVIRAPINA         | 1   | 0,3  |
| NELFI 3TC D4T      | 1   | 0,3  |
|                    | 301 |      |

Profilaxis durante el parto: De las 347 mujeres que tuvieron diagnóstico de VIH durante el parto o previamente, 312

(89,9%) recibieron profilaxis durante el trabajo de parto. El 90% recibió AZT solo, 20 pacientes (6,4%) recibieron sólo nevirapina y 3 pacientes AZT/3TC más nevirapina.

Profilaxis neonatal: En 337 niños (92,8%) se realizó la profilaxis neonatal, en 1 caso (0,3%) no se realizó y en el resto (6,9%) no se notificó. Se utilizó AZT en 310 de los casos (92%) y en 27 se utilizó AZT más nevirapina (8%).

En síntesis, en más del 90% de los casos conocidos se realizó profilaxis de la transmisión vertical, lo que muestra una alta cobertura de los partos de mujeres VIH reactivas, aunque aún se debe optimizar el sistema para llegar al 100%.

#### Tasa de transmisión vertical año 2003

Conocer la tasa de transmisión vertical en nuestra ciudad implica tener datos de los partos de mujeres que viven con VIH, y también el seguimiento de los niños con las pruebas de laboratorio necesarias para hacer un diagnóstico.

Al 30/8/2004, de las 261 notificaciones de partos en mujeres VIH reactivas ocurridos durante el 2003, se ha notificado el estatus serológico de 106 niños, de los cuales 6 tienen diagnóstico de infección por VIH, lo que resulta en una tasa de transmisión vertical de 5,7%.

De estos 6 casos, 2 madres recibieron su diagnóstico antes del embarazo, 2 durante y 2 en el puerperio. Las 6 tuvieron profilaxis neonatal y 4 profilaxis durante el embarazo y parto.

Es interesante observar cómo varía la tasa de transmisión vertical según el momento de diagnóstico de la infección en la madre. En la mujeres con diagnóstico previo o durante el embarazo, la tasa se sitúa en torno al 4%. El porcentaje asciende al 66% en aquellas mujeres diagnosticadas durante el puerperio. (Tabla 14)

Tabla 14 **TASA DE TRANSMISION VERTICAL AÑO 2003**

Según momento de diagnóstico VIH de la madre

| Momento de diagnóstico | Diagnóstico del Niño |            |            | Tasa T.V.   |
|------------------------|----------------------|------------|------------|-------------|
|                        | Positivo             | Negativo   | Total      |             |
| Previo al embarazo     | 2                    | 52         | 54         | 3,7%        |
| Durante el embarazo    | 2                    | 41         | 43         | 4,7%        |
| T. de parto            | 0                    | 5          | 5          | 0,0%        |
| Puerperio              | 2                    | 1          | 3          | 66,7%       |
| Desconocido            | 0                    | 1          | 1          | 0,0%        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>6</b>             | <b>100</b> | <b>106</b> | <b>5,7%</b> |

II.c. Análisis de los casos de sida

En Buenos Aires el primer caso de sida se diagnosticó en 1983; desde entonces se han notificado en la ciudad 13.617 casos, de los cuales 7.166 corresponden a residentes del distrito (52,6%).

Al analizar las vías de transmisión en el total de los casos (Tabla 15), se observa que la principal vía de transmisión se da en personas con antecedentes de uso de drogas por vía inyectable, tanto en residentes como en los no residentes atendidos en la ciudad. Entre los residentes, el segundo lugar lo ocupan los hombres que tienen sexo con hombres y el tercero las personas que tienen como única vía la heterosexual.

Tabla 15 CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES AL 30/08/2004

| Vías de Transmisión |        | Residentes<br>7.166 (52,6%) | No Residentes<br>6.451 (47,4%) | TOTAL<br>13.617 |
|---------------------|--------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| UDI                 |        | 34,5                        | 37,0                           |                 |
| Sexual              | HSH    | 33,1                        | 17,3                           |                 |
|                     | HETERO | 24,0                        | 28,9                           |                 |
| T.V.                |        | 3,9                         | 11,3                           |                 |
| Desconocido         |        | 3,0                         | 3,2                            |                 |
| Otros               |        | 1,4                         | 2,3                            |                 |

Casos de sida según institución notificante

En la ciudad de Buenos Aires el subsector público ha notificado desde el inicio de la epidemia el 75,5% de los casos de sida. (Tabla 16)

Tabla 16. CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 1983/2004

Según subsector de notificación.

|                                 | Nº     | %     |
|---------------------------------|--------|-------|
| Sector Público                  | 10.282 | 75,51 |
| Sector Privado y Obras Sociales | 3.335  | 24,49 |
|                                 | 13.617 |       |

El sector público muestra una alta concentración de casos en los hospitales de referencia para el sida, Muñiz y Fernández, que en su conjunto han notificado el 62% de los casos desde el inicio de la epidemia. (Tabla 17)

Tabla 17 CASOS DE SIDA NOTIFICADOS 1983/2004

Según hospital

| HOSPITAL        | Nº     | %     | Acumulado |
|-----------------|--------|-------|-----------|
| H. Muñiz        | 4.794  | 46,63 | 46,63     |
| H. Fernández    | 1.665  | 16,19 | 62,82     |
| H. Ramos Mejía  | 700    | 6,81  | 69,63     |
| H. Argerich     | 623    | 6,06  | 75,69     |
| H. Garrahan     | 311    | 3,02  | 78,72     |
| H. Piñero       | 302    | 2,94  | 81,65     |
| H. Tornu        | 289    | 2,81  | 84,46     |
| H. Gutierrez    | 252    | 2,45  | 86,91     |
| H. Elizalde     | 226    | 2,20  | 89,11     |
| H. Penna        | 218    | 2,12  | 91,23     |
| H. Santojanni   | 159    | 1,55  | 92,78     |
| H. Durand       | 156    | 1,52  | 94,30     |
| H. Pirovano     | 136    | 1,32  | 95,62     |
| H. Udaondo      | 131    | 1,27  | 96,89     |
| H. Alvarez      | 79     | 0,77  | 97,66     |
| H. Borda        | 63     | 0,61  | 98,27     |
| H. V. Sarsfield | 62     | 0,60  | 98,88     |
| H. Zubizarreta  | 48     | 0,47  | 99,34     |
| H. Ferrer       | 27     | 0,26  | 99,61     |
| H. Rivadavia    | 23     | 0,22  | 99,83     |
| H. Moyano       | 18     | 0,18  | 100,00    |
|                 | 10.282 |       |           |

Casos de sida en residentes de la ciudad de Buenos Aires

Al observar la tendencia de los casos de sida en residentes de la ciudad a través del tiempo, se aprecia que el año de mayor incidencia<sup>1</sup> fue 1996. A partir de ese momento comienza un descenso del número de casos anuales, con la excepción del año 2001. Este incremento se debe a la intensificación de la vigilancia epidemiológica a partir de fines de 2000. (Tabla 18)

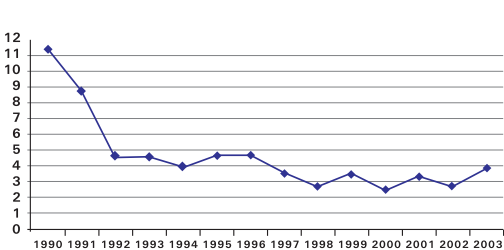
La razón hombre/mujer está estabilizada en los últimos cinco años en torno a 3 hombres por mujer. (Gráfico 5)

<sup>1</sup>Incidencia:  $\frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Población expuesta}}$

Tabla 18 CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO Y SEXO

| Año  | Masculino | Femenino | Desconocido | Total |
|------|-----------|----------|-------------|-------|
| 1983 | 2         | 0        | 0           | 2     |
| 1984 | 0         | 0        | 0           | 0     |
| 1985 | 1         | 0        | 0           | 1     |
| 1986 | 11        | 0        | 0           | 11    |
| 1987 | 26        | 0        | 1           | 27    |
| 1988 | 84        | 3        | 0           | 87    |
| 1989 | 120       | 9        | 2           | 131   |
| 1990 | 171       | 15       | 3           | 189   |
| 1991 | 254       | 29       | 3           | 286   |
| 1992 | 351       | 76       | 3           | 430   |
| 1993 | 482       | 105      | 5           | 592   |
| 1994 | 637       | 163      | 1           | 801   |
| 1995 | 681       | 151      | 15          | 847   |
| 1996 | 742       | 161      | 4           | 907   |
| 1997 | 468       | 133      | 4           | 605   |
| 1998 | 345       | 131      | 1           | 477   |
| 1999 | 293       | 85       | 1           | 379   |
| 2000 | 250       | 102      | 1           | 353   |
| 2001 | 323       | 99       | 2           | 424   |
| 2002 | 205       | 76       | 0           | 281   |
| 2003 | 206       | 54       | 0           | 260   |
| 2004 | 65        | 11       | 0           | 76    |
|      | 5.717     | 1.403    | 46          | 7.166 |

Gráfico 5 RAZON HOMBRE/MUJER 1990/2003 EN CASOS DE SIDA



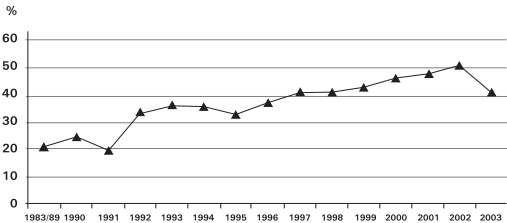
Al analizar la edad, se puede ver que la mayor frecuencia de casos de sida se concentra en la población de 30 a 34 años en los hombres y de 25 a 29 años para las mujeres. [Tabla 19]

Tabla 19 CASOS DE SIDA SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO. 1983/2004

| Edad     | Hombres |       | Mujeres |       |
|----------|---------|-------|---------|-------|
|          | Nº      | %     | Nº      | %     |
| 0-4      | 117     | 2,05  | 109     | 7,75  |
| 0-9      | 35      | 0,61  | 23      | 1,64  |
| 10-14    | 13      | 0,23  | 6       | 0,43  |
| 15-19    | 43      | 0,75  | 20      | 1,42  |
| 20-24    | 434     | 7,60  | 173     | 12,30 |
| 25-29    | 1217    | 21,31 | 375     | 26,67 |
| 30-34    | 1405    | 24,60 | 297     | 21,12 |
| 35-39    | 965     | 16,89 | 188     | 13,37 |
| 40-44    | 669     | 11,71 | 103     | 7,33  |
| 45-49    | 362     | 6,34  | 51      | 3,63  |
| 50 y más | 452     | 7,91  | 61      | 4,34  |
|          | 5712    |       | 1406    |       |

En relación con el nivel de escolaridad, se aprecia una disminución del nivel de estudio de las personas con sida hasta el año 2003. El indicador utilizado es proporción de personas que no han pasado de la escuela primaria. [Gráfico 6]

Gráfico 6 NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIO COMPLETO O MENOS. CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNÓSTICO



En cuanto a las enfermedades marcadoras [Tabla 20], aun cuando la neumonía por P. Carinii, ocupa el primer lugar a lo largo de la serie histórica, su peso relativo tiende a disminuir, principalmente a partir de la incorporación de la TBC pulmonar en 1993.

Tabla 20 PRIMERA ENFERMEDAD MARCADORA. EN %

Total de casos de sida

|              | 1983/<br>1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total |
|--------------|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| P.Carinii    | 30,9          | 33,7 | 34,3 | 36,5 | 36,5 | 36,0 | 34,6 | 23,1 | 26,8 | 26,8 | 25,6 | 27,0 | 28,6 | 23,6 | 24,6 | 19,6 | 30,1  |
| Otras        | 15,5          | 16,9 | 17,1 | 10,0 | 10,7 | 12,8 | 9,5  | 9,9  | 13,9 | 13,9 | 10,2 | 12,4 | 14,7 | 13,8 | 10,8 | 16,1 | 12,2  |
| Tbc Extrapul | 6,4           | 7,0  | 9,8  | 12,3 | 12,9 | 11,1 | 13,9 | 10,4 | 8,6  | 8,6  | 11,0 | 8,9  | 10,9 | 8,7  | 15,6 | 10,7 | 10,7  |
| Tbc Pulmonar | 0,4           | 0,4  | 0,0  | 0,9  | 0,5  | 0,8  | 3,6  | 17,5 | 14,2 | 14,2 | 18,3 | 13,3 | 10,9 | 11,3 | 12,0 | 10,7 | 8,2   |
| Candidiasis  | 8,3           | 4,5  | 5,6  | 5,6  | 7,1  | 8,0  | 8,1  | 6,9  | 7,1  | 7,1  | 7,8  | 6,0  | 4,0  | 8,7  | 9,0  | 5,4  | 7,1   |
| Sarcoma de K | 12,1          | 13,2 | 9,4  | 6,5  | 7,6  | 7,1  | 5,3  | 5,2  | 4,9  | 4,9  | 4,9  | 4,1  | 3,5  | 3,6  | 3,0  | 0,0  | 6,0   |
| Criptococosi | 4,5           | 4,9  | 2,1  | 6,0  | 3,9  | 5,5  | 6,4  | 6,3  | 6,6  | 6,6  | 5,8  | 6,3  | 7,0  | 8,7  | 0,0  | 1,8  | 5,6   |
| Toxoplasm Ce | 2,3           | 2,5  | 5,9  | 5,3  | 6,8  | 6,9  | 6,5  | 5,9  | 3,1  | 3,1  | 2,0  | 3,5  | 5,0  | 5,1  | 9,6  | 12,5 | 5,1   |
| Síndrome Des | 5,7           | 6,2  | 4,2  | 7,7  | 6,4  | 4,1  | 3,8  | 4,3  | 4,0  | 4,0  | 5,2  | 7,3  | 4,5  | 6,2  | 4,2  | 7,1  | 5,1   |
| Encefalitis  | 7,2           | 3,7  | 7,3  | 2,8  | 3,7  | 3,9  | 4,5  | 2,8  | 2,4  | 2,4  | 1,5  | 1,0  | 2,2  | 2,5  | 2,4  | 3,6  | 3,2   |
| Histoplasmos | 1,9           | 2,1  | 2,4  | 4,4  | 2,9  | 1,6  | 1,9  | 2,9  | 2,0  | 2,0  | 1,5  | 2,9  | 3,0  | 2,5  | 3,6  | 3,6  | 2,5   |
| Linfoma Mal. | 4,2           | 4,5  | 1,7  | 1,4  | 0,8  | 2,1  | 1,2  | 1,6  | 2,0  | 2,0  | 2,3  | 2,2  | 2,7  | 2,9  | 1,8  | 3,6  | 2,0   |
| Neumon Bact  | 0,4           | 0,4  | 0,0  | 0,5  | 0,2  | 0,1  | 0,7  | 3,2  | 4,0  | 4,0  | 3,8  | 5,1  | 2,7  | 2,2  | 3,6  | 5,4  | 2,0   |
| Enferm. Chag | 0,4           | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,4  | 0,4  | 0,0  | 0,0  | 0,2  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,1   |

Tabla 21 VIAS DE TRANSMISION EN PORCENTAJES POR AÑO DE DIAGNOSTICO.

Total de casos de sida

|               | 1983/<br>1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 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 | 20,2 | 18,1 | 19,7 | 34,7  |
| Vía Sexual    | 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 | 24,9 | 25,4 | 35,5 | 33,2  |
| Sexual Hetero | 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 | 45,2 | 47,7 | 36,8 | 23,8  |
| 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  | 1,4  | 0,8  | 0,0  | 4,0   |
| 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  | 6,0  | 7,3  | 7,9  | 3,0   |
| Otros         | 5,8           | 4,7  | 2,1  | 2,3  | 1,5  | 1,1  | 0,6  | 0,7  | 1,2  | 1,1  | 1,1  | 0,6  | 1,2  | 1,4  | 0,8  | 0,0  | 1,4   |

Vías de transmisión

Se destaca el descenso en los casos de sida debidos a transmisión vertical a lo largo de los años, así como en los casos vinculados al uso de drogas por vía inyectable. Por otro lado, existe una tendencia ascendente de la vía heterosexual y una estabilización en la proporción de casos ligados a hombres que tienen sexo con hombres. [Tablas 21, 22 y 23 y Gráficos 7, 8 y 9]

Gráfico 7 VIAS DE TRANSMISION EN PORCENTAJES POR AÑO DE DIAGNOSTICO.

Total de casos de sida

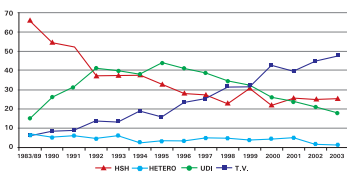




Tabla 22 VIAS DE TRANSMISION EN HOMBRES MAYORES DE 12 AÑOS.

Casos de sida 1983/2003.

|        | 1983/<br>1990 |      | 1991 |      | 1992 |      | 1993 |      | 1994 |      | 1995 |      | 1996 |      | 1997 |      | 1998 |      | 1999 |      | 2000 |      | 2001 |      | 2002 |      | 2003 |      | Total |      |
|--------|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
|        | Nº            | %    | Nº   | %    | 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 | 78   | 32,6 | 108  | 34,4 | 67   | 33,8 | 63   | 31,5 | 2325  | 42,5 |
| UDI    | 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   | 29,3 | 94   | 29,9 | 47   | 23,7 | 45   | 22,5 | 2054  | 37,5 |
| Hétero | 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 | 79   | 33,1 | 96   | 30,6 | 69   | 34,8 | 73   | 36,5 | 877   | 16,0 |
| 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  | 10   | 4,2  | 13   | 4,1  | 12   | 6,1  | 17   | 8,5  | 148   | 2,7  |
| 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    | 0,8  | 3    | 1,0  | 3    | 1,5  | 2    | 1,0  | 67    | 1,2  |
| Total  | 396           | 100  | 245  | 100  | 343  | 100  | 463  | 100  | 622  | 100  | 665  | 100  | 722  | 100  | 451  | 100  | 329  | 100  | 284  | 100  | 239  | 100  | 314  | 100  | 198  | 100  | 200  | 100  | 5471  | 100  |

Tabla 23 VIAS DE TRANSMISION EN MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS.

Casos de sida 1983\*2003

|        | 1983/<br>1990 |      | 1991 |      | 1992 |      | 1993 |      | 1994 |      | 1995 |      | 1996 |      | 1997 |      | 1998 |      | 1999 |      | 2000 |      | 2001 |      | 2002 |      | 2003 |      | Total |      |
|--------|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
|        | Nº            | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº    | %    |
| Hétero | 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 | 75   | 76,5 | 72   | 83,7 | 56   | 75,7 | 50   | 92,6 | 790   | 63,4 |
| UDI    | 10            | 52,4 | 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   | 20,4 | 6    | 7,0  | 10   | 13,5 | 2    | 3,7  | 377   | 30,2 |
| Descon | 0             | 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    | 3,1  | 6    | 7,0  | 7    | 9,5  | 2    | 3,7  | 50    | 4,0  |
| 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    | 2,3  | 1    | 1,4  | 0    | 0,0  | 30    | 2,4  |
|        | 19            | 100  | 21   | 100  | 65   | 100  | 89   | 100  | 156  | 100  | 139  | 100  | 148  | 100  | 113  | 100  | 117  | 100  | 68   | 100  | 98   | 100  | 86   | 100  | 74   | 100  | 54   | 100  | 1247  | 100  |

Gráfico 8 VIAS DE TRANSMISION EN HOMBRES MAYORES DE 12 AÑOS. EN % DEL TOTAL.

Casos de sida 1983/2003.

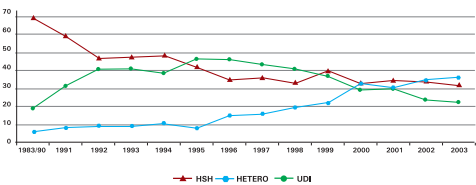
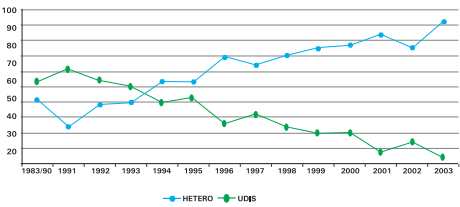


Gráfico 9 VIAS DE TRANSMISION EN MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS.

Casos de sida. 1983/2003



Nuevos casos de sida. Período 2003/2004

Desde el 01/01/2003 hasta el 30 de agosto de 2004 se realizaron en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 258 diagnósticos de sida en residentes del distrito. De estos, en 139 casos (53,9%) el diagnóstico de infección y enfermedad marcadora de sida fue simultáneo<sup>2</sup> (Tabla 24)

Tabla 24 TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DIAGNOSTICO DE VIH Y SIDA.

Casos de Sida 2003/2004

| Tiempo         | Nº  | %    | Acumulado |
|----------------|-----|------|-----------|
| 1 año o menos  | 139 | 53,9 | 53,9      |
| 2 a 5 años     | 38  | 14,7 | 68,6      |
| 6 a 10 años    | 45  | 17,4 | 86,1      |
| mas de 10 años | 26  | 10,1 | 96,1      |
| Desconocido    | 10  | 3,9  | 100,0     |
|                | 258 |      |           |

III. COINFECCION VIH/VHC

La coinfección VIH/VHC representa un problema de salud pública de importancia debido a su alta prevalencia, a las consecuencias que representa en la salud de las personas y al impacto que tiene sobre los recursos necesarios para dar respuesta a esta patología.

La ficha de notificación de casos de sida incluye un ítem destinado a la comunicación de coinfecciones, y es a partir de esta fuente de datos que se analizan las tasas de coinfección en la Ciudad de Buenos Aires.

De los 13.617 casos de sida notificados desde el inicio de la epidemia, 1.163 (8,6%) presentan infección por virus de la hepatitis C (VHC). Entre los residentes (7.166) la tasa desciende a 6,7%.

En la tabla y el gráfico siguientes se puede observar la tendencia de la coinfección en residentes a través del tiempo.

<sup>2</sup> Se considera diagnóstico simultáneo cuando el tiempo transcurrido es un año o menos entre la infección y la aparición de enfermedad marcadora de sida.

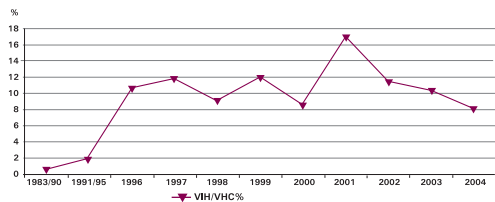
Tabla 25 COINFECCION VIH/VHC.

Casos de sida 1983/2004

| AÑO     | SIDA  | VHC | VIH/VHC % |
|---------|-------|-----|-----------|
| 1983/90 | 454   | 2   | 0,4       |
| 1991/95 | 2.956 | 55  | 1,9       |
| 1996    | 907   | 95  | 10,5      |
| 1997    | 605   | 71  | 11,7      |
| 1998    | 477   | 43  | 9,0       |
| 1999    | 379   | 45  | 11,9      |
| 2000    | 353   | 30  | 8,5       |
| 2001    | 424   | 72  | 17,0      |
| 2002    | 281   | 32  | 11,4      |
| 2003    | 255   | 26  | 10,2      |
| 2004    | 75    | 6   | 8,0       |
|         | 7.166 | 477 | 6,7       |

Gráfico 7 COINFECCION VIH/VHC

Casos de sida 1983/2004



Debido a que la universalización de la disponibilidad del test para VHC en nuestra ciudad es relativamente reciente, se decidió analizar con detalle los datos disponibles del período 1999/2004. En este período se han notificado 1.768 casos de sida, de los cuales 211 (11,9%) estaban coinfectados con VHC. La distribución por sexo muestra un porcentaje más alto en hombres (12,8%) que en mujeres (9,3%).

En cuanto a las vías de transmisión, se observa una mayor prevalencia de la coinfección en personas con antecedentes de uso de drogas por vía inyectable, y en menor medida por vía sexual. (Tabla 26)

Al analizar la variable nivel educativo, se tiene una proporción mayor de coinfección entre los que tienen bajo nivel de escolaridad, hecho atribuible al gran número de usuarios de drogas inyectables con coinfección y bajo nivel educativo.(Tabla 27)

Tabla 26 **CASOS SEGUN VÍAS DE TRANSMISION Y COINFECCION VIH/VHC 1999/2004**

| VIA    | CASOS | VHC | VIH/VHC% |
|--------|-------|-----|----------|
| UDIS   | 429   | 137 | 31,9     |
| HETERO | 725   | 53  | 7,3      |
| OTROS  | 148   | 7   | 4,7      |
| HSH    | 466   | 14  | 3,0      |
| TOTAL  | 1.768 | 211 | 11,9     |

Tabla 27 **CASOS DE SIDA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y COINFECCIÓN CON VHC 1999/2004**

| ESTUDIOS            | CASOS | VHC | VIH/VHC% |
|---------------------|-------|-----|----------|
| P. Completa o menor | 691   | 110 | 15,9     |
| S. Incompleta       | 324   | 46  | 14,2     |
| S. Completa         | 519   | 44  | 8,5      |
|                     | 1.534 | 200 | 13,0     |

### III. DISTRIBUCION DE MATERIAL DE PREVENCIÓN

Tabla 28 **DISTRIBUCION DE PRESERVATIVOS**

Según Centro de Gestión y Participación

| CGP           | 2001 (*) | 2002      | 2003      | 2004 (**) | TOTAL     |
|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1             | 120.581  | 244.742   | 568.767   | 378.072   | 1.312.162 |
| 2 Norte       | 40.912   | 70.309    | 67.214    | 41.544    | 219.979   |
| 2 Sur         | 18.792   | 137.477   | 168.272   | 97.310    | 401.851   |
| 3             | 73.496   | 197.106   | 201.862   | 103.896   | 576.340   |
| 4             | 70.206   | 298.353   | 375.221   | 234.008   | 978.288   |
| 5             | 106.235  | 193.226   | 210.480   | 138.672   | 648.613   |
| 6             | 61.262   | 230.211   | 201.408   | 68.518    | 561.399   |
| 7             | 46.546   | 115.844   | 289.046   | 207.652   | 659.088   |
| 8             | 34.844   | 259.834   | 352.644   | 149.760   | 797.102   |
| 9             | 19.816   | 37.370    | 83.388    | 43.200    | 183.774   |
| 10            | 27.846   | 37.916    | 68.738    | 36.936    | 171.436   |
| 11            | 17.647   | 51.342    | 53.192    | 35.784    | 157.965   |
| 12            | 28.630   | 108.254   | 144.798   | 37.152    | 318.834   |
| 13            | 103.678  | 19.740    | 21.260    | 38.304    | 182.982   |
| 14 Este       | 22.884   | 46.698    | 93.168    | 65.520    | 228.270   |
| 14 Oeste      | 5.476    | 5.428     | 11.520    | 5.400     | 27.824    |
| Otros         | 98.017   | 56.170    | 66.750    | 11.814    | 230.751   |
| Total general | 896.868  | 2.108.040 | 2.958.248 | 1.693.542 | 7.656.698 |

(\*) Desde Agosto del 2001      (\*\*) Hasta Septiembre del 2004

Tabla 29 **DISTRIBUCION DE FOLLETOS Y AFICHES**

|          | 2001 (*) | 2002    | 2003    | 2004 (**) | TOTAL     |
|----------|----------|---------|---------|-----------|-----------|
| Folletos | 211.802  | 301.704 | 283.220 | 225.036   | 1.021.762 |
| Afiches  | 5.267    | 5.163   | 3.057   | 2.073     | 15.560    |

(\*) Desde Agosto del 2001      (\*\*) Hasta Septiembre del 2004

Tabla 30 **BOCAS DE DISTRIBUCION FIJAS**

Por Centro de Gestión y Participación

| Centros de Gestión y Participación | Cantidad de bocas | %   |
|------------------------------------|-------------------|-----|
| 8                                  | 43                | 19  |
| 5                                  | 40                | 18  |
| 4                                  | 26                | 12  |
| 1                                  | 24                | 11  |
| 3                                  | 22                | 10  |
| 7                                  | 14                | 6   |
| 2 Sur                              | 10                | 4   |
| 12                                 | 9                 | 4   |
| 10                                 | 7                 | 3   |
| 11                                 | 7                 | 3   |
| 6                                  | 6                 | 3   |
| 2 Norte                            | 5                 | 2   |
| 9                                  | 4                 | 2   |
| 14 Este                            | 4                 | 2   |
| 13                                 | 2                 | 1   |
| 14 Oeste                           | 2                 | 1   |
| TOTAL                              | 225               | 100 |

Tabla 31 **BOCAS DE DISTRIBUCION FIJAS**

Por barrio.

| Barrio         | Barrio         | Barrio              | Barrio             | Barrio |
|----------------|----------------|---------------------|--------------------|--------|
| Almagro 4      | Floresta 1     | Parque Avellaneda 2 | San Telmo 5        |        |
| Balvanera 5    | La Boca 10     | AParque Chacabuco 2 | Santa Rita 2       |        |
| Barracas 11    | Liniers 1      | Parque Chas 2       | Villa Crespo 2     |        |
| Belgrano 2     | Mataderos 6    | Parque Patricios 19 | Villa Devoto 2     |        |
| Caballito 4    | Microcentro 5  | Paternal 1          | Villa Lugano 29    |        |
| Chacarita 2    | Monte Castro 3 | Pompeya 10          | Villa Luro 2       |        |
| Colegiales 2   | Montserrat 1   | Recoleta 7          | Villa Pueyrredón 1 |        |
| Congreso 2     | Núñez 1        | Retiro 12           | Villa Real 1       |        |
| Constitución 4 | Once 2         | Saavedra 3          | Villa Soldati 1    |        |
| Flores 38      | Palermo 2      | San Cristobal 2     | Villa Soldati 11   |        |
|                |                |                     | Villa Urquiza 3    |        |

Tabla 32 **ORGANIZACIONES QUE DISTRIBUYEN MATERIALES**

Por sector de pertenencia

| Sector                   | Cantidad | %   |
|--------------------------|----------|-----|
| Organización Comunitaria | 85       | 34  |
| Factor 1º Nivel          | 51       | 21  |
| ONG                      | 36       | 15  |
| Hospital                 | 21       | 9   |
| Desarrollo Social GCBA   | 14       | 6   |
| CGP                      | 13       | 5   |
| GCBA - Otros             | 11       | 4   |
| Privado                  | 6        | 2   |
| Educación GCBA           | 4        | 2   |
| Nación                   | 3        | 1   |
| Gremio                   | 2        | 1   |
| Otros                    | 1        | 0   |
| TOTAL                    | 247      | 100 |

# VIH y prácticas preventivas de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

LIC. VICTORIA MAZZEO\*

TEC. GISELA CARELLO\*\*

Con el objetivo de verificar la incidencia de la realización del test de VIH en la población de la ciudad y conocer las características demográficas de la población que lo realizó, se llevó a cabo este estudio en base a los resultados de la Encuesta Anual de Hogares 2003 (EAH) de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad. Es una encuesta por muestreo que se realiza en toda la ciudad en dos dominios: uno correspondiente a zonas de villas de emergencias o asentamientos y el otro al resto de las viviendas particulares de la ciudad. La muestra corresponde a un diseño en dos etapas y consta de 7.193 viviendas con un total de 20.477 personas, las cuales son representativas de la totalidad de habitantes de la ciudad. Para relevar la información se aplican dos cuestionarios, uno para el grupo familiar y otro individual destinado a cada uno de los integrantes del mismo; este último abarca varias áreas temáticas, entre ellas salud.

En este año en particular se incorporaron preguntas referentes a la realización del "análisis VIH" o "test del SIDA", las cuales fueron formuladas de la siguiente manera:

- ¿Alguna vez se hizo el test del VIH-SIDA?:      Sí      No
- ¿En qué año se lo hizo?
- ¿Le dieron / Retiró el resultado?:      Sí      No

Si bien las preguntas se le aplicaron a toda la población, se consideró como unidad de análisis al grupo de 15 a 64 años. En primer lugar se analizó la estructura de la población por grupo de edad y sexo, según realización de test. Con quienes contestaron afirmativamente a la realización del mismo, se investigó el año en que lo hicieron<sup>1</sup>, con el objeto de corroborar los efectos de las políticas del Gobierno de la Ciudad en la población.

A los fines de conocer las diferencias espaciales, se tabuló la realización del test dentro de la ciudad según Centro de Gestión y Participación. Finalmente, como una aproximación al tema de la transmisión vertical, se indagó la realización del test en aquellas mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta y en aquellas que habían tenido hijos nacidos vivos para conocer el momento de la realización

\* Dirección General de Estadística y Censos - GCBA - Responsable de la Unidad Análisis Demográfico e Investigadora del Instituto Germani -UBA.

\*\* Dirección General de Estadística y Censos - GCBA - Integrante del Sector Muestras.

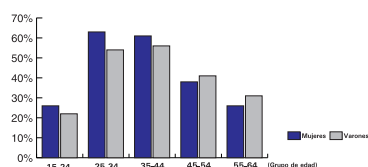
<sup>1</sup> La encuesta, en el caso de haberse realizado más de uno, indaga por el último.

del test (mismo año del nacimiento, antes o después del nacimiento del último hijo).

Es indudable que el único modo que tiene una persona de saber si está o no infectada por el VIH es realizándose el análisis popularmente conocido como "análisis del VIH" o "test del SIDA". En la ciudad el 44% de la población de 15 a 64 años se realizó el test. Son las mujeres en edad fértil las que en mayor proporción se lo han realizado, lo que probablemente esté asociado con los embarazos, ya que al analizar los diferenciales por grupo etario se registran mayores valores entre los 15 y 44 años, mientras que en el grupo de 45 años y más se observan proporciones menores a las de los varones. Por otro lado, entre los 25 y 44 años para ambos sexos, se registran las mayores proporciones de realización del test (Cuadro 1), mientras que los menores valores se dan en las edades extremas (menores de 25 años y de 55 años y más).

**Gráfico 1 PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO.**

Ciudad de Buenos Aires, 2003.



**Cuadro 1 PROPORCION DE REALIZACIÓN DEL TEST SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO.**

Ciudad de Buenos Aires, 2003.

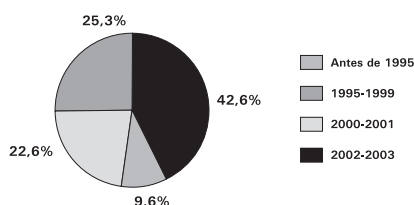
| Grupo etario | Mujeres | Varones |
|--------------|---------|---------|
| 15-24        | 28,3    | 23,6    |
| 25-34        | 64,9    | 55,6    |
| 35-44        | 62,0    | 57,0    |
| 45-54        | 39,5    | 43,3    |
| 55-64        | 28,4    | 33,0    |
| Total        | 45,2    | 42,6    |

Fuente: elaboración sobre la base de EAH 2003 - DGEyC.

Con respecto al año de realización del test, se observa que el 67,9% lo hizo después de 1999, específicamente el 42,6% en el último bienio (Gráfico 2), hecho que estaría relacionado con la mayor difusión de las políticas preventivas que estimulan el testeo con asesoramiento y con la creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD). Estos centros fueron creados por la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad 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.

**Gráfico 2 PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN PERIODO.**

Ciudad de Buenos Aires, 2003.



La ley de sida<sup>2</sup> promueve de modo explícito la existencia de un espacio de conversación previa con las personas que van a realizarse un test, asumiendo el carácter voluntario de la prueba así como que el análisis se hace sobre una persona que es la que decidirá, en principio, volver a retirar su resultado. La encuesta demuestra que más del 90% de los que realizaron la prueba retiró o le dieron el resultado, no obstante este valor puede estar contaminado por la conducta esperada. Investigaciones realizadas por la Coordinación Sida han evidenciado que muchos resultados de serología para VIH, realizados en los servicios de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad, no son retirados por los consultantes<sup>3</sup>.

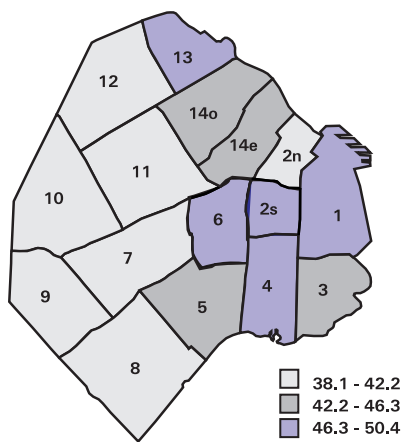
<sup>2</sup> Ley Nacional de Sida N° 23.798/90 con su decreto reglamentario N° 1.244/91 y especialmente para las mujeres embarazadas la Ley N° 25.543/02.

<sup>3</sup> Ver Weller, 2003 en infosida 3.

Uno de los rasgos principales que distinguen los alcances de la encuesta es la posibilidad de disponer de indicadores a nivel desagregado, reconociendo unidades territoriales menores dentro de la ciudad, lo que ha posibilitado analizar la distribución espacial del fenómeno analizado. Para ello se han considerado los Centros de Gestión y Participación, puesto que el muestreo realizado permite su representatividad.

Al analizar las proporciones de realización del test según CGP (Cuadro 2) para el total de población de 15 a 64 años se observa heterogeneidad espacial. Teniendo en cuenta el promedio de la ciudad (44%), la mitad de los CGP registran proporciones mayores (1, 2Sur, 3, 4, 5, 6, 13 y 14Este) y la otra mitad menores (2Norte, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 14 Oeste), destacándose que es de 12 puntos porcentuales la diferencia entre el valor menor [CGP 12 = 38,1%) y el mayor [CGP 13 = 50,4%).

Mapa 1 PROPORCION DE LA REALIZACION DEL TEST SEGUN CGP AÑO 2003



Cuadro 2 PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN CGP Y GRUPO DE EDAD

Ciudad de Buenos Aires, 2003.

| CGP          | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | Total |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1            | 33,5  | 61,8  | 64,6  | 43,4  | 39,3  | 49,1  |
| 2 Norte      | 21,8  | 53,6  | 57,7  | 41,5  | 40,0  | 40,7  |
| 2 Sur        | 23,2  | 68,8  | 56,8  | 40,1  | 35,7  | 47,4  |
| 3            | 27,2  | 59,2  | 62,9  | 49,1  | 25,8  | 45,2  |
| 4            | 27,2  | 64,0  | 63,0  | 50,5  | 28,7  | 47,6  |
| 5            | 28,5  | 61,3  | 58,2  | 44,5  | 32,2  | 44,9  |
| 6            | 31,9  | 68,9  | 58,1  | 48,7  | 26,7  | 49,2  |
| 7            | 17,8  | 55,7  | 65,0  | 32,0  | 26,0  | 40,3  |
| 8            | 26,8  | 57,9  | 51,8  | 29,8  | 22,7  | 39,0  |
| 9            | 17,6  | 56,7  | 62,0  | 37,3  | 23,5  | 40,6  |
| 10           | 27,6  | 65,0  | 55,6  | 35,2  | 22,8  | 41,4  |
| 11           | 24,7  | 58,4  | 61,5  | 38,3  | 24,6  | 41,7  |
| 12           | 21,4  | 49,2  | 57,0  | 41,2  | 29,1  | 38,1  |
| 13           | 21,4  | 64,2  | 69,4  | 49,1  | 37,1  | 50,4  |
| 14 Oeste     | 27,0  | 56,7  | 53,8  | 47,9  | 32,7  | 43,7  |
| 14 Este      | 34,0  | 61,4  | 56,0  | 38,9  | 36,4  | 46,2  |
| Total ciudad | 25,9  | 60,4  | 59,6  | 41,2  | 30,3  | 44,0  |

Fuente: elaboración sobre la base de EAH 2003 - DGEyC.

Debido a que estos valores podrían estar afectados por la estructura por edades de la población, se consideró necesario investigar dicha proporción según grupo de edad y CGP. Al observar los valores obtenidos, puede afirmarse que no hay un patrón de comportamiento. Se destaca que el CGP 13, que presenta el valor máximo para la población total, registra también altas proporciones para todos los grupos de edad, con excepción de los jóvenes entre 15 y 24 años.

Se ha reconocido que desde el inicio de la epidemia la transmisión vertical de la madre a su hijo es la principal vía de transmisión en los niños. De hecho, en la ciudad el 97% de los casos de sida en menores de 13 años reconoce esta vía como forma de transmisión<sup>4</sup>.

En 1997 se aprobó la "Norma Nacional de Sida en Perinatología". Dicha norma incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para el VIH, previo asesoramiento y respetando el consentimiento informado. Esta norma contribuye a mejorar la detección precoz de las embarazadas VIH positivas y ofrecerles tra-

<sup>4</sup> Portnoy, 2001 en infosida 1..

tamientos antirretrovirales con el objeto de reducir el riesgo de transmisión vertical.

Para analizar esta problemática se ha trabajado con la población femenina de 15 a 59 años, que es el universo al que se le preguntó si estaba embarazada al momento de la encuesta. Del total de mujeres embarazadas, el 87% se realizó el test. Con respecto al momento de realización el 75,6% lo realizó en el último año y el resto en los cuatro años anteriores.

Con respecto a las mujeres de 15 a 64 años que se habían realizado la prueba, se comparó la fecha de nacimiento de su último hijo nacido vivo con la fecha de realización de la misma con el objeto de conocer el momento en que lo hizo, categorizándolo en antes, en el mismo año y después del nacimiento del último hijo. [Cuadro 3]

**Cuadro 3 PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN MOMENTO.**

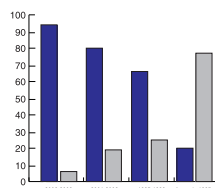
Ciudad de Buenos Aires, 2003.

| Momento                | %    |
|------------------------|------|
| Antes del nacimiento   | 7,5  |
| En el mismo año        | 48,3 |
| Después del nacimiento | 44,2 |

El 55,8% de las mujeres se realizaron el test antes o el mismo año del nacimiento de su último hijo. Se ha observado que esta participación se reduce progresivamente de acuerdo al año de nacimiento de sus hijos. Entre las mujeres que tuvieron sus hijos en el último bienio, el 94% se lo hizo antes o en el mismo año del nacimiento de sus hijos; para las que los tuvieron en el bienio 2000-2001, fue el 80,4%; el 69% en el quinquenio 1995-1999 y el 22,7% para las que lo tuvieron antes de 1995. [Cuadro 4]

**Gráfico 3 MUJERES QUE TUVIERON HIJOS. PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN AÑO DEL NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO.**

Ciudad de Buenos Aires, 2003.



**Cuadro 4 PROPORCION DE REALIZACION DEL TEST SEGUN MOMENTO POR AÑO DEL NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO.**

Ciudad de Buenos Aires, 2003.

| Año del nacimiento del último hijo | Antes o en el mismo año | Después del nacimiento |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 2002-2003                          | 94,0                    | 6,0                    |
| 2001-2002                          | 80,4                    | 19,6                   |
| 1995-1999                          | 69,0                    | 31,0                   |
| Antes de 1995                      | 22,7                    | 77,3                   |
| Total                              | 55,8                    | 44,2                   |

Fuente: elaboración sobre la base de EAH 2003 - DGEyC

#### Referencias bibliográficas

- Coordinación SIDA - GCBA (2003) Infosida - Año 3, Número 3.
- Coordinación SIDA - GCBA (2002) Infosida - Año 2, Número 2.
- Coordinación SIDA - GCBA (2001) Infosida - Año 1, Número 1.
- Dirección General de Estadística y Censos - GCBA (2004) Encuesta Anual de Hogares 2003. Aspectos referidos a la salud. Informe de resultados N° 126.

# Incidencia de enfermedades de transmisión sexual en personas que viven con VIH

PAOLA BRUNETTI, DANIEL PRYLUKA, ALBERTO LAMBIERTO, LILIANA STERN, FLAVIO ROTRYNG.  
SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. SANATORIO OTAMENDI MIROLI.

### Introducción

Las conductas sexuales de las personas en general y de aquellas que viven con VIH-sida en particular tienen importancia desde el punto de vista epidemiológico y socioeconómico, ya que el no uso de medidas de prevención implica un potencial aumento de la diseminación de la infección —con el consiguiente impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población general—, un deterioro de la calidad de vida de las PWS y un aumento de los gastos en salud. Una forma indirecta de evaluar estas conductas es medir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual que pueden ser prevenidas con el uso de preservativo.

### Objetivo

Medir la incidencia de nuevas enfermedades de transmisión sexual posteriores al diagnóstico de VIH.

### Metodología

Se realizó un estudio descriptivo. Se tomaron datos de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH en seguimiento regular entre diciembre de 1998 y diciembre de 2003 evaluados como adherentes al tratamiento. Se consignó en cada caso sexo, edad actual, opción sexual, fecha de diagnóstico de VIH, fecha de diagnóstico de ETS y tipo de ETS. Se midió la incidencia de ETS, la media de edad al momento del diagnóstico de ETS, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y el diagnóstico de ETS.

### Resultados

- Se evaluaron 183 historias clínicas;
- Tres historias clínicas fueron excluidas por falta de alguno de los datos requeridos.
- La incidencia de ETS fue de 20 casos en 5 años;
- La media de edad al momento del diagnóstico de ETS fue de 37,7 años (25 - 48);
- La tasa de infección durante 2003 fue de 3,88%;
- La media de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y el episodio de ETS fue de 4 años (1 - 10).
- Se constataron en total 20 episodios de ETS en 18 pacientes;
- 100% de los pacientes que sufrieron episodios de ETS fueron hombres;
- 61% fueron homosexuales y 39% fueron heterosexuales.

Tabla 1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

|      | Mujeres    | Hombres    |
|------|------------|------------|
| N    | 33 (18%)   | 147        |
| Edad | 45 (22-71) | 33 (23-72) |

Tabla 2 TIPO DE PRACTICA SEXUAL EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

|              |     |
|--------------|-----|
| Homosexual   | 71% |
| Heterosexual | 22% |
| Bisexual     | 5%  |
| Desconocido  | 2%  |

Tabla 3 DISTRIBUCION DE LAS ETS

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Sífilis primaria o viraje serológico | 13 (65%) |
| Uretritis                            | 5 (25%)  |
| Gonorrrea                            | 2 (10%)  |
| Proctitis                            | 1 (5%)   |
| Molusco contagioso en pene           | 1 (5%)   |

### Conclusiones

A pesar del posible subregistro —ya que muchas ETS pasan desapercibidas y no son diagnosticadas, u otras no se notifican—, este estudio evidencia la alta frecuencia de conductas sexuales de riesgo en nuestra población (la mayoría de clase media-alta y alta, instruida, con trabajo estable y adherente a su tratamiento). Dada la importancia epidemiológica y socio-económica que esto implica, sería fundamental generar una base de datos interinstitucional, normatizar de manera lógica y factible el diagnóstico de ETS en la población de pacientes con VIH y tomar conciencia de la importancia de cumplir con la notificación obligatoria de estas patologías para poder generar a futuro estrategias epidemiológicas válidas.

Bibliografía:  
- CDC 2000 STD Surveillance Report.  
- Boletín Epidemiológico Nacional (2003).



# Prioridades de la gestión en salud de la ciudad

## Accesibilidad y participación comunitaria

DR. ALFREDO MAXIMILIANO STERN

SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Veinticinco años de aplicación de políticas neoliberales —afirma el secretario de Salud de la ciudad— fueron causa y origen del empobrecimiento y la exclusión en los que se enmarca la política del área. Situaciones de inequidad, dificultades en la accesibilidad, falta de participación y un manejo ineficaz de los recursos son los principales problemas del sistema.**

**Para enfrentarlos, señala, la Secretaría está desarrollando un plan estratégico hasta el 2007, cuyas prioridades son capacitar y reorientar el recurso humano; incrementar la comunicación, transparencia y participación social; invertir en tecnología apropiada; implementar nuevas formas de organización y optimizar el financiamiento sectorial.**





El sistema de salud porteño tiene la constante necesidad de mejorar su capacidad de gestión y de atención para responder a quienes requieren de él con la máxima eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Esto implica sostener en el tiempo un proceso que tenga en cuenta las situaciones cotidianas que debe enfrentar el sistema.

### **Una crisis económica y cultural que define el escenario**

En estos primeros años del siglo, la gestión del sistema público de salud porteño quedó condicionada por la necesidad de mejorar una realidad signada por la crisis económica y cultural, sobre la que no existen dudas respecto de los daños que impuso al conjunto de la sociedad, especialmente a los sectores más vulnerables.

La crisis en nuestro país ha golpeado probablemente con mayor intensidad, y ha sido más notoria, en estos últimos años. Tenemos fresco el recuerdo de los hechos de diciembre de 2001 y de lo difícil que fue la gestión y sobrevivir en Argentina en 2002. Pero esta crisis no se instaló de manera instantánea, no surgió de la nada, sino que fue la resultante de 25 años de aplicación de políticas neoliberales que fueron causa y origen del empobrecimiento y de la exclusión.

A la par de que la gente fue perdiendo el empleo formal y se le fue impidiendo un desarrollo económico adecuado, las personas también perdieron el acceso a la salud en términos generales, particularmente en las áreas urbanas, como nuestra ciudad, donde se formaron bolsones de población que se fueron alejando paulatinamente del sistema de salud, no sólo del privado por la salida de las obras sociales, sino también del sector público.

Si bien la crisis y sus efectos no han sido totalmente superados, tras franquear lo peor de ella en 2002, en la

Secretaría de Salud desarrollamos un plan estratégico hasta 2007. Podríamos haber dejado que el tiempo pasara, tomado café, charlado con amigos, solucionado los pequeños problemas. Esa habría sido una forma de negar la gestión: no modificar las cosas. Pero decidimos transformar la realidad, porque nos molestaban la situación de inequidad, las dificultades en la accesibilidad, la falta de participación y el manejo ineficaz en un distrito que tiene los medios para ser eficiente.

### **La importancia del primer nivel de atención**

No era solamente en los niveles centrales donde nos competía mejorar cada día, sino principalmente en la gestión periférica, en ese sector que tiene el contacto diario con nuestros vecinos. Nuestra primera preocupación giraba en torno a la accesibilidad, fundamentalmente en el primer nivel de atención. Las dificultades en el acceso estaban dadas en varios sentidos, desde las barreras arquitectónicas y las disponibilidades técnicas hasta las actitudes culturales. Con distintas medidas, adecuadas para cada una de estas circunstancias, empezamos a revertir esta inercia infausta.

Todavía existen bolsones de vecinos que deberían concurrir a los efectores de salud pero no lo hacen, por esas dificultades de accesibilidad que aún arrastramos dentro de nuestro sistema para recibirlos. Hay una deficiencia en la capacidad de captación de parte de algunos efectores de salud hacia muchos sectores de la población, especialmente aquella que se denomina en riesgo.

Además de la tarea de renovación de los hospitales y de los avances en la alta complejidad, queremos priorizar aquellas estrategias de atención primaria que sirvan para que absolutamente todos los vecinos sientan que están cerca

del sistema; porque las computadoras, el software, la aparatología y los cables son muy importantes, pero no sirven de nada si no se los utiliza para mejorar la atención de nuestros conciudadanos. Queremos alcanzar un compromiso ético con la gestión y con la personas en todos los niveles de atención.

La sensibilización y el fortalecimiento de los equipos de salud a través de la capacitación en temas vinculados con la construcción de la sexualidad, diversidad de identidades socio-sexuales, perspectiva de género y discriminación son la manera de dar herramientas conceptuales que permitan abordar las situaciones que se presentan en los efectores al tratar con pluralidades sexuales, evitando la segregación y la estigmatización.

La epidemia de VIH-sida en el distrito atraviesa una etapa en la que va aumentando la incidencia entre los heterosexuales y los sectores más empobrecidos por aquellos 25 años de políticas de exclusión a las que ya nos referimos. Así fue que uno de los objetivos que nos hemos planteado es estimular el testeo en todos los sectores de la sociedad, mejorar la situación de los pacientes en riesgo, dar la mayor cobertura de tratamiento y seguir disminuyendo la transmisión vertical.

Mejorar la accesibilidad y la participación de la población es, entonces, imprescindible. Fue con participación que se lograron las mejores experiencias en las acciones específicas de la Coordinación Sida. Eso fue notorio, esencialmente, en las políticas de reducción de daños entre los usuarios de drogas inyectables, el reparto de preservativos en las 225 bocas existentes o la entrega de material impreso, como "Vivir en Positivo", la guía para personas que viven con VIH, que comenzó a distribuirse en mayo último.

Son PWS las que están participando tanto en la distribución de ese material editado por la Coordinación Sida, como en actividades de asesoramiento entre pares sobre adherencia, reinfecciones y medidas de prevención, por ejemplo las que se desarrollan martes y jueves por la tarde en la puerta de la cárcel de Devoto y en el bar al que concurren las personas para esperar el horario de ingreso de las visitas a los detenidos, focalizadas especialmente en las mujeres que lo hacen.

### Renovar las tecnologías de gestión

Estamos proponiendo que, así como queremos incorporar tecnologías novedosas, de último diseño, que son importantes en el mundo de los aparatos y el conocimiento de nuestros profesionales —que hacen un esfuerzo permanente de actualización—, también hay que renovar las tecnologías de gestión. Este es un elemento de suma importancia porque no podemos administrar organizaciones complejas, como las que tenemos, con tecnologías e ideas obsoletas o perimidas.

La fragmentación social de los últimos años también se ha dado en el interior del sistema de salud, incluso en cada uno de los hospitales y centros de salud. Es muy difícil hablar de un sistema integrado o de un hospital integrado si hay gente que desconoce totalmente lo que hace otro servicio que está unos pisos más abajo.

Tenemos un deber de eficacia para dar resultados adecuados a la población que demanda y a la población que requiere. Para lograrlo queremos incrementar la accesibilidad y la participación comunitaria en la gestión, la observación y supervisión de nuestro Sistema de Salud. Esto lo marca la Ley de Salud de nuestra ciudad, y se estuvo cumpliendo escasamente.

Capacitar; reorientar el recurso humano; incrementar la comunicación, la transparencia y la participación social; invertir en la tecnología apropiada; implementar nuevas formas de organización; optimizar el financiamiento sectorial para lograr una mejora de la gestión en todos los niveles del sistema garantizarán el mejor acceso de todos los vecinos de la ciudad de Buenos Aires a la salud de la que son merecedores.





Protagonista del proceso de planificación estratégica para la respuesta chilena al VIH-sida, Luis Toro fue convocado por el Programa Nacional de Sida de Argentina para elaborar el Plan Nacional y, en 2001, a poco de creada la Coordinación Sida en la ciudad de Buenos Aires, coordinó el taller de planificación del que surgieron sus líneas de trabajo fundamentales.

En este artículo presenta un enfoque conceptual que asocia la planificación

estratégica a los diversos modelos de gestión y, al mismo tiempo y desde su vasta experiencia, alerta sobre los límites y posibilidades de esta herramienta.

El tema fundamental de la gestión —afirma— no es tanto el uso o no uso de determinados instrumentos, sino la filosofía que explícita o implícitamente está en la base de la conducción y el accionar de una institución. Se tiene que tener presente, siempre, que toda la gestión pasa por las personas.

# Notas sobre planificación estratégica

## La mejor manera de predecir el futuro es inventarlo

LIC. LUIS TORO PAPAPIETRO

### *Todo punto de vista es la vista de un punto*

*Leer significa releer y comprender, interpretar. Cada uno lee con los ojos que tiene. E interpreta a partir de donde sus pies pisan.*

*Todo punto de vista es la vista de un punto. Para entender cómo alguien lee, es necesario saber cómo son sus ojos y cuál es su visión del mundo. Eso hace de la lectura siempre una relectura.*

*La cabeza piensa a partir de donde los pies pisan. Para comprender, es esencial conocer el lugar social de quien mira. Vale decir: cómo alguien vive, con quién convive, qué experiencias tiene, en qué trabaja, qué deseos alimenta, cómo asume los dramas de la vida y de la muerte y qué esperanzas lo animan.*

*Eso hace de la comprensión siempre una interpretación. Siendo así, es evidente que cada lector es coautor. Porque cada uno lee y relea con los ojos que tiene. Porque comprende e interpreta a partir del mundo que habita.*

Leonardo Boff, 1998.

Este artículo sintetiza algunas ideas relacionadas con la gestión y con la planificación como partes de un proceso: la voluntad de una mirada estratégica, la ejecución y coherencia entre plan y acción, el diseño organizacional ad hoc al plan, adecuación del presupuesto con el plan, entre otras dimensiones procesales.

Es necesario señalar desde un principio que la planificación estratégica, como otras herramientas de gestión o para la gerencia, no constituye una receta infalible ni una respuesta mágica a los problemas, generalmente complejos, que tienen las instituciones para encaminarse al logro de sus propósitos. La planificación estratégica no es ni pretende ser una panacea. En ocasiones, las expectativas sobre esta herramienta han sido desmesuradas; y a veces, los resultados de esos procesos —no por la herramienta en sí sino por los individuos que la usan y por cómo la usan— han dado lugar a frustraciones y al descrédito de esta técnica.

Considérese este texto, entonces, como una introducción esquemática al tema, presentación que es, desde luego, la mirada del autor, desde su formación, su experiencia, sus limitaciones y su subjetividad.

## I. ALGUNAS IDEAS SOBRE GESTION

### Las organizaciones, sus logros y resultados, son una creación y un invento de las personas que las constituyen

La gestión, la gerencia, es un tema de personas en un tipo de relaciones sociales particulares que ocurren dentro de las organizaciones, y entre estas y su entorno.

Si bien los sistemas, procedimientos y normas son elementos primordiales de las organizaciones que contribuyen a la mejora de su desempeño, las mismas funcionan con, por y a través de las personas que las integran, en la acepción más amplia de este concepto.

El énfasis en las personas es clave, pues los asuntos de las organizaciones pasan por los individuos, que actúan y trabajan desde sus particulares subjetividades, historias, culturas, experiencias, prejuicios, deseos, creencias, motivaciones, poder, entre otros.

La flexibilidad o inflexibilidad de la planificación estratégica — o de cualquier otro instrumento de gestión— depende directamente de la capacidad y plasticidad de las personas que directamente utilizan esta herramienta y conducen procesos de planificación, y no de la técnica en sí misma. De modo similar, no es lo mismo o no da lo mismo, si la aplicación de esta técnica de planificación es instrumentada desde una concepción de gestión autoritaria y vertical o desde una postura más participativa y horizontal en las relaciones en la organización.

*Toda institución es, en su constitución como quehacer humano y en su realización como tal por las personas que la constituyen, una red o sistema particular de conversaciones<sup>2</sup>.*

### Proceso

El proceso de gestión en toda organización es una actividad dinámica, sistémica, recursiva (causa y consecuencia a la vez) que requiere ser mirada de manera integral y circular, en el sentido de que en el proceso de gestión o gerencia no hay fases de comienzo ni fin claramente identificables. Las fases o dimensiones no son o no están jerarquizadas.

La gestión es de carácter circular: de manera simultánea se ejecuta, se planifica, se analizan las situaciones, se evalúa, se

desarrollan procesos de aprendizaje, se realizan ajustes, como muestra la siguiente figura.

Figura1 **GESTION, GERENCIA: PROCESO RECURSIVO CIRCULAR Y DE DESARROLLO EN ESPIRAL**



Hay que hablar, entonces, de momentos diferentes con mayor énfasis en una u otra dimensión. No obstante, los diferentes componentes del proceso de gestión, casi siempre ocurren simultáneamente, sin grandes distinciones procesales entre ellos. Y esto es una fortaleza de la gestión, que posibilita un quehacer dinámico, la hace más atractiva, abierta al cambio, a la innovación, a la inversión y a una actitud y conducta más proactivas.

### Factores críticos

Toda organización, cualquiera sea su naturaleza, debe dar respuesta, en sus fundamentos y accionar, a factores que se consideran críticos<sup>3</sup> para la gestión y el logro de los propósitos institucionales. Estos factores guardan relación con: a) precisar una apuesta o propuesta estratégica, b) disponer de capacidades y competencias institucionales congruentes con los desafíos de gestión que contiene la propuesta estratégica, y c) disponer y desarrollar competencias para el reconocimiento, comprensión y evaluación de dimensiones y variables facilitadoras u obstaculizadoras del entorno y medio en que se actúa y es protagonista (reconocer el grado de dificultad y demanda de gobernabilidad de la propuesta).

Para dar cuenta y asumir apropiadamente estos factores críticos es necesario desarrollar capacidades y competencias para la gestión.

<sup>2</sup> MATURANA, Humberto. Red de conversaciones: Gobierno universitario como conspiración. En su: El sentido de lo humano. Chile, Hachette, 1992. 209 - 222.

<sup>3</sup> MATUS, Carlos. Política, Planificación y Gobierno. Venezuela. F. ALTADIR. 782 p.



## Reactividad y proactividad

Hay varias maneras de realizar la gestión y gerencia. Se puede hablar, en general, de una manera más tradicional, denominada reactiva, y de una perspectiva más innovadora y estratégica, llamada proactiva.

El enfoque reactivo se asocia a una gestión determinada por lo urgente y la emergencia. Trabaja con soluciones inmediatas, de corto plazo y desvinculadas de miradas más globales y de largo alcance.

La proactividad, por el contrario, corresponde a un enfoque estratégico, de largo plazo, que visualiza objetivos y metas. Su norte es actuar para viabilizar esos objetivos anticipándose a los acontecimientos, aprovechando las corrientes de cambio y las oportunidades, y haciendo que las cosas sucedan. Este esquema no es polar. Se trata de un continuo en cuyos extremos encontramos la reactividad y la proactividad. (La capacidad de reacción es muy importante ante situaciones emergentes que no pueden ser anticipadas.)

La mirada y la actitud proactivas asumen que la conducta individual o institucional es función (depende) de sus actitudes y decisiones. En los individuos u organizaciones están la iniciativa y la responsabilidad de hacer que las cosas ocurran. Organizaciones e individuos son responsables de la efectividad de la acción en pos del logro de la misión y objetivos institucionales o personales. Algunos ejemplos de lenguaje en estos dos enfoques:

| La actitud y lenguaje reactivos frente a un problema: ¿Qué nos va a pasar?   | La actitud y lenguaje proactivos frente a un problema: ¿Qué podemos hacer?  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No podemos hacer nada</li> <li>▪ Nosotros somos así</li> <li>▪ Esto me (nos) vuelve loco(s)</li> <li>▪ Tengo (tenemos) temor</li> <li>▪ No lo permitirán...</li> <li>▪ No hay recursos</li> <li>▪ Debemos hacer eso</li> <li>▪ No podemos...</li> <li>▪ Es nuestra culpa...</li> <li>▪ Sí, pero...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examinar nuestras alternativas</li> <li>▪ Podemos optar por un enfoque diferente</li> <li>▪ Aceptemos nuestras emociones</li> <li>▪ Podemos elaborar una propuesta</li> <li>▪ Escojamos una respuesta</li> <li>▪ Elegimos</li> <li>▪ Queremos</li> <li>▪ Preferimos</li> <li>▪ Fuimos, somos, queremos ser, seremos, pase lo que pase</li> </ul> |

En las peores circunstancias (aun estructurales), se puede decir "sí" o "no", "quiero" o "no quiero" y, a pesar de esas circunstancias, nunca se tiene un solo camino que seguir, sino varios. Hombres y mujeres pueden inventar y elegir sus formas de vida; y por esto mismo, ocurren con frecuencia equivocaciones. Aunque a veces no se pueda elegir lo que pasa, sí se puede en cambio elegir qué hacer frente a lo que pasa<sup>4</sup>.

La mejor manera de predecir el futuro es inventarlo, y la única forma de construir el futuro es actuar, y sólo se puede actuar hoy<sup>5</sup>.

La idea es reconocer la presencia explícita o implícita de estos enfoques en la gestión de las organizaciones, para ir tendiendo hacia la proactividad, mediante el ejercicio de otorgar mayor atención a los asuntos importantes que a los urgentes.

En el sentido proactivo, "la planificación estratégica no puede confundirse con el diseño normativo del DEBER SER; por el contrario, ella busca asumir el PUEDE SER y la VOLUNTAD DE HACER"<sup>6</sup>.

## UNA GESTIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS, EN LA MISIÓN Y EN EL IMPACTO

### Las personas

Este eje se refiere a las personas para las cuales está pensada y diseñada la institución —ciudadanos, población objetivo, usuarios o como fuere la denominación— y a aquellas que colaboran en y con la organización.

La organización entrega bienes y servicios, según su finalidad, de acuerdo con los intereses, deseos y necesidades de los individuos; y compatibiliza esos intereses con criterios técnicos y profesionales, en una relación participativa y progresivamente horizontal que potencia otro nivel y calidad en la relación entre la organización y la población.

La idea es modificar (no formalmente) denominaciones como beneficiarios, clientes, población objetivo, población blanco, o subordinados, y comenzar a hablar de "personas o población con la cual trabajamos y formamos equipos propositivos y de acción". Se trata de alentar un proceso de horizontalización más encarnada que posibilite restaurar y profundizar con-

<sup>4</sup>SAVATER, Fernando. Ética para Amador. Barcelona. Ariel. 1991. 190 p.

<sup>5</sup>MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. Chile. LOM. 1998. 338 p.

<sup>6</sup>MATUS, Carlos. Op.cit.

fianzas, construir capacidades y así disminuir el asistencialismo y el clientelismo vertical.

### La misión

Centrarse en la misión implica que el acento y el norte del trabajo son el logro de la vocación institucional declarada. El accionar debe ser coordinado y articulado en pos de ella, que es la razón de su existencia y la justificación de los recursos que utiliza y se le asignan. Desde una postura estratégica, la misión está abierta al cambio, y es precisamente el actuar para cumplirla lo que permite desarrollar aprendizajes si ésta tiene sentido y responde realmente a lo esperado por los diferentes actores que la integran.

### Resultados e impacto de las acciones

Se refiere a los resultados y cambios que el plan, los programas y los proyectos institucionales buscan lograr en la situación de los destinatarios finales. Se trata de cambios en las condiciones materiales y no materiales de vida, desarrollo personal, capacidades y habilidades, comportamientos, interacción social, autonomía y demás. El logro de resultados e impacto frente a las demandas y desafíos que se asumen justifica en una gran medida la existencia de la organización —pública o privada— y, por lo tanto, la cuota de recursos que capta y recibe.

Se trata de gestionar, de gerenciar la intersección de las tres dimensiones, como lo muestra la siguiente figura:



### UNA GESTION QUE DE CUENTA DE LA DIFERENCIA

Un pensamiento estratégico implica una disposición interesada y decidida hacia la innovación y la creatividad, hacia la búsqueda de nuevas ideas, caminos y métodos, particularmente cuando las cosas no resultan, no funcionan o no se producen los cambios esperados. Es necesario desarrollar en las organizaciones capacidades y competencias para instalar sueños y asumir riesgos en busca de su logro. La idea es facilitar en los individuos y en las organizaciones la capacidad de imaginarse futuros diferentes, futuros abiertos por crear; en palabras de Savater "futuros inéditos e incluso disidentes"<sup>7</sup>. Los enfoques estratégicos y proactivos dan lugar a un mundo con múltiples posibilidades y nuevos aprendizajes. Para soñar e innovar es necesario correr el riesgo de equivocarse y cometer errores. Esto es esencial. No se trata de equivocaciones o errores irresponsables, poco profesionales o negligentes, sino de aquellos que pueden ocurrir en el contexto de un esfuerzo consciente, profesional, comprometido y riguroso. Abrir lugar a la posibilidad de la equivocación, al error y —por qué no— al fracaso habilita el desarrollo de capacidades y competencias individuales y organizacionales para asumir, para buscar y atreverse a encontrar caminos diferentes, novedosos, potentes de posibilidades porque se está actuando, luchando por lograr el sueño, la apuesta, el plan de trabajo compartido. No hay fracasos ni equivocaciones, sólo hay resultados. La creatividad y la innovación requieren de espacios organizacionales e institucionales receptivos, que acojan y valoren las proposiciones, las ideas, las observaciones y reflexiones evaluativas. Necesitan de una cultura organizacional emprendedora, abierta, amable con la diferencia y las nuevas ideas y con una importante dosis de humor. La creatividad y la innovación constituyen recursos y potencialidades que, sin lugar a duda, están en todas las personas. Es necesario desarrollar estrategias y procesos para habilitarlos, desplegarlos y potenciarlos. Lo anterior conduce a trabajar para desarrollar competencias para aprender a cambiar de opinión, a cambiar en el cambio, durante el cambio; aprender a buscar y procesar información, aprender a trabajar en equipo, para analizar problemas variados, diseñar respuestas y cursos de acción; en síntesis, a ser

<sup>7</sup>Savater, Fernando: El valor de elegir. 2003





pensadores críticos y aprendices permanentes como personas y como organización.

### Gestión estratégica

Es la proposición de un sistema de gestión que enfatiza su propia flexibilidad y la mirada larga. Trata con programas estratégicos que innovan y que buscan el cambio de su propia práctica; valora más el desarrollo del potencial para cambiar futuros que el desempeño a corto plazo. Es un enfoque que contiene y lleva a una actitud crítica y a una voluntad de cambio permanente; es decir, a desarrollar "un potencial de cambio", con plena conciencia del valor de los procesos de aprendizaje.

Este modelo de gestión vincula y articula la toma de decisiones estratégicas y operacionales en todos los niveles de dirección y a través de todas las líneas funcionales y de trabajo de una organización.

La gestión estratégica, así pensada, contribuye a establecer condiciones más habilitadoras y favorables para hacer de la planificación estratégica un instrumento eficaz, tanto en lo referente a su formulación como a su implementación. Busca integrar las capacidades y talentos en la organización para asegurar criterios y comportamientos estratégicos en todos los niveles de la institución, para facilitar así una visión común y compartida, un sentido compartido. Es un enfoque proactivo que impulsa sostenidamente la creatividad y la innovación. Busca orientar las acciones y las decisiones, construyendo coherencia en la organización, con pensamiento sistémico y estratégico en todos los niveles.

Propone transitar de la gerencia al liderazgo, del liderazgo al trabajo en equipo, con orientación a la acción, al cambio, a las personas, a la misión institucional y al impacto de las acciones.

La gestión estratégica postula integrar la planificación con los otros sistemas de la organización: vincularla con la estructura de la organización, con la asignación de recursos, con los sistemas de comunicación e información, con la estructura de compensación e incentivos a las personas.

En el marco de las ideas precedentes, analizaremos a continuación el concepto de planificación estratégica.

## II. PLANIFICACION ESTRATEGICA

La planificación estratégica (PE) es una metodología muy desarrollada en su aplicación en el sector privado y también en el ámbito público. A partir de sus resultados, principal-

mente en el área privada, se la ha incorporado paulatinamente en organizaciones públicas, agencias de cooperación internacional y en organismos no gubernamentales. Su introducción en el ámbito público ha implicado procesos de adaptación y aprendizaje que no han sido ajenos a importantes dificultades, dolores y frustraciones.

Desde un punto de vista más general, la planificación estratégica se apoya en la convicción de que el futuro será muy diferente al pasado. Imagina, sueña un futuro a partir del presente, lo prevé y lo quiere inventar tomando en consideración escenarios posibles.

Planificación estratégica es "concebir un futuro deseado así como los medios necesarios para alcanzarlo" [Ackoff, 1973].

La PE es un instrumento destinado a optimizar la conducción de una organización y la asignación de los recursos en función de las personas, la misión y el impacto. Conducir una organización en el marco de la PE implica escoger un futuro (misión y objetivos estratégicos), diseñar una estrategia organizacional y trabajar con las personas, en sus roles y tareas. La PE es un sistema de decisión que actúa a través de detectar oportunidades, identificar obstáculos, orientar la asignación de los recursos, dar coherencia a la organización, orientar su cambio.

Desde un punto de vista muy sencillo, la PE se puede explicar como un proceso continuo y sistemático de evaluación de la naturaleza de la organización, que define un sentido y objetivos de largo plazo, identifica metas cuantificables, desarrolla estrategias para alcanzar esos objetivos y metas, y asigna recursos para realizar dichas estrategias. Las preguntas básicas iniciales de la planificación estratégica son:

- ¿Dónde estamos hoy?
- ¿Adónde queremos ir?
- ¿Cómo hacer para lograrlo?

### FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA

#### Algunas fortalezas

Definición de prioridades: el proceso de reflexión estratégica diferencia, en particular, lo que es urgente de lo que es importante. Permite disponer de una guía, de un mapa estratégico que conduce y articula el sentido colectivo de la institución. Facilita una mejor identificación y asignación de los recursos. Otorga dirección, coherencia y unidad a las acciones de una organización. Permite concentrar las energías y



recursos institucionales en los objetivos prioritarios, aquellos que buscan pasar de la situación problema a la situación considerada como posible y deseada. Mejora la aplicación de criterios de realidad en la medida en que la calidad del estudio de situación incrementa la comprensión acerca del entorno en que se desarrolla la organización.

En la perspectiva del desarrollo local, la PE facilita la colaboración entre el sector público y privado, merced a procesos de formulación de planes participativos e inclusivos. Ayuda al desarrollo de una cultura estratégica y de reflexión a largo plazo en la organización. Facilita y otorga dirección a procesos de evaluación de resultados, procesos e impactos, toda vez que la formulación de la PE implica una buena comprensión y explicación de la situación de base y de escenarios posibles, así como la formulación de objetivos y metas con indicadores. Vale decir, en el contexto descrito, la evaluación tiene qué evaluar.

#### **Algunas debilidades**

Un tema fundamental que surge después de procesos de planificación y programación es asegurar, por una parte, que la acción sea congruente y consistente con el plan, que ella esté en los cursos de acción definidos y, por otra, que la ejecución sea efectiva y se aproxime al logro de los objetivos y metas acordados.

De la afirmación anterior surge la principal debilidad de la PE, que es la no-ejecución del plan de trabajo definido. Aquello significa que el proceso de planificación se queda sólo con el "plan" como algo separado o diferente de las otras actividades de las estructuras y unidades de la organización. Cuando esto sucede, los esfuerzos de planificación se centran solamente en la acción de planificar, "separando" paradójicamente la ejecución de este; es como si que se asumiera que un plan bien elaborado se ejecutará por sí solo. Sin embargo, la validez de un plan se muestra en su ejecución, por lo que la dimensión de la ejecución debe estar presente desde los comienzos de su proceso de formulación.

Una debilidad complementaria con la anterior es asumir una diferencia entre el plan estratégico y el plan operativo. No sólo se trata de una gran debilidad, es un contrasentido, pues ambos planes constituyen las dos caras de una misma moneda: la mirada amplia y de largo plazo y la mirada de convertir en el día a día, paso a paso, las propuestas estratégicas en realidad.



También se da, con significativa frecuencia, que el proceso de planificación no está o no queda relacionado adecuadamente con el presupuesto y las decisiones presupuestarias de la institución. No hay acuerdo entre las propuestas del plan y las asignaciones presupuestarias. Ambos, plan y presupuesto, corren por dos carriles paralelos y distantes. En este caso, se puede afirmar que la organización tiene en los hechos, al menos dos planes: el plan estratégico y el presupuesto. Parece ilógica esta debilidad, pero la experiencia es abundante. El tema es que donde se asignan los recursos están las prioridades reales de una organización.

Otra debilidad es la tendencia a hacer formales, burocráticos y rígidos los procesos involucrados en ella. La planificación corre el riesgo de convertirse en un fin en sí mismo y degenerar en una actividad basada en documentos, cuantitativista y orientada al control. En esta misma línea, la PE puede dificultar la respuesta oportuna de la organización ante oportunidades y amenazas imprevistas surgidas fuera del ciclo formal y normal de planificación institucional.

Además, a veces la PE genera expectativas que están más allá de las posibilidades del plan o de las capacidades y competencias disponibles para su ejecución, lo que resulta en insatisfacciones derivadas de una percepción de pobreza en los resultados logrados.

### **Cuándo no usar la planificación estratégica**

No es recomendable un proceso de planificación estratégica en una organización cuando no existe un compromiso claro y evidente de la alta dirección de la organización en dicho proceso, su ejecución y su evaluación.

Este es un punto clave, por cuanto la PE es un proceso y todo proceso tiene que ver tanto con tiempos de formulación, de maduración, de incorporación y apropiación de la metodología, como con los acuerdos y definiciones de la planificación. Aquí hay un tema de confianza y de expectativas, que deben ser permanentemente retroalimentadas y apoyadas.

Un proceso de incorporación de una gestión estratégica, y por tanto de planificación estratégica, implica cambios y moviliza a la organización; por ello es probable un incremento de conflictos, rumores, temores, competencias de poder, resistencias focalizadas, resistencias generalizadas. Por lo mismo, no es recomendable en situaciones de alto nivel de crisis o conflicto institucional.

### **LA PLANIFICACION ESTRATEGICA Y EL PROCESO DE EJECUCION**

*La gente es el corazón de las diferencias entre las organizaciones que ganan o pierden en los procesos en que participan<sup>8</sup>*

¿Qué motiva a comprometerse activa, solidaria y creativamente en el trabajo de una organización para el logro de su sueño y misión? ¿Qué gatilla esa motivación? O desde otro lado, ¿qué hace que las personas se automotiven y se potencien en su trabajo y aporte?

Lo señalado en el párrafo anterior tiene que ver quizá con la principal debilidad de la planificación estratégica: su "incoherencia conductual", en el sentido de que, en repetidas ocasiones, la práctica de una institución está muy distante de su plan estratégico. Como se dijo antes, los énfasis, las prioridades de acción y la asignación de los recursos en el presupuesto, no tienen mucho que ver con el proceso de planificación y con las prioridades allí definidas. Las incoherencias, miradas desde la experiencia, se relacionan con que la acción no sigue el plan, el plan no se ejecuta, el presupuesto no es la expresión financiera del plan, o las personas no se apropian del plan, entre otros posibles problemas.

Estos problemas no se vinculan directamente con la técnica de la planificación estratégica.

El tema, por ejemplo, de la apropiación del plan es un asunto básico para resultados exitosos: ¿cómo las personas de la organización se pueden apropiar del plan? No se conoce otra manera de que esto ocurra que la participación e involucramiento, de verdad, en la formulación del plan estratégico y en el proceso de toma de decisiones que allí tiene lugar. La experiencia muestra que no hay otro camino mejor, ni siquiera el incentivo económico.

¿De qué depende que una institución sea participativa y convocante?

### **Algunas ideas y consideraciones acerca de la ejecución de planes estratégicos**

Los equipos de trabajo institucionales deben apropiarse del plan y eso se logra si las personas son convocadas y se involucran en el proceso de planificación y sus resultados: lo hacen propio.

<sup>8</sup>GODET, Michel. *Prospectiva y Planificación Estratégica*. Barcelona. Editores S.A. 1991. 348 p.

### El plan de sida de la ciudad de Buenos Aires

Con el propósito de avanzar hacia un enfoque que comprenda las acciones en salud como parte indisoluble del proceso de construcción de ciudadanía, el taller de planificación estratégica convocado por la Coordinación Sida en junio de 2001 —realizado con la participación de los diferentes actores sociales e institucionales, tanto del ámbito público como del comunitario— definió la siguiente visión y los siguientes objetivos:

#### Visión:

"Hagamos juntos lo que no pudimos hacer solos, ara poder hacer solos lo que aprendimos juntos."

"Cómo trabajar en equipo y no morir en el intento. Cómo hacer un trabajo interinstitucional y no transformarnos en una asociación ilícita."

"Que todos seamos entendidos y bien atendidos."

#### Objetivos:

- Disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires.
- Garantizar la atención integral a las PVVS.
- Promover la investigación aplicada en el área VIH/sida.
- Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados

Generar confianza institucional: a ello contribuye que todos los niveles se involucren, en particular el equipo directivo superior, que debe dar testimonio permanente de que la guía y norte [muy flexible, por cierto] para la acción institucional es el plan; además del respeto a los acuerdos tomados de manera compartida en ese proceso.

Apoyarse en una metodología que contempla y busca resuelta y decididamente la participación de las personas en el diseño y en la ejecución del plan y sus consecuencias; instala un acento perseverante en invitar a colocar propuestas y apuestas y despliega espacios colectivos de creatividad e innovación para encontrar, imaginar e inventar respuestas a las dificultades y desafíos.

La preocupación técnica y metodológica de fondo es obtener la apropiación del plan; es decir, que las personas no sólo piensen, sino que sientan que el plan en sus dimensiones estratégicas y operativas constituye un resultado compartido, que otorga y da sentido colectivo y que direcciona sinérgicamente el trabajo de las áreas y equipos, dando lugar a una relevante corresponsabilidad y colaboración para su ejecución y quehacer en pos del logro de resultados e impacto. Desde la experiencia se sabe que si falta la apropiación del plan, la eficacia en la ejecución será posiblemente escasa y probablemente el plan no logre los resultados esperados, y por tanto habrá un uso inadecuado de los recursos en su contexto genérico.

Asimismo, el diseño organizacional, la estructura, tiene que estar en concordancia y complementariedad con la ejecución del plan. La estructura sigue al plan.

Además, y como ya se planteó, el presupuesto de la institución tiene que ser la expresión financiera real del plan estratégico.

La implementación de la PE y su instalación en la organización, va a encontrar múltiples obstáculos, dificultades, y también facilitadores, entre ellos las propias capacidades de los recursos institucionales. Por consiguiente, es necesario definir y contar con una clara dirección de la ejecución del plan. Se podría agregar, que resulta necesario formular un "plan" o programa para ejecutar el plan; por así decir, un "plan para la ejecución del plan". Este puede tener diferentes expresiones concretas, lo claro es que el plan estratégico y el plan operativo demandan una definida dirección y coordinación. En este sentido cobra toda validez la necesidad de implementar un proceso de seguimiento, acompañamiento y control de la gestión.

En esta senda, el Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard resulta una herramienta enriquecedora y potente que se puede complementar apropiadamente con la gestión estratégica de la organización. Esta técnica surge para resolver las debilidades de la PE, en particular, en la necesidad del alineamiento estratégico del conjunto de la organización<sup>9</sup>.

### Acompañamiento y control de gestión

El control de gestión es un proceso estructurado, orientado cuanti y cualitativamente, basado en normas de desempeño para toda la organización y cada una de sus unidades, y en la comparación entre los resultados planeados y los reales obtenidos de las operaciones. El propósito del control de gestión es conducir las actividades estratégicas y operacionales con un sentido unitario y articulado de dirección.

### Evaluación

La dimensión de evaluación en la gerencia requeriría de un espacio mayor al disponible en este artículo. Generalmente es un tema que se trata aparte de la planificación, pero es parte del mismo proceso de gestión estratégica.

Evaluar lo que se realiza es una función de primera importancia en la gestión. Sin embargo, y aunque existe una fuerte demanda para realizar evaluaciones, esta dimensión está poco desarrollada en la práctica. Esto sucede principalmente porque muchas veces se entiende la evaluación en su acepción más tradicional: de control o examen para la sanción. Al respecto, es fundamental insistir en que lo que importa es hacer evaluaciones para saber si las cosas funcionan y revelar aquellas que no resultan. Lo que se busca con la evaluación es crear repertorios de estrategias, prácticas y experiencias más eficaces para el logro de la misión y objetivos de la organización, y con ello posibilitar aprendizajes de las personas y la organización que las hagan crecer en un círculo virtuoso. La idea es avanzar hacia una evaluación de resultados, de logros e impactos.

### Para finalizar...

Este artículo en sí mismo es un documento abierto al diálogo con las "agendas futuras" acordadas entre los múltiples actores que son parte de los procesos de planificación y gestión horizontal y participativa; por ello, seguramente recibirá observaciones, comentarios, sugerencias y proposiciones concretas en cuanto a objetivos, estrategias, acciones y proyectos que lo mejorarán.

<sup>9</sup>Ver Kaplan, R. y Norton, D.: Cuadro de mando integral (The Balanced Scorecard) y otras obras más recientes de estos autores.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- BOFF, LEONARDO. A ÁGUA E A GALINHA, UNA METÁFORA DA CONDIÇÃO HUMANA, 1998.
- CEPAL: GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES, 1994.
- DÁVILA, A.: EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL, 1999
- ECHEVERRÍA, R.: ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE, 1984
- FERGUSON, M.: LA CONSPIRACIÓN DE ACUARIO, 1985
- FUNDACIÓN ALTADIR: EL MÉTODO MAPP (MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICACIÓN POPULAR), 1994.
- GODET, MICHEL: PROSPECTIVA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, 1991.
- DE LA ANTICIPACIÓN A LA ACCIÓN, 1995
- HAX, A., N. MAJLUF: GESTIÓN DE EMPRESAS CON VISIÓN ESTRATÉGICA, 1993.
- ILPES: PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA (COMPENDIO DE TRABAJOS PRESENTADOS EN EL PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS), 1997.
- KAPLAN, R Y NORTON, D.: CUADRO DE MANDO INTEGRAL (THE BALANCED SCORECARD)
- LÓPEZ, J., A. GADEA: EL CONTROL DE GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN LOCAL, 1992.
- MATURANA, H.: "RED DE CONVERSACIONES: GOBIERNO UNIVERSITARIO COMO COINSPIRACIÓN", EN EL SENTIDO DE LO HUMANO, 1992.
- MATURANA, H.: LA OBJETIVIDAD, UN ARGUMENTO PARA OBLIGAR, 1997.
- MATUS, C.: POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y GOBIERNO.
- MATUS, C.: ADIÓS SEÑOR PRESIDENTE, LOM EDICIONES, 1998.
- MIDEPLAN: "MÉTODOS Y TÉCNICAS DE PLANIFICACIÓN REGIONAL", 1994.
- MINTZBERG, H.: "LA CAÍDA Y EL SURGIMIENTO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA", EN HARVARD BUSINESS REVIEW, ENE-FEB, 1994.
- MINTZBERG, H Y BRIAN, J. : EL PROCESO ESTRATÉGICO, 2ª ED., PRENTICE HALL, 1993
- MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B., LAMPEL, J.: SAFÁRI DE ESTRATÉGIA, 1998.
- ONUSIDA: GUÍA PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE UNA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA, COLECCIÓN DE PRÁCTICAS ÓPTIMAS, 1998.
- OSBORNE, D., T. GAEBLER: LA REINVENCIÓN DEL GOBIERNO, 1994.
- PALMA, A.: DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES, 1993.
- PETERS, T., R. WATERMAN: EN BUSCA DE LA EXCELENCIA, 1982.
- PRAXIS: EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (TABLERO DE CONTROL BALANCEADO) COMO SISTEMA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.
- PNUD: MANUAL DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS
- RODRÍGUEZ, D., ARNOLD, M.: SOCIEDAD Y TEORÍA DE SISTEMAS, 1992.
- SAVATER, F.: ÉTICA PARA AMADOR, 1991.
- SENGE, P.: LA QUINTA DISCIPLINA, 1992.
- SENGE, P., ROSS, R., SMITH, B., ROBERTS, CH., KLEINER, A.: LA QUINTA DISCIPLINA EN LA PRÁCTICA, 1998.
- UNESCO: GESTIÓN INTEGRAL DE PROGRAMAS SOCIALES, 1999.
- UNICEF: EVALUACIÓN DEMOCRÁTICA, DOCUMENTO DE TRABAJO N° 3, 1998.
- VARRELA, F.: ETICA Y ACCIÓN, 1996.



A partir de la campaña "Sentir que nos puede pasar es empezar a cuidarnos", el autor analiza la relación entre comunicación y prevención en general y reflexiona en particular sobre algunos criterios con los que se lleva adelante la estrategia de comunicación de la Coordinación Sida en el marco de la gestión del Gobierno.

# Voces y mensajes en la prevención del VIH

## Sentir que es bueno escuchar es empezar a comunicarnos

LIC. AGUSTIN ROJO

COORDINACION SIDA - GCBA / [coordinacionsida@buenosaires.gov.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gov.ar)

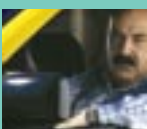
La campaña "Sentir..." ,realizada conjuntamente con la Subsecretaría de Comunicación del Gobierno de la Ciudad, se produce luego de casi cuatro años de gestión y tiene como antecedentes tres intervenciones de menor escala: uso correcto del preservativo (con un interesante rebote en los medios), promoción del test con asesoramiento e integración de las personas que viven con VIH en los ámbitos laboral, educativo y familiar. (Ver [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar))

### Comunicación de una política

Tal como establece el Plan estratégico de VIH-sida de la ciudad, la comunicación tiende al fortalecimiento de la autonomía de las personas para la construcción de ciudadanía. Esta es una opción de carácter técnico-político: no concebimos la comunicación como un dispositivo autónomo basado en mensajes claros y universales sino como un recurso asociado de manera indisoluble a los objetivos estratégicos de la Coordinación y a los mecanismos institucionales puestos en marcha para facilitar el acceso de la población a los recursos (materiales y simbólicos) que necesita para cuidarse.

En este sentido, las campañas mencionadas han tenido como correlato una red de prevención con más de 200 bocas que distribuyen folletos informativos y preservativos, la creación de 14 Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico y una política de trabajo conjunto con personas que viven con el virus, desarrollada en varios hospitales de la ciudad.

Otro elemento fundamental de estas campañas (y del conjunto de las piezas comunicacionales de la Coordinación Sida) es que fueron trabajadas en todas sus etapas junto con la Subsecretaría de Comunicación Social del Gobierno. Esto hace que ya desde el emisor la prevención del VIH se ubique como una política de la gestión en su conjunto. En el caso de la campaña actual, además, se sumaron la



Secretaría de Educación y la Subsecretaría de Derechos Humanos.

### Diversas miradas sobre el VIH-sida

Las representaciones sociales asociadas al VIH-sida condicionan cualquier intervención de carácter comunicativo / preventivo. Estas representaciones varían de acuerdo a los sectores y grupos de pertenencia, las experiencias directas o mediatas de la infección, la calidad de la información con la que se cuenta, entre otros factores.

Un análisis del discurso sobre el VIH-sida en medios de comunicación de Perú<sup>1</sup> (cuyas conclusiones son similares a las de otros estudios hechos en todo el mundo)<sup>2</sup> brinda un esquema interesante para pensar estas representaciones a partir de las "miradas mediáticas". Conviven en los medios miradas indiferentes, compasivas, temerosas y moralistas que convierten al VIH-sida y, fundamentalmente, a las personas que viven con este virus, en invisibles, víctimas, agresoras y culpables respectivamente. La mirada indiferente desjerarquiza el tema al considerar que existen problemas mucho más extendidos que el VIH, que afecta sólo a "unos pocos", lo cual no es difícil de "demostrar" con datos cuantitativos.

La mirada compasiva, en cambio, se hace cargo de la importancia del asunto pero lo aborda desde el dolor de

las personas que viven con VIH a quienes "habría que ayudar". Evidentemente, los problemas que se les presentan a las personas que viven con el virus (centralmente la discriminación) son dolorosos, pero el lugar de desprotección en que este discurso las ubica construye en el otro polo a los protectores (la mayoría), que así estarían fuera del problema.

La mirada temerosa refuerza la idea del peligro agazapado, la enfermedad invisible que espera escondida ("que no te sorprenda", "avisá"). Y llega a lo insoportable con la imagen de la persona infectada que, por venganza, transmite intencionalmente el virus a los demás. Resulta claro que "la gente en general" se ubica del lado de los múltiples amenazados.

Finalmente, la mirada moralista asocia el VIH-sida a comportamientos desviados, alejados de lo normal y lo correcto. Haciendo suyo el discurso de los primeros tiempos de la epidemia, refuerza la estigmatización de homosexuales, usuarios de drogas o trabajadoras sexuales y los hace responsables de su propia infección que, en este sentido, se presenta como un castigo merecido<sup>3</sup>. El crecimiento de la epidemia entre las mujeres y varones heterosexuales —"normales" y "decentes"— es un dato que este discurso no logra reconocer e incorporar. Aun cuando estas miradas parezcan muy diferentes entre



sí, tienen un común denominador: ubicar al VIH-sida en el lugar de lo excepcional, de lo que no es general. En el caso de los medios, esta búsqueda de excepcionalidad se ve exacerbada por la "necesidad de construir una noticia" (que como tal aumenta la verosimilitud de estos discursos).

### Discursos y campañas de prevención

Estas miradas sobre el VIH presentes en los medios reproducen y modelan la opinión pública en general, y el campo de los profesionales de la comunicación y la publicidad en particular. Tanto en su contenido como en su forma. Términos provenientes del discurso médico, como "grupos de riesgo", "enfermos de sida", "contagio", "portador sano" se asocian a otros propios de la crónica diaria, como "víctimas inocentes", "drogadictos", "prostitución", "pandemia", "flagelo". Así, con el objetivo de lograr altos niveles de impacto y recordación (y con mayor o menor conciencia por parte de los creativos), los mensajes de prevención se ven permeados por los prejuicios de la comunidad a la cual se dirigen.

Esta permeabilidad no es obvia ni directa; la reproducción de los estereotipos no es explícita. Por ejemplo, el sistemático énfasis de todas las campañas en el carácter colectivo de la epidemia (nos afecta a todos, un problema de todos, cuidémonos todos, etc.), que es un hecho indudable a la luz de los datos, no hace más que confirmar que para muchos el VIH sigue siendo un problema de algunos. Y veinte años de epidemia (y algunos menos de campañas) enseñan que la reiteración de que "es un problema de todos" no logra modificar esta percepción.

Otro ejemplo. Cuando una publicidad comienza presentando a los "grupos de riesgo" para después, y buscando el impacto, identificarlos con la población general (basta con ser homosexual / basta con ser humano), ¿no reafirma tácitamente la diferencia que pretende borrar? Y a la vez, ¿no borra las diferencias reales que hacen de esas personas colectivos particulares —identidad sexual, condiciones sociales, legalidad o ilegalidad de las sustancias consumidas— reafirmando el estigma que pesa sobre ellas? Sin hacer foco en ninguna campaña en particular, cabría señalar algunos elementos comunes a muchos de los mensajes elaborados desde el comienzo de la epidemia. El primero de ellos es su carácter informativo y racional. La centralidad otorgada a los elementos informativos por sobre los vivenciales y de contexto ha sido una constante. Si bien ha evolucionado desde mensajes en lenguaje absolutamente médico a versiones que se "adaptan" a las particularidades de los públicos destinatarios, en ambos casos los emisores tienen un discurso elaborado a priori sobre las formas de cuidado y, lo que es más significativo

aun, es que cifran sus expectativas en que los destinatarios sepan cómo cuidarse (Si ya lo sabés, hacelo)<sup>4</sup>.

Otro elemento a señalar es el carácter normativo de la mayoría de las campañas. Con un tono autoritario o paternalista, atemorizante o compasivo, e incluso con un discurso de tolerancia y hasta de complicidad (sobre todo en los mensajes elaborados pensando en los jóvenes), la operación de fondo consiste en una indicación de lo que se debe hacer: desde no tener relaciones sexuales hasta usar preservativo, pasando por mantenerse fiel, masturbarse recíprocamente o cubrirse los genitales con un campo de látex para practicar sexo oral. En otro terreno, pero con la misma lógica, se nos indica: "No discrimines". La matriz pseudopedagógica subyacente en este tipo de mensajes, tal como lo señala Peter Aggleton<sup>5</sup>, hace que estas campañas tengan pocas chances de alcanzar sus objetivos.

Un tercer y fundamental elemento de las campañas, cuyas raíces pueden también reconocerse en el discurso médico epidemiológico, es que son campañas de prevención primaria dirigidas a una "población general supuestamente sana". Esta definición genera un doble juego de diferencias: una, respecto de "los enfermos"; otra, respecto de las "poblaciones particulares".

Al dirigirse a los supuestamente sanos estas campañas desconocen que la infección por VIH tiene un largo período asintomático, por lo cual sus destinatarios están lejos de poder establecer categóricamente si son "sanos", infectados o enfermos. Plantear como obvia una diferencia que no lo es no hace más que afianzar la falsa sensación de seguridad de quienes "prefieren creerse sanos" (todo el mundo). Pero además, las personas que sí saben que viven con el virus no por ello pueden adoptar medidas de prevención de manera automática. Al igual que la "población general" —que aun sabiendo que se expone a una posible infección no se cuida—, las personas con VIH también encuentran dificultades para cuidar de su propia salud y sin embargo no son interpeladas por estos mensajes. Y por si hiciera falta recordarlo, las maneras básicas de cuidarse de una infección son idénticas a los modos de prevenir reinfecciones.

Por otra parte, como señalan Parker y Aggleton, la tendencia de los programas gubernamentales a priorizar acciones dirigidas a "reducir el riesgo de infección de la parte de la población conocida como 'población general' suele hacerse a expensas de las poblaciones percibidas como de 'alto riesgo', (...) cuya vulnerabilidad a la infección por VIH es implícita o explícitamente evaluada como menos importante y de prioridad más baja que la de la inocente población general"<sup>6</sup>.

Por último, una de las características de los discursos

## Voces y Mensajes

preventivos (que atraviesa a todas las mencionadas) es su falta de historicidad. El sentido de los mensajes cambia con el tiempo porque cambia la realidad desde y hacia la que se dirigen. Un ejemplo: la promoción del test antes de la aparición de la terapia de alta eficacia era fácilmente asociable a una actitud persecutoria, controladora y originada en el "miedo al contagio" de los supuestamente sanos. Hoy, en cambio, es un recurso que permite un seguimiento médico oportuno de las personas que viven con VIH. De la misma manera, el protagonismo creciente de las personas que viven con el virus, resultado de un desarrollo histórico concreto, enriquece y obliga a modificar sustancialmente el abordaje de la problemática tanto en el terreno preventivo como en el médico asistencial.

### Estigma, discriminación y desigualdad

¿Por qué nuestra campaña "Sentir..." hace eje en la reducción del estigma y la discriminación?, ¿cómo esto se vincula con la prevención del VIH?

Está ampliamente estudiado el efecto recíproco entre la discriminación y el aumento de la vulnerabilidad frente al VIH y, en especial, la estrecha vinculación entre la discriminación y otras formas de fragmentación social<sup>7</sup>.

Los mencionados Parker y Aggleton proponen superar la visión de la discriminación como una actitud individual censurable y señalan la insuficiencia de considerar el estigma como un elemento constitutivo de una naturaleza dañada, en términos de Goffman. Plantean, en cambio, entender que la discriminación es un mecanismo que organiza universos de sentido, refuerza diferencias y oculta desigualdades<sup>8</sup>.

Los elementos no discursivos de la comunicación (la naturaleza de los emisores / receptores, su credibilidad, su historia, sus saberes previos, el marco institucional, la legitimidad / legalidad de las diferentes voces, las expectativas e intencionalidad de los mensajes) se asocian fundamentalmente con relaciones de poder habitualmente naturalizadas.

En este marco, colocar la autonomía como eje de la comunicación de la Coordinación Sida no sólo significa renunciar a los atajos discursivos ("hacé esto", "no hagas aquello") que se han demostrado insuficientes y en muchos sentidos contraproducentes. Implica asumir la complejidad de un proceso de comunicación entre actores reales, histórica y socialmente determinados.

Una vez que desde el discurso oficial renunciamos a las fórmulas imperativas de cualquier tipo —moralistas, normativas, paternalistas, culpabilizadoras o "progres"—, el riesgo está en dar por supuesta [o decretar] la autonomía

de actores sociales decididamente vulnerables. La autonomía no se otorga, la ciudadanía no se decreta. La idea de una comunidad de hombres y mujeres totalmente autónomos es tan irreal como la idea de un mundo de seres absolutamente racionales. Decir "podés retirar preservativos gratis en tal lugar" es mejor que decir "usá preservativo", pero serán el contexto y la manera en que estos dos mensajes lleguen (o no) a quienes los necesitan lo que haga la diferencia. Porque si una comunicación desde "el saber / poder" desvaloriza a los destinatarios convirtiéndolos en una especie de niños grandes, una comunicación que sobrevalora su capacidad de comprensión y de acción, desconociendo sus carencias, puede conducir al abandono de los más débiles.

Esto plantea, en términos estratégicos, ir moviendo el eje desde los mensajes hacia las voces. Dicho para provocar: para la prevención, es más importante un grupo de madres hablando abiertamente de sida en el club del barrio (aunque se equivoquen en muchas de las cosas que digan) que sus hijos repitiendo de memoria las vías de transmisión del virus. Todo mensaje puede ser mejorado, pulido, adecuado una vez que se produjo, pero no se puede mejorar aquello que queda escondido en el silencio y la marginalidad de los más vulnerables<sup>9</sup>.

Decir que la epidemia afecta cada vez más a sectores pobres implica poner a la vista sus dificultades, en tanto pobres, para acceder a los recursos a los que tienen derecho. Saber que la epidemia es cada vez más femenina implica reconocer que las mujeres, en tanto mujeres (en el siglo XXI y en la ciudad de Buenos Aires), siguen teniendo obstáculos reales para ejercer su sexualidad sin poner en riesgo su salud. Decir que, aunque desciende el número de personas que enferman de sida, dentro de las que enferman hay un importante número de usuarios o ex usuarios de drogas implica hacerse cargo de que estas personas no acceden a los servicios de salud que están disponibles para el resto de los pacientes. Saber que muchas de las travestis que viven con VIH llegan a la consulta en una etapa sintomática de la infección supone asumir que los servicios les resultan hostiles o son expulsivos. Saber que entre la población gay la prevalencia de infección por VIH es muy superior a la media de la población general significa aceptar que, aun con el avance en el terreno de sus derechos civiles y a pesar del proceso de heterosexualización y feminización de la epidemia, esta comunidad sigue siendo un colectivo vulnerable.

Estas diferencias de oportunidad, de acceso, de autoridad (en una palabra, estas desigualdades), que determinan en sentido fuerte el posible desarrollo de la epidemia, son las que se ven distorsionadas, ocultas o reforzadas por



los discursos discriminatorios. Como se señaló anteriormente, la discriminación —como el VIH— es un hecho presente en nuestra sociedad, pero además, y aunque resulte incómodo, es parte de la respuesta social a la epidemia. Se trata de un mecanismo que sirve para construir, reforzar o disimular distancias y diferencias dentro de la propia comunidad. Las personas discriminamos, entre otras cosas, para estar más cerca de algunos y más lejos de otros, para sentirnos más seguros, menos amenazados, más protegidos, más aceptados, menos cuestionados<sup>10</sup>. Cuando abordamos la temática del VIH esto es particularmente evidente: cuanto más lejos podamos sentirnos de una realidad que percibimos con temor, y por lo tanto amenazante, más tranquilos estaremos (aunque nuestra seguridad sea falsa).



<sup>1</sup> Ampuero Albarracín, Javier, Acción en Sida N° 41- Octubre / Diciembre 2003, en [www.accionensida.org.pe](http://www.accionensida.org.pe)

<sup>2</sup> Sontag, S. El sida y sus metáforas, Taurus, Madrid, 1989 y P. Treichler "AIDS, homophobia, and biomedical discourse: An epidemic of signification", Cultural Studies, 1:263-305 (citada por Parker et al. op. cit.)

<sup>3</sup> Es posible registrar estos estereotipos en las telenovelas. Ver: Porta, Martín Emilio "¡Esto es la vida real!, ...no una telenovela" Tesis de licenciatura UNCPBA, Facultad de Ciencias Sociales. Olavarría, 2000

<sup>4</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), Communication for Development, Roundtable Report Focus on HIV/AIDS communication and evaluation, NY, 2002

<sup>5</sup> Aggleton, Peter, "Educar el deseo". Trabajo presentado en la 14ª Conferencia Mundial de VIH/sida en Barcelona 2002. Reproducido en la Revista Desidamos, Volumen 1; Año 11, Buenos Aires, julio 2003,

<sup>6</sup> Parker, R. Aggleton, P., Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción. Documentos de trabajo N°9. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad México, DF, 2002.

<sup>7</sup> ONUSIDA Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Material Fundamental, junio 2002.

<sup>8</sup> Op. Cit.

<sup>9</sup> PANOS INSTITUTE, Missing the message? 20 years of learning from HIV/AIDS. The HIV/AIDS Programme. London 2003, en [www.panos.org.uk](http://www.panos.org.uk)

<sup>10</sup> Bourdieu, Pierre. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Taurus, Madrid, 1998.

## HABLAR DE NUESTRA VULNERABILIDAD

Sentir no es lo mismo que pensar o saber. Por eso el énfasis de la campaña está puesto allí, y la aspiración es promover un debate no sobre el sida en general o sobre la discriminación, sino sobre la vulnerabilidad real de quienes nos sentimos más o menos invulnerables. Se trata de una campaña contra la discriminación que no habla de la discriminación, sino que intenta mostrar lo cerca que está el mundo de los supuestamente sanos del de los supuestos grupos de riesgo. Se trata de hacer ver lo cerca que está el mundo de las personas que viven con VIH del de aquellas que no están infectadas. En última instancia se trata de instalar la idea, obvia pero no por ello menos difícil de aceptar, de que no existen dos mundos. Conseguir eso sería en efecto dar un primer paso para disminuir la discriminación.

La fórmula "¿yo podría tener VIH? / sentir que nos puede pasar es empezar a cuidarnos", que a primera vista puede parecer similar al mensaje "el sida es algo que le puede pasar a todos", no dice lo mismo. La campaña busca ubicar el problema en nosotros, en cada uno de nosotros. Pero además, y esto es fundamental, el mensaje sobre la propia vulnerabilidad se complementa con la promoción de recursos vinculados al test, el asesoramiento, la provisión gratuita de preservativos y los lugares donde denunciar conductas discriminatorias. Ambos elementos están indisolublemente asociados.

En este marco, la pregunta "¿yo podría tener VIH?" busca / habilita / permite que se desencadenen otras más concretas y operativas: ¿me hago el test?, ¿pido información?, ¿me compro un preservativo, lo busco gratis? Quien se siente lejos del tema no cree necesario testearse; quien se siente ajeno al problema no usa preservativo; quien cree saberlo todo no pide información. En síntesis: quienes discriminan aumentan su vulnerabilidad al VIH. No lo saben, pero lo hacen.

### Esquema general y aspectos técnicos

La campaña fue instrumentada por las secretarías de Salud, Educación, y las subsecretarías de Comunicación Social y Derechos Humanos del Gobierno.

**Contenido:** Pone el foco en el tema de la discriminación y su relación con el sida. Además de recordar todos los recursos ligados a la prevención.

**Destinatarios:** Se trata de una campaña que pone énfasis en el público joven, aunque permite ser comprendida por todos los públicos.

**Canales:** la campaña se articula en dos dimensiones.

1) Comunicación institucional en forma de:

- Pieza para televisión
- Publicidad gráfica
- Publicidad en vía pública
- Folletos
- Video para pasar en discotecas y en el Festival Quilmes Rock

2) Realización de un concurso de historietas sobre discriminación y sida con alumnos de escuelas secundarias públicas y privadas. Para llevar adelante este proyecto, los chicos recibieron materiales de consulta preparados especialmente y una clase de la historietista Maitena sobre el tema. También se brindó a los docentes bibliografía actualizada sobre la problemática del VIH-sida y la discriminación. Otra actividad de apoyo a la realización de las historietas fue la proyección a docentes y alumnos de películas en las que se trata la discriminación, con un posterior debate con el dibujante Lucas Nine.

La campaña implicó la realización de acuerdos con la Cámara de Discotecas (a las que concurren entre 800.000 y 1.000.000 de jóvenes por mes), la cadena de cines Hoyts y las distribuidoras Warner Fox y Stantic Producciones, que cedieron y proyectaron las películas respectivamente, además de la colaboración desinteresada de Maitena, Nine y Roberto Fontanarrosa, quien autorizó la reproducción de un artículo suyo sobre la realización de historietas y dos tiras de Inodoro Pereyra en el material distribuido a los estudiantes.

### **Pieza para televisión**

El spot presenta una serie de personas provenientes de distintos sectores sociales y de diferentes edades que se preguntan: "¿Yo podría tener VIH?" (excepto uno que afirma "Yo vivo con VIH").



El tono de la pregunta no es dramático, sino que busca reproducir un momento de introspección, el examen de una posibilidad. El spot apunta a que el público se formule la misma pregunta. Es una invitación a hacerlo. El slogan de cierre sintetiza esta idea: "Sentir que nos puede pasar es empezar a cuidarnos". El plural inclusivo construye un colectivo que nos comprende a todos y se articula con el eje conceptual de la campaña, que es la discriminación.

Los cinco personajes y situaciones retratados son: un taxista de mediana edad, un ama de casa joven de clase media-baja y su hijo de unos cinco años, una profesional de más de cuarenta en su trabajo, un joven de unos treinta años que hace gimnasia en un parque y un adolescente de entre quince y dieciocho años que habla por teléfono.

Se destaca del resto la profesional, quien dice: "Yo vivo con VIH". La decisión de que este personaje viva efectivamente con el virus responde a que son escasas las veces en que la comunicación sobre sida se dirige al público femenino adulto, aun cuando es conocida su vulnerabilidad.

El spot se cierra con una placa en la que aparece una línea telefónica gratuita que brinda información sobre lugares de denuncia por discriminación, realización del test de VIH y distribución gratuita de preservativos.

**A.R.**



La epidemia de VIH-sida ha sacado a la luz aspectos de la realidad largamente silenciados u ocultos. Y aunque los más evidentes se refieren a la sexualidad, hay otros, no menos importantes, como la asociación entre pobreza, vulnerabilidad social y enfermedad, que obligan a repensar las identidades y formas de trabajo del conjunto de las instituciones públicas y comunitarias involucradas en esta tarea. Una escuela pública ubicada en un barrio pobre se abre a la comunidad, escucha sus

necesidades y se topa allí con la realidad del VIH. Por su parte, una fundación dedicada a la prevención del sida sale al terreno y encuentra a personas sin trabajo y acuciadas por la necesidad. Infosida entrevistó a Eugenio Perrone, director de la escuela, y a Alejandro Freyre, presidente de la fundación. En ambos testimonios se destacan la capacidad de escucha y la plasticidad de las instituciones para organizar respuestas creativas a realidades complejas.

## Eugenio Perrone, director de la EMEM N° 3

# “La escuela no tiene un dueño, es de todos”

MALALA CARONES

COORDINACION SIDA - GCBA / [coordinacionsida@buenosaires.gov.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gov.ar)

En el Barrio Illia se lleva adelante un proyecto de prevención del sida<sup>1</sup> cuyos protagonistas son un grupo de alumnos de la EMEM N° 3, una escuela creada en 1996 y que, desde entonces, articula sus actividades con distintos actores comunitarios. Eugenio Perrone, su director, recorre en esta entrevista algunas de estas experiencias de intercambio comunitario.

### ¿Cómo llega a la escuela la inquietud por trabajar el tema del sida?

Recuerdo la muerte del padre de un chico. Primero decían que murió de tuberculosis, después decían que de sida y es probable que haya sido así. Después fuimos sabiendo de otros fallecimientos, y nunca nadie lo decía, pero después te enterabas de que había sido por sida. Por eso lo que me interesaba era abrir el tema, que hubiera un espacio donde hablar de eso, porque aunque es algo instalado y las estadísticas lo demuestran, no es algo de lo que la gente se haga cargo.

### ¿Cómo hicieron?

Empezamos con los profesores de biología y los que podían hablar de prevención. Algo que sirvió como antecedente fue que, como teníamos alumnas con bebés, adelantamos el tema del cuerpo humano, que estaba en el programa de 2º año, al de 1º. Y a partir de ahí, siempre se hicieron talleres sobre sexualidad, prevención del embarazo y maternidad. Ahí empezamos a hablar del preservativo. Después supimos de algunos casos entre los alumnos y surgió el tema de hacer algo con el asunto del sida. Yo decía antes “me interesó”, pero no soy el único. No es algo que yo generé sino que salió de conversaciones.

### ¿Y a los chicos les interesa?

Sí. Nadie dice “a mí me pasa tal cosa con el sida”, pero se habla. En los talleres los pibes siempre hacen preguntas. Son de interés general, sobre personas indefinidas, no te hablan de sí mismos, pero se ve que el tema está en el aire.

### ¿Esas actividades empezaron con los chicos del colegio y después se extendieron?

Hace tres años, financiado por la Fundación Medicina

Comunitaria, Gabriela Bilbao dio un taller del que participaron alumnos de la escuela y gente del comedor Santa Rita, del Barrio Rivadavia. Esa “mezcla” de alumnos y adultos de una institución barrial fue muy buena. El año pasado estuvieron dando apoyo escolar y lo que se logró con algunos pibes fue muy interesante. Más adelante apareció el concurso del Fondo Global, y están trabajando desde septiembre del año pasado. Trabajaron todo el verano y hace poquito empezó la etapa de recorrer las instituciones del barrio. Pero antes de eso pasaron por los 21 cursos de la escuela haciendo los talleres.

### ¿Y en qué otras actividades se vinculan con las distintas organizaciones comunitarias?

Una de las primeras cosas que hubo fue una reunión de las instituciones que nos dedicamos a los adolescentes. De allí surgió el proyecto “Adolescentes del Bajo Flores”, que fue aprobado por la Legislatura, tiene fondos y a través del que se dan talleres en varias instituciones, sobre todo en COPA (Cooperativa de Producción y Aprendizaje), sobre construcción, motores, oficios, etc. Después se agregaron los del área cultural: periodismo, murga. Acá, en la escuela, hay de apoyo escolar, de computación, y en la radio hay uno de radio.

Nos empezamos a reunir en el 96, el proyecto se aprobó en el 97 y empezó a funcionar en el 98. Eso existe desde entonces y quedamos enganchados, nos reunimos, intercambiamos información, nos asociamos para cosas. Por ejemplo, durante varios años el festejo del Día del Niño del barrio se hizo en la escuela. También funciona una colonia los sábados, que es para chicos de 5 a 12 años. Hace poquito se hizo acá una obra de teatro, “Ensayos sobre sida”, donde había un actor profesional —el director, que fue enviado por la Secretaría de Cultura— y el resto eran vecinos agrupados por los centros de salud 20 y 32.

<sup>1</sup>Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Proyecto “Yo zafo, tu zafas... nosotros zafamos del VIH-sida”. Comprende dos líneas de acción complementarias: la formación de veinte jóvenes como multiplicadores de salud y la creación de talleres de comunicación gráfica, radial y audiovisual para la producción de materiales que den cuenta de la experiencia y expresen contenidos específicos sobre la prevención del VIH-sida.



## Prevención en el ámbito comunitario

### ¿Y con otras instituciones de gobierno?

Trabajamos fundamentalmente con la Secretaría de Educación, con Educación No Formal hay un par de talleres y los talleres del proyecto adolescentes los paga Promoción Social. También está el tema alimentario: no repartimos bolsones pero conseguimos que algunos los reciban. En el último mes nos enteramos de cuatro casos de desnutrición y nos ocupamos de conseguirles los subsidios y los refuerzos. Con Aldo Pagliari, jefe del Centro de Salud N° 20, estamos siempre en contacto, aunque menos de lo que nos gustaría a los dos. Aparte, por un acuerdo entre Salud y Educación, se hacen pasantías administrativas entre varios hospitales y escuelas; a nosotros nos toca el centro 20, así que hay alumnos nuestros haciendo su pasantía en el centro. También les llevamos casos cuando pasa algo. Además vienen a hacer la libreta sanitaria. Digamos que lo que pasa es que tenemos "clientela común" con varias instituciones.

### Es muy interesante este nivel de intercambio.

Sí, de todos modos no es permanente. Existe un espacio de reunión mensual que es la Red del Bajo Flores, pero ahí... digamos que somos todos "carapálidas" y pocos vecinos. Igualmente, como mesa de intercambio de información sirve, y algunas cosas se acordaron allí, pero lo que más funciona es la red informal.

### ¿Cuál te parece que es el papel de la escuela, esta escuela, en esa red?

La escuela es uno de los pocos espacios públicos del barrio, el centro de salud también, pero después son todas instituciones comunitarias, que para que funcionen tienen que tener un dueño, con lo bueno y lo malo que eso tiene. El espacio público no tiene un dueño y la escuela es la instalación más amplia que hay en el barrio. Entonces viene mucha gente, por ejemplo a jugar al fútbol fuera del horario de clase. Se usa el comedor —que es muy grande— para distintas actividades: la comisión de derechos humanos, el taller de artesanía, de serigrafía, las reuniones de los Repiola [ver recuadro], cosas que no son de la escuela pero que funcionan acá.

Justamente como no hay muchos espacios públicos, es bueno que esto sirva. Todo el que viene te hace ver algo del barrio, los códigos, las necesidades... En principio, creo que eso ayuda a que la escuela se adapte a las necesidades de

esta comunidad. Y además es algo que funciona espontáneamente, no es una relación organizada. En este momento, a mí me preocupa eso, poder organizarlo como un proyecto, como el proyecto de esta escuela, que incluya los vínculos con la comunidad, el tipo de educación que quiere o necesita y adaptar la estructura escolar a eso... Quisiera dejarlo por escrito, porque supongo que en algún momento me iré y estaría bien que quede por escrito. Por ejemplo, el tema emprendimientos: acá intentamos pero todavía no se produce... Parte de lo que falta es una relación más estrecha entre los docentes y los vecinos, hay que organizar eso.

### ¿Y hay disposición de los docentes y de los vecinos?

Y sí, pero las condiciones de trabajo no ayudan. Algunos tienen mucha disposición, otros menos. Si logramos que los que tienen más concreten algo que los demás vean, eso puede empujar al resto.

### Y en el proyecto "Yo zafo...", ¿cómo trabajan con los chicos?

Están los que armaron el proyecto, los adultos, que vinieron de afuera, y los pibes, que cobran una retribución por distintas actividades. Ahora mismo están dando un taller acá enfrente (el comedor Mate Cocido), que es abierto al público, hay chicos y grandes... Los chicos que dan estos talleres de prevención son todos de la escuela, menos uno que es el novio de una de las chicas. Primero se hizo con los chicos del colegio. Esos chicos fueron capacitados a través del proyecto y después participan de distintas actividades haciendo sus talleres (una ONG organizó un kiosco sobre el tema sida en la Feria del Libro y ahí se sumaron con chicos de otras escuelas, ahora los llamaron para una reunión en el Colegio de Abogados para hacer lo mismo en la Facultad de Derecho, etc.). Y reparten preservativos y folletos; acá lo hicieron durante el verano en la feria Bonorino y la del Barrio Illia.

### ¿Qué es lo que más te gusta de este trabajo en la escuela?

La variedad de gente. A mí me pagan por hablar y escuchar, y yo hablo y escucho todo el tiempo, con gente de lo más diversa. Los alumnos, que tienen una variedad enorme de problemáticas y de talentos; los docentes, los vecinos, la gente de otras instituciones.





### Los Repiola

"Ramón tenía unos 20 años, se había escapado de un instituto y al tiempito vino de visita al barrio. Hace un año lo mató un conocido después de una pelea. El era ex alumno de la escuela, pero venía siempre a comer acá y eso a veces generaba problemas con algunos docentes a quienes eso no les gustaba. Pero en la escuela estaba Patricia, una vecina que venía por la colonia de los sábados y que lo dejaba pasar a comer. Ella también tenía un hermano que cursaba acá, que era un quilombero. Primero la conocí retando al hermano, después por la colonia.

"Cuando murió Ramoncito, hablamos con Patricia de que habría que hacer algo con esos chicos, juntarlos. Y yo decía 'habría, habría...', y ella los juntó. La mayoría, son ex alumnos de acá... Nosotros los bautizamos los Ramoncitos, pero después de un par de reuniones, donde discutieron entre ellos, dijeron que ese nombre no les gustaba y eligieron Repiola. Empezaron a reunirse para hacer huerta en los terrenos de alrededor de la escuela. La mantuvieron todo el verano: 35 grados de calor y ellos ahí trabajando... Un milagro que sólo Patricia puede conseguir y ella misma no puede explicar cómo lo logró.

"Uno de los que vienen perdió al hermano en un asalto, otro estuvo agonizando después de un tiroteo. Cada uno tiene su presente, sus amigos, una historia de la que viene y de la que quiere de alguna forma salir, sin saber mucho cómo o hacia dónde, pero creo que lo que reúne al grupo es eso: el intento de hacer otra cosa. Algunos pudieron sostener esto con el tiempo, pero otros no."

A Patricia y a Eugenio les pareció que era importante acompañar al grupo. Y en ese acompañamiento vieron cómo los chicos efectivamente encontraron alternativas: recibieron capacitaciones, hicieron la huerta y sueñan con un microemprendimiento de carpintería para el que están preparando un proyecto. Pero, a su vez, se encontraron con que ellos también habían cambiado, porque el mismo espacio institucional, la escuela, que en algún momento había expulsado a esos alumnos, ahora les abría las puertas otra vez, pero con una propuesta diferente: construir un espacio juntos.

## Alejandro Freyre, presidente de la FBAS “Poner la oreja para escuchar las demandas”

### La prevención del VIH, punto de partida...

Cuando comenzó su trabajo, en 1996, la Fundación Buenos Aires Sida se dedicaba sobre todo a proyectos de prevención del VIH para jóvenes —en discotecas y escuelas—, y a la atención telefónica de consultas sobre sida. Su ubicación en el barrio de Constitución permitió a la población travesti de esa zona acercarse a retirar preservativos. El crecimiento de esta demanda les planteó la necesidad de abrir un área especial de diversidades sexuales en la fundación. En 1999, gracias a la donación de un particular y al aporte de la Coordinación Sida, la FBAS alquiló un departamento en plena zona roja de Constitución, y así aumentó la accesibilidad de las chicas travestis a sus actividades y servicios. Terminado ese financiamiento, y tras discutirlo en el equipo de gestión y con algunas de las chicas, consideraron imprescindible mantener un local en el área donde las travestis desarrollan actividades sexuales. Desde entonces, la FBAS alquila una habitación en el Hotel Toledo (Av. Pavón 1675, habitación 2) desde la que trabaja en prevención con este sector. Dice al respecto el presidente de la FBAS, Alejandro Freyre: “Las chicas nos ayudan a sostener esta tarea que a su vez las ayuda a sostenerse a ellas. Con la Coordinación Sida hicimos un acuerdo que nos permite distribuir 15 mil preservativos por mes. El Programa Nacional también nos da, pero menos y con muy poca frecuencia; nos cuesta un montón, pero los pedimos porque corresponde y porque hay muchas chicas que vienen del Conurbano. Independientemente de que la ciudad sea solidaria, corresponde que Nación ponga su parte. Además, parte de nuestra tarea es que las políticas públicas incluyan a estos grupos en su presupuesto, en su planificación”.

### Mate, charla y proyectos

La fundación recibió, mediante un convenio de tenencia precaria con la Secretaría de Descentralización, a través de la Dirección General del Inmueble, un local en el barrio de Flores (Av. Juan B. Alberdi 2509).

A medida que se afianzaba el vínculo con las travestis, se hizo manifiesto que una gran mayoría de ellas prefería no realizar actividades sexuales a cambio de dinero. “En un momento dejaron de venir sólo a buscar forros para venir a buscar forros y de paso tomar un mate —continúa Freyre—; en estas charlas extraordinarias, de a siete, cinco, o tres, empezamos a hablar de género, de identidad, de derechos humanos, de la necesidad de estar documentadas, de

votar. Y ahí hubo chicas que empezaron a decir: ‘Cuando sepas de un trabajo de limpieza, avísame’.”

Inquietudes de orden similar se habían generado entre las trabajadoras sexuales agrupadas en la ONG AMMAR. Ambas organizaciones presentaron entonces a la Dirección de Nuevos Roles Laborales un proyecto de capacitación del que resultaron beneficiarias 50 personas. La mitad de ellas (agrupadas en AMMAR) comenzó una capacitación en costura y el resto (las chicas travestis reunidas en la FBAS) participaron de cursos de peluquería. El proyecto —de seis meses de duración— dispone un sueldo de 200 pesos para cada una de las beneficiarias y 5.000 pesos para que la organización adquiriera los materiales necesarios para aprender, practicar y desarrollar sus tareas de modo gratuito.

A partir de esta experiencia y de la confianza generada, algunas chicas se incorporaron como voluntarias a la fundación: “El tema fue poner la oreja y recibir demandas diversas; ahí apareció lo del DNI (unas 50 chicas no lo tenían y a través de un contacto con el CGP vinieron a hacérselos, gratis y en el día, y les respetaron en las fotos su identidad de género). Después se incorporó una voluntaria travesti por día en cada uno de los dos locales (Flores y Constitución). Así, estas diez chicas comenzaron a integrarse a nuestras capacitaciones y nosotros a tener información fresca y cotidiana de sus historias de vida, de lo que quieren, de lo que anhelan, de lo que sienten, de lo que les sirve trabajar en la fundación, e incluso en sus familias y para su autoestima”.

Algunas de estas promotoras se sumaron al trabajo de prevención secundaria de la FBAS y participan de las visitas a las chicas internadas en el Hospital Muñiz. “Se fueron metiendo en todos los proyectos de la Fundación —continúa Freyre—; de hecho han venido como capacitadoras a dar charlas en comedores comunitarios. Se sintieron seguras para ir y hacer eso, y tuvieron un éxito increíble: tuvimos que volver cuatro veces más porque conseguían más gente que quería ir a escucharlas.”

Alejandro sigue enumerando una serie de actividades que la fundación realiza con diversos actores sociales (organismos gubernamentales y no gubernamentales) y recursos (subsídios y donaciones): “Para acceder a ciertos recursos del Estado, hace falta información epidemiológica que justifique la necesidad de determinadas intervenciones, la ausencia o insuficiencia de alguna política pública o datos que muestren



la urgencia de crearlas o flexibilizarlas. Pero también es fundamental contar con chicas travestis en el equipo de la fundación que puedan dar continuidad a esta gestión. Nosotros estamos en ese tipo de articulación y de intercambio, de cooperación y de trabajo en red. Todo el tiempo y con todo, con todo lo que se pueda”.

### **Salud integral y acción multisectorial**

El sostenimiento en el tiempo de este tipo de práctica permite que la información sobre los recursos, financieros o institucionales, fluya entre los grupos que trabajan de manera articulada.

Actualmente, con el acompañamiento de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad y gracias a la gestión con la Dirección de Política Alimentaria, la FBAS ha comenzado a entregar bolsos de alimentos a 60 travestis. La distribución de estos bolsos es independiente de la condición serológica de las personas que los reciben, y aquí es donde se hace evidente cómo se entrecruzan distintas necesidades y expectativas: “Nos cuesta poner un cartel en la puerta con el nombre de la fundación porque muchas chicas sienten que no van a tener clientes si las ven entrando a un lugar que dice ‘sida’. Este es un estigma que todavía está muy presente, y no todas las travestis están infectadas. De hecho, nosotros trabajamos para que no se infecten”. Como una síntesis del camino recorrido por la fundación, desde la prevención del VIH hacia la búsqueda de respuestas a problemas asociados a la epidemia (que crece en los sectores más pobres y de mayor vulnerabilidad), Freyre afirma: “Creo que aunque acaso no lo tuviéramos tan claro desde un principio, las acciones nacen y se potencian bajo los conceptos de salud integral y respuesta multisectorial. Es un trabajo arduo porque hay que golpear muchas puertas, y aunque no sean todos los necesarios, los recursos existen y hay que tratar de sacarles el mayor provecho posible”.

**M.C.**

# Trabajo en red en los laboratorios

## Recuperar la relación cotidiana para llevar adelante proyectos grupales

LIC. SARA EICHENBAUM

**La transversalidad y complementación de los diferentes efectores del sistema de salud permite optimizar la oferta de servicios. Pero además, y fundamentalmente, es una de las herramientas para mejorar las condiciones de accesibilidad de la población a los servicios. En esta nota se hace un breve relato histórico del desarrollo de la Red de Laboratorios y se detallan algunas de las intervenciones y resultados de esta gestión, en el marco de la Coordinación Redes de Salud.**



La Secretaría de Salud dio existencia formal a las redes en 1996. Por medio de la resolución 361 se invitaba a servicios e instituciones a adherir de manera voluntaria al nuevo sistema. En 2002, la resolución 1.421 reglamentó el funcionamiento de las redes existentes y creó algunas nuevas; y en 2003, mediante la resolución 1.006, se definió la transversalidad y complementariedad del sistema, regionalizando geográficamente las prestaciones y estableciendo sus niveles de atención.

### Antecedentes y diagnóstico de situación

La red de laboratorios depende de la Coordinación de Redes de Salud. Si bien no se dispone de registros previos a noviembre de 2002, se ha podido relevar una serie de antecedentes históricos que fueron configurando un cuadro más parecido a un archipiélago que a una red. Se detallan a continuación algunas particularidades de este proceso de atomización.

Durante la década del 80 existía una importante cantidad de equipamiento que al poco tiempo de incorporado se encontraba fuera de uso, debido a lo errado de los criterios de selección para su adquisición. En general, no se había evaluado su capacidad técnica, su exactitud o su impacto diagnóstico. Más tarde, al comenzar la década del 90, se desarticulaban los departamentos de Electromedicina de los hospitales y se tercerizaban los servicios de mantenimiento, con lo que se desperdiciaban la experiencia e idoneidad adquiridas previamente.

En otro orden, la incorporación de aparatología por comodato generaba diferentes problemas: creaba situaciones de dependencia técnica (instrumentos diseñados para ser utilizados exclusivamente con reactivos de una determinada marca) cuyo correlato era una dificultad en la continuidad organizativa y en la política de gestión, y además



dificultaba la conexión de los instrumentos automatizados a la red informática de los distintos laboratorios.

Por otro lado, la existencia dentro de cada hospital de diferentes laboratorios —que duplicaban tecnología y superponían su acciones con el laboratorio central— provocaba la repetición de tomas de muestras a un mismo paciente.

Es fundamental señalar que la propuesta de complejización de los procesos diagnósticos y el desarrollo de las especialidades partió de los servicios hospitalarios y del impulso de los profesionales de esos servicios, y no de una evaluación de los requerimientos y prioridades a través de una planificación integral. Así se fue delineando la oferta de servicios sin tener en cuenta la demanda, o sea: sin evaluar el perfil de la población atendida en cada hospital.

El resultado de estos múltiples déficit fue lo que podríamos llamar una descentralización anárquica.

### Un giro virtuoso

En este contexto, en el que además no existía una tradición cultural y organizacional que permitiera consensuar y compartir una política de recursos humanos para dar sustento a programas orientados a problemas específicos, la Secretaría de Salud perdió su capacidad monopsónica. Esto ocasionó variaciones en los precios de compra de reactivos en los distintos efectores que, sumadas a la crisis económica de 2001, causaron un verdadero caos. Por estos antecedentes y para dar un giro virtuoso al sistema, se decidió implementar una política organizacional orientada al usuario.

Hablar de una política orientada al usuario significa hablar de accesibilidad, equidad y calidad de atención en la gestión, en términos del derecho a la salud de la población

garantizado por la Ley Básica de Salud. La ley también menciona la utilización eficiente de los recursos y la inversión en salud. Su implementación, que es la reafirmación de un derecho constitucional, constituye entonces una obligación por parte del sistema.

A partir de un viejo esquema de regionalización denominado Sistemas Urbanos de Salud (SUS), que divide la ciudad en cinco áreas (norte, sur, este, oeste y centro), se evaluó que era posible satisfacer casi todas las prestaciones diagnósticas dentro de cada una de estas regiones y que, a su vez, todas ellas contaban con por lo menos un efector de la más alta complejidad. La estrategia fue complementar los efectores de diagnóstico y tratamiento mediante la creación de circuitos de derivación que integran a todos los hospitales, centros de salud y centros médicos barriales. Se organizaron entonces las redes de acuerdo a las especialidades diagnósticas (virología, endocrinología, inmunología, bacteriología, parasitología, micología, química clínica y pesquisa neonatal).

Cabe señalar algunas características de las redes que las convierten en una opción política estratégica para la gestión. Las redes recuperan los valores de la relación cotidiana y son una herramienta efectiva para llevar adelante proyectos grupales, en el barrio, en la comunidad. Se trata de construcciones participativas donde se recrean a nivel institucional vínculos que, en muchos casos, habían sido personales (como también habían sido personales algunos obstáculos). En ese sentido, para trabajar en red es necesario considerar las dificultades y ventajas de las distintas "culturas" de cada unidad de atención y de las personas que las representan, a fin de lograr la integración en un único sistema prestacional.

### Programa de Pesquisa Neonatal (PPN)

Este programa garantiza diagnóstico y tratamiento gratuitos para la enfermedad de Chagas y sífilis congénitos, fibrosis quística, hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria. Su misión es prevenir el daño potencial ocasionado por estas enfermedades, mediante su diagnóstico precoz al momento del nacimiento. Comenzó a funcionar el 1º de diciembre de 2000 como estrategia de atención primaria de la salud. En una primera etapa, se implementó la pesquisa de fenilcetonuria e hipotiroidismo, y luego se incorporaron las otras patologías. Mediante un trabajo en red y a través de un abordaje perinatólogo con criterio epidemiológico, se organizó un programa de prevención y atención de estas patologías inaparentes en madre e hijo, a través de su entrada al sistema: maternidades y servicios de neonatología.

Se organizaron tres niveles de atención: etapa preanalítica (toma de muestras), analítica (prácticas de la laboratorio) y post analítica (confirmación de casos y tratamiento), y se elaboró una guía consensuada para el desarrollo de diagnóstico y tratamiento. A través de esta intervención se incrementó la cobertura del 47,5% al 99,6%.

#### • Hipotiroidismo y fenilcetonuria:

Nº de nacimientos 2000 / 2003: 87.724  
 Nº de muestras: 87.458 (cobertura 99,7%)  
 Casos de hipotiroidismo: 37 (frecuencia: 1/2.364)  
 Casos de fenilcetonuria: 4 (frecuencia: 1/21.865)

#### • Fibrosis quística:

Nº de nacimientos Dic. 2002 / Nov. 2003: 30.286  
 Nº de muestras: 30.082 (cobertura: 99,3%)  
 Casos confirmados: 3 (frecuencia: 1/10.027)  
 Casos potenciales: 3 (frecuencia: 1/10.027)

#### • Chagas:

Nº de nacimientos 2003: 28.135  
 Nº de muestras: 27.333 (cobertura: 99,6%)  
 Diagnóstico en madres: 913 (frecuencia 1/30)  
 Diagnóstico en recién nacidos: 19 (transmisión vertical 1,4%)  
 Diagnóstico en otros hijos de las madres reactivas: 25 casos

#### • Sífilis:

Nº de nacimientos 2003: 28.135  
 Nº de muestras: 27.994 (cobertura 99,4%)  
 Diagnóstico en madres: 301 (1,1%)  
 Diagnóstico en niños: 143 (47,5%)

### El 100% de los casos detectados se encuentra bajo tratamiento.

#### • Otros resultados en cifras:

2.633.200 análisis mensuales  
 40% de aumento en las prácticas desde 2002  
 2.900.000 pesos de ahorro durante 2003

### Algunos resultados

Desde el punto de vista práctico, es posible enumerar una serie de resultados de esta nueva modalidad de gestión. Entre otros, la normatización de la toma de muestras —y la incorporación a esta normatización de todos los centros de salud y centros médicos barriales— y las derivaciones, y la elaboración del correspondiente Manual. También se publicó en la Intranet (<http://10.10.1.51>) la información sobre regionalización de las prácticas, circuitos de derivación de muestras según especialidad,

manuales de toma de muestras para prácticas especializadas y la implementación del programa de pesquisa neonatal. Además, se optimizaron los recursos a través de la compra centralizada de insumos de uso masivo en las redes (descartables, reactivos para hemograma, frascos de hemocultivo) o de gran valor agregado. Un ejemplo de este último tipo de compras es el de las bolsas de alimentación parenteral neonatal. La adquisición por hospital de este insumo se había realizado a precios que variaban entre los 119 y los 169 pesos por unidad; la última compra centralizada se realizó a 54,50 pesos cada una.

# Unidad de Virología del Hospital Muñiz

## ARTICULANDO REDES

BIOQUIMICA MARIA BELEN BOUZAS<sup>1</sup>

Una de las primeras actividades que organizó la Coordinación Sida fue el encuentro de planificación estratégica, cuya duración fue de tres días. El mismo fue coordinado por el licenciado Luis Toro Papapietro de reconocida experiencia en este terreno (ver nota en página 26). A dichas jornadas asistieron representantes de todas las áreas involucradas con la temática sida y su producto fue un Plan Estratégico para la ciudad de Buenos Aires. Si bien esto constituyó un gran esfuerzo para todos los participantes, fue una experiencia muy enriquecedora ya que permitió comprender la necesidad de que se articulen todas las áreas para que un programa, con una misión clara, funcione. Esto que parece muy obvio —sobre todo cuando se lleva años trabajando en el tema—, en la práctica cotidiana nunca se había visto plasmado, lo que abría interrogantes sobre los recursos invertidos.

La Unidad de Virología del Hospital Muñiz es el Centro de Referencia Municipal de sida desde hace muchos años y dispone de la tecnología necesaria para cubrir el diagnóstico serológico, el monitoreo y seguimiento de pacientes a través del dosaje de carga viral y el diagnóstico pediátrico. Cabe aclarar que con el término “tecnología” no sólo se alude a la disponibilidad de equipamiento, sino también a la capacitación y formación de los profesionales que los operan. Dado que durante años la Unidad de Virología ha asesorado al programa de sida de nuestra ciudad, los distintos reactivos comerciales son evaluados en el laboratorio antes de ser incorporados por la Coordinación. Además, desde hace casi tres años es uno de los centros efectores del Ministerio de Salud para la realización de carga viral de pacientes adultos y, en lo que se refiere al diagnóstico y seguimiento de pacientes pediátricos, se encuentra abierto a todos los hospitales del GCBA que así lo requieran.

En el ámbito que comprende la serología para VIH, una preocupación compartida con la Coordinación Sida era conocer cómo se estaba llevando a cabo el diagnóstico en los distintos laboratorios de nuestros hospitales. Para ello, la

Unidad de Virología elaboró una encuesta que se denominó “Relevamiento Operativo de Diagnóstico de VIH”, que fue enviada a 16 laboratorios representados en la Red de Virología y fue respondida voluntariamente por 13. En la misma se relevó la siguiente información:

- Equipamiento
- Circuito de adquisición de insumos
- Recursos humanos: cantidad y formación del personal dedicado a la tarea
- N° de pacientes / N° de determinaciones
- Algoritmo diagnóstico seguido por el laboratorio
- Control de calidad
- Elaboración de informes y entrega de resultados.

La Red de Virología hizo una devolución de los resultados de dicha encuesta en un encuentro que contó con la presencia de integrantes de la Coordinación Sida. De la información recogida y el rico debate posterior, existen por lo menos tres puntos en los que querría detenerme porque se refieren a situaciones en las que rápidamente se detectaron cambios o que requieren acciones a futuro:

1. Circuito de insumos: algunos laboratorios desconocían que el GCBA —a través de un Programa o de la Coordinación Sida— disponía de reactivos para el diagnóstico serológico. Aquellos que sí conocían la existencia de recursos, suponían que se obtenían a través del Programa Nacional.
2. Recursos humanos: la mayoría de los profesionales a cargo de la tarea mencionaba haber realizado cursos teóricos y de poca duración. Por el contrario, muy pocos profesionales habían realizado pasantías en algún centro.
3. Elaboración de informes y entrega de resultados: estos fueron los puntos donde mayor diferencia hubo entre los distintos laboratorios. Se utilizan distintos criterios para el volcado de los datos personales de los pacientes; en algunos casos se consigna la técnica y el criterio de confirmación empleados; y, sorprendentemente, algunos laboratorios entregaban resultados a los pacientes.

Si bien no tenemos realizada una segunda encuesta, se detectaron algunos cambios en lo que se refiere al circuito

<sup>1</sup> Coordinadora Responsable de la Unidad de Virología del Hospital Muñiz.

Coordinadora de la Red de Virología. Miembro del CATA de la Coordinación Sida



de insumos: los laboratorios realizan pedidos o reclamos de reactivos directamente a la Coordinación; se logró una mayor comunicación entre los laboratorios; en la Unidad de Virología aumentaron las consultas de otros centros con respecto a resultados que generaban dudas —considerando que debían ampliarse los estudios con respecto a un determinado paciente—; la derivación y la consulta, en la mayoría de los casos, es determinada o guiada por el laboratorio y no solamente por el médico. Además, uno de los 13 laboratorios encuestados decidió solicitar una pasantía por la Unidad de Virología.

El objetivo de esta primera encuesta era conocer la situación con respecto al diagnóstico serológico de VIH, a fin de unificar criterios y dar un alto grado de confiabilidad del resultado en todos los laboratorios de nuestros hospitales. Para ello, además de realizar la segunda encuesta, se encuentran en preparación un sistema de pasantías anuales y/o visitas a cada laboratorio, la realización de controles de calidad y la redacción de las Recomendaciones de Diagnóstico de VIH.

Siendo efectores del Ministerio de Salud para los estudios de carga viral de VIH, la articulación con aquellos hospitales de zona sur de la ciudad ha sido una tarea conjunta entre los laboratorios, la Coordinación Sida y la Unidad de Virología. De acuerdo a un instructivo de toma y transporte de muestras, estas son recolectadas por cada laboratorio y enviadas a Virología, los trámites de autorización son ges-

tionados a través de la Coordinación y los resultados vuelven al laboratorio que tomó las muestras a través del correo pertinente. El grado de cumplimiento frente al instructivo enviado fue muy alto: se respetaron las condiciones de recolección, identificación y envío de muestras, así como de la documentación necesaria para su correcta facturación al Ministerio.

La Red de Virología —a través de su Manual de Toma de Muestras y Derivación— sirvió también para que aquellos hospitales cuyo centro efector no era nuestro laboratorio se informaran sobre dónde se hacían los estudios de sus pacientes. En estos casos se detectó una falta de comunicación con el servicio de Infectología correspondiente. De la misma manera que lo descrito anteriormente, se acordó un mecanismo para la derivación de muestras con solicitud para diagnóstico o seguimiento pediátrico. La base de datos de la Unidad de Virología ha sido puesta a disposición de la Coordinación.

Finalmente, cabe decir que todo lo mencionado compromete el trabajo y esfuerzo de muchísimos integrantes del sistema de salud. Las redes son una estrategia importante y válida en términos de gestión, pero es clave recordar, para que lo desarrollado no recaiga en voluntades personales, que las redes se sostienen a través de la comunicación. Por eso, resulta necesario dotar a nuestros laboratorios de una red informática y de vehículos para hacer en forma eficiente el transporte de muestras.





## Visita al Tornú

# La gestión mirada desde un hospital

AGUSTIN OSTROWSKI

Para observar cómo se expresan algunas las políticas de la Coordinación Sida en un hospital en particular, Infosida visitó el Enrique Tornú y dialogó con la doctora Miriam Burgos, jefa de Infectología, y la antropóloga Paula Bilder, jefa de residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS). La charla giró sobre tres ejes: la atención y seguimiento de las personas que viven con VIH, el asesoramiento pre y postest, y la distribución de preservativos y material informativo.

Las políticas, para ser tales, deben pasar de los papeles a la tarea cotidiana de personas y equipos. Son estos equipos —en diferentes niveles de gestión y múltiples lugares de trabajo— los que dan vida a las políticas, los que producen la “alquimia” que convierte las ideas en prácticas y permite que de las prácticas surjan nuevas ideas. Es allí donde las políticas se concretan total o parcialmente, donde se alejan del modelo, donde se revelan equivocadas o imposibles.

En diálogo con **infosida**, la jefa de Infectología del hospital Tornú, Miriam Burgos, y la jefa de residentes de la RIEPS, Paula Bilder, relataron cómo buscan hacer realidad en su trabajo diario los principios de accesibilidad a la atención de las personas que viven con VIH o sida, el respeto de la autonomía de quienes desean contar con información o realizarse el test y la estratégica promoción y distribución de preservativos.

La gestión de estas políticas —como se evidencia en las entrevistas— depende en última instancia de acciones y decisiones concretas. En algún momento hay que establecer horarios, definir requerimientos y circuitos para los pacientes, crear espacios de consulta, habilitar la participación de tal o cual actor, pelear por un ámbito físico o un aumento de los recursos.

### La atención médica: un poco de historia

La doctora Burgos comenzó a trabajar en la atención de pacientes con VIH y sida en 1991, en un contexto muy diferente del actual: “Cuando empezamos, el problema de todos era el sida ya que nadie sabía manejar esta infección. Fue el auge, o la revalorización, de una especialidad. En ese momento atendíamos una sola vez por semana y nos sobraba, teníamos un par de pacientes. Pero después la demanda se fue incrementando en forma notable”.

Actualmente el hospital tiene en seguimiento alrededor de 450 pacientes, cuenta con cuatro médicas asignadas a esta especialidad que atienden cuatro veces por semana, desde las ocho hasta la hora que culmina la demanda, alrededor de las 13.30. “En muy poco tiempo —señala la doctora Burgos— se va a abrir un consultorio para brindar atención dos o tres días por la tarde. Ya contamos con el aval del director”. Por su parte, el Comité de Sida y ETS del hospital —del que

participan referentes de los servicios de Infectología, Dermatología, Urología, Ginecología y la RIEPS— es un espacio de intercambio que permite que cuando los pacientes con VIH o sida deben ser derivados desde Infectología a otros consultorios sean atendidos en el día o, a lo sumo, en 24 o 48 horas. Lo mismo sucede cuando precisan interconsultas con Salud Mental.

La importancia del vínculo entre los servicios también es subrayada por la jefa de residentes: “Los servicios con los que más trabajamos son Infectología, Promoción y Protección —donde se pide el consentimiento informado para el test de VIH—, Dermatología, sobre todo quienes trabajan ITS, Servicio Social y Hemoterapia. Además, la RIEPS se encarga de hacer llegar los preservativos que vienen de la Coordinación Sida a los diferentes servicios y hay buena relación con todos”.

Surgen del diálogo con Bilder los desafíos que plantea integrar la asistencia con la prevención: “Las personas que trabajan en la asistencia tienen tiempos más acotados —afirma—; las derivaciones, la entrega de preservativos y otras cosas están bastante aceitadas. Pero pasar de ser una ‘red de distribución’ a una ‘red de prevención’ es un poco más complicado, todavía falta. Muchas veces se trabaja desde cada lugar y no tanto en red”.

Y ambas esferas vuelven a encontrarse cuando Burgos señala: “Al aumentar el número de personas que viene a testearse, también creció la cantidad de casos positivos que tratar: prácticamente tenemos dos personas nuevas por día en consultorios. Pese a que hay sectores en los que aún falta información, este aumento tiene que ver con la existencia de una mayor difusión de la importancia del test. Lo que es una certeza —continúa— es lo que se dijo en el último Congreso de Sida sobre la feminización de la epidemia. Entre las personas infectadas hay cada vez más mujeres heterosexuales, y nos preocupa mucho porque detrás de eso están los embarazos, pese a que la tasa de transmisión vertical está bajando progresivamente”.

Entre las dificultades más importantes planteadas por la doctora Burgos se encuentra la del circuito de los medica-

mentos: "Este tema mejoró bastante, aunque debe mejorar mucho más aun —afirma, y señala algunos de los problemas—; todavía hay mucha burocracia, los pacientes tienen que ir al Ministerio la primera vez. Además, las que tenemos que hacer el pedido de los medicamentos somos las mismas que controlamos los antibióticos restringidos y atendemos a los pacientes internados, y no es sencillo". Y continúa: "El circuito no funciona como debería, a veces falta medicación. Y tenemos que garantizarla completamente porque, cuando falta algún medicamento, el que queda en el medio es el paciente. Por suerte, acá generamos un circuito de teléfonos y, si se produce un faltante, la persona que tiene le presta a la otra para que no se quede sin tomar. También sería necesario, y posible, hacer que la orden para que los pacientes retiren la medicación en el Ministerio tuviera una validez mayor a tres días, porque ahora, si se les vence, tienen que volver al hospital a buscar una nueva. De todas maneras —reflexiona—, si uno lo ve retrospectivamente, la transformación ha sido notable. Está mucho mejor todo. Pero, ya que estamos mejorando, terminemos de consolidar lo que podamos. La realidad es que ahora levantás el teléfono y sabés que vas a tener una respuesta, siempre. Por eso, lo único sería perfeccionar el circuito de la medicación".

Asimismo, la doctora Burgos comenta: "Otra cosa muy importante que se está haciendo desde hace tres meses es el estudio de CD4: los pacientes se sacan sangre en el hospital, sin hacer colas, y se envían las muestras al Durand para ser analizadas. A la semana siguiente están los resultados. Con la carga viral, hacemos todos los papeles nosotros, los mandamos a la Coordinación Sida y desde allí nos remiten por fax las autorizaciones y todos esos papeles van a Facultad de Medicina. La verdad es que los pacientes están muy contentos, no tienen que ir más al Ministerio de Salud, el PAMI y la Anses".

### Asesoramiento pre y postest

El marco en el que se ofrece el test para VIH y se dan los resultados es una preocupación permanente de la Coordinación Sida (ver *infosida* 1, 2 y 3). El asesoramiento pre y postest es una oportunidad para la prevención cara a cara y la articulación con los servicios asistenciales en los

casos que lo requieran. Se sabe, sin embargo, que en la práctica hospitalaria no siempre se encuentran el tiempo y la oportunidad para desarrollar esta tarea. De allí el interés por conocer si hubo algún cambio en este terreno.

"Desde hace tres años la RIEPS realiza entrevistas pre y postest. Es una maravilla —elogia Burgos—, a partir de ese trabajo cambió el panorama."

"La articulación de los equipos —relata la licenciada Bilder— se dio cuando ambos notaron que surgían problemas en la entrega de resultados. Desde la residencia se armó un proyecto para brindar una atención integral —de prevención, asistencia y promoción— a quienes se hicieran el análisis de VIH. Esto incluía el asesoramiento pre y postest y el counselling."

"El asesoramiento pre y postest se realiza en un espacio cedido por el servicio de Hemoterapia, dos días a la semana. Este tiempo acotado hace que, lamentablemente, se pierda la oportunidad de brindar asesoramiento pre test a quienes vienen los días en que no está el equipo de la residencia. Y eso es un problema, porque una de las cosas importantes del pre test es que prepara a las personas para un eventual resultado positivo", comenta Bilder.

En efecto, el volumen de estudios solicitados en el hospital (de forma espontánea o por pedido médico) es imposible de absorber para los cuatro residentes encargados de esta tarea. Una forma de paliar esta dificultad (aunque sea transitoriamente) fue organizar la devolución de resultados de manera que se garantizara el postest. "Los mecanismos están bien aceptados para que los pacientes pasen por Promoción y Protección y allí se los entreguemos nosotros, los lunes y jueves de 8 a 11. En concreto —dice Bilder— hacemos más postest que pre test".

A diferencia de estos asesoramientos, "la idea del counselling es trabajar determinados temas pero con más tiempo. También permite que la persona venga con la pareja o con algún familiar. Si bien el público que concurre al counselling es muy variado, se trata de una actividad destinada centralmente a las personas que reciben un resultado posi-

## DATOS UTILES

### Atención de pacientes

Infectología

Lunes a jueves de 8 a 13.30 hs.

### Solicitud de test de VIH

Servicio de Promoción y Protección

Lunes a viernes de 8 a 10.30 hs.

### Entrega de resultados

RIEPS (Residencia Interdisciplinaria de Educación Para la Salud)

Lunes y jueves de 8 a 11 hs. [En el servicio de Hemoterapia]

### Asesoramiento pre y postest

RIEPS

Lunes y jueves de 8 a 11 hs. [En el servicio de Hemoterapia]

### Counselling

RIEPS

Jueves de 9 a 10.30 hs. [En la oficina de la RIEPS en la parte posterior del hospital]

### Preservativos y material informativo

En la RIEPS y en los servicios de Dermatología, Infectología, Área Programática, Adolescencia, Promoción y Protección de la Salud, Hemoterapia.

tivo. Es un espacio muy singular en donde se trabaja a partir de lo que le pasa a cada persona, aunque haya temas recurrentes como el período ventana, el uso del preservativo, el conocimiento de lo que es el VIH”.

Sobre la repercusión de este servicio, Bilder distingue claramente dos situaciones: “Si la persona viene porque tiene alguna duda, es decir, que no la hayan mandado, el espacio es valorado y reconocido como útil. Ahora, si viene porque la mandaron o por un prequirúrgico, viene apurada y trata de pasar rápido. Y a veces nos preguntamos si no estaremos agregando un trámite más a los tantos que tienen que hacer durante su atención. También juega un papel muy importante la manera en que se elaboró el consentimiento

informado: si no estuvo bien trabajado en su momento, es complicado”.

A esta tarea se sumaron, desde hace dos años, dos personas que viven con el virus, capacitadas como promotoras de salud por la Coordinación Sida. “Estas personas —explica la doctora Burgos— asesoran a quienes reciben resultados positivos. Este es uno de los mayores logros, porque nadie puede reemplazar la experiencia de vivir con VIH para explicar de qué se trata. Yo siempre ofrezco a los pacientes esta posibilidad y la mayoría acepta. Van a charlar al parque, conversan y reciben orientación, por ejemplo en el tema de los papeles, que es muy importante. Las personas se van más tranquilas, más contenidas después del asesoramiento; escuchan a un par que, además, está formado para esa tarea”.

La licenciada Bilder agrega: “Cuando nos reunimos con las promotoras vimos que nuestro trabajo de counselling tenía bastantes puntos en común con lo que ellas proponían, pero a la vez notamos que es muy diferente que quien aconseje sea una persona que vive con el virus y haya pasado por la experiencia. Creo que funciona bastante bien. Para algunas personas, escuchar consejos de un par es algo muy válido, aunque hay mucha gente que prefiere ser asesorada por alguien que no tenga el virus”.

“Estas promotoras —subraya Burgos— dan su visión personal y transmiten la idea de que si uno toma la medicación anda bien; cuentan los defectos y las virtudes. Además, distribuyen la guía para personas viviendo con VIH —“Vivir en positivo”—, que está escrita con las palabras que la gente entiende y que explica los efectos secundarios de las drogas y cómo encararlos. Entonces los pacientes se interiorizan bien sobre el asunto”.

### Red de distribución

El hospital forma parte de la red de distribución de preservativos e información para la prevención del VIH. La RIEPS recibe el material y lo distribuye en Infectología, Procreación Responsable, Área Programática, los Centros Médicos Barriales, el Plan Médicos de Cabecera. También se distribuyen en Dermatología, Ginecología, Urología y en las charlas que los residentes dan en los colegios.



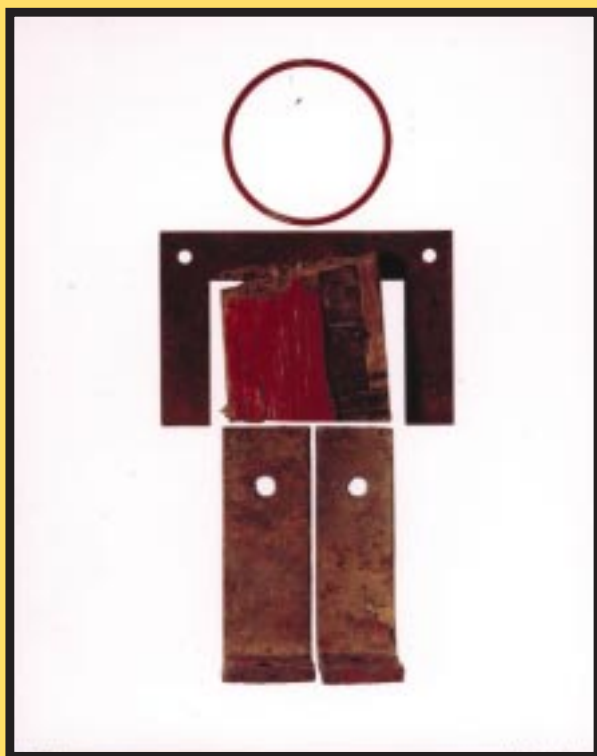
"Por lo general, la que retira preservativos es gente joven, menores de 25 años. También vienen varias travestis desde que empezamos a repartirlos en el hospital", señala Burgos. Y agrega la licenciada Bilder: "Es muy frecuente que las personas golpeen la puerta y nos los pidan, incluso muchos trabajadores del hospital. Otras son personas que se enteraron por distintos medios de que en el hospital se entregan preservativos. Estamos tratando de implementar un registro para saber de dónde viene la gente a retirarlos, quién le pasó el dato".

A este trabajo dentro del hospital se suman las actividades comunitarias. "Este año —cuenta Bilder— trabajamos en las ferias de salud en los colegios. Hicimos talleres de VIH y armamos un folleto de ITS y sida en una escuela. Los talleres de prevención de VIH se realizan con bastante frecuencia. Queremos expandir la red a otros lugares, empezamos en la biblioteca de un club y, como participamos de unas reuniones de comunidad que hay quincenalmente en el hospital, la idea es ampliar la red a otras instituciones. Y eso implica mucho más que dejar una caja con preservativos. También queremos replicar los talleres en más colegios. Paralelamente, en el Centro de Salud 33, que está en Córdoba y Bonpland, la Residencia participa de los talleres de Procreación Responsable, pero como allí ya funciona un Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de la Coordinación Sida, el tema de VIH se trabaja en sala de espera."

El tema de la sustentabilidad del trabajo conjunto entre Infectología y la RIEPS es una preocupación de ambas: "Es necesario que haya gente de planta que tome estas tareas", afirman.

La expectativa de que una mayor cantidad de personal de planta de la institución asuma la gestión de políticas que articulan la atención con la prevención del VIH-sida implica un desafío para la institución en su conjunto. Porque la continuidad y profundización de estas estrategias también dependerá de que los servicios, equipos y personas, que ya comenzaron a articular sus prácticas, sean capaces de promover la incorporación de actores no tradicionales y difundir sus nuevas lógicas de trabajo en espacios históricamente reservados a la consulta médico-asistencial.





A medida que aumenta el conocimiento de una determinada problemática, surgen nuevas preguntas, más específicas, teóricamente mejor orientadas. Cuando, además, ese conocimiento se produce y es utilizado en el marco de la gestión concreta, los interrogantes se convierten en desafíos y las respuestas se traducen en decisiones, o al menos las orientan.

Las tres investigaciones cuyos resúmenes se publican a continuación, son muy diferentes entre sí, tanto en sus metodologías como en los temas que abordan: una se refiere a reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida; otra al impacto económico

de las alternativas terapéuticas para el VIH y otra a las causas reales de mortalidad de las personas con sida.

Todas ellas, sin embargo, permiten ver la íntima relación entre las grandes cifras con las que habitualmente se describe el perfil general de la epidemia, se miden los niveles de cobertura de determinados servicios, o se analiza la efectividad de las inversiones en salud y las múltiples prácticas cotidianas de equipos e instituciones. Y lo que es más importante aun, contribuyen a unir los números a las personas, las ideas a los hechos y las acciones a sus objetivos.



# Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida Éxitos médicos, desafíos humanos

LIC. SILVANA WELLER, DR. FABIAN PORTNOY  
COORDINACIÓN SIDA - GCBA / [coordinacionsida@buenosaires.gov.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gov.ar)  
LIC. MONICA GOGNA<sup>1</sup>  
CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD / [mgogna@cedes.org](mailto:mgogna@cedes.org)

La existencia del protocolo ACTG 076, de la terapia anti-retroviral de alta eficacia (HAART), y de una política de distribución gratuita de medicamentos antirretrovirales ha marcado un antes y un después en la esperanza y calidad de vida de las personas con VIH-sida (PWVS), quienes han pasado a la reorganización de un "proyecto de vida" que incluye no sólo la posibilidad de inserción social, sino también sus deseos de formar una familia y/o tener hijos.

Es preciso tener en cuenta que todos los hospitales de la ciudad, así como cada vez más centros de salud, están diagnosticando y atendiendo personas con VIH. A diferencia de lo que ocurría en la década anterior, la primera vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin protección entre personas heterosexuales y hay una creciente participación de las mujeres en las nuevas infecciones reportadas (Razón hombre/mujer: 1.9). **La mayoría de la población afectada por el VIH está en edad reproductiva.**

Los estudios relevados muestran que las PWVS mantienen su vida afectiva y sexual luego del diagnóstico, que sólo una proporción logra usar el preservativo de modo adecuado y consistente, que muchas personas requieren de métodos anticonceptivos para suplir o complementar el uso del preservativo y que muchos hombres y mujeres desean tener hijos luego del diagnóstico. Esto último parece ser especialmente relevante en los casos de personas jóvenes que aún no tienen hijos.

A partir de estas **nuevas realidades**, los equipos de salud tenemos que responder a necesidades que **antes no estaban planteadas con tanto nivel de visibilidad.**

Con el propósito de producir una herramienta para mejorar la comprensión y la calidad de la prevención/atención

de la transmisión vertical del VIH desde los servicios del sistema de salud público de la ciudad de Buenos Aires, fue llevada adelante por la Coordinación Sida y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) una investigación<sup>1</sup> cuyos resultados serán publicados junto con la versión actualizada de las 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.

Se trató de una investigación de tipo cualitativo. Las técnicas de recolección de datos fueron: a) Búsqueda bibliográfica a fin de realizar un Estado del Arte del problema, b) Toma de entrevistas a 30 médicos infectólogos, obstetras y tocoginecólogos en el último trimestre de 2002; toma de entrevistas a 10 personas que viven con VIH, usuarias del sistema, en el tercer trimestre de 2003.

"¿Qué respuestas estamos dando como sistema de salud a la vida sexual activa, la fecundidad, los deseos de tener hijos o no tenerlos, de las personas que viven con VIH?" fue la pregunta que organizó la investigación.

Listamos a continuación algunos de los resultados y conclusiones más relevantes:

La mayoría de los profesionales entrevistados tiene registro de la insuficiencia del preservativo como única alternativa para los cuidados en las relaciones sexuales. Sin embargo, es heterogénea la posibilidad de superar este límite haciendo propuestas más amplias.

En cuanto a la reproducción, se observa un abanico de posiciones que van desde la culpabilización de las mujeres por sus deseos de ser madres hasta la aceptación comprensiva de estos deseos.

Se observa también que una proporción importante de mujeres está teniendo muchos embarazos porque carece de métodos para prevenirlos.

<sup>1</sup> Con la colaboración de los licenciados Ariel Adaszko, Andrea Mariño y Carolina Pirovani, y la doctora María Pía Majdalani.

Pocas parejas consultan para ser asesoradas antes de concebir, temen que sus planteos no sean considerados y llegan a los servicios con el hecho consumado.

En cuanto a la conveniencia de prescribir métodos anticonceptivos, se observan por lo menos tres posiciones: 1) imposibilidad de pensar en otra opción que el preservativo (aunque se perciban las dificultades para su uso), 2) aceptación general de la necesidad pero dificultad para encontrar alguno en particular recomendable y 3) posibilidad de prescribirlos.

Se ha detectado un cortocircuito dentro del sistema en relación con la provisión de los métodos anticonceptivos. Los usuarios informan que no han sido interiorizados sobre otras alternativas diferentes al preservativo, y los profesionales definen atribuciones cruzadas sobre quién debería ocuparse de esto.

La comparación de los hallazgos con estudios similares realizados en otros países muestra puntos de consistencia: dificultad de los profesionales para integrar la vida sexual y reproductiva de las PVVS en la atención clínica, existencia de respuestas muy heterogéneas al uso del preservativo, existencia de nuevos embarazos deseados y no deseados (estos últimos suelen terminar en abortos). Las necesidades en materia de asesoramiento sobre cuidados en las prácticas sexuales, maternidad y paternidad son obvias para los pacientes pero parecen ser invisibles para el sistema de salud. Aparentemente, los profesionales de la salud temen que, al abrir la discusión sobre prevención y anticoncepción, las personas se sientan respaldadas para adoptar posturas sobre la planificación familiar con las cuales esos profesionales no están de acuerdo, basados en sus concepciones técnicas y en sus propios principios morales y éticos.

#### **Elementos facilitadores para cambiar la atención**

Las mujeres establecen en general un vínculo fuerte y positivo con el obstetra que atiende su embarazo. Se detectan las siguientes situaciones cotidianas donde se podría introducir el tema de la oferta de asesoramiento y provisión de métodos:

- En la primera consulta obstétrica, indagar sobre métodos de cuidado previos al embarazo.





## Investigaciones

- En los controles prenatales, en particular cuando se habla por ejemplo de la suspensión de la lactancia.
- En la sala de internación, luego del parto.
- En la consulta de posparto, en particular aquellas mujeres que se han realizado una cesárea.
- En las instancias de seguimiento serológico del recién nacido.

Hay claras razones de orden médico que vuelven necesario introducir la oferta de asesoramiento y provisión de cuidados para regular la fecundidad. Estos son:

- La mayoría de las mujeres que viven con VIH tiene partos por cesárea. Es fundamental aumentar los esfuerzos para garantizar un período intergenésico de por lo menos dos años, sobre todo teniendo en cuenta que la inhibición de la lactancia acelera los tiempos de reinicio del ciclo de ovulación.
- Los abortos en mujeres inmunodeprimidas presentan riesgos aumentados.
- La posibilidad de disminuir la tasa de transmisión vertical en parejas que desean tener un hijo se basa en la posibilidad de programar los embarazos.
- La existencia de medicamentos absolutamente contraindicados para mujeres embarazadas.

La incorporación de las parejas varones en los diferentes momentos de la atención de la mujer embarazada (oferta de testeo, de participación en las consultas, conversación compartida sobre lo referido a los cuidados en las relaciones sexuales) se visualiza como un elemento de alta potencia para el cambio en la concepción del problema y en los modos de atención.

Los espacios para asesoramiento sobre la implementación de cuidados en las relaciones sexuales, maternidad y paternidad de personas que viven con VIH, así como la provisión de métodos anticonceptivos deben existir a nivel local (sin derivación o con derivación dentro del hospital o del área programática, incluyendo los equipos conformados dentro de los centros de salud). En cuanto a la posibilidad de brindar apoyo tecnológico para disminuir la transmisión sexual y vertical en parejas serodiscordantes cuando la pareja tiene la decisión tomada de tener un hijo, se ha detectado que algunos servicios de la ciudad están realizando prácticas de baja complejidad (inseminación). Por otro lado, hay acuerdo en la necesidad de proveer desde el sistema público las prácticas que se realizan a nivel privado, que son técnicas más sofisticadas de fertilización asistida y lavado de semen.

# Un estudio de costos

## Impacto económico de las alternativas terapéuticas

DRA. ADRIANA BASOMBRIO<sup>1</sup>

COORDINACION SIDA - GCBA / coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

La infección por VIH representa un problema de salud pública mundial con repercusiones financieras que impactan en forma directa sobre la economía del Estado, la familia y el individuo. Para conocer su efecto real en materia económica, es necesario determinar los costos que implica el tratamiento y cuidado de los pacientes y la utilización de los servicios de salud.

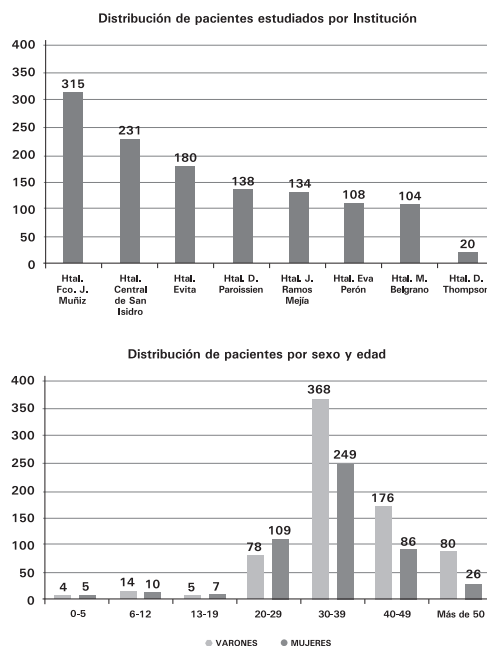
El objetivo del estudio fue sistematizar, analizar y presupear los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados de acuerdo a los diferentes niveles de severidad que puede presentar la infección por VIH, en un grupo de hospitales seleccionados, a fin de optimizar la toma de decisiones en este terreno.

En cuanto a su metodología la investigación consistió en un estudio retrospectivo analítico de corte transversal. Los hospitales en que se desarrolló fueron ocho (seis del Gran Buenos Aires y dos de la Ciudad de Buenos Aires<sup>2</sup>). Incluyó a todas las personas que viven con VIH-sida atendidas en los meses de octubre y noviembre de 2003 (ya sea en forma ambulatoria o internados), a través del registro de datos de los últimos 6 meses de atención. Estas personas se agruparon de acuerdo a las categorías elaboradas por el Centro

de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), para el registro del grado de severidad de la enfermedad (estadio A: asintomático, estadio B: complejo relacionado al sida y estadio C: sintomático)

### La muestra

El total de personas incorporadas al estudio fue de 1.230, que se distribuyen de acuerdo a los siguientes cuadros:



<sup>1</sup>Titular de una beca Ramón Carrillo / Arturo Oñativia para programas sanitarios con apoyo institucional año 2003. El título de la investigación es "Guía de procedimientos con alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento ambulatorio y de internación de personas viviendo con VIH- sida". La institución de apoyo fue la Asociación de Economía de la Salud y el equipo de investigación lo integraron la Arqta. Elsa Tecilla, el Dr. Rodolfo Kaufmann y el Dr. Pablo Ríos. Este artículo sintetiza exclusivamente la parte referida a los costos

<sup>2</sup>Gran Buenos Aires: Htal. E. Perón, Htal. Belgrano y Htal. Thompson de Gral. San Martín; Htal. Central de San Isidro; Htal. Paroissien de La Matanza; Htal. Evita de Lanús. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Htal. F. Muñoz y Htal. J. Ramos Mejía



## Investigaciones

Al analizar el sexo y edad de las personas que componen la muestra, se observa que las mujeres representan una mayoría significativa sólo en la franja de entre 20 y 29 años.

En lo que respecta a las vías de infección, el porcentaje más alto corresponde a la vía sexual (casi el 70%), mientras que un 27% presentan como vía de transmisión la sanguínea. Dentro de esta última categoría, un 97,2% son usuarios de drogas por vía inyectable. En la muestra correspondiente a esta investigación sólo hay un 3% de casos debidos a transmisión perinatal.

Se estudió la coinfección con hepatitis B y C. El número total de personas con hepatitis es 440, lo que representa el 35,7% del total de los pacientes incorporados.

En cuanto al año de diagnóstico de la infección, más de la mitad de los pacientes fueron diagnosticados entre 1997 y 2002, el 18,2% tiene más de diez años de infección y un 14% accedió a su serología durante 2003. Por otro lado, el 60% de los pacientes incluidos en el estudio consultó por primera vez dentro del mismo año del diagnóstico.

Al momento de la recolección de los datos, el 53% de los pacientes se encontraba en estadio A, el 33% en estadio C y el 13% en estadio B.

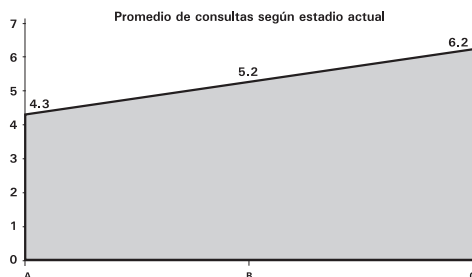
En cuanto al tratamiento antirretroviral actual, se observa que el 74% de los pacientes se encuentra tomando medicación. No se aprecian diferencias significativas al hacer el análisis de distribución por sexo ni por institución.

Las combinaciones de antirretrovirales más frecuentemente utilizadas son 2 INTR + 1 INNTR (51,6%) y 2 INTR + 1 IP (36,9%). Casi el 60% de los pacientes se encuentra realizando un re-tratamiento.

### Análisis de consultas y prácticas

La mayoría de los pacientes se encuentra en seguimiento ambulatorio. En lo que respecta a la internación, hubo dificultad en términos generales para acceder a la información de las historias clínicas durante el corte de prevalencia.

En relación con el número de consultas, se incrementan de acuerdo al estadio pero no se observan diferencias por sexo (el promedio es casi idéntico entre hombres y mujeres).



En las tablas siguientes se observa el promedio por día de internación de los pacientes incorporados a la investigación y el incremento del promedio de acuerdo al estadio clínico.

| Pacientes internados |                |                    |
|----------------------|----------------|--------------------|
| Nº de pacientes      | Nº días inter. | Prom. día/paciente |
| 138                  | 2.145          | 15,5               |

| Estadio | Nº de pacientes | Total días internación | Prom. día/paciente |
|---------|-----------------|------------------------|--------------------|
| A       | 18              | 119                    | 6,6                |
| B       | 11              | 137                    | 12,5               |
| C       | 92              | 1.686                  | 18,3               |

En referencia a las prácticas realizadas, se evidencia un aumento del consumo de las prácticas de laboratorio, de acuerdo al estadio clínico

| Prácticas                       | Cantidad de prácticas por semestre, por estadio |      |      |
|---------------------------------|---|------|------|
|                                 | A   | B    | C    |
| Examen clínico                  | 4   | 5    | 6    |
| Examen ginecológico (PAP)       | 0,17  | 0,18 | 0,05 |
| Colposcopia                     | 0,20  | 0,16 | 0,14 |
| CD4                             | 0,70  | 0,50 | 0,40 |
| Carga viral                     | 0,25  | 0,19 | 0,24 |
| Rx tórax                        | 0,17  | 0,64 | 1,19 |
| Ecografía                       | 0,11  | 0,22 | 0,30 |
| Diagnóstico por imágenes        | 0,3   | 0,5  | 0,23 |
| Endoscopia                      | 0,03  | 0,05 | 0,10 |
| Laboratorio general (hemograma) | 1,34  | 1,44 | 2,41 |
| PPD                             |   |      |      |
| Fondo de ojo                    | 0,11  | 0,35 | 0,26 |

### Los costos

Se trabajó con costos directos generados en el manejo de los casos ambulatorios y de internación. Se determinaron costos por cada estadio de la enfermedad, dependiendo de la cantidad y tipo de intervenciones.

Por no existir un registro previo de costeo en ninguno de los prestadores estudiados, se estimó el gasto unitario de las

prestaciones teniendo en cuenta los valores de mercado de las siguientes actividades:

- Prácticas (lab, Rx, Pap, etc.)
- Consultas
- Internación
- CD4/CV
- Drogas (ARV)

Las prácticas, consultas e internaciones fueron promediadas en segmentos por estadio, luego multiplicadas por un precio unitario representativo del mercado argentino. Las fuentes de referencia fueron obras sociales, grandes prestadores de servicios de salud (laboratorios bioquímicos, centros de radiología, etc.) y estudios previos sobre costo de las prestaciones en el mercado argentino.

Para el costeo de las drogas antirretrovirales, se utilizaron precios de mercado según información de los laboratorios y droguerías, y los valores que el Estado nacional erogó para su compra. Se calculó el costo/día de cada tratamiento y se le asignó a la totalidad de los diferentes esquemas de tratamiento, luego se estimó un gasto promedio por paciente/mes y por estadio de enfermedad.

El costo promedio de un paciente por mes en estos hospitales es de \$ 664,30 (incluye consultas, prácticas, internaciones y medicación) si es que recibe los medicamentos por subsidio estatal, y de \$ 2.044 si debe obtener los ARV del mercado privado.

Sin embargo, teniendo en cuenta los estadios de la enfermedad, este número fluctúa en forma marcada según se puede ver en la siguiente tabla:

Gasto privado de pacientes con VIH-sida por paciente y por mes.

Porcentaje del gasto en pesos (US\$= 2,87)

| Concepto/Estadio   | A                  | B                  | C                  |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Prácticas          | 4,4 [0,25]         | 9,3 [0,46]         | 22 [0,92]          |
| Consultas          | 7 [0,44]           | 8,5 [0,42]         | 11,4 [0,47]        |
| Día de Internación | 30 [1,78]          | 100 [4,99]         | 375 [15,70]        |
| CD4                | 9,6 [0,55]         | 8 [0,40]           | 8 [0,37]           |
| Carga Viral        | 27,3 [1,58]        | 20,8 [1,03]        | 18,2 [0,76]        |
| ARV                | 1.654 [95,4]       | 1.866 [92,7]       | 1.953 [81,78]      |
| <b>Total</b>       | <b>1.732 [100]</b> | <b>2.013 [100]</b> | <b>2.388 [100]</b> |

El incremento en el gasto mensual de pasar del estadio A al C es del 70,04%: \$ 656 más por persona por mes. Este cálculo cobra relevancia a lo largo del tiempo: cada año que un paciente se mantiene en el estadio A sin pasar al estadio C produce un ahorro de \$ 7.872. Si se evita que pase al estadio B este ahorro es de \$ 3.372.

Trasladando este supuesto a los números del presente estudio, se puede estimar que si por los esfuerzos del personal de salud y los pacientes se lograra que el 10% de quienes hoy se encuentran en el estadio C (35 pacientes) se reubique en el estadio A, el ahorro anual sería de \$ 275.520.

El gasto en internación es el segundo en importancia luego de los medicamentos y tiene una fuerte presencia en el estadio C tanto en frecuencia como en complejidad. El estudio en general arrojó un promedio de 12 días de internación por egreso y el costo promedio del día de internación se fijó en \$ 500 según los valores de mercado y teniendo en cuenta el mix entre internaciones clínicas, cirugías y UTI.

CD4 y Carga Viral

Estos estudios específicos son presentados por separado para su análisis de costo debido a la importancia que tienen en el seguimiento de los pacientes. Su presencia permanente en el esquema de seguimiento de la patología por VIH-sida obliga al armado de laboratorios especializados y a la compra de reactivos específicos para su realización.

| Estadio | Nº promedio de estudios de CD4 por pacientes y por mes | Gasto en CD4 por paciente y por mes (en pesos) | Nº promedio de estudios de Carga Viral por pacientes por mes | Gasto en Carga Viral por paciente por mes (en pesos) |
|---------|--|--|--|--|
| A       | 0,24   | 9,6  | 0,21   | 27,3   |
| B       | 0,20   | 8  | 0,16   | 20,8   |
| C       | 0,20   | 8  | 0,14   | 18,2   |



### Tratamiento antirretroviral

El gasto promedio en tratamiento ARV en precios de mercado es de \$ 1.710 por paciente y por mes para el total de los registros de este estudio.

| Estadio | INTR<br>Gasto por<br>día de Tto | INNTR<br>Gasto por<br>día de Tto | IP Gasto<br>por día<br>de Tto | Total<br>Gasto por<br>día de Tto | Gasto<br>Mensual<br>por<br>persona |
|---------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| A       | 40,36                           | 29,73                            | 53,74                         | 55,14                            | 1.654                              |
| B       | 39                              | 31,5                             | 54,5                          | 62,2                             | 1.866                              |
| C       | 40,43                           | 32,6                             | 56,79                         | 65,1                             | 1.953                              |

En la tabla siguiente se observa el gasto mensual en ARV entregados por el Estado en forma gratuita.

Comparación del gasto estatal y de mercado en ARV  
En pesos, según estadio.

| Estadio | Gasto Mensual<br>Promedio Estatal | Gasto Mensual. Promedio<br>(valor de mercado) |
|---------|-----------------------------------|---|
| A       | 370,5                             | 1.654   |
| B       | 456                               | 1.866   |
| C       | 507                               | 1.953   |

El gasto promedio del Estado es \$ 664,3 mensuales por cada paciente atendido en los prestadores públicos que formaron parte de este trabajo. El Estado logra una mayor eficiencia que el gasto privado a expensas de su eficiencia a la hora de comprar los ARV.

A modo de síntesis de la información presentada, vale señalar un incremento significativo de los costos según estadio; una clara preponderancia del precio de la medicación en el total del gasto y una muy importante diferencia entre los costos de mercado y los del sector público.

Además, la investigación puso a la vista la ausencia de estudios de costos en los hospitales públicos. En este sentido, se debe subrayar que es fundamental cubrir este bache incluyendo en los estudios las causas de abandono de tratamiento, las barreras económicas, burocráticas o físicas de acceso al mismo y el cumplimiento por parte de los equipos de profesionales de las normas internacionales generalmente acordadas sobre la buena práctica en la atención de pacientes con VIH-sida.

# Causas actuales de la mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires

## ¿De qué mueren los que mueren de sida?

DR. SERGIO MAULEN

COORDINACION SIDA - GCBA / [coordinacionsida@buenosaires.gov.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gov.ar)

Con el propósito de trascender la simple enumeración de las patologías prevalentes que causan la muerte de los individuos con sida y relacionarla con indicadores sociales y de salud pública, se realizó esta investigación que contó con financiamiento de la beca Ramón Carrillo - Arturo Oñativia 2003 del Ministerio de Salud de la Nación (nivel hospitalario). La pregunta que orientó el trabajo, en ese caso, fue ¿por qué ellos?

Dos hipótesis podrían explicar a priori ese desenlace. La primera, siguiendo los reportes internacionales de los países más desarrollados, sería que muchos de los que fallecen presentan hepatitis C (o B) activa como causa real de muerte y son usuarios o ex usuarios de drogas intravenosas (UDI) que además tienen infección por VIH. La segunda es exclusivamente local y tiene que ver con la crisis económica de los últimos años, que impactó con particular dureza en los sectores más pobres donde cada vez hay más personas que viven con VIH. En ese sector serían más frecuentes el abandono del tratamiento, la toma irregular por falta de provisión o el debut con enfermedades marcadoras en personas que jamás habían hecho un test de VIH.

### Objetivos de la investigación

Objetivo principal:

Conocer la causa real de muerte de los fallecidos por sida en la ciudad de Buenos Aires.

Objetivos secundarios:

- 1.- Conocer el peso de las hepatitis B y C y sus complicaciones en las causas de muerte.
- 2.- Conocer las características epidemiológicas de los muertos por sida en la actualidad.

### Metodología

Se revisaron 100 historias clínicas de las 285 defunciones por sida ocurridas entre junio de 2003 y marzo de 2004 en el Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz. Del total de los fallecidos de cada mes, se tomaron las diez primeras historias clínicas para analizarlas en profundidad para esta investigación.

Se realizó un seguimiento de la evolución clínica de cada paciente para determinar cuáles eran las "Patologías activas" (aquellas en plena evolución que recibían tratamiento médico) y las "Patologías no asociadas" (aquellas patologías activas no relacionadas con el sida y que podían estar recibiendo tratamiento). Sólo se consignaron las patologías activas independientemente de las listadas en el egreso. Finalmente en "Causa real de muerte" se registraron aquellas enfermedades que, de acuerdo a la evolución de la historia clínica, habían sido responsables del deceso.

### Resultados obtenidos

La dificultad habitual en este tipo de estudios es la calidad de la información que se registra en las historias clínicas de las personas hospitalizadas. Es especialmente preocupante la carencia de información sobre los antecedentes del paciente, tanto los epidemiológicos como los relacionados con la patología actual. En las historias donde se registra más de una internación, las ulteriores no actualizan los datos y siempre remiten a la internación previa. Esto —además de suponer que nada pasó en la vida de la persona entre una y otra internación— limita toda posibilidad de obtener información a la primera anamnesis. Y, en algunas ocasiones, esta primera internación casi no tiene registro de los antecedentes del paciente. El dato que más frecuen-



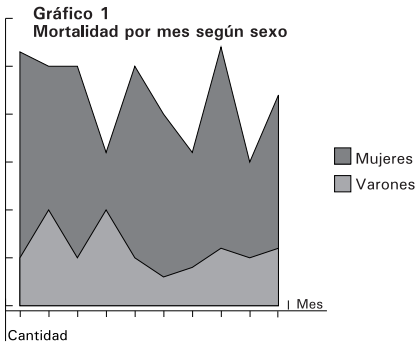
## Investigaciones

temente falta es el nivel de educación y el siguiente, su ocupación o trabajo.

También se encontraron dificultades para relevar los datos clínicos y de laboratorio por la falta de sistematización de los resultados. Esto obligó a revisar cada evolución e interconsulta para buscar referencias a estudios de laboratorio, historia de tratamientos o patologías activas al momento de la internación.

En el marco de estas dificultades, la información arrojó estos resultados:

Durante los diez meses de la investigación fueron de un total de 285 defunciones, de las cuales 63 fueron de mujeres y 222 de varones. La relación hombre / mujer fue de 3,5. La edad promedio de muerte para los hombres fue 37,7 y la de las mujeres 34,8 años.



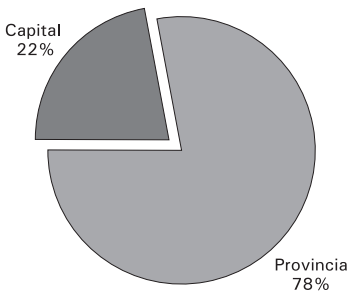
El diagnóstico de egreso de los pacientes que mueren de sida habitualmente lista varias patologías. Esto significa que el médico debe categorizar, en orden de importancia, todas las enfermedades activas que ha diagnosticado durante la internación y así consignarlas. Luego, la División Estadística del hospital se encarga de volcar esta información en su base de datos. Tanto los diferentes criterios de uno y otro sector (los médicos listan una cantidad indefinida de patologías pero la base de datos admite sólo cuatro) como las fallas al completar los formularios hacen que no siempre las patologías consignadas sean las más relevan-

tes. Hecha esta salvedad, las patologías más frecuentes asociadas a la mortalidad por sida fueron:

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Tuberculosis               | 40 casos |
| Criptocosis                | 23 casos |
| Neumonías                  | 22 casos |
| Toxoplasmosis              | 19 casos |
| Hepatitis C                | 18 casos |
| Micobacterias atípicas     | 10 casos |
| PCP                        | 9 casos  |
| Wasting                    | 9 casos  |
| Insuficiencia respiratoria | 8 casos  |
| Sepsis                     | 8 casos  |

Con respecto al domicilio de los pacientes, la mayoría residía en el Conurbano (el 78%) y el resto (22%) era de la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, los que figuran con domicilio en Capital tienen algunas particularidades: la mitad de ellos no tiene domicilio fijo o vive en la calle y algunos estaban detenidos en cárceles.

**Gráfico 2**  
Distribución de mortalidad según domicilio



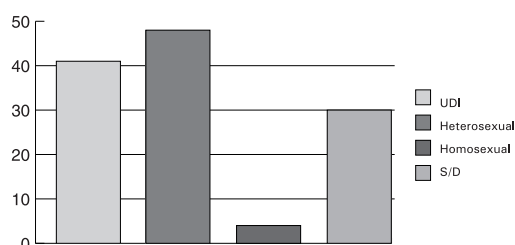
Con respecto al grado de instrucción, sólo figura registrado en 18 casos: 3 tienen secundaria incompleta y el resto primaria completa o incompleta.

Lo mismo sucede con la ocupación. Son muy pocas las historias clínicas donde se la consigna, a excepción de las personas detenidas, ex detenidas o pertenecientes a una granja de rehabilitación.

La vía de transmisión está señalada explícitamente en el

70% de las historias. En el 48% de los pacientes se nombra la vía heterosexual y en el 3% las relaciones homosexuales (donde están incluidas las travestis); en muy pocos casos se refiere la no protección. En el 41% de las historias analizadas se consigna el consumo de drogas intravenosas como vía de transmisión.

**Gráfico 3**  
**Vías de Transmisión**



En el 58% de las historias relevadas, el diagnóstico de sida fue simultáneo al de infección por VIH. En el 37% de los casos no estaba registrada la fecha de enfermedad y en la mitad de ellos tampoco se consignó la de infección.

El 60% de los pacientes relevados nunca realizó tratamiento. Del 40% restante, todos lo abandonaron. Salvo en 8 casos en que se abandonó por toxicidad, el resto no consigna el motivo.

En las historias se pudieron relevar otros factores que no surgen del diagnóstico de egreso. En el 22% de ellas hay referencia a etilismo y en el 35% se consignan que los pacientes tenía serología positiva para hepatitis C.

### Conclusiones y recomendaciones

A partir de los datos positivos obtenidos, es posible delinear un perfil de los pacientes que mueren de sida en el hospital Muñiz: se trata de una población de bajo nivel socioeconómico, con instrucción primaria y de desocupados o detenidos. Si bien acuden al hospital, no realizan los controles específicos o no los sostienen periódicamente. La mayoría de los pacientes fallece sin tratamiento antirre-

troviral específico, ya sea porque nunca lo tomaron o porque lo abandonaron hace un tiempo. También se observa que muchos de ellos tuvieron múltiples internaciones, pero nada dicen las historias sobre qué ocurrió entre unas y otras. La falta de un sistema de historia clínica única hace imposible cruzar los datos de internación con los de los diferentes consultorios externos. Otro dato significativo es que la mayoría de los casos analizados tenía historia de consumo de drogas, actual o pasado, y algunos habían estado detenidos. Las mujeres que no tenían historia de consumo eran parejas de usuarios de drogas.

Es interesante notar que este perfil es muy diferente al de los nuevos casos de infección, donde el uso compartido de material de inyección es la vía de transmisión del VIH sólo para un 6% del total y predomina la vía heterosexual (con un 65%), seguida de la homosexual. Esto marca una diferencia en los niveles de vulnerabilidad que es importante reconocer para poder actuar sobre aquellas poblaciones con más riesgo de muerte.

Los resultados de esta investigación no avalan la hipótesis de que las complicaciones de la hepatitis C sean las causantes de gran parte de las muertes atribuidas al sida, pero hay una carencia de información en las historias clínicas sobre la serología que deja más dudas que certezas a este respecto. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de hepatitis C en los UDI, es posible pensar que hay subdiagnóstico o subnotificación de casos.

Otra pregunta que queda planteada es si este perfil corresponde a los pacientes que mueren de sida en el hospital Muñiz versus los pacientes de otros hospitales. O quizá más simplemente, si este no es el perfil epidemiológico de los fallecidos por sida del hospital Muñiz. Otras investigaciones deberían poner luz sobre ese tema.

Si se lograra definir un subgrupo particular de pacientes con vulnerabilidad aumentada a morir por sida, sería posible implementar políticas especialmente dirigidas a este grupo para poder reducir la mortalidad de manera efectiva.





# Hacia la vigilancia de segunda generación

## Recopilación de artículos sobre comportamientos y conocimientos relacionados con el VIH-sida

LIC. MARISA NAN

COORDINACION SIDA / vigilanciasidagcba@hotmail.com

El seguimiento epidemiológico de la infección por VIH-sida se utiliza para rastrear la dispersión de virus en la población y en grupos definidos. En un comienzo, la vigilancia epidemiológica consistió en la notificación de los casos de sida. Más tarde se la perfeccionó con la notificación de infecciones (ver *infosida* 3). En la ciudad de Buenos Aires, desde octubre de 2002, se implementó la notificación de pacientes infectados y a partir de enero de 2003, la notificación de los partos de mujeres VIH reactivas. En su informe "Vigilancia del VIH de Segunda Generación"<sup>1</sup>, ONUSIDA propone considerar la información sobre comportamientos que favorecen la transmisión de la infección, ya que estos datos pueden servir para cambiar el curso de la epidemia. Observar los cambios que se producen a lo largo del tiempo en estos comportamientos es importante para obtener una advertencia temprana del riesgo de infección por VIH-sida en distintos grupos poblacionales (población general y subgrupos específicos). Los datos de vigilancia comportamental deberían usarse para orientar la recolección de datos biológicos y validarse unos con otros.

En Argentina, por primera vez en el año 2003 se estableció una línea de base en población general sobre el tema —financiada por el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis— que permitirá evaluar cambios posteriores<sup>2</sup>. Paralelamente y bajo la misma premisa, se estableció una línea de base en hombres que tienen sexo con hombres<sup>3</sup>.

Desde la Coordinación Sida se hizo un relevamiento de trabajos, informes y artículos sobre comportamientos vinculados al VIH-sida en población de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense. Esta búsqueda bibliográfica incluyó trabajos académicos realizados por diferentes centros de investigación, resúmenes presentados en congresos, encuestas de salud, encuestas sobre marcadores biológicos que se relacionen con el VIH-sida, libros, artículos en medios de comunicación, etc.

Se recopilaron 178 trabajos de los cuales hemos analizado 64. Tomando como criterio las poblaciones bajo estudio, el material puede ser organizado alrededor de cuatro ejes:

- usuarios de drogas y reducción de daños;
- personas que viven con VIH-sida (PWS), donde se incluye la adherencia al tratamiento y la salud reproductiva;
- hombres que tienen sexo con hombres (HSH); y
- jóvenes y adultos de ambos géneros.

En el presente artículo se reseñan algunos hallazgos de los trabajos que han utilizado la perspectiva de género al momento de estudiar a mujeres y varones jóvenes y adultos.

### La perspectiva de género

Un estudio sobre las representaciones sociales que inciden en las prácticas sexuales y actitudes preventivas en hombres y mujeres adultos destaca la relevancia de los estereotipos de género al momento de negociar el uso del preservativo. Las diversas modalidades con que operan estos estereotipos refuerzan la subordinación femenina, lo que en algunos casos dificulta la prevención del VIH<sup>4</sup>.

Partiendo del concepto de un comportamiento sexual construido socialmente e íntimamente ligado a definiciones culturales de lo femenino y lo masculino, un informe desarrolla la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los mandatos culturales sostienen las significaciones de la sexualidad según el género y dificultan la adopción de medidas preventivas<sup>5</sup>. Desde la misma óptica, se puntualiza la mayor vulnerabilidad de la mujer y el rol tradicional de su conducta en determinados grupos sociales<sup>6</sup>.

Respecto a las trabajadoras sexuales, los estudios relevados se centran en la subjetividad y su relación con las estrategias preventivas frente al VIH-sida<sup>7</sup>. Otro informe sobre esta población aborda algunos datos cuantitativos en una muestra acotada a



una ciudad. La información sobre el VIH-sida era evaluada como suficiente, el 83% se percibía en riesgo, el 13,5% no usaba preservativo y un 28% aceptaba trabajar sin preservativo. Los datos revelan una amplia variedad de edades de iniciación en el trabajo sexual, educación formal y sector socioeconómico de pertenencia<sup>9</sup>.

Otros estudios centrados en mujeres hallaron que, en su rol protector, ellas tienen mayor participación en la prevención, mayor empatía con los enfermos, pero menor percepción del riesgo personal y en general no adoptan regularmente conductas preventivas<sup>9</sup>. Aquellas mujeres de sectores populares que son madres tienen dificultades para transmitir a sus hijas adolescentes pautas de cuidado de su salud reproductiva tales como la pre-vencción del embarazo o la necesidad de concurrir a consultas ginecológicas- y transmiten, a su vez, valores opresivos sobre la sexualidad de las mujeres. Todos obstáculos que actúan negativamente en la prevención del VIH-sida. La mujer en su rol materno pospone su cuidado, inhibe su propio placer, no confía en sus conocimientos y no se percibe en riesgo<sup>10</sup>. El conocimiento del VIH-sida y las prácticas relacionadas con la prevención en mujeres adultas de sectores populares se presenta bajo el peso de construcciones normativo morales que ubican la enfermedad como "un problema de otros". Se identifica a quienes viven con VIH como personas con "comportamientos negativos" y esto condiciona el uso del preservativo entre las personas que se sienten ajenas a esa caracterización. Los estereotipos ligados a la sexualidad y los roles de género obstaculizan la capacidad de negociación de cuidados en las relaciones sexuales de estas mujeres<sup>11</sup>.

Otros estudios centraron su atención en varones de diferentes edades y condiciones de vida. Un estudio realizado sobre varones adultos y centrado en el cuidado durante las relaciones sexuales propone una categoría novedosa denominada "carrera". Dicho concepto se construye por los cambios a lo largo del tiempo en las representaciones, comportamientos y motivaciones en el uso de métodos anticonceptivos y en las relaciones de pareja. El análisis revela la existencia de "tipos" de carreras con aspectos comunes<sup>12</sup> (Tipo 1: El descuidado impulsivo, Tipo 2: El moralista sexual, Tipo 3: El usuario social y reparador, Tipo 4: El concientizado flexible, Tipo 5: El usuario pragmático, Tipo 6: El cuidadoso cerebral).



Los jóvenes y adolescentes son los que concentran mayor cantidad de investigaciones. En general, la iniciación sexual de esta población ocurrió en épocas recientes, cuando los conocimientos respecto del VIH-sida incrementaron la percepción de riesgo así como el uso del preservativo.

Los varones se inician sexualmente a los 15,6 años en promedio, dependiendo del nivel de educación formal y el sector social. Uno de cada tres no usó preservativo la primera vez. La frecuencia de adopción de medidas de cuidado aumenta de modo proporcional con las oportunidades educativas y la disponibilidad de recursos de distinta índole. Según las autoras, la postergación del inicio sexual hace que pueda ser planeado<sup>13</sup>.

Entre los adolescentes, en general, la percepción de riesgo y la prevención no siempre se relacionan. El riesgo asociado al VIH-sida es evaluado como mayor para "otros", lo que actúa como obstáculo generando ilusión de invulnerabilidad. La adopción de cuidados en las relaciones sexuales produce temor a ser asimilado a estereotipos (adictos y homosexuales) que pueden amenazar su autoestima. Sí se asocia el riesgo de embarazo con el riesgo de VIH y el cuidado es mayor cuanto menos conocen a su pareja<sup>14</sup>.

Otro informe sobre varones adolescentes refiere que entre los jóvenes más pobres se mantienen algunos estereotipos de género respecto a comportamientos sexuales tales como el cortejo sexual, la prioridad biológica del deseo sexual del varón y la distinción entre mujeres decentes y las "otras". En los sectores medio y alto, mayormente se considera que la diferencia radica en la "doble moral" (una moral para las mujeres, una moral para los varones). Por otro lado, todavía existen dificultades en el acceso a la información sobre salud reproductiva. También está vigente la desventaja que representa la presión de los pares para la iniciación sexual como prueba de la masculinidad<sup>15</sup>.

Estas diferenciales de género se mantienen también en las personas que viven con VIH respecto a la experiencia con la enfermedad. En los resultados se destacan diferencias en la construcción narrativa de sus biografías, en



los recursos puestos en juego cotidianamente y en la percepción y respuesta a la discriminación según género<sup>16</sup>. Las mujeres que viven con el virus tienen mayor dificultad para negociar el uso del preservativo: el 100% de las que no lo usan tiene miedo de solicitárselo a su pareja. Los motivos mencionados son temor al rechazo masculino y vergüenza. El 41,2% relató que cuando han solicitado su uso, sus parejas respondieron que "lo usan sólo las prostitutas"<sup>17</sup>.

### Algunas conclusiones

Los artículos mencionados concuerdan en general en el peso que tienen las construcciones de género en los conocimientos y los comportamientos relacionados con el VIH-sida. Varios trabajos comprueban con conceptos muy precisos una subordinación sexual de la mujer y que los varones también tienen dificultades para abordar su sexualidad.

El uso del preservativo como doble protección en los jóvenes es un hallazgo expuesto en varios artículos, pero no se logra medir la frecuencia y continuidad en su uso.

En este relevamiento no se encontró material sobre infecciones de transmisión sexual, que son indicadores de la exposición a la infección por VIH.

Por otra parte, existen muchos trabajos sobre el mismo grupo poblacional, por ejemplo los varones jóvenes, mientras que la producción sobre otros grupos es escasa. En varias investigaciones se evidencian diferencias en los resultados finales según la clase social de pertenencia, categoría que no es abordada con la necesaria profundidad en los objetivos de estos trabajos.

La ausencia de investigaciones sobre una misma población repetidas en diferentes períodos de tiempo hace que no sea posible verificar cambios en los conocimientos y comportamientos respecto al VIH-sida. Sin embargo, la revisión de estos trabajos enriquece la información ya que articular los diferentes saberes nos da pistas para seguir en la búsqueda de datos que complementen y enriquezcan la comprensión del tema.

Para obtener más información sobre la bibliografía o para sugerir la incorporación de otros estudios y publicaciones: [vigilancia-sidagcba@hotmail.com](mailto:vigilancia-sidagcba@hotmail.com)

<sup>1</sup> Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El próximo decenio. WHO/CSR/EDC/2000.5.

<sup>2</sup> "Actividades de Apoyo a la prevención y el control del VIH-sida en Argentina" Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Convenio Donación N° ARG-102-G01-H-00.

<sup>3</sup> "Línea de base en hombres que tienen sexo con hombres".

<sup>4</sup> Representaciones de género y obstáculos para la adopción de prácticas sexuales protegidas. Córdoba, C.; Fenoy, D.; Giri, B. V Congreso Argentino de Sida. 2001.

<sup>5</sup> Sexualidad, género y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Gogna, M.; Panteledis, E.; Ramos, S. Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. 1996.

<sup>6</sup> Mujeres, VIH-sida y Género. Laski, M. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 2000.

<sup>7</sup> Prostitución femenina: evaluación de las problemáticas de salud para la implementación de estrategias de reducción de riesgos. Dir.: Pérez Chavez, K. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 2000.

<sup>8</sup> El fenómeno psicosocial de "la prostitución" en Mar del Plata. Cilia, N. Revista Desidamos. FEIM. Año VII, N°2, Julio 1999.

<sup>9</sup> Y el SIDA está entre nosotros... Kornblit, A.; Giménez, L.; Méndez Diz, A.; Petracci, M.; Vujosevich, J. Ediciones Corregidor. Buenos Aires, 1997.

<sup>10</sup> De madres a hijas. La transmisión de pautas de cuidado de la salud reproductiva. Geldstein, R. III Jornadas Arg. de Estudios de Población AEPa. 1998

<sup>11</sup> Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH-sida en sectores populares de Buenos Aires. Grimberg, M. Cuadernos Médico Sociales N° 75- Mayo 1999.

<sup>12</sup> Conductas de cuidado de la salud sexual y reproductiva en varones adultos: una cuestión de carreras. Infesta Domínguez, G. Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. 4as: 2001

<sup>13</sup> Iniciación Sexual. Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires. Geldstein, R.; Schufer, M. Cuaderno del CENEP. 2002.

<sup>14</sup> Percepción de riesgo y conductas preventivas en relación con el embarazo y el Sida en jóvenes escolarizados. Kornblit, A.; Méndez Diz, A.; Ubillos, S.; Paez, D. Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva. 1996.

<sup>15</sup> Salud Reproductiva y Sexualidad: una visión desde la perspectiva del varón adolescente. Infesta Domínguez, G. Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. 1996.

<sup>16</sup> Género y VIH-sida: un análisis de las desigualdades de género en la experiencia de vivir con VIH. Grimberg, M. VII Congreso de Medicina Social. 2000.

<sup>17</sup> Relevamiento sobre las causas que motivan a tener relaciones sexuales sin preservativos en una población de mujeres VIH (+). Avallone, A.; Bittar, V. VI Congreso Argentino de Sida. 2003.

**Coordinador editorial**

Agustín Rojo

**Edición, redacción y corrección**

Malala Carones

Agustín Ostrowski

**Fotografías**

Xavier Martín

**Ilustraciones**

Francisca López

Noviembre 2004

**Gobierno de la Ciudad  
de Buenos Aires**

Cantidad de ejemplares: 3.000  
Costo valor unitario: \$ 9,66



