



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

AÑO 2 NUMERO 2 - Julio de 2002

Jefe de Gobierno

Dr. Aníbal Ibarra

Vicejefa de Gobierno

Lic. María Cecilia Felgueras

Secretario de Salud

Dr. Alfredo Stern

**Director General
Coordinación Sida**

Dr. Claudio Bloch

infosida

CONTENIDOS

[Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires](#)

[Nuevos CePADs: La prevención más cerca de la gente](#)
Malala Carones

[GTZ: Microproyectos de prevención realizados con el aporte de la Cooperación Alemana](#)

[Red de Prevención del VIH-sida](#)

Lic. Ariel Adaszko
Lic. Evelina Carrizo

[¿Es posible tratar a los usuarios de drogas con terapias antirretrovirales?](#)

Dr. Ben Linas
Dr. Marcelo E. Vila

[Popper](#)

Dr. Ricardo Duranti

[Grupos de autoayuda](#)

Dr. Francisco Maglio

[Tecnologías blandas y prevención del vih/sida: Una experiencia interdisciplinaria](#)

Lic. Marita Sánchez

[Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética?](#)

Lic. Victoria Barreda

[Actividades de la Coordinación Sida](#)

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



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

La Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires tiene entre sus líneas estratégicas el desarrollo de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. La vigilancia epidemiológica no es otra cosa que un conjunto de herramientas que permite reunir información sobre la magnitud de la epidemia, su evolución; y detectar cambios de tendencia para planificar acciones más eficaces para controlarla. Varias son las fuentes de información que esta Dirección utiliza para aproximarse cada vez más a la situación real de la epidemia.

1. **Vigilancia de la infección por VIH:** dado el prolongado período asintomático de esta enfermedad, (que los tratamientos de alta eficacia han logrado aumentar aun más) conocer la magnitud de la infección en la población general y en grupos poblacionales específicos es de vital importancia. Una metodología adecuada para conocer la tendencia de la infección por VIH en la Ciudad de Buenos Aires es el estudio de la prevalencia de la infección (N° de análisis positivos para diagnóstico de VIH¹ / N° total de análisis realizados para diagnóstico de VIH) en diferentes poblaciones seleccionadas a los efectos de trazar diferentes curvas de evolución de la epidemia.
2. **Casos Notificados de Enfermos de Sida:** de acuerdo a lo que indica la ley Nacional 23.789 la notificación de casos de SIDA es obligatoria. Dicha notificación la realiza cada jurisdicción al organismo central que le corresponde, (en nuestro caso la Coordinación Sida del GCBA), quien luego notifica al Programa Nacional, dependiente del Ministerio de Salud de Nación.
3. **Análisis de la mortalidad:** los datos de mortalidad que se desprenden del informe estadístico de defunción producido por los Registros Civiles. Permiten observar otros aspectos de la epidemia (mortalidad por sida y su relación a otras causas de defunción) y perfeccionar el perfil de instalación de la epidemia en la ciudad al incorporar información adicional que no se obtiene de las otras fuentes de datos antes mencionados, por ejemplo, el domicilio de los fallecidos. Esto facilita una zonificación de la ciudad a partir de la mortalidad que puede compararse con el comportamiento territorial de otras variables vinculadas a la atención (notificación de casos, residencia de los pacientes, perfil de los tratamientos, entre otros).

¹ El análisis más utilizado en nuestro medio es la técnica de ELISA.

I.- VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH

- PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIONES SELECCIONADAS

La información recogida por la Coordinación Sida del GCBA para conocer la prevalencia de la infección por VIH en diferentes poblaciones seleccionadas proviene de instituciones tanto del sector público como de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema.

En uno de los grupos estudiados a través de la prevalencia, las embarazadas, los datos muestran que se ha mantenido constante desde el año 1998, en torno al 1% (0.8 / 1.5 con un intervalo de confianza del 95%), no siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas entre los años 1998/2001.

Desde el año 1998 ha habido una tendencia declinante en la prevalencia en donantes de bancos de sangre, pasando del 0.38% en ese año a 0.24% en el año 2001. Esta diferencia es estadísticamente significativa y se debe, muy probablemente, a una mejora en la implementación de los cuestionarios de autoexclusión por parte de los Servicios de Hemoterapia.

En población gay y en trabajadoras sexuales contamos con dos registros de sitios centinelas que son llevados a cabo por dos organizaciones de la sociedad civil. En ambos casos se observa que los índices no han variado en los años 2000 y 2001. (ver tabla 1).

Tabla 1
PREVALENCIA * (%) EN POBLACIONES SELECCIONADAS (1998-2001)

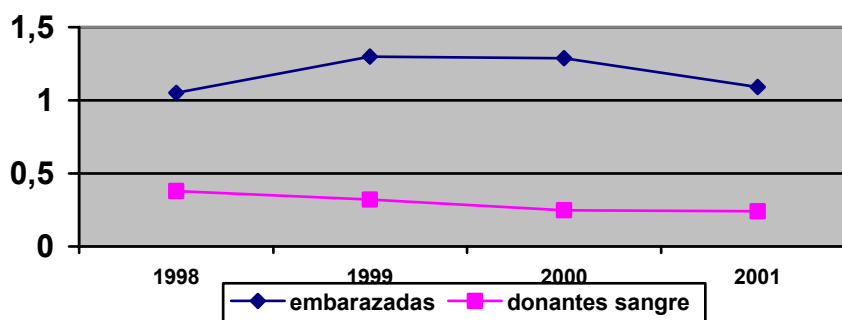
Poblaciones	1998	1999	2000	2001**
Embarazadas	1.05 0.8/1.3 (n =5887)	1.3 1.0/1.5 (n=8787)	1.29 1.1/1.4 (n=26177)	1.06 0.9/1.2 (n=16289)
Donantes de Bancos de Sangre	0.38 0.3/0.4 (n=81727)	0.32 0.2/0.3 (n=123173)	0.25 0.2/0.3 (n=43786)	0.24 0.22/0.25 (n=86699)
Población gay			13.01 10.6/15.7 (n=715)	12.98 10.7/15.6 (n=763)
Trabajadoras sexuales			2.80 1.5/4.9 (n=436)	2.92 1.0/5.6 (n=308)
Consultantes ETS				4.17 3.0/5.6 (n=981)

Testeo Voluntario (CEPAD)				2.83 1.7/4.5 (n=601)
---------------------------------	--	--	--	-----------------------------------

* Se utilizó un intervalo de confianza del 95%

** Datos parciales.

Gráfico 1
PREVALENCIA EN EMBARAZADAS Y DONANTES DE SANGRE



NOTA:

- No hay diferencias estadísticamente significativas en embarazadas
- Hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en donantes de bancos de sangre

Dada la importancia de la información surgida de los sitios centinela para el desarrollo de las actividades de prevención y asistencia la Coordinación Sida está trabajando para mantener y ampliar dichos sitios. Por ello sigue abierta la invitación a todos los organismos públicos y privados que puedan aportar información sistematizada a ponerse en contacto con esta Dirección. Solo este esfuerzo conjunto permitirá conocer cada día mas y mejor la evolución de la epidemia en nuestra ciudad.

Sitios Centinelas que brindaron información:

Embarazadas: Hospital Álvarez, Hospital Piñero, Hospital Santojanni, Hospital Durand, Hospital Fernández, Hospital Pirovano, Hospital Ramos Mejia, Hospital Rivadavia y Maternidad Sardá.

Donantes de sangre: Dirección general Adjunta Redes de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Incluye los datos de todos los bancos de sangre de la ciudad).

Población gay y trabajadoras sexuales: Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina (AMMAR), Nexo Asociación Civil y Centro Nacional de Referencia para el SIDA.

Consultantes ETS: Hospital Muñiz y Hospital Durand.

CEPAD: Centro de Salud N2, Centro de Salud N 20 y Casa Joven de Flores.

II-ANALISIS DE LOS CASOS DE SIDA

Los casos de SIDA notificados desde el inicio de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires al 31/03/02 son 10.754. De estos, 6.253 (58%) son residentes en la ciudad. Las condiciones sociodemográficas de la ciudad y el Gran Buenos Aires presentan un nivel de heterogeneidad tal que, necesariamente influye en el comportamiento de la epidemia en cada una de las regiones, zonas e incluso entre diferentes subzonas. Esto hace necesario distinguir entre residentes y no residentes en la Ciudad al observar el perfil de la epidemia.

En la siguiente tabla se perciben algunas de las diferencias -referidas a las vías de transmisión- entre el total de casos notificados por la Ciudad de Buenos Aires (que incluye tanto los que habitan en la ciudad, como los que no viven en ella pero se atienden en las instituciones de la misma), y aquellos que viven y se atienden en la ciudad (residentes). Se observa, por ejemplo, que entre los residentes la proporción de personas que tiene como vía de transmisión las relaciones sexuales entre hombres es un 6 % mayor que en el total de casos.

En relación a la transmisión perinatal la proporción de casos de sida entre los residentes es del 4.40 % (275 en números absolutos), mientras que entre los no residentes (la mayoría proveniente del Gran Buenos Aires) es de 12.04 % (542 casos).

Tabla 2
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN VIAS DE TRANSMISIÓN
CASOS DE SIDA EN CIUDAD DE BUENOS AIRES 1983-2002**

	TOTAL	RESIDENTES
Casos de sida	10754	6253(58%)
Udis ¹	38,10	37,00
HSH ²	27,70	34,30
Heterosexual	22,50	20,70
Hijo de madre vih+	7,60	4,40
Desconocido	2,40	2,20
Otros	1,70	1,40

Para hacer un correcto análisis de la prevalencia según vía de transmisión en los casos notificados desde el inicio de la epidemia es importante diferenciarlos por sexos, pues los valores no sólo presentan diferencias entre hombres y mujeres, sino que han ido variando significativamente a lo largo del tiempo en cada una de estas categorías.

En términos globales –y para los residentes de la ciudad–, los datos sobre casos notificados desde el inicio de la epidemia señalan que la principal vía de transmisión entre las mujeres son las relaciones sexuales sin uso de preservativo (59.5%) y en los hombres el sexo sin preservativo con

¹ UDIs: usuarios/as de drogas inyectables

² HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres. Esta categoría incluye tanto población gay, como población de hombres bisexuales, aquellos que tienen sexo ocasional con hombres y con travestis.

otros hombres (43.6%). El segundo lugar en términos porcentuales, lo ocupa, tanto en varones como en mujeres, el uso compartido de material de inyección por parte de los/as usuarios/as de drogas.

Gráfico 2
**CASOS DE SIDA: VÍAS DE TRANSMISIÓN EN VARONES MAYORES DE 12 AÑOS
RESIDENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (1983-2002)**

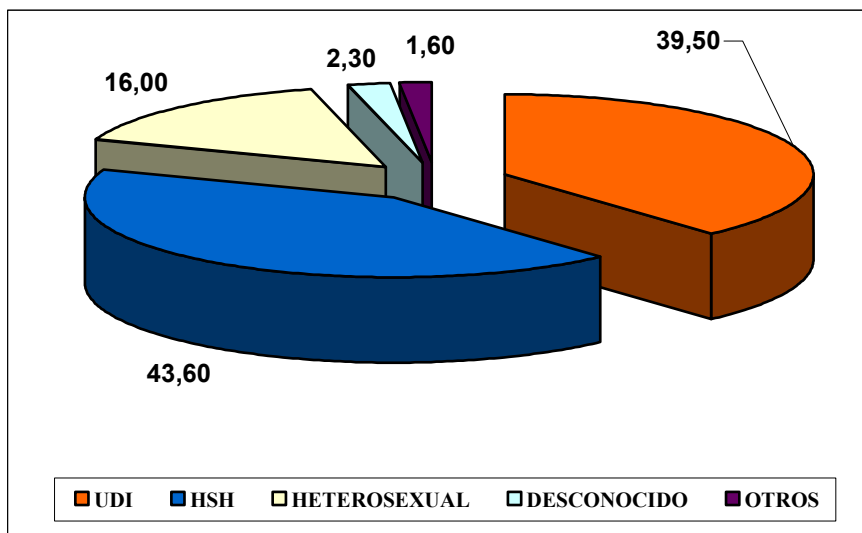
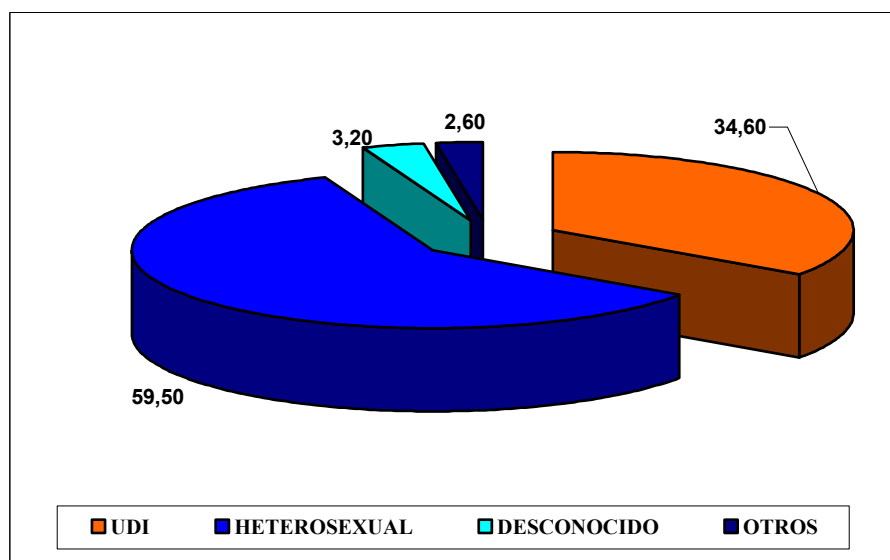


Gráfico 3
**CASOS DE SIDA: VÍAS DE TRANSMISIÓN EN MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS
RESIDENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. (1988-2002)**



Al analizar las tendencias en las vías de transmisión de los casos de personas residentes en la ciudad a lo largo de los últimos 5 años , observamos que: entre los varones (Gráfico 4) hay un aumento sostenido de la transmisión heterosexual, una disminución de los casos asociados al uso compartido de material de inyección en UDIs y una estabilización de aquellos ligados a relaciones sexuales entre hombres. Entre las mujeres (Gráfico 5) se observa un incremento sostenido de la vía sexual, junto a una disminución entre las usuarias de drogas inyectables.

Gráfico 4
**CASOS DE SIDA: VÍAS DE TRANSMISIÓN EN VARONES MAYORES DE 12 AÑOS
 RESIDENTES EN LA CIUDAD. (1997-2001)**

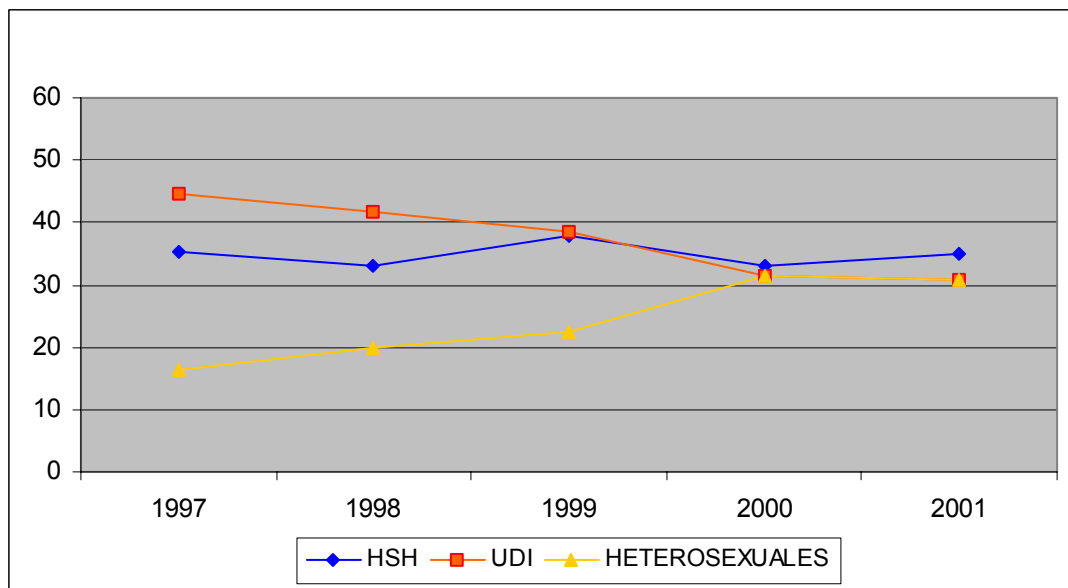


Gráfico 5
**CASOS DE SIDA: VÍAS DE TRANSMISIÓN EN MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS
 RESIDENTES EN LA CIUDAD. (1997-2001)**

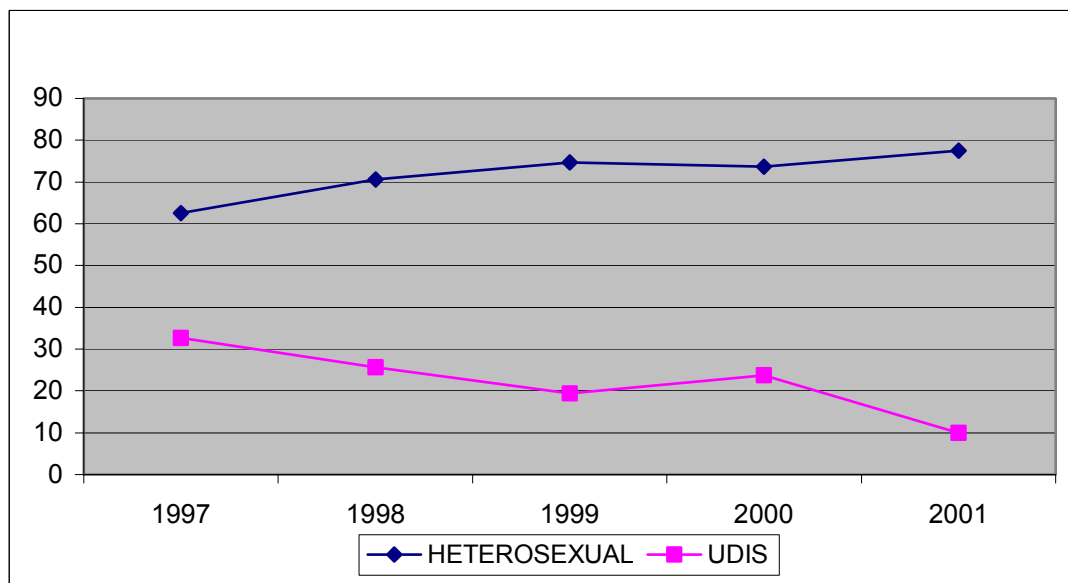


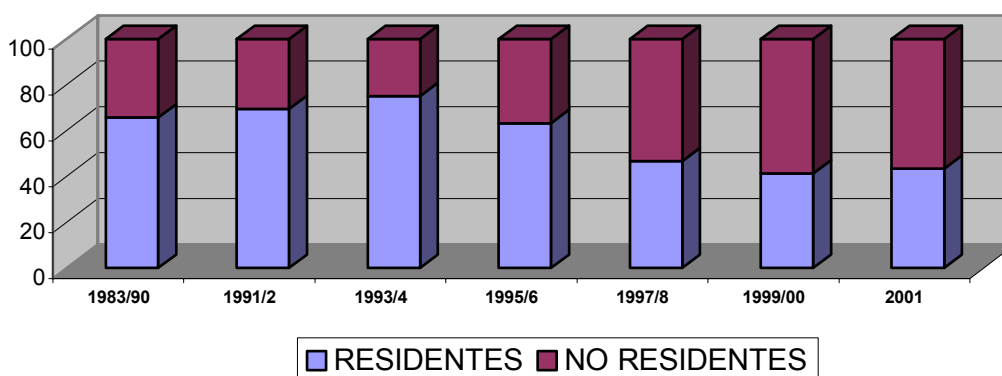
Tabla 3
CASOS DE SIDA: EDAD MEDIA, RAZÓN HOMBRE / MUJER Y ESCOLARIDAD EN MAYORES DE 12 AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD. (1983-2002)

	TOTAL	RESIDENTES
Edad media hombres	32	33
Edad media mujeres	28	29
Relación H / M (año 2000)	3,25	2,73
Escolaridad Primaria	45,60%	35,90%

En la tabla 3 podemos ver que la edad media de los residentes masculinos es 4 años mayor que la de las mujeres, y que 36 de cada 100 pacientes no han superado el nivel primario de escolaridad.

Tal como se señaló anteriormente (tabla 2), el 58.4 % del total de casos notificados desde los hospitales de la ciudad reside efectivamente en ella. Pero al analizar el comportamiento de la demanda a lo largo del tiempo se observa que, en el total de pacientes atendidos, disminuyó el porcentaje correspondiente a los residentes, y aumentaron en forma proporcional las personas provenientes del Gran Buenos Aires. Al inicio de la epidemia y hasta el año 1990 los residentes representaban el 65% del total de los casos de sida atendidos en la Ciudad; a partir de ese año, este porcentaje comienza a descender para llegar, en la actualidad, al 43% (Gráfico 6).

Gráfico 6
EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE SIDA SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA (%) 1983-2001



- CASOS DE SIDA SEGUN SUBSECTORES DE NOTIFICACIÓN**

La historia de la atención de las personas con sida en nuestro país estuvo vinculada básicamente al hospital público. Sin embargo un número importante de pacientes es diagnosticado y tratado en las obras sociales y en el sector privado. El perfil epidemiológico de estas personas difiere en una

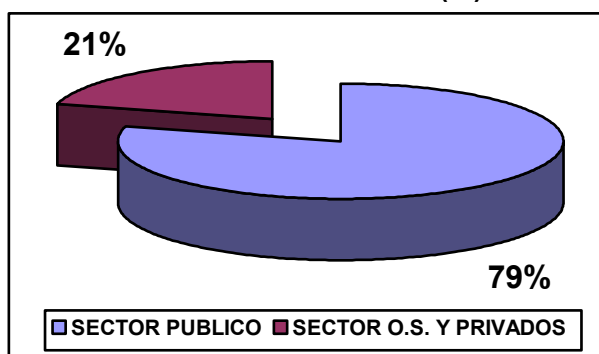
serie de variables -tal como fue planteado por Bloch y Kaufmann¹-, lo que amerita estudiar cada grupo de pacientes por separado.

Cuando se analizan el total de las notificaciones de la Ciudad de Buenos Aires, el 79% de las personas fue notificado por instituciones pertenecientes al subsector público (tabla 4). Pero esta situación tiene diferencias sustanciales al incorporarse la variable tiempo: así, en 1990, el 90.3 % de los casos de SIDA fue diagnosticado en los hospitales de la ciudad, mientras que 10 años después ese porcentaje disminuyó a 70.2 %.

Tabla 4
**CASOS TOTALES NOTIFICADOS DESDE EL PRINCIPIO DE LA EPIDEMIA
SEGÚN SUBSECTOR**

SECTOR PUBLICO	7.197	79,04%
SECTOR PRIVADO y O.S.	1.908	20,96%
	9.105	100%

Gráfico 7
**CASOS TOTALES NOTIFICADOS DESDE EL PRINCIPIO DE LA EPIDEMIA
SEGÚN SUBSECTOR (%)**



De los 7.366 casos de sida que se han notificado desde el inicio de la epidemia provenientes del subsector público dependiente del GCBA, el 63% se concentra en los hospitales Muñiz y Fernández. Si, en cambio, tomamos como referencia las notificaciones de los últimos tres años, el acumulado de estos dos hospitales es del 54% del total. Esta caída se debe a que en los primeros años los hospitales arriba mencionados fueron los pioneros en la atención; con el correr del tiempo, el mayor impacto del sida hizo que todos los efectores del sistema atiendan a personas con VIH-sida.

¹ Bloch, C y Kaufmann, R: Perfil epidemiológico de los pacientes con SIDA atendidos en la seguridad social en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires. Boletín sobre el SIDA en la Argentina. Ministerio de Salud. Año VI, nro. 18, diciembre 1999.

Tabla 5

CASOS NOTIFICADOS SECTOR PUBLICO GCBA al 31/03/02

	CASOS	%	ACUMULADO
H. MUÑIZ	3417	46,4	46,5
H. FERNANDEZ	1231	16,7	63,2
H. RAMOS MEJIA	539	7,3	70,5
H. ARGERICH	450	6,1	76,6
H. GARRAHAM	222	3,0	79,7
H. GUTIERREZ	221	3,0	82,7
H. TORNU	191	2,6	85,2
H. PIÑERO	186	2,5	87,8
H. PENNA	160	2,2	89,9
H. ELIZALDE	152	2,1	92,0
H. DURAND	139	1,9	93,9
H. UDAONDO	122	1,7	95,5
H. SANTOJANI	78	1,1	96,6
H. PIROVANO	78	1,1	97,7
H. ALVAREZ	54	0,7	98,4
H. VELEZ	42	0,6	99,0
H. BORDA	35	0,5	99,4
H. ZUBIZARRETA	22	0,3	99,7
H. RIVADAVIA	15	0,2	99,8
H. MOYANO	11	0,1	99,9
H. FERRER	1	0,0	100
	7366	100,0	

• **CASOS DE SIDA AGRUPADOS SEGÚN LUGAR DE NOTIFICACIÓN**

A continuación se presenta una descripción las variables número, razón de masculinidad, vías de transmisión, escolaridad y lugar de residencia de los casos de sida, de acuerdo al hospital de notificación.

Para poder tener diagnósticos más cercanos a las realidades locales se dividió a la Ciudad en tres zonas, a la que se agregan los hospitales especializados y pediátricos, tal como se observa en la tabla 6:

Tabla 6

DISTRIBUCIÓN REGIONALIZADA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD

NORTE	CENTRO	SUR	ESPECIALIZADOS	PEDIÁTRICOS
H. FERNANDEZ	H. VELEZ	H. SANTOJANI	H. MUÑIZ	H. GARRAHAM
H. RIVADAVIA	H. ZUBIZARRETA	H. ARGERICH	H. BORDA	H. GUTIERREZ
H. TORNU	H. ALVAREZ	H. PIÑERO	H. FERRER	H. ELIZALDE
H. PIROVANO	H. DURAND	H. PENNA	H. MOYANO	
	H. RAMOS MEJIA		H. UDAONDO	

Los tres primeros grupos se corresponden con zonas geográficas de la ciudad con características socio-demográficas claramente diferenciales. Los dos restantes, en cambio, responden a las especialidades propias de cada una de las instituciones. El Hospital Muñiz constituye un caso particular ya que comparte las características de los hospitales de la Zona Sur, pero a la vez es especializado en enfermedades infecciosas y uno de los centros de referencia en el tratamiento de esta patología.

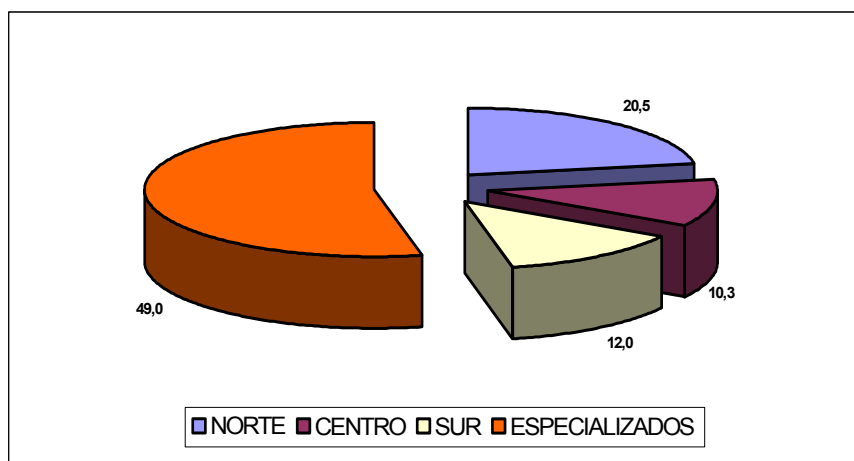
NÚMERO DE CASOS

Del total de pacientes notificados, casi la mitad fue diagnosticada en los hospitales especializados, y de éstos, más del 95% en el Hospital Muñiz. La Zona Norte sigue en orden de frecuencias en relación al número de casos (81% corresponden al Hospital Fernández). El tercer lugar lo ocupan los hospitales de la Zona Sur (la mitad de los casos fueron diagnosticados en el Hospital Argerich); luego siguen los de la Zona Centro (casi el 68% notificado por el Hospital Ramos Mejía) y por último se encuentran los hospitales pediátricos, con el 8.2% de los casos. Hasta el momento son 21 los hospitales del GCBA que han notificado casos de sida.

Tabla 6
PACIENTES NOTIFICADOS POR REGION

NORTE	1462	20,5 %
CENTRO	734	10,3 %
SUR	853	12,0 %
ESPECIALIZADOS	3492	49,0 %
PEDIÁTRICOS	585	8,2 %
	7126	

Gráfico 8
PORCENTAJE DE PACIENTES NOTIFICADOS POR REGION



RAZON HOMBRE / MUJER

En los hospitales especializados la razón hombre / mujer es de 5,6 : 1. Esta proporción disminuye en la Zona Norte a 4,3 : 1, en la Zona Centro 3 : 1 y 2,4 : 1 en la zona sur.

La razón hombre / mujer de los pacientes atendidos en el Hospital Muñiz es bastante mayor que en el resto de la Ciudad. Esta diferencia responde, en primer lugar, a que este hospital fue uno de los primeros lugares de atención –cuando la epidemia era básicamente masculina-, y mantiene hasta hoy el perfil de los casos más viejos. Por otra parte, allí se atiende un número importante de usuarios de drogas inyectables y, en este grupo, las mujeres ocupan una proporción muy restringida.

Tabla 7

RAZON HOMBRE / MUJER POR REGION

NORTE	4,3
CENTRO	3
SUR	2,4
ESPECIALIZADOS	5,6

VÍA DE TRANSMISIÓN

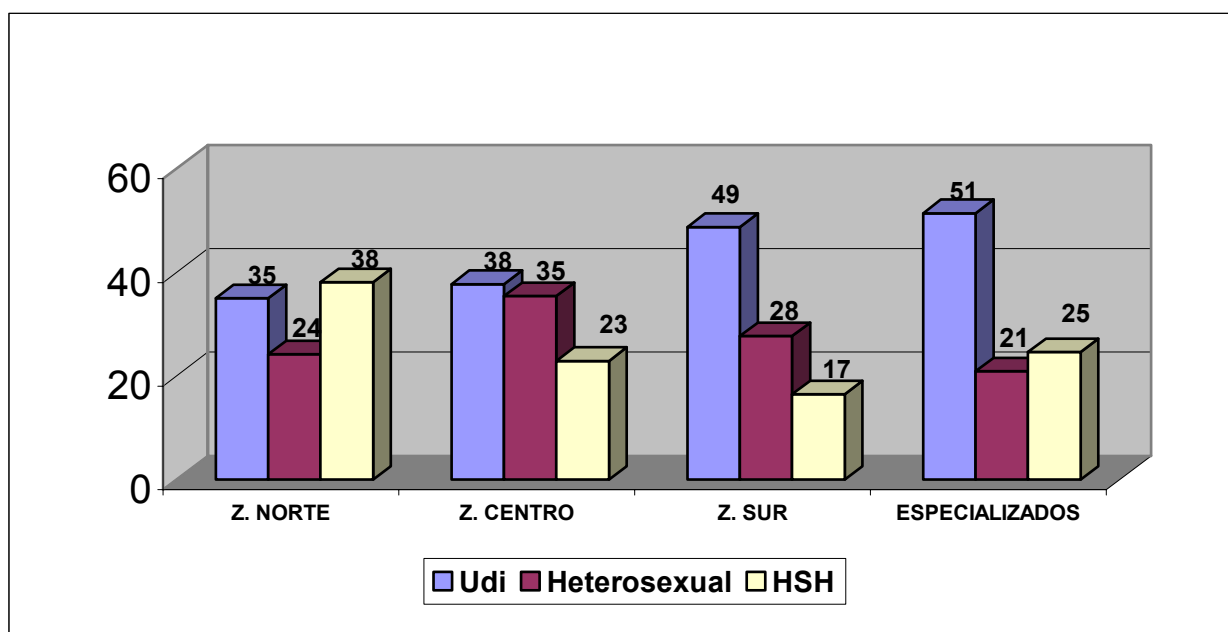
Como se observa en la tabla 8, y en su correspondiente gráfico (9), las principales vías de transmisión varían de acuerdo al grupo de hospitales en el que se atienden las personas. En la Zona Norte es mayor el número de casos que reconocen como vía de transmisión las relaciones sexuales entre hombres sin preservativos. En la zona Centro la vía heterosexual aumenta relativamente su peso, aunque es menor que el uso de drogas inyectables. En la Zona Sur y en los hospitales especializados, esta última forma de transmisión -uso compartido de material de

inyección- cobra una importancia relativa mayor al alcanzar prácticamente la mitad de los casos notificados.

Tabla 8
VIAS DE TRANSMISIÓN POR REGION

VIAS DE TRANSMISION	Z. NORTE	Z. CENTRO	Z. SUR	ESPECIALIZADOS	PEDIATRICOS
Udi	35	38	49	51	0
Heterosexual	24	35	28	21	0
HSH	38	23	17	25	0
T. Vertical	1	1	3	2	97
Otros	2	3	4	2	3

Gráfico 9
VIAS DE TRANSMISIÓN POR REGION



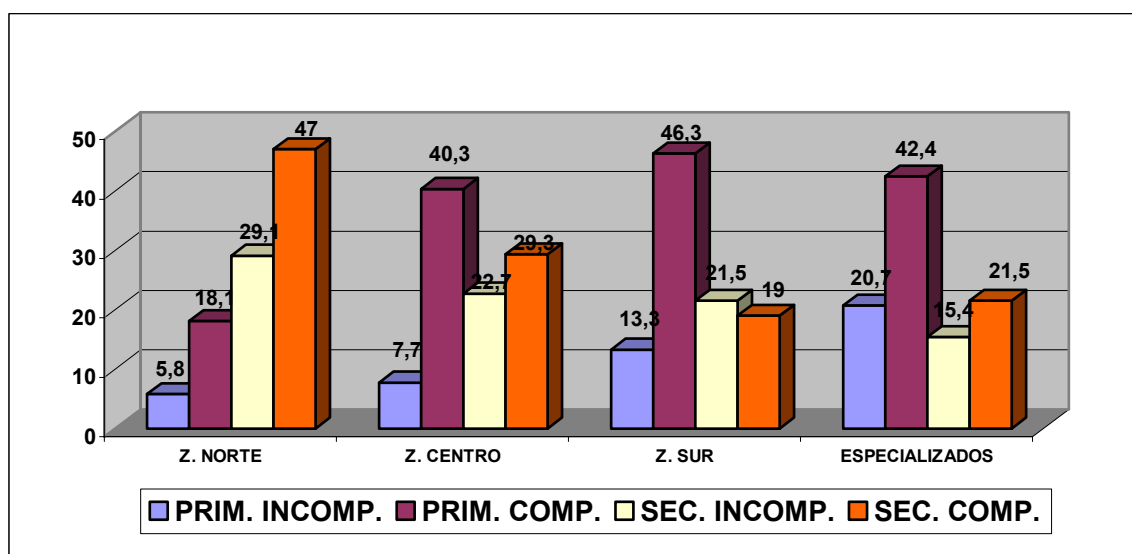
NIVEL DE INSTRUCCIÓN

El nivel de instrucción de las personas con sida en la ciudad no es homogéneo: varía de acuerdo a la región en donde se atienden. Es así que, en la Zona Norte se observa una concentración de personas con mayor nivel de instrucción que en la Zona Sur y que en los hospitales especializados; situación que se asemeja al perfil socioeconómico de los habitantes de la ciudad.

Tabla 9
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS
SEGÚN REGION**

NIVEL INSTRUCCION	Z. NORTE	Z. CENTRO	Z. SUR	ESPECIALIZADO S
PRIM. INCOMP.	5,8%	7,7%	13,3%	20,7%
PRIM. COMP.	18,1%	40,3%	46,3%	42,4%
SEC. INCOMP.	29,1%	22,7%	21,5%	15,4%
SEC. COMP.	47%	29,3%	19%	21,5%

Gráfico 10
NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS
SEGÚN REGION



LUGAR DE RESIDENCIA

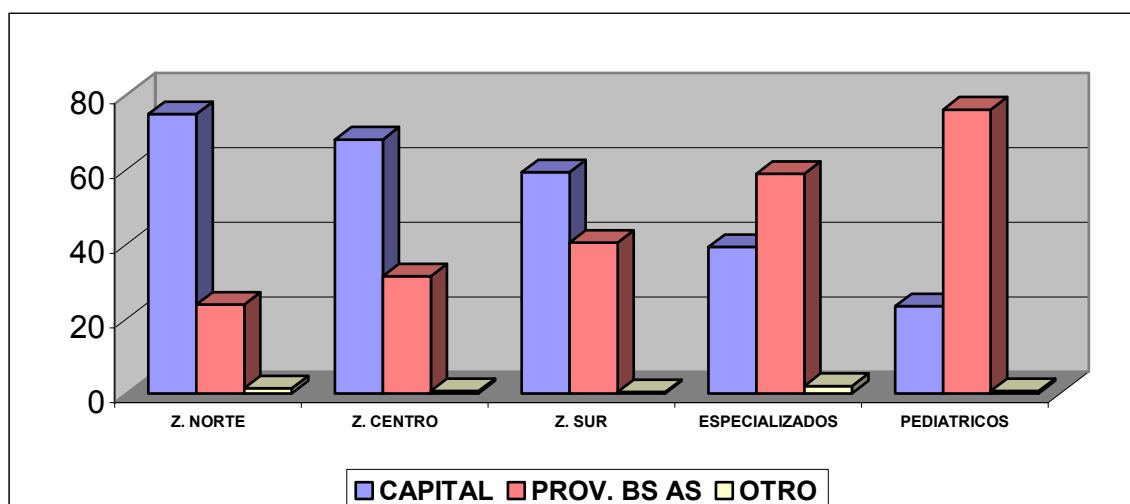
En lo que respecta a la residencia de las personas notificadas como casos de sida se observan, también, diferencias significativas. La Zona Norte concentra una mayor cantidad de personas que residen en la ciudad de Buenos Aires, y los hospitales especializados registran gran cantidad de personas de otros distritos (básicamente Gran Buenos Aires). Un fenómeno similar ocurre en los hospitales pediátricos, donde el 76,6% de los niños notificados no residen en la ciudad.

Tabla 10
CASOS DE SIDA SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Y REGIÓN

	Z. NORTE	Z. CENTRO	Z. SUR	ESPECIALIZADOS	PEDIATRICOS
--	----------	-----------	--------	----------------	-------------

CAPITAL	74,8	68	59,2	39,2	23,4
PROV. BS AS	23,8	31,4	40,4	58,8	76
OTRO	1,4	0,6	0,4	2	0,6

Gráfico 11
LUGAR DE RESIDENCIA POR REGION



En síntesis, es posible afirmar que, en relación a la distribución general de los casos de SIDA, los hospitales de la Zona Sur y los especializados (fundamentalmente el hospital Muñiz) atienden una población que se caracteriza por tener como principal vía de infección el uso de drogas inyectables, presentar un bajo nivel de instrucción y residir, en su mayoría, fuera de la ciudad de Buenos Aires.

III- PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

En la actualidad, gracias a la terapia antirretroviral (TARV) se pospone la aparición de enfermedades marcadoras, de ahí la importancia de analizar lo que sucede a partir de esta situación. Cabe analizar, en primer lugar, el número de personas que están en tratamiento en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

A diciembre de 2001, se proveyó a estos hospitales con medicación antirretroviral para 6.391 pacientes. No obstante, la cantidad de personas atendidas es mayor, ya que una parte de los usuarios del hospital público recibe su medicación en las obras sociales o en el sector privado y, por lo tanto, no está incorporada en este análisis.

Tabla 11

PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES POR HOSPITAL

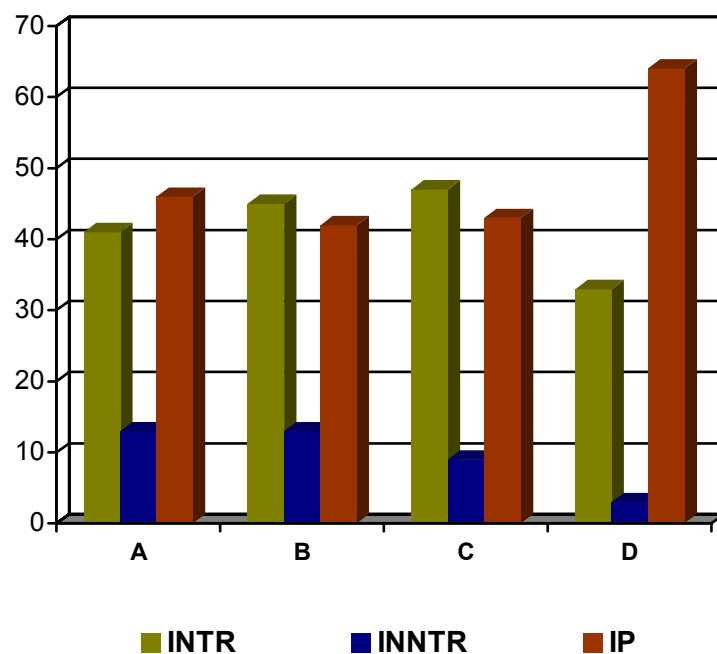
HOSPITAL	PACIENTES	PORCENTAJE	ACUMULADO
H. MUÑIZ	1645	25,7	25,7
H. FERNANDEZ	1250	19,6	45,3
H. ARGERICH	574	9,0	54,2
H. RAMOS MEJIA	514	8,0	62,3
H. DURAND	341	5,3	67,6
H. ALVAREZ	306	4,8	72,4
H. GUTIERREZ	238	3,7	76,1
H. SANTOJANI	206	3,2	79,4
H. PIÑEIRO	193	3,0	82,4
H. TORNU	179	2,8	85,2
H. PIROVANO	164	2,6	87,7
H. ZUBIZARRETA	163	2,6	90,3
H. RIVADAVIA	141	2,2	92,5
H. ELIZALDE	131	2,0	94,5
H. PENNA	95	1,5	96,0
H. SARDA	92	1,4	97,5
H. BORDA	53	0,8	98,3
H. FERRER	38	0,6	98,9
H. UDAONDO	28	0,4	99,3
H. VELEZ	28	0,4	99,8
H. MOYANO	12	0,2	100,0
TOTAL	6391		100

Como surge de la Tabla 11, el 45 % de los pacientes con VIH-sida tratados con antirretrovirales son atendidos en los hospitales Muñiz y el Fernández.

A fin de conocer el perfil de los tratamientos administrados a los pacientes en los diferentes hospitales de la ciudad, se han analizado los pedidos de medicación que realizó cada institución mensualmente durante entre enero y julio de 2001.

Se tomaron como modelo cuatro hospitales de diferentes lugares y complejidades de la ciudad (A, B, C y D). Se estimaron los promedios y se establecieron los porcentajes.

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO SEGÚN GRUPO DE DROGAS POR HOSPITAL



INTR: inhibidores de la transcriptasa reversa

INNTR.: inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa reversa

IP: inhibidores de proteasa

Grafico 13

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE LOS INTR SEGÚN HOSPITAL

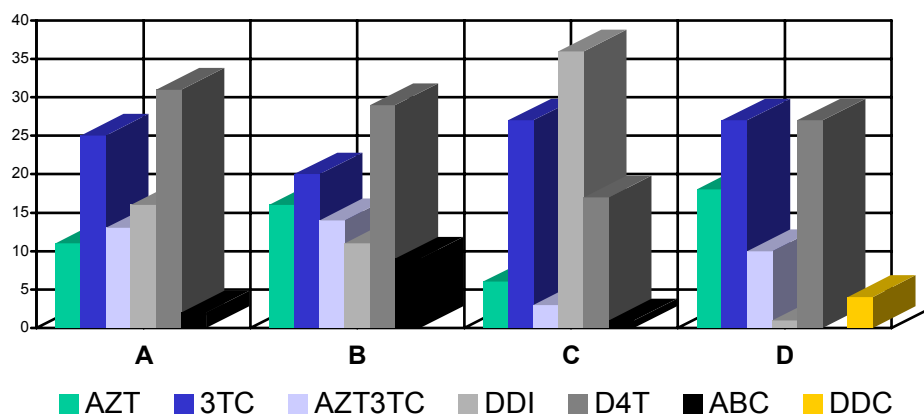


Grafico 14

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE INNTR SEGÚN HOSPITAL

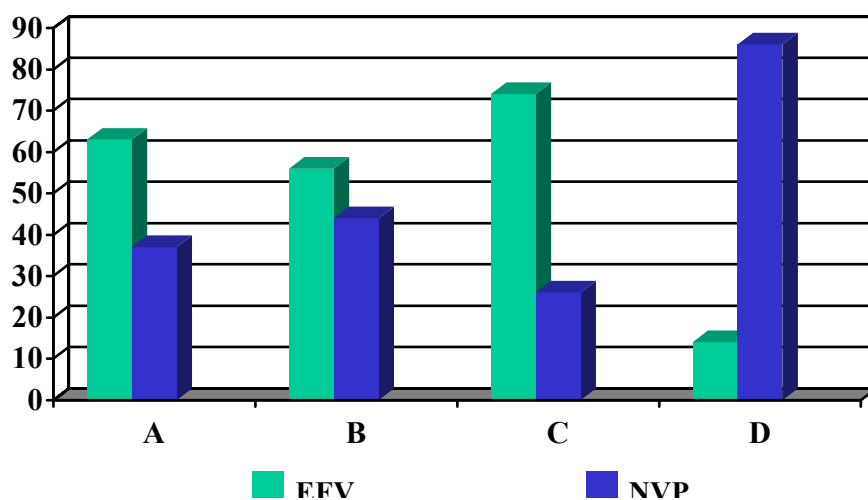
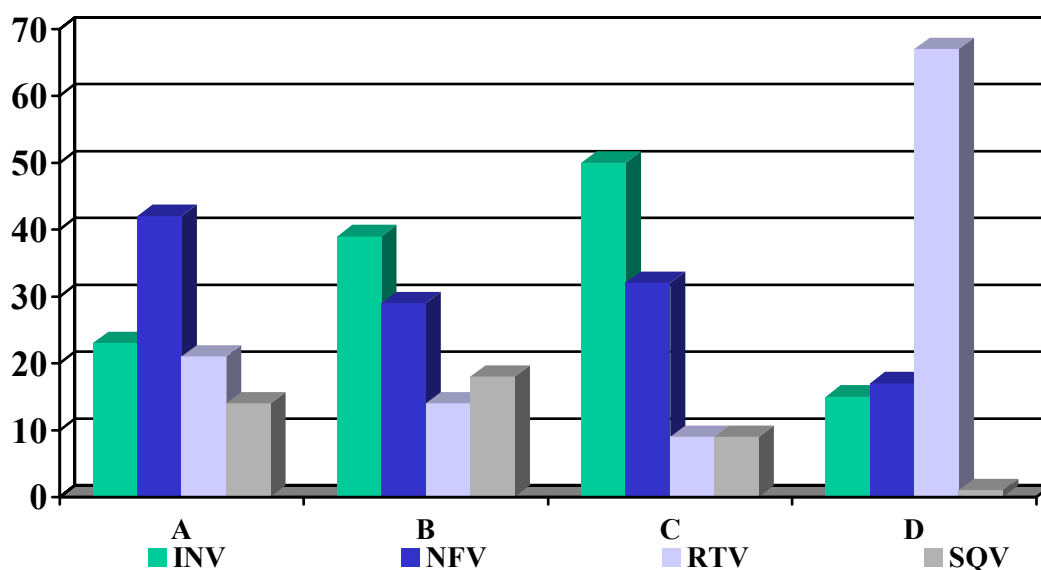


Grafico 15
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE IP SEGÚN HOSPITAL



Uno de los datos que surge de este análisis es la diferencia en la elección de las drogas que se utilizan en los servicios que se han tomado como modelos.

Se observan diferencias significativas con el uso de determinadas drogas en algunos hospitales, que pueden deberse a las diferencias que existen entre las personas que se atienden en cada uno de ellos; por ejemplo: estado inmunológico al comenzar el tratamiento, enfermedades concomitantes (por ej.: Hepatitis B y/o C), pacientes que ya recibieron varios tratamientos previos, intolerancia a determinadas drogas, preferencias de los médicos tratantes, etc.

Será necesario determinar con mayor precisión las causas de estas diferencias en futuros estudios epidemiológicos.

IV. MORTALIDAD POR SIDA¹

La tasa promedio de mortalidad por sida de la población de la ciudad durante la década del 90 ha sido de 12 por cien mil. Entre los años 1990 y 1996, se produjo un notorio incremento, especialmente en el trienio 1994-96 -donde se ubica el valor máximo del período (1996 = 18,8 por cien mil)- y a partir de 1997 comenzó a descender hasta ubicarse, en el 2000, en 9 por cien mil. Esto significa una disminución de la mortalidad del 54% entre 1996 y 2000.

Tabla 12
**TASAS DE MORTALIDAD POR SIDA (POR CIENTOS MIL) SEGÚN SEXO.
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1990-99.**

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

Al analizar las causas de muerte por grupos de edad en la ciudad de Buenos Aires, se observa que el sida ocupa el primer lugar en la franja que va de 15 a 34 años (período 1997-2000 –Tabla 13). Al mismo tiempo, las cifras marcan una tendencia descendente de la participación porcentual del sida en el total de muertes de este grupo.

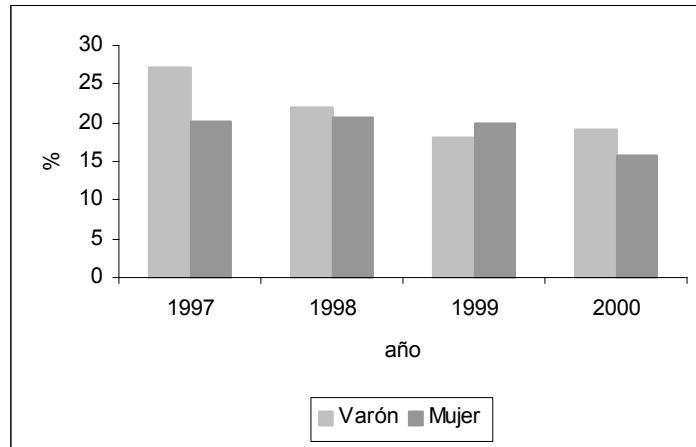
Tabla 13
**LA MORTALIDAD POR SIDA EN LA POBLACIÓN DE 15 A 34 AÑOS SEGÚN SEXO.
UBICACIÓN Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN EL TOTAL DE MUERTES DE ESE GRUPO
DE EDAD. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 1997-2000.**

Año	Varón		Mujer	
	Lugar	%	Lugar	%
1997	Primero	27,1	Primero	20,2
1998	Primero	21,9	Primero	20,6
1999	Primero	18,0	Primero	20,0
2000	Primero	19,2	Primero	15,7

Gráfico 16
LA MORTALIDAD POR SIDA EN LA POBLACIÓN DE 15 A 34 AÑOS SEGÚN SEXO.

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

UBICACIÓN Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN EL TOTAL DE MUERTES DE ESE GRUPO DE EDAD. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 1997-2000.



[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



NUEVOS CEPADS: LA PREVENCIÓN MÁS CERCA DE LA GENTE

Malala Carones¹

Seis nuevos Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico –CePAD– están funcionando en la ciudad de Buenos Aires: los Centros de Salud 5, 7, 20 y 29, la Casa Joven de Flores y el Servicio de Inmunocomprometidos del Hospital Ramos Mejía conformaron equipos de trabajo para atender a las personas que quieren recibir información y asesoramiento sobre VIH-sida, e incluso hacerse el test o de manera rápida y sencilla.

La necesidad de un ámbito desde donde propiciar la prevención del VIH-sida a través de un vínculo de confianza entre el equipo de salud y la comunidad fue uno de los motivos de la creación de los *Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico –CePAD–*. Los CePADs no son estructuras rígidas, sino dispositivos maleables. Por eso, para ponerlos en funcionamiento, se realizaron talleres con el personal de cada uno de los lugares en lo que funcionarían y se planteó que, de acuerdo a sus diferentes experiencias, cada equipo definiera sus propias estrategias para el encuentro con los vecinos.

El resultado son cinco centros con características particulares que, en función de su inserción comunitaria, definieron variadas metodologías de trabajo.

Una inquietud que existe hace tiempo

En el CESAC 5 de Ciudad Oculta (Villa 15), además de los talleres de la Dirección de Sida, el personal recibió capacitaciones en reducción de daños de las ONG's Intercambios y Habitar. "Estas tres actividades de capacitación sirvieron para canalizar algo que ya tenía una base en los problemas a los que nos enfrentamos todos los días. Fue el impulso para algo que ya estaba: todos sabemos que el sida es un tema delicado con el que convivimos permanentemente", explica Marcela Rizza, trabajadora social de este CePAD.

"Lo bueno es que el CePAD permite otro acercamiento a la gente – continúa Marcela-. Lo primero es tratar de generar un vínculo de confianza con las personas que vienen. Y este vínculo es necesario porque no alcanza con la información que puede dar un afiche por la calle, se requiere del trabajo cara a cara para dar la información adecuada".

Las trabajadoras sociales Graciela Alarcón y Graciela Martinotti, y la psicóloga Angela Citrone completan el *staff* del CePAD y Marcela cuenta que "el equipo de asesoramiento se armó con la gente que fundamentalmente tenía ganas de hacer este trabajo, pero la tarea se extiende a todo el personal, ya que no sería posible hacerlo bien sin los aportes de otros servicios, desde los médicos de todos los servicios, hasta las enfermeras que sacan la sangre".

Desde el Centro 5 se distribuyeron volantes y carteles promocionando el testeo y el asesoramiento, pero el acercamiento de los vecinos es lento. Marcela se pregunta por qué se acercan algunas personas y otras no, pero ensaya una respuesta: "Hay un montón de pibes que no andan por acá mientras el centro está abierto, son chicos que andan a la noche y además está el tema de que tenemos un policía en la puerta, y eso para muchos es un obstáculo".

¹ Coordinación Sida – GCBA, dgasya@buenosaires.gov.ar

El acercamiento al barrio

Muchos centros de salud ubicados en villas de emergencia, tienen un agente en la puerta. Esta medida, si bien puede ser necesaria en materia de seguridad, constituye a veces un obstáculo para que algunas personas accedan a los servicios de salud.

El Centro 20 está en la Villa 1-11-14 y como un modo de superar esta traba, el centro de salud acordó con una vecina del barrio que la actividad se traslade a su casa. Es así que los miércoles el equipo de asesoramiento y extracción de sangre atiende por la mañana en la casa de Elvira Scarselio, frente a la escuela, sobre Riestra. “De este modo solucionamos un problema de accesibilidad sobre todo para los jóvenes que, por diferentes motivos, tienen problemas con la policía”, explica Aldo Pagliari, jefe del centro de salud.

Este equipo está compuesto por el psicólogo Aldo Pagliari y la trabajadora social María de los Ángeles Delgado que son del Centro de Salud, pero a ellos se suman un amplio grupo de voluntarios: Paco, Susana Gabioud, Paula Ferradás y Elizabeth (de Médicos del Mundo), el psicólogo social Aaron Roclaw y María Eva Mendes.

Un lugar novedoso

Para favorecer el acceso de las personas al testeo y al asesoramiento, se creó también un CePAD que no funciona en una institución de salud: La Casa Joven de Flores depende de la Dirección de Juventud y, entre las actividades de capacitación y culturales que allí se desarrollan, los lunes y martes atiende el equipo de asesoramiento pre y post test y se hacen extracciones de sangre.

Este CePAD empezó a trabajar a principios de noviembre. Desde su apertura, casi 400 personas se acercaron para hacerse el test y se entrevistaron con María Laura Marbán, Ana Laura Sznet, Luciana Betti, Luciana Gennari y Adrián Arimay. En un principio recibían consultas los martes, pero como la demanda superó las expectativas, desde marzo, el CePAD también funciona los lunes.

María Laura cuenta que “este trabajo es muy bueno porque es una oportunidad para una persona a la que le falta información o es un acto inaugural para empezar a cuidarse, y eso para nosotros es una satisfacción”.

De todos los CePAD, éste es el que recibe más consultas, y no sólo se acercan los vecinos, sino que va gente de toda la capital y el Gran Buenos Aires. “Yo creo que el tema de que esto no sea un centro de salud o un hospital, con lo que implica para una persona ir a sacar un turno, esperar a un médico que le dé la orden y la devolución del resultado, a la gente le resulta más cómodo —explica María Laura—. Nosotros no damos números: la gente espera en los sillones de abajo y, al llegar, les decimos que se miren las caras para saber en qué orden están”.

“Es muy importante el clima durante la entrevista y yo creo que eso es algo que a la gente le gusta mucho porque nos pasa seguido que vienen personas recomendadas por alguien que ya pasó por acá. Eso nos hace sentir muy conformes porque quiere decir que a la gente le gusta lo que hacemos y cómo lo hacemos”, se enorgullece María Laura.

Articulación entre dos centros

Otra estrategia diferente fue la de los CePAD de los Centros de Salud 7 (Bº Piedadbuena) y 29 (Sala San José, Bº Inta). En ambos se realizó una fuerte articulación con los Servicios de Obstetricia y por eso la demanda del CePAD es fundamentalmente de las mujeres embarazadas. Además estos dos centros

comparten las actividades, ya que en el 29 se pueden asesorar sobre temas de VIH, pero los análisis de sangre se hacen en el 7.

En relación a la creación del CePAD, Carla Descalzo, trabajadora social, dice que “esta articulación hace, incluso, que uno se sienta más contenido, en un encuadre más claro. Antes la problemática del VIH siempre se trataba como un tema subsidiario de otros programas y el hecho de que ahora exista un espacio exclusivo sirve para profundizar mucho más en las dudas que tiene la gente”.

El equipo del CePAD se completa con las trabajadoras sociales Sandra Rodríguez y Analía Arce, la psicóloga Silvia Karjieman y Marta Murray, que es también trabajadora social, pero del Centro 29. Por una cuestión de distribución horaria el equipo de la residencia de educación para la salud no participa de las actividades de atención, pero sí se dedica a las actividades de prevención, como la realizada el pasado 1º de diciembre.

También funciona, desde junio, un CePAD en el Servicio de Inmunocomprometidos del Hospital Ramos Mejía, que atiende de 8 a 20 de lunes a viernes. Para acercarse hay que pedir turno por teléfono en ese horario al 4931-5252.

Una escena cotidiana

- Cuando me sacan sangre, me baja la presión-, dice él mientras se arremanga la camisa.

- A mí me parece que la presión no te baja por el pinchazo, me parece que es por el julepe-, refuta ella.

Ella es Rita y hace las extracciones de sangre en la Casa Joven de Flores. Mientras lo cuenta, se ríe: “Siempre pasa igual; y los peores son los hombres...”

CePAD's

Centro de Salud Nº 2
Terrada 5850
4572-9520/6798
Martes de 9 a 17:30 y miércoles 8 a 10:30

Centro de Salud Nº 5
Av. Piedrabuena 3200
4687-4570/1672
Martes y jueves de 10 a 12.30 hs

Centro de Salud Nº 7
2 de Abril de 1982 y Montiel
4602-5161
Lunes de 11 a 13 y de 14 a 16; martes de 9 a 13 y de 14 a 16

Centro de Salud Nº 20
Av. Perito Moreno y Av. Cruz
4919-2144
Martes de 10.30 a 12 y miércoles de 8 a 12

Centro de Salud Nº 29
Sala San José
Av. Dellepiane y Gral. Paz
4601-7973

Casa Joven
Bonorino 884
4633-1131/5206
Lunes y martes de 15 a 19.30

Hospital Ramos Mejía
Servicio de Inmunocomprometidos
4931-5252 (pedir turno por teléfono)
Lunes a viernes de 8 a 20

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



GTZ: MICROPROYECTOS DE PREVENCIÓN REALIZADOS CON EL APOORTE DE LA COOPERACIÓN ALEMANA

Una respuesta integral a la epidemia de VIH–sida debe involucrar a los diversos actores sociales vinculados a la problemática. Son diversos los caminos para poner en práctica este principio. Hay múltiples formas de interacción que, con el correr del tiempo, las experiencias compartidas y la confianza construida a partir del trabajo, pueden ir desde colaboraciones puntuales hasta proyectos de cogestión entre el estado y las organizaciones de la sociedad civil.

GTZ , agencia del gobierno de la República Federal de Alemania y responsable de la cooperación a nivel nacional desarrolla en Argentina el proyecto “Prevención del VIH y promoción de la salud sexual del adolescente”. Al crearse la Dirección de Sida en diciembre de 2000, se constituyó como contraparte local para la ejecución de actividades conjuntas. En este marco, fueron formulados y seleccionados nueve microproyectos que contaron con el financiamiento de GTZ durante el año 2001.

A continuación se reseñan las características de los microproyectos y los montos aportados por GTZ:

Fundación Buenos Aires Sida “Nos divertimos y nos cuidamos”

Proyecto orientado a adolescentes de sectores vulnerables en discotecas de la movida tropical de la Ciudad, durante los fines de semana y en horario nocturno. Entre sus actividades se cuentan: promoción del uso correcto del preservativo, consultoría entre pares, promoción del testeo voluntario, distribución de preservativos, material gráfico, difusión de los servicios de la Fundación y de la Dirección de Sida. Los talleres fueron desarrollados por multiplicadores adolescentes de la Fundación en 24 noches y 17 discotecas. Se distribuyó un total de 20000 preservativos (4500 en talleres, el resto en forma masiva). También se colocaron afiches en los baños de las discotecas.

\$ 6.400

Nexo “Orientación y testeo en minorías sexuales”.

Proyecto orientado a travestis, varones gays y bisexuales para promover el testeo voluntario. La convocatoria se realizó a través de la revista NX, de tarjetas en pubs, discos, cines, saunas y videos porno. También a partir de listas gays de internet, chateo y mailing. Los interesados consultaron un servicio telefónico y fueron atendidos en la sede de Nexo de lunes a viernes de 10 a 21. Se realizaron entrevistas pre–test, extracción de sangre, análisis (Centro Nacional de Referencia para el Sida de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires) y post–test.

\$ 7.000

Sigla “Totalmente Natural”

Se trata del programa de radio periodístico orientado a abordar las temáticas de las minorías sexuales, donde se crea un espacio de visualización de la problemática focalizada en hombres que tienen sexo con hombres. Se transmite por FM La Tribu (FM 88.7) los martes de 22 a 24. El programa da información continua sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual, derivaciones, recursos y organizaciones comunales y cuenta con una columna sobre el tema donde participan distintos especialistas, algunos recomendados por esta Dirección. También se realizan radioteatros de prevención.

\$1.000

AMMAR “Prevención de las ETS y el VIH entre pares”

Talleres participativos de prevención de vih-sida y ets entre pares y asesoramiento jurídico dirigido a trabajadoras sexuales, realizados en zonas de trabajo (Flores, Once, Villa Luro, Constitución, Recoleta). Acompañamiento para la realización del testeo a instituciones públicas y ONGs. Conformación de talleres en el Htal. Álvarez en el servicio de ginecología a cargo de las Dras. Alejandra Rigitano y Diana Galimberti

\$ 4.500

Intercambios “Sensibilización y capacitación en estrategias de reducción de daños”

Objetivo del proyecto: sensibilizar y capacitar equipos interdisciplinarios de salud e integrantes de organizaciones comunitarias en estrategias de prevención de vih y otros problemas asociados al uso de drogas. Identificación y relevamiento de centros desde los que se puedan desarrollar tareas preventivas destinadas a usuarios de drogas y sus redes sociales. Dirigido a 120 técnicos del equipo de salud y operadores de organizaciones comunitarias del área de influencia de 6 centros de salud (2, 5, 7, 10, Piñero, AMMAR)

\$ 4.500

Dirección de Sida “Creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD)”

El proyecto tuvo por objetivo la creación de 4 CePADs. Los mismo se conformaron en los Centros de Salud 5, 7, 29 (área programática del hospital Santojanni), 20 (área del hospital Piñero) y en la Casa Joven de Flores (Dirección de Juventud). Se realizaron capacitaciones que involucraron a unas 80 personas, se fortaleció la construcción de equipos, modalidades de trabajo (divulgación, entrevistas, registro) y se facilitó la relación de los centros con los laboratorios de los hospitales de referencia, así como con los servicios de infectología para la derivación de las personas diagnosticadas con VIH.

\$ 2.160

Casa de los Niños y Adolescentes

El programa Casa de los niños y los adolescentes organiza talleres para niños y adolescentes tendientes a promover la salud sexual de los adolescentes y, en ese marco, realizan materiales producidos por los chicos y chicas donde se trabajan temáticas vinculadas a identidad, género, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, vih-sida y violencia. Participaron 220 chicos y chicas de 10 a 18 años.

\$ 2.000 (materiales didácticos)

FUSA “Sala de espera”

Realizado por la Fundación FUSA y el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich. Orientó sus actividades en el marco del aprovechamiento del tiempo de los adolescentes en sala de espera, como una oportunidad para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud. Se trabajó en talleres de información sobre embarazo, enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida que estuvieron a cargo de distintos profesionales del servicio de adolescencia del hospital

\$ 3.500

Microproyectos aprobados en el 2002

Línea de trabajo	Organización	Proyecto	Financiamiento de GTZ (en pesos)
Fortalecimiento de Redes: Prevención en comedores comunitarios	Fundación Servicio Universitario Mundial –SUM Argentina	Preservando el futuro. Formación de Promotores Comunitarios para la Prevención del VIH – SIDA.	10.000
Trabajo en Prevención Primaria y Secundaria con población Travesti	NEXO Asociación Civil	Trabajo de prevención para el VIH en Travestis trabajadoras del sexo de la Ciudad de Buenos Aires.	10.000
Trabajo en Prevención para trabajadoras/es sexuales	AMMAR	Prevención de las ETS y el VIH SIDA entre pares.	10.000
Trabajo de Prevención sobre Reducción de Daños	ACCRADI / El Retoño	Programa Integral de reducción de daños entre usuarios/as de drogas de los barrios de San Telmo y Barracas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	10.000
Trabajo de Prevención para niños/niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social.	Asociación Argentina de Educadores Sexuales (AAES).	Desde chico/as y para chico/as II. Proyecto de Prevención de VIH-SIDA y ETS para niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidad social incrementada.	10.000
Trabajo de Prevención comunitaria con mujeres y hombres heterosexuales adultos y jóvenes	Fundación Buenos Aires Sida.	Nos divertimos y nos cuidamos. Prevención del VIH–sida en discotecas.	10.000

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



Lic. Ariel Adaszko
Lic. Evelina Carrizo¹

Desde agosto de 2001 comenzó a implementarse la Red de Prevención de VIH–sida de la Ciudad de Buenos Aires. A través de ella se articulan recursos humanos y materiales para facilitar el acceso de la población a preservativos, folletería e información. Esta actividad, además de fortalecer los equipos que desarrollan tareas en terreno, permite a la Dirección de Sida confeccionar un mapa de la prevención en la Ciudad, detectar necesidades y establecer prioridades. A medida que se va logrando un diagnóstico más acabado de la situación, la información producida por la Red fluye hacia el resto de los proyectos que impulsa la Dirección: apertura de Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CEPAD), trabajo con minorías sexuales, con personas viviendo con VIH (PVVIH), usuarios de drogas intravenosas (UDIS), entre otros.

Necesidad de una Red de Prevención

Desde que el sida fue identificado como una enfermedad de transmisión sexual, se han multiplicado los esfuerzos por promover el uso del preservativo como método eficaz de prevención. Sin embargo, en la Argentina, obstáculos de diversa índole demoraron el compromiso del Estado con este tema, lo cual favoreció el crecimiento sostenido de la epidemia. Sólo ante esta evidencia, el Estado se sumó a los esfuerzos de las ONGs que, desde mucho antes, venían trabajando en este sentido.

Datos epidemiológicos e investigaciones sociales evidencian que ni las acciones locales ni las campañas masivas de comunicación han logrado permear las prácticas y creencias de la mayoría de los grupos sociales en relación con el preservativo. Existen obstáculos culturales y otros vinculados a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica crecientes que dificultan el uso habitual del preservativo.

Por otro lado, el fuerte sesgo asistencial de las instituciones de salud, ha reforzado históricamente el aislamiento y la fragmentación de quienes trabajan en prevención y limitado el impacto de sus acciones. Además, cuando la prevención implica hablar de temas como la sexualidad, la maternidad o el uso de drogas, las instituciones reproducen las mismas representaciones, creencias y prejuicios de la sociedad de la que forman parte.

El desafío entonces consiste en fortalecer los equipos de prevención existentes –que poseen variadas herramientas teóricas y metodológicas y una rica experiencia de trabajo– y, por otro lado,

¹ Antropólogo y Trabajadora Social .
Coordinación Sida-GCBA dgasya@buenosaires.gov.ar

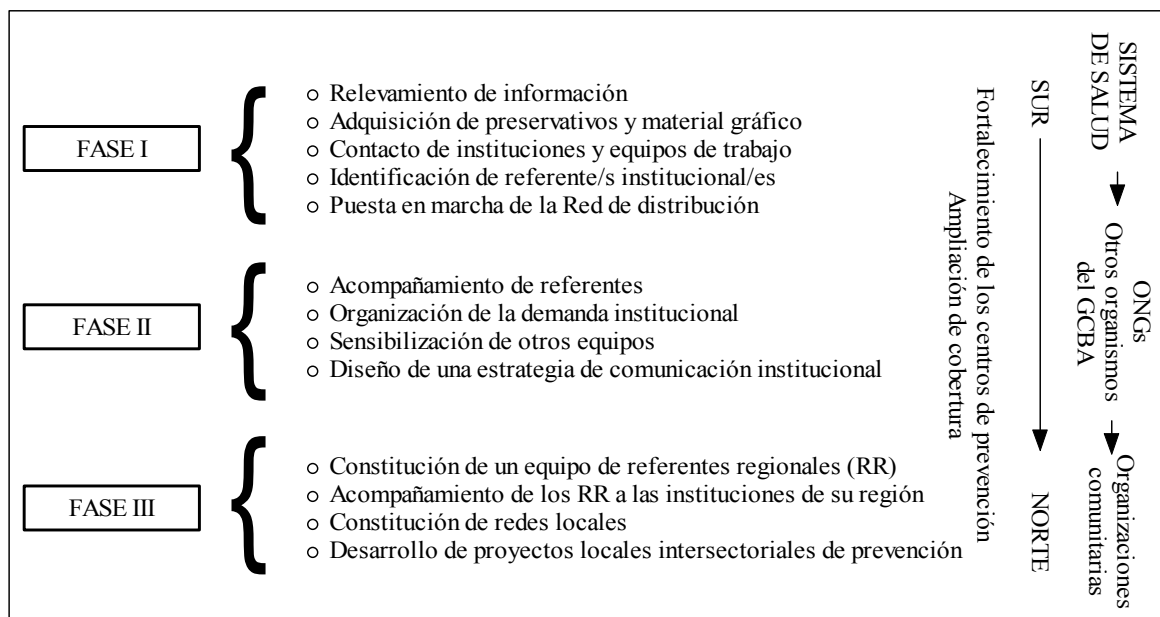
favorecer la creación de nuevos espacios transversales e intersectoriales, que respeten la diversidad sexual y cultural, y den cuenta de las múltiples dimensiones de la problemática.

En el caso de los efectores de salud, es preciso instalar la prevención del VIH–sida como eje transversal –no como un problema de especialistas en sida–; reconocer que las acciones preventivas no necesariamente deben desarrollarse dentro de los muros de una institución sanitaria; lograr un acercamiento a la comunidad y a sus necesidades; y aceptar que agentes comunitarios también pueden desarrollar actividades de prevención –no sólo ejecutarlas, sino también diseñarlas y evaluarlas–.

Desarrollo de la Red

En agosto del 2001 comenzó el armado de la Red de Prevención de la ciudad cuyos objetivos son: a) Facilitar el acceso de la población de bajos ingresos y de grupos con mayor vulnerabilidad a preservativos y a material informativo y educativo sobre el VIH–Sida; b) Movilizar y articular recursos sectoriales para alcanzar mayor impacto en las acciones de prevención desarrollando estrategias a nivel local; c) Fortalecer y ampliar la capacidad de gestión de los actores involucrados en la promoción del uso del preservativo y la prevención del VIH/Sida; y d) Dotar a los equipos de salud de herramientas para que puedan trabajar eficazmente la promoción del uso del preservativo.

El proyecto consta de tres fases:



La primera fase culminó con el establecimiento de un sistema de distribución gratuita de preservativos, folletería y afiches. Antes se construyó una base de datos unificada, se contactó y visitó a los equipos para conocer su trabajo y presentarles el proyecto. El recorrido por la ciudad siguió, por un lado, la dirección Sur–Noroeste y, por el otro, desde las organizaciones gubernamentales hacia las ONGs y organizaciones comunitarias.

Se recorrieron casi todos los efectores del sistema de salud (hospitales generales, pediátricos, especializados, centros de salud, Unidades de Atención Sanitaria Descentralizada (UNASAD) y

Centros Médicos Barriales). Con posterioridad se incorporaron tres Centros Integrales de la Mujer, dos Casas de la Juventud, dos Casas de Niñas, Niños y Adolescentes, siete Centros de Gestión y Participación (CGP), el Centro Nacional de Reinserción Social (CENARESO), el Hospital de Clínicas, el CAINA y el Centro Nacional de Referencia para el Sida (Facultad de Medicina) entre otros. Paralelamente, se sumaron a la red preventiva varias ONGs y organizaciones de base comunitaria. En la actualidad del total de 142 instituciones que distribuyen material regularmente el 40% está constituido por organizaciones comunitarias.

Tipo de instituciones que distribuyen preservativos por localización

	Zona Sur	Zona Centro	Zona Norte	Total
Efactor de Salud de 1° Nivel	27	12	7	46
Hospitales	9	6	4	19
CGPs	4	3	1	8
Instituciones de Promoción Social (GCBA)	9	2	1	12
Otros del GCBA	2			2
Gremios		1		1
ONGs	3	2	1	6
Organización de Base Comunitaria	29	5	8	42
Otros	2	2	2	6
TOTAL	85	33	24	142

Si bien la primera etapa se centró en garantizar el suministro de preservativos y folletería a los equipos, también se procuró brindarles un marco institucional e incorporarlos a una estrategia general de prevención para todo el distrito. A la vez, se intentó responder a sus demandas, que, en primer lugar se referían a la continuidad del proyecto y al suministro de recursos; y en segundo lugar, a la capacitación en prevención, en trabajo con PVVIH y espacios de intercambio con otros grupos de trabajo.

En cada institución se procuró contactar un referente sensibilizado y con capacidad de organizar las demandas del resto de los equipos. La propuesta que se les formuló fue: coordinar los requerimientos de preservativos dentro de la institución; elaborar una estrategia de comunicación institucional de prevención del VIH-sida; y operar como nexo con organizaciones comunitarias y otras instituciones de la zona.

En el caso de los hospitales el referente fue designado por el Comité de Sida, y cuando esto no fue posible se trabajó con personal que realiza actividades relacionadas con la problemática. La estrategia también implicó sensibilizar y sumar a otros servicios con la intención de que incorporen dispositivos tendientes a prevenir el VIH-sida, ya que la esta tarea no puede ser exclusividad de los “especialistas con tiempo para la prevención”. Esto no implica que todos deban distribuir preservativos, basta con que los profesionales y usuarios sepan que cuentan con este recurso y dónde dirigirse para conseguirlo. Sí es fundamental que todo agente de salud, médico o no, tenga herramientas para poder conversar con los usuarios sobre la necesidad del uso del preservativo, y

en el caso de no poder encarar la problemática sea capaz de escuchar la demanda y derivarla a un compañero del equipo de salud que sí pueda trabajar el tema.

De ahí que en cada hospital el número y la especialidad de los servicios que se comprometieron en la red y sus referentes fueran distintos. En algunos efectores se debió recurrir a más de un referente.

A través de varias comunicaciones formales se puso en conocimiento a los directores de Hospitales, Áreas Programáticas y efectores de 1º nivel la implementación de la Red. Así se ubicó a la iniciativa en un marco estratégico dentro de las políticas de salud de la ciudad.

Paralelamente, se ha comenzado a contactar a las diferentes redes de servicios para impulsar estrategias en todos los hospitales. Así, se participó de un encuentro de la Red de Adolescencia, donde se presentó un proyecto a ser implementado en los servicios correspondientes de los hospitales públicos de la ciudad..

Bocas de distribución

Cada lugar que distribuye preservativos de manera sostenida se ha transformado en un nudo de esta red denominado *boca de distribución*. El objetivo es que los vecinos de cada barrio –sobre todo los de las zonas más pobres de la ciudad– cuenten con una cantidad de puntos de referencia a los que acudir espontáneamente para retirar preservativos. El criterio para abrir nuevas bocas de distribución es selectivo: se busca generar una oferta amplia de horarios y que estén próximas a los destinatarios. De ahí la atención otorgada a las organizaciones comunitarias.

A la hora de seleccionar nuevos lugares, las preguntas que se formulan son: ¿a qué instituciones podrían recurrir los vecinos de un barrio determinado para retirar preservativos?, ¿dónde podrían concurrir los adolescentes, las mujeres, los varones, los usuarios de droga, las trabajadoras sexuales?, ¿qué nivel de demanda tiene esa institución?, ¿en qué horarios funciona?, ¿existen en ella personas sensibilizadas con la problemática?, ¿tienen capacidad para implementar algún dispositivo?, ¿cómo son recibidos los usuarios?, ¿podría implementarse alguna otra actividad en esa institución?

A partir de este diagnóstico, se diseñó junto con el referente institucional una estrategia de abordaje y acompañamiento. En el caso de las instituciones del sector salud, los obstáculos que surgieron no eran estructurales y se están superando:

- Dificultad para encontrar espacio y tiempo para implementar estrategias de prevención
- Dificultad para articular prevención y asistencia. Mirada fragmentada y centrada en la asistencia
- Grado relativamente bajo de autonomía y poder de decisión
- Temor, dificultad o incapacidad para encarar el tema de la sexualidad con los usuarios
- Carencia de herramientas metodológicas para realizar actividades de prevención y promoción de la salud
- Visión estereotipada de los usuarios
- Falta de iniciativa para solicitar reposición de materiales

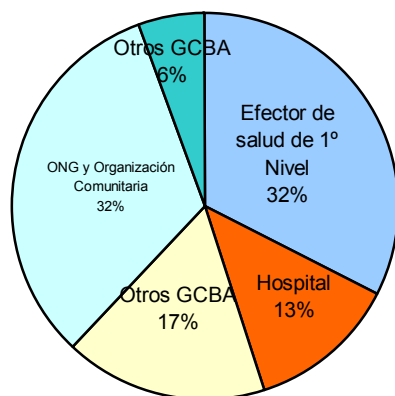
- Falta de una mirada epidemiológica y poblacional de la propia intervención

Estado actual de la distribución de preservativos

La Red cuenta actualmente con 142 bocas de distribución, de las cuales más del 70% poseen expendedores gratuitos de preservativos (108 dispenser de madera y 84 de cartón). Esta modalidad supone una ventaja, ya que el usuario puede retirarlos libremente sin depender de terceros. También ocurre que la vergüenza o el pudor pueden dificultar la solicitud por parte de los usuarios. Se sugiere que este sistema se combine con otros más personalizados, de forma tal que si alguien quiere hacer una consulta, encuentre allí una persona con quien conversar. La experiencia de varios equipos muestra que el momento de la entrega de preservativos es una oportunidad para solicitar información y plantear inquietudes.

Instituciones que reciben preservativos

Porcentaje de Bocas por tipo de Institución



Por forma de distribución

Boca de distribución	69%
Distribución general	15%
Eventos y otros	16%

N = 1.755.170

Por región

Zona Sur	60%
Zona Centro	22%
Zona Norte	19%

n = 1.216.084 (distribución en puntos fijos)

Por sector

1º Nivel	25%
Hospitales	28%
CGPs	3%
Otros GCBA	4%
ONGs	15%
Org. comunitarias	6%
Eventos y otros ^(*)	17%
Otros usos ^(**)	2%

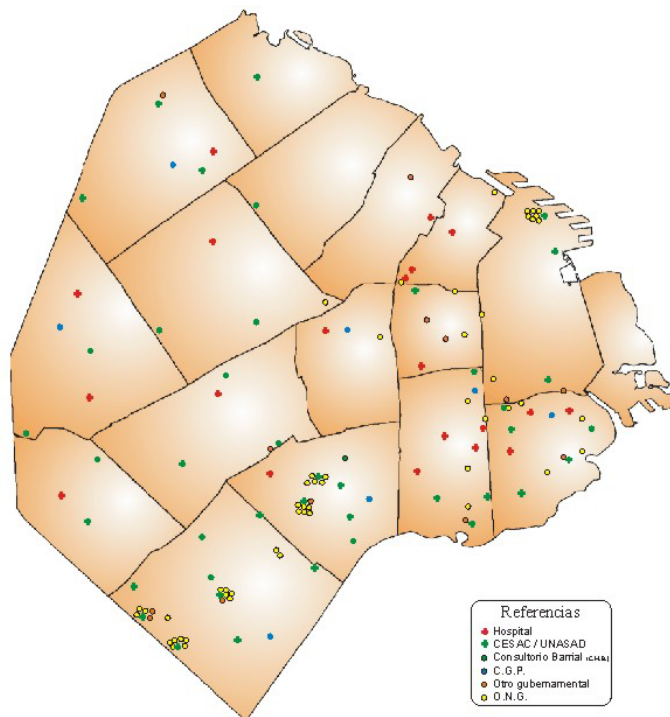
N = 1.755.170^c

^(*) Fundamentalmente realizados por ONGs.

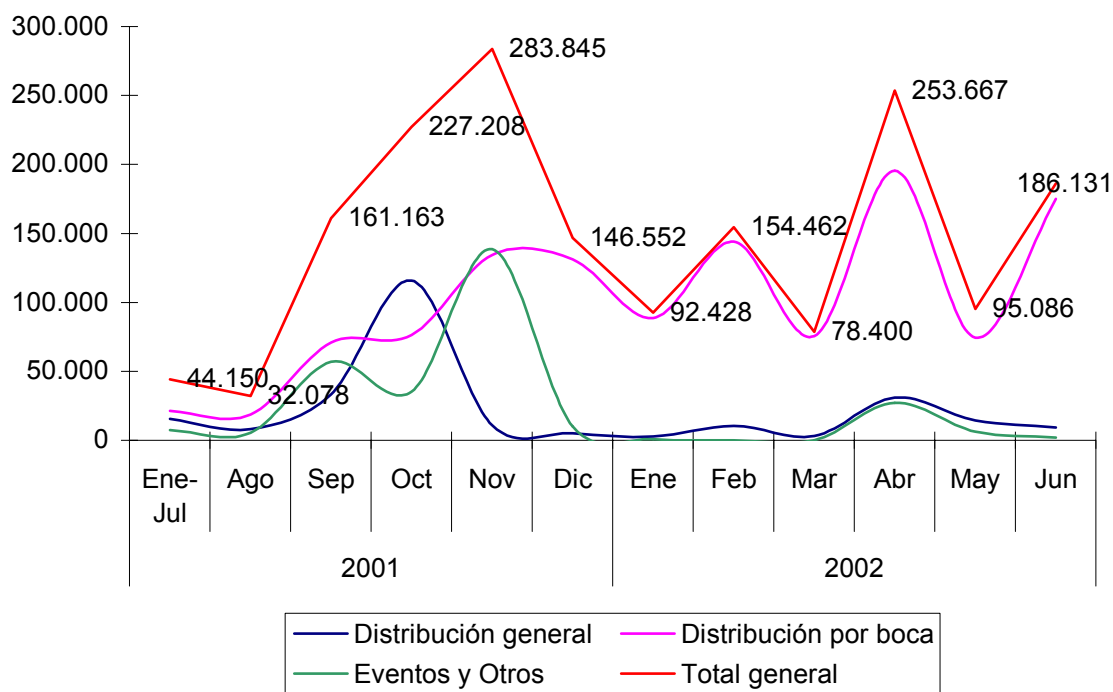
^(**) Capacitaciones, actividades especiales.

n = 142

Localización de Centros de Distribución por Centro de Gestión y Participación



Desde enero del 2001 se distribuyeron en 18 meses 1.755.170 preservativos. Como se puede ver en el siguiente gráfico, es significativo el aumento de preservativos distribuidos a partir del funcionamiento de la Red de Prevención en agosto del año pasado, especialmente por medio de la modalidad de puntos fijos.



También han circulado por la red alrededor de trescientos cincuenta mil folletos y nueve mil afiches. Si bien casi la totalidad del material gráfico es propio, también se distribuye material aportado por LUSIDA (principalmente afiches) y ONGs (folletería sobre reducción de daños, minorías sexuales, etc.).

En cuanto a la zona geográfica, la distribución en el Centro y Norte de la ciudad se mantienen relativamente constante, mientras que en la zona Sur se incrementa de manera permanente. Las zonas Centro y Norte reciben un promedio mensual de 37 y 22 mil preservativos respectivamente y la zona Sur una media de 90 mil. Esto se debe a la mayor cantidad de instituciones de salud en esta área y a la prioridad que se le está dando en la apertura de nuevas bocas en organizaciones comunitarias, en función de la mayor concentración de población bajo la línea de pobreza.

Próximos pasos

La intención es que las bocas de distribución se transformen en Centros de Prevención en los cuales el preservativo sea uno de los recursos; que cada institución pueda construir y desarrollar un proyecto de prevención del VIH-sida. Al mismo tiempo, que las instituciones se agrupen por región y comiencen a desarrollar estrategias locales e intersectoriales. Para lograrlo es necesario acompañar de cerca el proceso que los referentes han iniciado en cada institución.

Al mismo tiempo, se prevé el desarrollo de estrategias para grupos focalizados en conjunto con organizaciones comunitarias. Esta línea ya se puso en marcha mediante la apertura de tres bocas a la zona de Flores en los cuales las/los trabajadoras/es sexuales puedan recurrir durante las veinticuatro horas para aprovisionarse de preservativos.

Actualmente se está diseñando una política de comunicación para difundir la existencia de la Red entre los vecinos, que utilice fundamentalmente medios de comunicación comunitarios y barriales.

Sin embargo, a medida que la Red va creciendo y se va complejizando (se estima que para garantizar una cobertura completa de la Ciudad es necesario incorporar 50 nuevas bocas antes de fin de año), el acompañamiento institucional se hace más difícil; los contactos, que antes eran periódicos, se van distanciando. Por este motivo se están incorporando referentes regionales que puedan acompañar un número limitado de instituciones. El primer paso en este sentido fue un acuerdo entre la Coordinación Sida y la Dirección de Capacitación de la Secretaría de Salud, por el cual se incorpora a esta tarea a la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



¿ES POSIBLE TRATAR A LOS USUARIOS DE DROGAS CON TERAPIAS ANTIRRETROVIRALES?

Dr. Ben Linas,
Dr. Marcelo E. Vila.*

Muchos médicos dudan en ofrecer terapia antirretroviral a usuarios o ex usuarios de drogas pues temen que no puedan adherir a regímenes de medicación exigentes. ¿Hasta qué punto esta actitud responde a evidencias científicas? ¿Es una práctica clínica acertada posponer la terapia antirretroviral en los usuarios de drogas? ¿O está siendo propagada una creencia basada en un concepto erróneo y en “el sentido común” en lugar de en la investigación científica? Esta revisión echa una mirada actualizada a la creciente literatura sobre la adherencia a la terapia antirretroviral y a las interacciones de los antirretrovirales con las drogas de abuso. Busca responder preguntas comunes y preocupaciones sobre el tema y plantear interrogantes que deberán ser abordados con próximas investigaciones.

A fines de marzo de 2001, había aproximadamente 130.000 personas viviendo con VIH-sida en la Argentina. De los casi 20,000 casos notificados de sida; en mayores de 12 años, el 42% del total, y el 46% de los hombres tenían como antecedente ser usuarios de drogas inyectables (UDIs); se trata de una parte muy importante de los pacientes con VIH-sida por lo que resultan centrales en la práctica clínica diaria.

Muchos médicos, sin embargo, dudan en ofrecer terapia antirretroviral a UDIs y/o personas con antecedentes de uso de drogas, pues temen que no puedan adherir a regímenes de medicación exigentes. De hecho, muchas revisiones de la literatura y presentaciones en Conferencias o Congresos sugieren que el uso de drogas está asociado con menor adherencia a la terapia antirretroviral y recomiendan posponer su inicio hasta que los pacientes comiencen un tratamiento para dejar las drogas o se integren a programas de sustitución. Como resultado de esa postura, una de las

* intercam@cvtci.com.ar

Intercambios Asociación Civil
Corrientes 2548, 1º E, 1046, Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax Nº (54 11) 4954 7272

La bibliografía completa de este artículo puede ser consultada en el CD: Reducción de daños. Apuntes para la acción. Editado por Intercambios Asociación Civil.

poblaciones más afectadas por el VIH-sida tiene menor acceso a las nuevas terapias que han demostrado retardar la progresión a SIDA.

¿Es posible detener la progresión del VIH en usuarios de drogas activos?

Los usuarios de drogas son a menudo pobres y marginados y por consiguiente enfrentan importantes barreras para acceder a la atención médica.¹ Ellos probablemente reciben menos la terapia antirretroviral (TARV), a pesar de tener recuentos de CD4 más bajos y cargas virales más altas.² Sin embargo, cuando se contactan con servicios médicos experimentados y cuentan con apoyo adecuado, las personas seropositivas y que usan drogas pueden tener resultados clínicos similares a aquellos que no usan drogas.³

¿Los usuarios de drogas cumplen el tratamiento antirretroviral ?

La adherencia a la TARV es difícil y de vital importancia clínica. Muchos médicos sienten que el uso de drogas es una contraindicación absoluta para iniciar la terapia antirretroviral. Los datos de muchos países indican, sin embargo, que los usuarios de drogas activos pueden adherir al TARV exigente:

- El estudio EuroSIDA que incluyó a más de 6 mil pacientes europeos con VIH, de más de 50 centros médicos, reveló que entre los pacientes que comenzaron TARV no había ninguna diferencia en los niveles de CD4 o la carga viral como respuesta a la terapia, entre UDIs, homosexuales y heterosexuales no-UDIs. “Es menos probable que los usuarios de drogas intravenosas inicien el HAART, pero entre aquellos que lo hicieron, la respuesta a la terapia fue similar a otros grupos de la investigación.”⁴
- Un análisis subalterno del estudio EuroSIDA que incluyó sólo pacientes que tenían recuento de carga viral o CD4 antes y después de recibir el tratamiento, no encontró

¹ Celentano DD, Vlahov D, Cohn S, et al. Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA* 1998; 280(6):544-546.

² Mocroft A, Madge S, Johnson AM, et al. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999; 22(4):369-378.

Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, et al. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998 Aug 12;280(6):547-9.

³ Paredes R, Mocroft A, Ole K, et al. Predictors of virologic success and ensuing failure in HIV-positive patients starting highly active antiretroviral therapy in Europe: Results from the EuroSIDA study. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160(8):1123-1132.

⁴ Mocroft A, Madge S, Johnson AM, Lazzarin A, et al. A comparison of exposure groups in the euroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999; 22(4):369-378.

ninguna diferencia en la respuesta entre UDIs y todos los otros grupos del estudio. La historia de uso de drogas por si sola NO predijo fracaso en el tratamiento. “A pesar de que nuestro estudio incluyó un porcentaje relativamente grande de usuarios de drogas intravenosas, de los que se cree que adhieren menos cuando están fuera de programas de sustitución, no se encontró ninguna diferencia en la respuesta virológica que dependa de la categoría de transmisión.”¹

- En Suiza, un estudio de 100 pacientes que iniciaron alguna forma de terapia antirretroviral en una clínica de salud regional, reveló que una historia psiquiátrica e historia de uso de drogas no predijeron menor adherencia.²
- En España, un estudio prospectivo de 133 pacientes, 71% de los cuales eran UDIs, encontró que el 58% lograron cargas virales indetectables. Las proporciones de adherencia eran más bajas para UDIs, pero sólo estadísticamente significativas a los 6 meses. En general, los UDIs tenían adherencia sólo ligeramente más baja que los no-UDIs y obtuvieron resultados clínicos similares.³
- En los Estados Unidos, un estudio prospectivo de 273 pacientes, muchos de los cuales eran usuarios de drogas inyectables, encontró que el uso de drogas inyectables estaba asociado con fallas en el tratamiento en análisis bi-variante. En análisis multivariantes sólo las altas proporciones de ausencia en las consultas médicas predijeron fracaso del tratamiento. Así, mientras el uso de drogas puede contribuir a más altas proporciones de consultas médicas perdidas, los usuarios de drogas que pueden asistir a sus consultas médicas obtienen iguales resultados que otros pacientes.⁴
- En un estudio realizado en la Universidad Johns Hopkins se estudiaron 764 pacientes divididos en tres categorías: ex usuarios de drogas, usuarios de drogas y sin antecedentes de uso de drogas. Cuando se valoró adherencia si bien los usuarios

¹ Paredes R, Mocroft A, Ole K, et al. Predictors of virologic success and ensuing failure in HIV-positive patients starting highly active antiretroviral therapy in Europe: Results from the EuroSIDA study. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160(8):1123-1132.

² Ostrop NJ, Hallet KA, Gill MJ. Long-term patient adherence to antiretroviral therapy. *Annals of Pharmacotherapy*. 2000;34(6):703-709.

³ Roca B, Gomez CJ, Arnedo A. Stavudine, lamivudine, and indinavir in drug abusing and non-drug abusing HIV-infected patients: adherence, side effects and efficacy. *Journal of Infection*. 1999;39(2):141-145.

⁴ Samet JH, Libman H, Steger KA, et al. Compliance with ziduvodine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine* 1992;92:495-502.

activos tuvieron menor índice de adherencia que el resto, los ex usuarios tuvieron mayor adherencia que las personas que no tenían antecedentes de uso de drogas.¹

¿Qué factores sociales y de conducta influyen en la adherencia a la terapia antirretroviral?

Una variedad de factores sociales y de conductas influyen en la adherencia a la TARV.

Por eso es importante identificarlos y entenderlos antes de comenzar el tratamiento.

También es importante comprender otros factores que coexisten con el uso de drogas. Así, la idea común que “los usuarios de drogas no adhieren a la terapia” puede ignorar los efectos de la marginación, la pobreza, la violencia doméstica, la enfermedad psiquiátrica, y la pobre relación médico-paciente que caracteriza las vidas de muchos usuarios de drogas. Asimismo no todos los usuarios de drogas tienen vidas desorganizadas o caóticas.

Independientemente de ello, la baja adherencia nunca ha sido un motivo para considerar la no indicación de un tratamiento: “La pobre adhesión es común entre los pacientes con hipertensión, asma o diabetes y no por ello se les niega tratamiento. No se les niega a los fumadores cirugía de bypass coronario o tratamiento para el enfisema...”²

En los Estados Unidos, el análisis bi-variante retrospectivo de pacientes afro americanos con VIH encontró cinco factores asociados con pobre adherencia: la edad, la falta de hogar, el número de inyecciones de droga en los 30 días anteriores, intercambio de sexo por drogas, y la percepción que el SIDA ya no es una enfermedad seria debido al desarrollo de nuevas medicaciones antirretrovirales.³ Ninguno de estos factores era un predictor individual. El nexos entre los cinco factores de riesgo sugiere que una interacción compleja entre los factores sociales y de conductas impacta en la adhesión al tratamiento. Un factor de riesgo por si solo, como el uso de drogas, usado para predecir el fracaso del tratamiento no proporcionó una orientación clínica precisa.

¹Gregory M. Lucas, MD Management of HIV Infection in Injection-Drug Users. Hallable en Internet: <http://www.medscape.com/Medscape/HIV/AnnualUpdate/2001/mha.update06.10.luca/mha.update06.10.luca-01.html>. Acceso 28/10/01.

²Brian R. Edlin, et al. Is It Justifiable to Withhold Treatment for Hepatitis C from Illicit-Drug Users? N Engl J Med, 2001;345: 211-214.

³Williams M, Bowen A, Ross M, Freeman R, Elwood W. Perceived compliance with AZT dosing among a sample of African-American drug users. *International Journal of STD and AIDS*. 2000;11(1):57-63.

Factores que se relacionan con pobre adherencia: ¹

1. Mala relación médico-paciente.
2. Enfermedad mental activa, en particular depresión.
3. Falta de educación del paciente e incapacidad para identificar los medicamentos.
4. Falta de acceso confiable a la atención médica o a la medicación.
5. Violencia doméstica y discriminación.
6. Los efectos adversos de la medicación también pueden causar menor adherencia. Más recientemente, miedo a los efectos metabólicos y morfológicos de HAART han sido asociados con disminución de la adherencia. ²

Predictores de buena adhesión: ³

1. Disponibilidad de apoyo emocional y acompañamiento.
2. La habilidad de los pacientes en incorporar los medicamentos a su rutina diaria.
3. La comprensión que la baja adherencia lleva a la resistencia.
4. El reconocimiento que es importante tomar todas las dosis de la medicación.
5. Sentirse cómodo tomando la medicación delante de otras personas.
6. Óptima supresión viral.

Aunque la percepción del paciente respecto de su alta adherencia es un predictor débil, una percepción de baja adherencia es un predictor fuerte y se lo debe tomar en consideración ⁴

La estimación del médico de la adherencia del paciente es un predictor débil. ⁵

¹ United States Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents February 5, 2001. Disponible en: www.hivatis.org.

Miller LG, Hays RD. Adherence to combination antiretroviral therapy: synthesis of the literature and clinical implications. *The AIDS Reader* 2000; 10(3):177-185.

² Max B, Sherer R. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. *Clin Infect Dis*; 2000. 30 (Suppl 2): S96-S116.

Baker R, Boyle B, Carr A, et al. Selected highlights from the 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy and the 5th International Conference on Drug Therapy in HIV Infection. Disponible en: www.HivandHepatitis.com.

³ United States Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents February 5, 2001. Disponible en: www.hivatis.org.

Boyle BA. HAART and adherence. *The AIDS Reader* 2000; 10(7):392-396.

⁴ Greenberg RN. Overview of patient non-compliance with drug regimens: Measurements, clinical correlates, economic impact. *Clin Thera* 1984. 6:592-599.

Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1991. 48:1978-1988

⁵ Crespo-Fierro M. Compliance/adherence and care management in HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1997. 8:43-54.

¿Qué técnicas específicas se han usado para aumentar la adherencia de UDIs con terapias médicas crónicas?

Si se disminuyen las barreras del sistema para acceder a la atención médica, se puede mejorar la adherencia de los UDIs a los regímenes de medicación crónica con TARV.¹ Programas especialmente diseñados que tengan en cuenta las necesidades de poblaciones vulnerables pueden mejorar a menudo la adherencia al tratamiento. En particular, la incorporación de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia en los centros de atención, el entrenamiento de farmacéuticos, enfermeras, y todo el personal del equipo de salud, la utilización de pares, la supervisión del médico, y la actuación del paciente con respecto a la adherencia son estrategias beneficiosas.²

En los Estados Unidos, por ejemplo, los horarios de atención flexibles, médicos accesibles, y dinero en efectivo o incentivos con vales de comida llevaron a pacientes sin casa a lograr 74% de adherencia a la toma diaria de isoniacida (INH), y al 56% a tomar TARV con adhesión de 75% a 85%.³ De igual manera, en el Hospital de Harlem en Nueva York, un estudio famoso informó sólo 11% de adherencia a la terapia de INH diaria. Utilizando servicios de salud descentralizados del hospital y enfermeras a domicilio para supervisar la terapia, la adherencia subió a 91%.⁴

En un reciente trabajo de investigación realizado en la ciudad de Buenos Aires donde se realizó la extracción de sangre y consejería para VIH y hepatitis en lugares cercanos a donde vivían 174 usuarios de drogas, el 90% retiró el resultado de los mismos y el 80% cumplió con un esquema de tres dosis de vacunación para hepatitis B que se les ofrecía⁵.

¹ Tyndall M, Yip B, Hogg R, et al. Coverage, adherence, and sustainability of antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver, Canada. 13th International AIDS Conference. Durban, South Africa, 2000. Abstract ThPeB4990.

Luber AD, Sherman M, Gotterer H, et al. Community collaborations between physicians and pharmacists improved adherence with HIV Consensus Panel Guidelines and enhances the care of HIV infected individuals. 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Toronto, Canada, 2000. Abstract 800.

² Knobel H, Carmona A, Grau S, et al. Strategies to optimize adherence to highly active antiretroviral treatment. 12th International AIDS Conference. Geneva, Switzerland, 1998. Abstract 32322.

³ Bangsberg D, Tully JP, Hecht FM, Moss AR. Protease inhibitors in the homeless. *JAMA* 1997;278:63-65. Moss AR. Adherence in homeless populations. Presented at: Forum for Collaborative Research Agenda; November 20, 1997: Washington, DC.

⁴ Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City: turning the tide. *New England Journal of Medicine* 1995; 333:329-333.

El-Sadr W, Medard F, Bartha V. Directly observed therapy for tuberculosis: the Harlem Hospital experience, 1993. *American Journal of Public Health* 1996; 86:1146-1149.

⁵ M. Vila, L. Martínez Peralta, G. Radulich, J. Rey, D. Rossi, S. Sosa Estani, L. Vivas, M. Weissenbacher. Estudio de seroprevalencia de Vih y otros virus en usuarios de drogas inyectables. Presentado en el III

¿Hay interacciones entre la terapia antirretroviral y las drogas de abuso?

Cocaína. No hay actualmente ningún estudio clínico publicado de tratamiento con antirretrovirales en pacientes que usan cocaína. La ciencia básica estudia los efectos de la cocaína en el sistema del citocromo p450, pero las implicaciones clínicas finales no están claras.¹ Toxicólogos e Infectólogos en el Hospital Fernández de Buenos Aires, informaron no haber visto nunca una interacción aguda entre la cocaína y medicación antirretroviral.² Toxicólogos en el hospital de Bellevue en la Ciudad de Nueva York, que ofrece tratamiento a un gran número de usuarios de drogas inyectables, informaron no haber visto nunca una complicación aguda de terapia antirretroviral en usuarios de cocaína activos.³ Así, en tanto que los datos son escasos, no hay ninguna contraindicación absoluta a la TARV en usuarios de cocaína.

Opiáceos. Hay interacciones conocidas entre los opiáceos y los tratamientos antirretrovirales. La mayoría de los datos vienen de los estudios publicados de TARV en pacientes en tratamiento de sustitución con metadona en los Estados Unidos y Europa. La interacción bien documentada es entre Nevirapina y metadona. Se sabe que la Nevirapina reduce el nivel de metadona en la sangre. Pacientes que no aumentan su dosis de metadona cuando toman Nevirapina experimentan síntomas de abstinencia que se corrigen cuando la dosis de metadona se aumenta o la Nevirapina se suspende. También disminuyen los niveles de metadona el efavirenz, lopinavir y ritonavir.⁴

Cannabis sativa. Hay limitada disponibilidad de datos sobre la interacción de marihuana y terapia antirretroviral. Algunos estudios han encontrado una disminución estadística-

Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia, Internacional. Córdoba, Argentina, 3 al 6 de octubre de 2001.

¹ Proceedings: Interactions Between Drugs of Abuse and Pharmacotherapeutic Agents Used in the Treatment of AIDS and Drug Addiction. National Institutes of Drug Abuse, September 9-10, 1999. Disponible en: www.nida.gov

² Dr. Hector Pérez, (Servicio de Infectología) Dra Silvia Cortese y Dra Beatriz Di Biase (Servicio de Toxicología), Hospital Juan A. Fernández del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Comunicación personal.

³ Mary Ann Howland, Pharm. D. Pharmacological Consultant New York City Poison Control Center (NYCPCC). Comunicación personal.

⁴ Altice FL, Friedland GH, Cooney EL. Nevirapine-induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. *AIDS* 1999;13:957-962.
Staszewski S, Haberl A, Gute P, et al. Nevirapine/didanosine/ lamivudine once daily in HIV-1-infected intravenous drug users. *Antivir Ther* 1998; 3(Suppl 4):55 - 56.
Rodrigo MD, Rodríguez MA, García ML, Llera JL. La nevirapina induce síntomas de abstinencia en pacientes en programas de mantenimiento con metadona con infección por VIH. *Revista Clínica Española* 2000; 200 (1):18-20.

mente insignificante en la concentración de antirretrovirales en pacientes que fuman marihuana, pero ninguno ha encontrado un impacto clínico significativo.¹

Éxtasis Hay informado por lo menos un caso de interacción fatal entre terapia antirretroviral y éxtasis (MDMA) en un paciente que estaba tomando ritonavir y saquinavir. Generalmente se recomienda que pacientes que están tomando medicación antirretroviral eviten usar éxtasis.² También hay interacciones potenciales con delavirdine.

Benzodiazepinas Algunas benzodiazepinas están formalmente contraindicadas con el uso de terapia antirretroviral debido a que estos aumentan su concentración en sangre: alprazolam, diazepam, fluorazepam, midazolam, triazolam, están contraindicados con ritonavir y con otros IP. Asimismo están contraindicadas en tratamiento con INNTR.

Alcohol El consumo de alcohol con DDI puede aumentar el riesgo de pancreatitis. El consumo moderado y esporádico no tiene interacciones significativas con el resto de ARV.

Debido al rápido desarrollo de nuevos conocimientos sobre nuevos antirretrovirales y sus interacciones medicamentosas, la enumeración previa puede variar rápidamente y es el médico tratante quien debe informar de las interacciones potenciales a cada paciente.

¿Cuáles son las Recomendaciones Internacionales Actuales Con respecto a TARV en UDIs?

Diferentes Organismos Internacionales, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la filial estadounidense de la Sociedad Internacional de sida, la Asociación Británica de VIH, el Ministerio Brasileño de Salud, y el Grupo de Estudio de sida español ponen énfasis en la naturaleza compleja de los factores sociales e individuales que influyen en la adherencia al tratamiento. Todos recomiendan trabajar estrechamente con cada uno de los pacientes que tengan indicación para recibir TARV y

¹ Abrams D, Leiser R, Shade F, Aweeka F, et al. Short-Term Safety of Cannabinoids in HIV Patients. Program and abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 4-8, 2001, Chicago, Illinois. Abstract 744.

² Harrington RD, Woodward JA, Hooton TM, Horn JR. Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Arch Intern Med* 1999;159(18):2221-4. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. Henry, JA, Hill IR. 1998. *Lancet*, 352: 1751-1752

afirman que es imposible aislar un único factor que pronostique incumplimiento del tratamiento.¹

"...ningún paciente individual debe ser excluido automáticamente de considerar la terapia antirretroviral simplemente porque él o ella exhiban una conducta u otra característica juzgada por algunos como proclive a la no adherencia. Más bien, la probabilidad de adhesión de un paciente a un régimen de drogas complejo debe discutirse y debe ser determinada individualmente por el paciente y el médico antes de comenzar la terapia"

United States Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents.

Conclusiones

A pesar de que las evidencias sugieren que los usuarios de drogas pueden adherir al TARV, muchos médicos continúan dudando en prescribírselo. En parte, esta tendencia es probablemente consecuencia de los conceptos erróneos y los estereotipos existentes sobre los usuarios de drogas. Los trabajos que sugieren que "los usuarios de drogas no pueden adherir al tratamiento antirretroviral" pueden no tener en cuenta la relación compleja entre el uso de drogas, pobreza, falta de vivienda, violencia doméstica, y enfermedad psiquiátrica que afectan la vida de muchos usuarios de drogas. La evidencia recogida sugiere:

- Muchos usuarios de drogas pueden adherir a las terapias antirretrovirales.
- Los usuarios de drogas con VIH que inician el tratamiento y continúan con un equipo profesional de salud calificado, obtienen resultados clínicos similares a otros pacientes.

¹ United States Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents February 5, 2001. Disponible en: www.hivatis.org.
International AIDS Society-USA panel. Updated Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 2000; 283(1).
British HIV Association Adult Antiretroviral Treatment Guidelines:adherence. www.aidsmap.com. April 25, 2001.
Brazilian Ministry of Health. Recomendations for Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents Infected with HIV 2000.
Spanish AIDS Study group and Secretariat of the Spanish National Plan on AIDS. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional Sobre el Sida Respecto al Tratamiento Antoretroviral en Pacientes Adultos Infectados por el VIH, 2000.

- Factores sociales e individuales impactan en la adherencia a los medicamentos antirretrovirales.
- Es imposible aislar un único factor como un predictor definido de baja adherencia.
- Programas especialmente diseñados para poblaciones vulnerables, que enfrenten las barreras comunes para acceder la atención médica, logran mejorar la adherencia a las medicaciones antirretrovirales en comunidades vulnerables.
- Las organizaciones internacionales de salud enfatizan la importancia de considerar todo el contexto médico y social del paciente antes de empezar o posponer el tratamiento antirretroviral.

La adherencia a las terapias antirretrovirales es vital, aunque sea difícil de lograr. Lo más importante es que los médicos nos comprometamos a trabajar con los pacientes para superar los obstáculos a la adherencia, en lugar de evitar el problema, simplemente negándoles o retrasando el inicio del tratamiento. Si se excluyen o si se retrasa el inicio del TARV en los usuarios de drogas inyectables, la comunidad médica estará no atendiendo a uno de los grupos poblacionales más afectados por el VIH-sida en Argentina.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



“¿Tenés *popper*?” “¿Usás *popper*?” “¿Te molesta si llevo *popper*?” Estas preguntas, que pueden sonar raras para algunos, son cada vez más frecuentes al pactar encuentros en privado en los chats gays. Incluso, algunos utilizan la palabra *popper* como nick (seudónimo).

El *popper* adquiere cada vez más presencia luego de su fugaz paso por Buenos Aires en la primera mitad de los ochenta. Cuando se habla de drogas adictivas, pocos, fuera de la comunidad gay, hablan del *popper* o siquiera saben qué es. Sin embargo, tiene una historia larga como sustancia de abuso que no es vista como tal dada la enorme permisividad que existe entre los gays.

Muchas drogas se fueron introduciendo a lo largo del tiempo en la comunidad gay. Una de las más baratas y con una historia que parece resurgir con mucha fuerza es el *popper*. Los *poppers* se presentan en botellitas que contienen una mezcla líquida de nitritos volátiles que, cuando son inhalados justo antes del orgasmo, parecen prolongar su sensación. Además, facilitan la penetración anal al relajar los músculos de la zona y disminuir la sensación de dolor. Producen, además, un estado de euforia pasajera.

En un principio solo podían obtenerse por prescripción médica, como *amyl nitratos*, ya que se utilizaban en personas con ciertos problemas cardíacos. Más tarde, a principios de los sesenta, fueron desplazados por las tabletas de nitroglicerina que no tenían los efectos adversos de la forma inhalatoria.

El laboratorio que producía la forma original inhalatoria, Burroughs Wellcome, y que hasta ese momento detentaba la patente y el monopolio de la venta, parecía ir a la quiebra pero providencialmente le surgió otro mercado. El ejército americano andaba a la búsqueda de nuevas drogas con las que entretener y anestesiar a sus tropas en Vietnam, por lo que estaba muy interesado en los nitritos inhalatorios que se sumaron a la marihuana, opio, heroína y anfetaminas que los soldados ya consumían. Así, entre mediados de los

¹ Médico psiquiatra, Grupo nexo rduranti@nexo.org www.nexo.org

sesenta y hasta el final de la guerra, las drogas circulaban entre los Estados Unidos y las zonas de combate.

Cuando los soldados volvieron a casa, entre sus varias adicciones trajeron el gusto por los nitritos. Eran legales, baratos y fáciles de llevar, y se vendían sin prescripción médica. Hasta que empezaron a llegar **los informes de graves quemaduras en la piel cuando se derramaban, estados de inconciencia, problemas respiratorios y anormalidades en la sangre**, los cuales hicieron que la venta de los *poppers* fuera restringida.

En ese momento, Clifford Hassing, un estudiante de medicina gay, alteró un poco la estructura química de los *poppers* patentándolo como *butyl nitritos*.

Pronto, empresas más organizadas, y no del todo legales a veces, se apropiaron del negocio y realizaron más cambios en la molécula del producto obteniendo el *isobutyl nitrito*, que es menos puro y más tóxico, pero mucho más efectivo que el original.

Con el surgimiento de los espacios urbanos gays post-Stonewall, los grupos gays fueron vistos como el mercado ideal para el nuevo producto. La Food and Drugs Administration, el organismo estadounidense que aprueba la venta de alimentos y drogas, no dijo ni aclaró nada al respecto y se puso en marcha un acuerdo público no escrito: la distribución sería permitida ya que los *poppers* circulaban etiquetados como desodorantes de ambientes y eran distribuidos sólo en los espacios gays, los cuales, estimulados por el abierto apoyo de las principales publicaciones gays, rápidamente lo incorporaron como parte cotidiana de su vida sexual. Así, el *popper* pasó a ser parte de la subcultura gay durante los setenta y principios de los ochenta. Esto dio pie a un multimillonario negocio que produjo en un solo año más de cincuenta millones de dólares. El *popper* se asociaba, publicitariamente, con la masculinidad y la potencia sexual. Incluso llegó a editarse un comic cuyo protagonista gay se llamaba *Popper*.

Pocos, dentro de la comunidad gay americana, señalaron los efectos no deseados del nuevo nirvana: daño local de las membranas nasales, anemia, estados de coma, daños cardíacos y pulmonares, daño cerebral, vasoconstricción arterial, colapso cardiovascular, atrofia del timo (órgano vital en la inmunidad) y disminución crónica de linfocitos T, ambos asociados con anomalías inmunitarias.

A principios de los '80, con los primeros reportes oficiales acerca del sida, algunos investigadores empezaron a asociar el uso del popper con la supresión del sistema inmune que podría tener relación con la alta incidencia del sarcoma de Kaposi entre homosexuales varones y la neumonía por neumocistis.

Finalmente, con el avance de la epidemia del VIH, el *popper* fue retirado de la venta, pero jamás se hizo una campaña seria explicando sus efectos adversos. De este modo, su consumo, si bien ilegal, prosperó una vez pasado el pánico inicial de la epidemia y, aun más, cuando empezaron a aparecer tratamientos efectivos para el vih-sida.

Como todo es un ciclo, el laboratorio original del *popper*, Burroughs Wellcome, es nuevamente famoso por haber desarrollado el AZT.

Bibliografía:

Goode, E. & R. Troiden, 1979. Amyl Nitrite Use Among Homosexual Men. *Am. J. Psychiatry* 136:8.

Labataille, L., 1975. Amyl Nitrite employed in homosexual relations. *Med. Aspects Human Sexuality* 9: 122.

Shilts, R., 1987. *Y la banda siguió tocando.*

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



Las enfermedades –como muchas otras situaciones de la vida- pueden comportarse como un iceberg: lo que se ve no es lo más importante y lo realmente trascendente permanece oculto a una mirada superficial. Como decía el Principito: “Lo esencial es invisible a los ojos”. ¿Qué es lo que está debajo del iceberg VIH-sida? ¿qué es lo esencial, qué es lo que está sustentando esta realidad?

“Pervertidos” vs. “normales”

Más como signifiante que como significado el VIH-sida cumple la función simbólica (y también concretamente real) de reactualizar y legitimar discriminaciones sociales previas: los “grupos de riesgo” ya estaban imputados, ahora con el VIH-sida están “procesados”.

La discriminación en VIH-sida “naturaliza” todos los supuestos básicos subyacentes que sobre “los pervertidos” tenía y tiene la sociedad “normal y moral”.

Esta cultura del apuntamiento señala con el dedo acusador al adicto, a la prostituta, al homosexual, al travesti, al promiscuo, en fin a todo lo que no es “como nosotros”, olvidándose de la advertencia de Ling Yu Tang: “Cada vez que señalamos a alguien con el dedo índice, hay otros tres dedos que apuntan hacia nosotros”.

El robo de la autonomía

Ningún problema médico se soluciona sin la participación activa y organizada de los propios afectados, así lo han demostrado los grupos de alcohólicos, drogadependientes, discapacitados, etc.

Las personas que viven con VIH-sida no son solamente voces, son también actores sociales que merecen nuestra atención y, sobre todo, nuestro respeto.

Pensar o, mejor dicho, pre-juiciar que por estar infectados o enfermos no tienen capacidad de decisión, que no manejan sus sentimientos, que se vuelven agresivos es un clásico modelo victimizador, es la “criminalización de la víctima”, es, en fin, una forma de disciplinamiento social.

Cuando quitamos a los demás a priori sus derechos a participar y a decidir les estamos robando su autonomía y los degradamos en su dignidad de persona.

¹ Médico Infectólogo dgasya@buenosaires.gov.ar

El poder de decisión debe ser del consultante y no del consultor, éste simplemente propone las distintas elecciones y alternativas como orientación profesional.

Se trata de servir a la gente y no de servirse de la gente, esta es la diferencia entre apoyo y manipulación.

Poder hablar y ser escuchado

Las funciones de los profesionales para los grupos de autoayuda consisten en su promoción, asesoría y supervisión, no ejerciendo sobre ellos ningún control social ni ideológico, respetando sus procesos de autonomía y autorregulación.

No deben confundirse con grupos terapéuticos, que éstos sí deben ser coordinados por un profesional especializado.

Los grupos de autoayuda, por el contrario, tienen capacidad para funcionar por sí mismos y designar democráticamente su coordinador. Toman conciencia de sus propios recursos y capacidades para decidir colectivamente en base a sus necesidades comunes, contribuyendo cada integrante con el esfuerzo que pueda, pero compartiendo todos la responsabilidad de los resultados.

Son ámbitos de reflexión y de contención donde se respetan las diferencias culturales, las historias personales, la confidencialidad, el derecho de hablar y el derecho a ser escuchado, erradicando los propios prejuicios.

No obstante, deben estar siempre alerta ante el peligro de transformarse y ser reemplazados por estructuras jerárquicas de poder, estructuras coercitivas que intervienen los objetivos solidarios y se convierten en otro ámbito de discriminación.

Ya en 1995, en el Congreso Argentino de Sida de Córdoba, se reunieron grupos de autoayuda de todo el país y elaboraron un documento que concluía: "El sida es una oportunidad que nos da la vida para ser solidarios".

Estudio* de la evolución de pacientes con sida según su pertenencia (P) o no pertenencia (NP) a grupos de autoayuda

	P (n=18)	NP (n=19)
Días de internación	48	320
Abandonos de tratamiento	-	3
Infecciones oportunistas	7	58
Defunciones	1	4

* Francisco Maglio, Adriana Bevacqua y Victoria Barreda. XI Conferencia Internacional de Sida en Vancouver, Canadá (julio 1996) Abstract Mo N° 1153

GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA CIUDAD

Serpositivos Anónimos

Iglesia San Carlos

Quintino Bocayuva e Hipólito Irigoyen

Martes 19 hs.

Renacer

Alsina 1762

Lunes a las 19 hs.

Gruaas (Grupo Argentino Asesor en Sida)

Taller PaPos (Papás Positivos)

Taller PaDisc (Papás Discordantes)

Convivientes

Belgrano 1996 4308–2091

(informes : martes y jueves de 16 a 18)

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



TECNOLOGÍAS BLANDAS Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA: UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA

Lic. Marita Sánchez*

Este artículo reseña un proyecto de capacitación dirigido al personal no médico de clínicas y sanatorios del área metropolitana y de hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. Dicho proyecto¹ fue implementado por la Fundación ISALUD con el apoyo de Lusida -Ministerio de Salud de la Nación-.

El "Programa de Formación para el Personal de Salud Responsable de la Atención de Pacientes VIH positivos" tuvo como propósito capacitar sobre normas de bioseguridad al personal no médico de clínicas y sanatorios del área metropolitana y de hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires con afiliación gremial, a fin de contribuir a la prevención de la transmisión del VIH, mejorar la calidad de atención de pacientes en tratamiento y favorecer su integración en el ámbito sanitario.

La duración del proyecto fue de seis meses. Requirió la firma de convenios con una organización no gubernamental francesa dedicada a la prevención del sida² y una entidad gremial de trabajadores de la salud. Se conformó un equipo interdisciplinario de capacitadores con experiencia en el tema, integrado por dos psicólogos, dos médicas, dos sociólogas y el apoyo de profesionales de distintas disciplinas, pasantes de postgrado en la fundación de referencia.

Los equipos francés y argentino intercambiaron abordajes y tecnologías durante una semana de trabajo intensivo. A continuación, el equipo local elaboró el programa de capacitación y coordinó 8 grupos de trabajadores en encuentros de cuatro jornadas cada uno.

Se realizaron talleres con técnicas de animación sociocultural donde se recurrió a charlas informales, debate de audiovisuales, juegos, reflexión de consignas motivadoras, dramatización, elaboración de propuestas y evaluación grupal.

* maritasanchez@fibertel.com.ar

María del Carmen Sánchez. Licenciada en Sociología, docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

¹ "Programa de Formación para el Personal de Salud Responsable de la Atención de Pacientes VIH positivos".

² Centro Regional de Información y Prevención del Sida de París - CRIPS.

Supuestos de partida

- No existen los *grupos de riesgo*

El sida y el uso de drogas constituyen fenómenos sociales no adjudicables a individuos o grupos. En tanto problemas de salud pública comprometen el derecho de las personas, las obligaciones del estado y el accionar de otros actores sociales.

- Representación social del sida

Es el conjunto de nociones y creencias del imaginario colectivo, en permanente construcción, que da sentido a esta problemática. Clasifica fenómenos, individuos y grupos y organiza escalas como sano-enfermo o permitido-prohibido. Asocia el sida con la muerte, la sífilis o la tuberculosis; con la transgresión a mandatos sociales, la estigmatización a modalidades de sexualidad o el supuesto *descontrol* de los jóvenes por uso de sustancias no legales.

Existe un *núcleo duro* de esta representación que es habitual en la población, aunque inciden variables culturales, económicas o de sexo y edad. Está relacionado con la vivencia del *otro* como diferente. Es relevante porque obstaculiza la articulación de los saberes con las acciones de autocuidado. Si no soy uno de esos *otros*, no soy vulnerable al sida. Así, el agente de salud no puede trabajar en prevención si no se cuestiona sus propias representaciones.

- “Información” no es igual a “cambio de prácticas”

En Argentina el nivel de información de la población es razonable. Sin embargo, no se han verificado cambios en el autocuidado que impacten significativamente en la epidemia. La institución convocante priorizaba las *instrucciones para la acción*, en boga en los 50, que apela a la racionalidad y la información como precondition para la adopción de conductas preventivas.

Por el contrario, el equipo técnico consideraba que la información de aspectos biomédicos es necesaria pero no suficiente porque, con el argumento del saber técnico, se soslayan las implicancias socioculturales en juego.

- Prohibido prohibir

Recetar prácticas de prevención cuando están involucrados el goce-deseo-placer no es idóneo para incidir en la transmisión del virus.

El sida requiere una concepción disímil de lo educativo y de tecnologías blandas que se adapten a temas conflictivos, utilizar el humor en lugar del temor, plantear la defensa de la vida, incluir a los destinatarios, respetar las necesidades, deseos y derechos de las personas y basarse en la solidaridad.

- Es la hora de jugar

Se utilizaron técnicas de animación sociocultural porque permiten trabajar en la deconstrucción del núcleo duro de la representación y promueven la ruptura entre lo racional y lo afectivo o entre conocimientos y acción para avanzar hacia otras opciones en marcos de mayor libertad y compromiso individual y grupal.

El contacto alejado del estilo escolar, en grupos pequeños, interpela las subjetividades, facilita el diálogo y el pensamiento crítico, pone en crisis los modelos establecidos, focaliza en la estrategia preventiva, reconoce los recursos propios y del medio, transfiere habilidades específicas, integra lo nuevo, facilita la participación e incluye la elaboración de propuestas para replicar acciones. Es un proceso necesariamente gradual, lento y complejo.

En la línea de Paulo Freire, promueven el aprendizaje más que la enseñanza y confían *“...que el saber colectivo es siempre más que la suma de los saberes individuales”* (De la Rúa, 1998).

El juego facilita el acercamiento a temas *tabú* y *“...da la posibilidad de vivenciar, pensar, representar un comportamiento individual en un contexto de necesaria interacción: usar o no el preservativo, tener o no relaciones sexuales, son el producto de la confrontación de expectativas y deseos, de percepciones del riesgo, propias y de la pareja, en una conversación y negociación de a dos, obviamente marcadas por los lugares sociales y culturales que ocupan cada uno”*.¹

- La población *tiene* recursos de salud.

“...la promoción de la salud trabaja ... valorizando los datos procedentes de la experiencia cotidiana de los individuos como instrumento de conocimiento de la salubridad o nocividad del entorno ... para aumentar el control de su salud y así mejorarla.” (Méndez, 1985)

- Reducción de daños

La abstención del consumo no es un objetivo fácil de lograr ni la única opción para los usuarios de drogas; es posible pensar tácticas que eviten *un mal mayor*. Por la resistencia que aún provoca esta noción, en la Argentina se limita a escasas experiencias de intercambio de jeringas o de favorecer la sustitución del uso inyectable por otras modalidades.

Con la misma lógica nos planteamos la prevención en las relaciones por vía sexual. El uso de barreras mecánicas fue presentado como el método más eficaz aunque no como

¹ J. J. Meré: *Una Estrategia Lúdica en la Prevención del SIDA*, en Osimani, 1997.

única opción. Se reconocen otras respuestas culturales a la epidemia como los acuerdos de fidelidad mutua o la abstención sexual y la existencia de prácticas como la infidelidad o las dificultades para la negociación sexual de las mujeres.

Diferencias y acuerdos

Desde el comienzo se presentaron discrepancias. Algunas fueron resueltas mediando la discusión en el marco del proyecto y otras, continúan siendo temas a explorar.

- Entre la institución convocante y el equipo de capacitadores

A quién se dirige la acción. Para la fundación, el blanco era el propio trabajador; de ahí la importancia de priorizar las normas de bioseguridad. Para el equipo coordinador la población objetivo era el trabajador en sus ámbitos laboral y personal y las personas a las que asiste porque entiende al trabajador como agente que promueve salud. Por lo tanto se favorecieron acciones preventivas entre los propios multiplicadores: el cuidado en las relaciones sexuales, la postura frente a las adicciones, el *a mi no me va a pasar*, etc.

Show del forro. La demostración de cómo debe usarse el preservativo derivó en prolongadas discusiones. El equipo coordinador impuso el tema en los talleres a pesar de la opinión adversa de la fundación, que temía la censura del gremio.

A pesar de lo supuesto inicialmente, las técnicas basadas en la reducción de daños, no despertaron visiones encontradas.

- Entre los capacitadores

Rol del capacitador. A pesar de la experiencia previa conjunta y del acuerdo en el programa, las diferencias irrumpieron en el momento de los talleres y se abrió una discusión teórica, aún no cerrada:

- Los **psicólogos** extendían el encuadre de la transferencia a los talleres. Considerando lugar, tiempo y distancia operativa del terapeuta para intentar controlar las variables que inciden en la relación, el coordinador no aportaba relatos personales y sostenía un rol cálido pero diferenciado de los concurrentes. El mismo criterio rigió su escasa elasticidad ante las *llegadas tarde* de los trabajadores a los talleres.
- Los **médicos**, con una visión causalista y de ordenamiento de "factores", privilegiaban la *caja de herramientas* para la prevención. Los aspectos racionales y transmitir información guiaron la inclusión de la actualización biomédica.
- Los **sociólogos** partimos de un encuadre participativo donde el coordinador propone pautas de trabajo, brinda información, articula y contiene situaciones emotivas conjuntamente con el grupo. Es decir, es un integrante diferenciado pero no se ubica por fuera del grupo. No es un docente ni un terapeuta grupal.

La cuestión del poder intra e intergrupo ocasionó las mayores tensiones. La convocante es una fundación con reconocimiento público en el ámbito educativo e identificación con el partido gobernante en la etapa en que se desarrolló el proyecto. En tanto, tres profesionales del equipo capacitador pertenecen a una ONG no identificada partidariamente, de menor envergadura, con trayectoria en la reivindicación de los derechos de las personas que viven con el VIH y con escasos recursos financieros.

También existieron tensiones entre los capacitadores aunque no impidieron la realización del proyecto.

Conclusiones

De acuerdo a la antigüedad en que fueron aplicados, Jonathan Mann (Sepúlveda y otros, 1993) diferencia tres tipos de programas en relación al sida.

Los *informativos* prevalecen en general el primer año de actividad de un programa nacional, surgen de una fuente central y desarrollan campañas esporádicas por medios masivos. La información proviene de la biomedicina pero con escasa ponderación de aspectos sociales. Son los más limitados y su persistencia traduce que operan en un medio políticosocial hostil y/o ambivalente. En la Argentina, por ejemplo, la promoción del preservativo requirió de largos años de epidemia para imponerse en las campañas de prevención del VIH/sida.

Los programas *facultadores* avanzan en el análisis de los obstáculos socioculturales que facilitan la transmisión; de ahí la focalización para llegar con códigos apropiados a auditorios diferenciados. Sin embargo, no producen una ruptura con la noción de *grupos de riesgo* ya que centran su objetivo en modificar prácticas *sólo* de esos grupos.

Los *programas comunitarios* reconocen que la libertad para actuar no está separada de tener acceso al apoyo social indispensable. Los mensajes son contruidos con la ayuda de los destinatarios y están vinculados con líderes políticos y sociales. Enfatizan la solidaridad y la protección de los derechos de las personas.

La experiencia relatada pivotó en la filosofía de los dos últimos programas en la medida que comprometió la participación activa de los convocados, incluyó actores sociales con infrecuente participación, comprometió representantes gremiales y se trabajó en la elaboración de estrategias propias y su replicación.

A la finalización del proyecto se habían capacitado 160 trabajadores de la salud. La experiencia favoreció la extensión de la discusión interdisciplinaria e hizo explícita la necesidad de un enfoque multidimensional. La tarea conjunta permitió que la fragmentación de los conocimientos y tecnologías quedara expuesta para trabajarla,

aunque estará enmarcada, necesariamente, por cuestiones de poder entre actores, disciplinas y organizaciones.

BIBLIOGRAFIA

BETANCOURT, A.: **El taller educativo**. Gente Nueva, Bogotá, 1991.

CALVIÑO, M.: **Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas**. Academia, La Habana, 1998.

DE LA RÚA, FERNÁNDEZ, DÍAZ: **Educación popular y participación**, Caminos, La Habana, 1998, Educación Popular V 5.

GARCÍA, D.: **El grupo. Métodos y técnicas participativas**, Espacio, Bs. As., 1997.

MÉNDEZ, E.: *Promoción de la salud en los jóvenes: conceptos básicos y objetivos*, Seminario Juventud y Promoción de la Salud, Barcelona, 1985.

MERINO FERNANFEZ, J.: **Programas de animación sociocultural. Tres instrumentos para su diseño y evaluación**. Narcea, Madrid, 1997.

OSIMANI, comp.: **HIV/sida. Prevención y tratamiento: una esperanza**. IDES-JD, Montevideo, 1997.

SEPÚLVEDA, FINEBERG, MANN: **Sida. Su prevención a través de la educación: una perspectiva mundial**. El Manual Moderno, México, 1993.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■



CONSENTIMIENTO INFORMADO: ¿TRÁMITE O REGLA ÉTICA?¹

Por Lic. Victoria Barreda²

Uno de los principales factores que contribuyeron al surgimiento del campo de la bioética fue el reconocimiento de que, muchas veces, los profesionales de la salud dejaban a los pacientes y familias fuera del proceso de toma de decisiones. Un concepto filosófico introducido por dicha disciplina fue el de la autonomía, entendido como “autogobierno”. Teniendo en cuenta que una de las fuerzas impulsoras del movimiento bioético ha sido la intención de dar a los pacientes cada vez más injerencia en su propia atención médica, mi interés consiste en reflexionar sobre la relación que se establece entre la supuesta *autonomía* de un paciente y su efectivo *poder de decisión*.

La Convención Internacional de los Derechos Humanos y Biomedicina³, establece como regla general en su artículo 5º que una intervención médica puede realizarse luego de que el sujeto haya dado su consentimiento libre e informado. Y que, previamente, el sujeto deberá recibir información “adecuada” sobre la naturaleza y finalidad de la intervención así como sobre sus consecuencias y riesgos.

En nuestro país, y para el VIH–sida, esta regla general se materializa en la ley 23.798 que obliga a cumplimentar el *consentimiento informado*. Se trata de una declaración de voluntad realizada por el paciente, a través de la cual, y luego de haberse considerado la circunstancias de *autonomía, evaluado su competencia y la comprensión de la información* suministrada referida al plan diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o ensayo de investigación *otorga su consentimiento* para la ejecución del procedimiento ofrecido.

El consentimiento informado supone, así, una decisión y un acto sin restricciones internas ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con la evaluación hecha por la persona en el momento de tomar una decisión.

A su vez, esta libertad del paciente presume su capacidad para comprender los riesgos y resultados de las opciones alternativas de tratamientos y hacer una elección basándose en dicha comprensión. El paciente debería ser capaz, en este sentido, de captar la explicación del médico con convicciones y apreciar la naturaleza y las consecuencias de la decisión adoptada.

¹ Trabajo presentado en el Congreso Argentino de SIDA. Mendoza 2001

² Coordinación Sida-GCBA dqasya@buenosaires.gov.ar

³ Logarte, D. La Convención Internacional de Bioética y los derechos humanos de las generaciones actuales y futuras. JA, 1977

La desigual distribución del conocimiento

Aparece aquí una cuestión en la cual conviene detenerse: ¿Qué información debiera recibir el paciente? ¿Cuál es la *información adecuada*, comprensible, que le permite evaluar riesgos y beneficios?

Sabemos que el conocimiento no es homogéneo en la estructura social y está desigualmente repartido entre las tramas culturales. Hay zonas de mayor concentración del saber, a las que llamaremos zonas de “conocimiento experto” y otras de menor densidad, más al alcance de la mano de casi todos. Parte de estos conocimientos-expertos en nuestra sociedad compleja, estratificada y burocratizada se engloban en el aparato científico-tecnológico representado en este caso por la medicina. El resto de los conocimientos-expertos no es reconocido en calidad de tal.

Esta posición socialmente superior del saber médico respecto de otros complejiza el problema:

¿De qué autonomía estamos hablando? ¿De aquella que nos remite a una relación de igualdad, en la que las partes que interactúan –en este caso, el médico y el paciente– son idénticas en la toma de decisión?

¿Qué implicancias tiene representar a un paciente como autónomo en la situación de vulnerabilidad que implica su condición de enfermo?

¿Cuáles son los criterios con los que se evalúa que un individuo está en condiciones de decidir?

¿Cuáles son las condiciones para la libertad y la toma de una decisión voluntaria?

Pareciera que el consentimiento informado postulara en la relación médico–paciente un encuentro de dos saberes homogéneos, simétricos que están en una situación de paridad. Esto supone una falsificación que, en última instancia, perjudica al que está en peores condiciones reales. Las relaciones no son simétricas. Y si no hay relación de paridad no hay autonomía posible.

El cuerpo como significación

El conocimiento médico es una *interpretación “objetiva”* del cuerpo del enfermo o de los síntomas del paciente. Pero para el paciente, el cuerpo no es simplemente un objeto físico o un estado fisiológico. El cuerpo físico no puede separarse de los estados de conciencia, y ésta no es simplemente objeto de cognición y conocimiento. El punto de partida para la comprensión de la enfermedad es que ella está necesariamente *contenida en una experiencia*. Es la experiencia de sentirse mal la que, por un lado, origina por sí misma, las representaciones de la enfermedad, y por otro lado pone en movimiento nuestra

capacidad de transformarla en conocimiento; y es a través de las impresiones sensibles producidas por el malestar físico y/o psíquico que los individuos se constituyen en enfermos. *La enfermedad no es un hecho sino una significación.*

Si indagáramos desde la perspectiva de los pacientes, quizás deberíamos pensar cómo se construyen sus subjetividades. Y entonces, al hablar de autonomía, deberíamos contemplar las estructuras dominantes que están presentes en cada sujeto. Si un individuo ha vivido siempre en una relación de dominación, ¿cómo se le exige autonomía en el preciso momento en el que padece una determinada enfermedad? ¿Qué tipo de autonomía estamos pensando? La autonomía no se puede pensar en condiciones ideales sino bajo los actuales y reales modos de existencia, que incluyen formas de relación que, en su mayoría, se caracterizan por ser desiguales, opresivas y subordinadas.

Consentimiento y test del sida

En el caso específico del VIH-sida, para verificar la presencia de anticuerpos a través del test serológico, los médicos deben solicitar el consentimiento informado a sus pacientes. Este consentimiento, como se dijo más arriba, implica la autorización firmada por el paciente, previa explicación del médico de los riesgos de la enfermedad, los tratamientos disponibles, y las medidas de prevención.

Si esto fuera efectivamente así, se podría pensar el consentimiento informado como un “proceso” cuya culminación es la autorización mediante la cual el paciente expresa la comprensión de la información suministrada por parte del profesional y acepta o no la realización de la prueba.

Sin embargo, en la práctica médica, el consentimiento informado se ha convertido en una formalidad, un mero trámite, que debe cumplimentarse pero que carece del sentido para el cual fue propuesto. *Los pacientes firman como obligación y los médicos lo consideran una medida de protección frente a las demandas vinculadas con la mala praxis.*

En este marco, el consentimiento informado sólo contempla una autorización individual y es indiferente al *dónde, cómo y en qué condiciones* se origina la propuesta que debe ser aceptada o rechazada. La autonomía materializada a través del consentimiento informado, es un principio declamativo que no traduce el entramado de significaciones y las relaciones de poder que lleva implícitas.

La perspectiva antropológica permite pensar a las personas en relación con la comunidad de la cual forman parte y no como individuos aislados o enteramente independientes. Brinda la ventaja de un análisis contextualizado; nos sitúa en la compleja trama de relaciones políticas, económicas, sociales, de intereses y valores, de poder y

subordinación que teje nuestra cultura. Desde esta perspectiva la consideración de los dilemas morales exige tener en cuenta y comprender la efectividad de las estructuras dominantes presentes en cada uno de los sujetos sociales.

Recuperar el sentido del consentimiento informado

Reflexionar sobre las limitaciones del consentimiento informado –tal como se ejerce en la práctica asistencial–, exige recuperar la idea de *proceso* y, sobre esta base, diseñar mecanismos previos al consentimiento que generen situaciones de real autonomía para la toma de decisiones.

El desafío que se nos presenta como equipo de salud es, entonces, volver a pensar el consentimiento informado; resignificarlo para fortalecer aquellos valores y principios que le dieron origen. ¿Cómo hacer para contextualizarlo frente a un paciente que se presenta –al momento de resolver realizarse el test– con su historia, su situación emocional y un saber ajeno casi siempre a la disciplina médica? En la respuesta a este desafío se juegan también nuestros propios principios, valores y saberes. Compartir la necesidad de darle al consentimiento informado el sentido y objetivo para el que fue creado, es un primer paso para rescatar y fortalecer la defensa de la libertad y del respeto por las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Domínguez Mon, A: “*El consentimiento informado en salud: reflexiones sobre los sentidos sociales desde la bioética*”. En: Antropología Médica y Práctica Médica. (25-41) Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires, 1977.

Maglio, I: *Guía de Práctica Médico Legal*.

Kalinsky, B. “*Salud e Interdisciplina: ¿Fracaso epistemológico o práctica de la intergestión disciplinaria de la ciencia?*” en: Cultura, salud y enfermedad. Instituto Nacional de Antropología, Buenos Aires, 1995.

[**VOLVER AL ÍNDICE**](#) ■■■



ACTIVIDADES DE LA COORDINACIÓN SIDA

Leche para hijos de madres VIH+

Como parte de la estrategia de la prevención de la transmisión vertical, la Coordinación Sida adquirió leche maternizada para los bebés nacidos de mujeres seropositivas. Desde febrero de este año, este sustituto de la leche materna se encuentra disponible en todos los Hospitales de la Ciudad.

La entrega de leche –que cubre los seis primeros meses de vida de los recién nacidos– es gratuita y se realiza a través de las farmacias de los hospitales. La primera entrega se hace en el hospital en el que nace el bebé y alcanza para el primer mes (4 kg.); en los cinco meses subsiguientes la leche se retira en los hospitales donde se controlan los recién nacidos.

Cabe destacar que el procedimiento para acceder a la leche maternizada no es similar al de la leche común (que se distribuye a través de los centros de salud), sino que es el mismo que se utiliza para los medicamentos, mediante una receta de personal autorizado y en las farmacias de los hospitales.

Planes de Empleo: prevención en el ámbito comunitario

En el marco de los planes de empleo para Jefes y Jefas de Hogar, la Coordinación Sida está desarrollando un proyecto de prevención en el ámbito comunitario. La primera etapa de este proyecto, ya concluida, consistió en encuentros de capacitación en los que más de cien personas –titulares de planes de empleo–, abordaron distintos aspectos de esta problemática: derechos a la salud y a la información, construcción de ciudadanía, historia social de la epidemia, aspectos bio–médicos de la infección por VIH, reducción de daños en usuarios de drogas, entre otros. Los próximos pasos consistirán en talleres intensivos vinculados específicamente a la tarea de prevención y salida al terreno.

Los cursos de capacitación se realizan en tres sedes diferentes: Centro de Gestión y Participación 14 Oeste, Casa Joven de Flores y Central de los Trabajadores Argentinos –CTA (Capital Federal).

CePAD

Equipos de trabajo de los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico - CePAD ya en funcionamiento, e integrantes de otros servicios e instituciones que desarrollarán esta tarea en el mediano plazo, se encontraron el 17 de abril en la Dirección General de la

Mujer a fin de poner en común sus experiencias, evaluar los resultados obtenidos hasta ese momento y definir las necesidades futuras de apoyo técnico y capacitación. Los CePAD que presentaron sus informes fueron los que funcionan en el Cesac 2, Cesac 5, Cesac 7 y 29, Cesac 20, Casa Joven y Grupo Nexa. (ver nota [CePAD](#))

Junto a ellos, participaron los equipos del Área Programática del Hospital Argerich (Cesac 9 y 15), del Hospital Durand (Servicio de Tocoginecología y Obstetricia), del Área Programática del Hospital Fernández (Cesac 21), del Hospital Penna (Cesac 1, 8 y 30), del Hospital Piñero (Área Programática, Cesac 24, 13), del Hospital Ramos Mejía (Área Programática, Servicio de Inmunocomprometidos, Servicio de Sicopatología) del Centro Integral de la Mujer de Constitución y de GTZ Cooperación Alemana para el Desarrollo.

Red de Prevención

Con el título “De la Distribución de Preservativos a la Prevención del VIH-Sida. Construyendo espacios institucionales favorables para la prevención”, el 24 de abril se llevó a cabo en la Sala “C” del Centro Cultural General San Martín un primer encuentro del que participaron 150 referentes de otras tantas bocas de distribución de preservativos y material preventivo (ver nota sobre la [Red de Prevención](#)).

El objetivo del encuentro fue no sólo compartir distintas experiencias de trabajo (desarrolladas en instituciones y medios sociales diferenciados), promover un contacto directo entre quienes participan de una misma estrategia de prevención.

Tras una presentación general de la estrategia, refirieron sus experiencias el Centro de Salud Nº 9, el Hospital Rivadavia, el Comedor Comunitario Nuestros Derechos y el servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez. En un plenario posterior se plantearon los obstáculos y se debatieron las estrategias alternativas de abordaje a nivel local.

“Juntando saberes”

Con el objetivo de intercambiar sus respectivos saberes, investigadores de ciencias sociales y humanidades e integrantes de los servicios de salud con trabajo en VIH-sida se reunieron el pasado 18 de junio la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Luego de la apertura que estuvo a cargo de la Lic. Marita Sánchez, el Prof. Federico Schuster, Decano de Ciencias Sociales, y el Dr. Claudio Bloch, alrededor de 200 personas se distribuyeron en nueve talleres en los que se debatieron diferentes investigaciones sobre género, reducción de daños, sexualidad, atención y vida cotidiana de las PVVIH/sida.

En cada taller los autores presentaron sus trabajos, que fueron luego discutidos por un miembro de la academia y otro de los servicios de salud y debatidos en conjunto para elaborar conclusiones y propuestas. La síntesis del plenario final está en proceso de edición para ser distribuida entre los interesados.

Este primer encuentro, estuvo organizado por la Coordinación Sida y fue declarado de interés por las Facultades de Ciencias Sociales, Psicología y Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, así como por la Cátedra UNESCO de Bioética (UBA) y la Sociedad Argentina de Sida.

Travestis: un espacio de encuentro

Como una línea de trabajo en prevención secundaria, se conformó un espacio de reunión en el Hospital Muñiz que busca convertirse en un Centro de Prevención (CeP) para grupos de travestis.

La intención de este espacio es brindar información, identificar las dificultades que surgen en la relación con las instituciones de salud y conformar una red de servicios “amigables”.

En el mediano plazo, se espera también que estos encuentros permitan producir materiales de comunicación focalizada para esta población.

Las reuniones se realizan los miércoles a las 10.30 hs. en el ex-pabellón 29 del Hospital Muñiz.

[VOLVER AL ÍNDICE](#) ■■■

**Equipo de la
Coordinación Sida**

Area técnica

Lic. Ariel Adaszko
Dra. Sandra Aronson
Lic. Victoria Barreda
Dra. Adriana Basombrío
Dra. Graciela Ben
Lic. Ana Bordenave
Period. Malala Carones
Lic. Evelina Carrizo
Lic. Blanca Carrozzi
Farm. Jorge Correggioli
Lic. Natacha Diaz
Dra. Norma Ereñú
Srta. Machi Hernández
Prof. Graciela Lombardi
Dr. Sergio Maulen
Dr. Fabián Portnoy
Lic. Agustín Rojo
Lic. Julio Romero
Dr. Fernando Silva Nieto
Dr. Marcelo Vila
Lic. Silvana Weller

Area Administrativa

Nestor Cassaigne
Adrián Gómez
María Inés Guarella
Mauricio Largente
Carlos Mansilla
Valeria Marí
Adriana Ricci

**Comisión Asesora
Técnico Asistencial
de Sida**

Coordinador

Dr. Jorge Benetucci

Miembros

Dr. Héctor Pérez
Dr. Roberto Hirsch
Dra. Rosa Bologna
Dra. Belén Bouzas
Dr. Francisco Maglio

**Coordinador Editorial
de infosida**

Lic. Agustín Rojo

Red de Sida

Coordinador

Marcelo Losso

Miembros

Dra. Claudia Rodríguez
Dr. Gabriel Levy Hara
Dra. Cristina Presno
Dra. Cecilia Carranza
Dr. Arnaldo Casiró
Dra. Miriam Burgos
Dr. Rubén Agugliaro
Dr. Daniel Prylucka
Dr. Eduardo Bargman
Dr. Walter Vasen
Dr. Juan Carlos
González Blanco
Dra. Gabriela Vida
Dr. Roberto Hirsch
Dr. Eduardo López
Dra. Vera Giraudi
Dr. Horacio Pérez Alcoba
Dra. Alda Sarubbi
Dr. Jorge Benetucci
Dr. Héctor Pérez
Dra. Rosa Bologna