

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

Año 5 N° 5

ISSN 1667-8281

Jefe de Gobierno

Lic. Jorge Telerman

Secretario de Salud

Dr. Donato Spaccavento

Director General

Coordinación Sida

Dr. Claudio Bloch

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

Marzo 2006
AÑO 5 N° 5

Coordinación Sida

Carlos Pellegrini 313 – piso 9
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono
4323-9053
coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

infosida

01 Editorial

02 Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires

03 La mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires en el último quinquenio.

Victoria Mazzeo

DOSSIER

Evaluación

04 ¿Cómo nos vemos, cómo nos ven? Silvana Weller

05 Hacia el fortalecimiento de las redes locales. Ariel Adaszko

06 Estrategia para aumentar la accesibilidad al test de VIH. Adriana Basombrío

07 Una aproximación al trabajo en VIH-sida de los laboratorios del GCBA. María Belén Bouzas

08 Vivir con VIH-sida en Buenos Aires. Ana Bordenave, Marcelo Vila y Silvana Weller

09 Cursos de actualización en VIH-sida: una herramienta de gestión.

10 El consumo de drogas como problema de salud pública. Mabel Caballero

11 Noticias de la Coordinación Sida

ISSN 1667-8281

Está permitida la reproducción parcial o total de los artículos con la sola mención de la fuente.

Las opiniones vertidas por los autores son de su absoluta responsabilidad.

Derechos de la propiedad intelectual en trámite.

Editorial

Las políticas de salud se definen por sus prácticas

Dr. Donato Spaccavento
Secretario de Salud – GCBA

Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida en que logra prevenir más que curar, es más eficaz desde el punto de vista social. Una sociedad con avances cualitativos y cuantitativos en sus indicadores de salud implica necesariamente un mayor bienestar de sus miembros y una mejora en su desarrollo socioeconómico. El principal indicador de eficiencia de cualquier sistema de salud es, precisamente, el nivel de salud de las personas.

Hay que reformular el añejo sistema de salud porteño que hoy, en realidad, es un sistema de enfermedad porque llega tarde, cuando la gente ya enfermó. En ese sentido estamos reorientando los recursos –humanos y físicos– a promover la salud y prevenir la enfermedad, no únicamente a curarla. El objetivo es llegar antes de que la enfermedad se produzca.

Este sistema que va resolviendo, en parte, los problemas de enfermedad es, además, hospitalocéntrico. En el imaginario popular, comunitario y vecinal el hospital es un lugar adonde van los enfermos a curarse o los más ancianos a morir. Cambiar esta concepción implica poner el eje en los centros de salud y en las comunidades barriales que no tienen sólo enfermedades curables con los antibióticos sino aquellas que se curan con desarrollo social. La desocupación es el primer eslabón de enfermedad. Y esto plantea la necesidad de reconstruir el trabajo digno y la red social y familiar.

Debemos, además, reconocer las desigualdades existentes en la ciudad, en la que los barrios del sur tienen indicadores cercanos a los peores del país y los del norte, similares a países del Primer Mundo. Disminuir la exclusión social, aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, hacer que nuestro sistema sea más equitativo son los ejes centrales de una política que se instrumenta mediante la reorientación del presupuesto hacia el primer nivel de atención. Debemos equipar los centros de salud con recursos económicos, humanos y tecnología apropiada, con una mayor difusión de los recursos existentes en la ciudad a través de las redes sociales y vecinales y brindando, a través del Estado, las garantías y educación necesarias para que, por ejemplo, las mujeres no queden embarazadas sin desearlo y puedan tener una vida sexual saludable.

La promoción de la salud tiene que ser permanente y continua; una tarea conjunta de los trabajadores de salud y los agentes sanitarios para llegar a los más excluidos. La capacitación de los vecinos y el trabajo comunitario que forma y recrea redes sociales es útil para reunir a los adolescentes, elaborar programas de educación sexual y reproductiva y fortalecer la estrategia preventivo-asistencial del VIH-sida que hoy está dando buenos resultados.

La gestión de la Coordinación Sida pone en práctica en la ciudad un modelo sustentado en la mística del trabajo solidario; una forma de planificación y gestión participativa y democrática que incorpora a la mayor cantidad de actores posible. Desarrolla un trabajo de equipo que intenta construir un nuevo camino y es también una manera de privilegiar nuevos saberes y prácticas poniendo como ejes de la gestión los conceptos de autonomía y libertad de los sujetos.

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

El presente panorama epidemiológico está elaborado en base a información proveniente de múltiples fuentes primarias. Esta información, sistematizada por la Coordinación Sida y otros organismos del Estado, es imprescindible para lograr una mejor comprensión de la epidemia.

Las fuentes primarias de información son los servicios de instituciones públicas y privadas que atienden personas que viven con VIH-sida (PVVS). En este sentido, es necesario valorar y estimular el compromiso permanente de los profesionales del sistema de salud en la producción de esta información. Los resultados que aquí se presentan –orientados a quienes trabajan en VIH-sida en general– adquieren, en el caso de estos servicios, el carácter de una devolución que, esperamos, contribuya a enriquecer su práctica clínica cotidiana.

1. PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIONES SELECCIONADAS

Conocer la incidencia (casos nuevos por año) y la prevalencia (casos totales en un determinado período) de la infección de VIH en la ciudad es un permanente desafío en la epidemiología del VIH sida.

Para describir el desarrollo de la epidemia, y debido a su complejidad, es necesario recolectar, sistematizar y analizar una diversidad de información –en todos los casos, parcial e incompleta– que en conjunto permite construir con bastante certeza el perfil que adopta en su tercera década.

Los sitios centinela registran la prevalencia de infección por VIH en diferentes poblaciones. Con estos datos es posible construir curvas que describen su tendencia a lo largo del tiempo.

Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas

Los laboratorios hospitalarios han aportado desde el año 1998 datos sobre la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas. Al analizar los valores registrados en la tasa de prevalencia a partir del año 2000 se observa una caída con diferencias estadísticamente significativas.

Es necesario incorporar a la lectura de la tendencia del VIH en esta población dos elementos que la hacen más compleja: a) el incremento en el testeo de mujeres embarazadas (en una infección como el VIH que tiene baja prevalencia poblacional y distribución no homogénea) hace que los diagnósticos con resultados reactivos tengan menor peso, y b) algunas mujeres con diagnóstico de VIH previo al embarazo son excluidas de las muestras; esto determina que esos datos tengan menor impacto en la prevalencia.

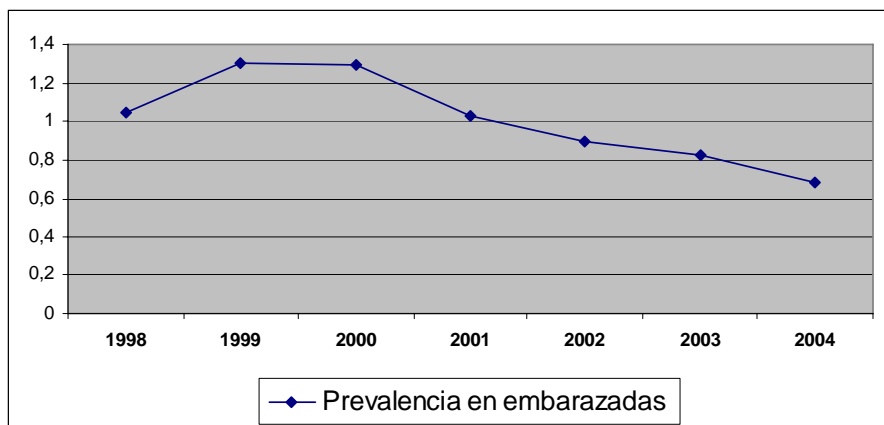
En otras palabras, en la tendencia al descenso en la tasa de prevalencia en mujeres embarazadas – n° de muestras positivas (numerador) / total de muestras en un período determinado (denominador)– hay que considerar que una política activa que estimula el ofrecimiento del test de VIH a todas las mujeres embarazadas incrementa los denominadores y va excluyendo del numerador a aquellas mujeres diagnosticadas en años anteriores. (Tabla 1.1 y gráfico 1.1).

Tabla 1.1. Prevalencia de VIH en sitios centinela en mujeres embarazadas, en %, 1998/2004. CBA.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Prevalencia en embarazadas	Prevalencia	1,05	1,3	1,29	1,03	0,9	0,83	0,69
	I.C. 95%	0,8-1,3	1,0-1,5	1,1-1,4	0,9-1,2	0,8-1,0	0,7-0,9	0,6-0,8
	Nº testeadas	5.887	8.787	26.177	19.666	18.959	26.130	27.542

Fuente: Coordinación Sida, en base a información brindada por los siguientes hospitales: Durand, Fernández, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Vélez Sársfield y Maternidad Sardá.

Gráfico 1.1. Prevalencia de VIH en sitios centinela en mujeres embarazadas, en %, 1998/2004. CBA.



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres

A partir de los datos aportados por el sitio centinela de la organización Nexo Asociación Civil, se observa que la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres testeados en el CePAD de dicha institución continúa siendo alta. En esta serie histórica de 5 años se observa una disminución en la prevalencia con respecto a los años 2000/2001, pero se consolida una prevalencia en torno al 9% en el período 2002/2005. Estos datos muestran que la epidemia continúa siendo importante en este colectivo y que aún se debe conocer más respecto a su dinámica en esta población y en nuestra ciudad (Tabla 1.2).

Tabla 1.2. Prevalencia de VIH en HSH según sitio centinela, en %, 2000/2004. CBA.

	2000	2001	2002	2003	2004
Prevalencia	13,01	12,98	8,55	8,77	9,92
I.C.: 95%	10,6-15,7	10,7-15,6	5,9-12,2	7,0-10,9	7,7-12,6
Nº testeados	715	763	339	889	625

Fuente: elaboración propia a partir de datos aportados por el CePAD de Nexo Asociación Civil.

Prevalencia de VIH en los bancos de sangre

La prevalencia de VIH en bancos de sangre de la ciudad de Buenos Aires se muestra estable a partir del año 2000. Es interesante señalar que esta es una población seleccionada por criterios de autoexclusión para donación de sangre, de lo que se infiere que este es el piso de la prevalencia de la epidemia en población general de la ciudad (Tabla 1.3).

Conocer la situación de otras infecciones que comparten las vías de transmisión con el VIH es útil para complementar los datos disponibles. En ese sentido se ha recabado información sobre prevalencia en bancos de sangre de sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Al igual que el VIH, la prevalencia de estas infecciones en donantes de bancos de sangre se mantiene estable en el tiempo (Tablas 1.4).

Tabla 1.3. Prevalencia de VIH en bancos de sangre, en %, 1998/2004. CBA.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Donantes bancos de sangre	Prevalencia	0,38	0,32	0,25	0,24	0,27	0,24	0,24
	I.C. 95%	0,3-0,4	0,2-0,3	0,2-0,3	0,21-0,27	0,24-0,32	0,21-0,27	0,21-0,27
	Nº	81.727	123.173	43.786	118.322	104.531	99.705	109.148

Fuente: Dirección General Redes de Salud, GCBA y Centro Nacional Red de Laboratorios ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán.

Tabla 1.4. Prevalencia de diversas infecciones en bancos de sangre, en %, 2001/2004. CBA.

	Año	2001	2002	2003	2004
	Nº de muestras	118.322	103.559	99.705	109.148
Sífilis	Prevalencia	0,81	0,93	0,91	0,88
	I.C. 95%	0,76-0,86	0,87-0,99	0,86-0,97	0,83-0,94
VHC	Prevalencia	0,75	0,77	0,80	0,78
	I.C. 95%	0,70-0,80	0,72-0,82	0,74-0,85	0,73-0,83
VHB	Prevalencia	0,22	0,23	0,21	0,23
	I.C. 95%	0,19-0,25	0,20-0,26	0,18-0,24	0,20-0,26

Fuente: Dirección General Redes de Salud, GCBA, y Centro Nacional Red de Laboratorios ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán

Prevalencia de VIH en los consultantes de los CePAD

En los 14 Centros de Prevención, Asistencia y Diagnóstico creados a partir de la iniciativa de la Coordinación Sida en el período 2003/2005 se han realizado 12.528 tests voluntarios para diagnóstico de VIH-sida (Tabla 1.5).

Durante el año 2004 se realizaron 144 diagnósticos de VIH en los CePAD, lo que representa una prevalencia de 3,9%. Esta es más alta que la reportada en población general, medida a través de un indicador proxy como la prevalencia en mujeres embarazadas.

Los 144 nuevos diagnósticos de VIH realizados en la población consultante de los CePAD durante 2004 representan el **13,7%** del total de los diagnósticos realizados durante ese año en la ciudad (1.049). Esto permite señalar que los CePAD cumplen con su objetivo de facilitar el acceso de la población que se percibe más vulnerable ante la infección y, en consecuencia, concurre a estos centros por propia iniciativa.

Otro indicador para resaltar en relación con este dispositivo es el porcentaje de resultados retirados que, en conjunto y en los últimos tres años, alcanza el **89,7%** (tablas 1.5 y 1.7). Este porcentaje constituye un indicador de calidad en la atención brindada por estos centros.

Tabla 1.5. Indicadores de los CePAD, 2003/2005.

	2003	2004	2005*	Total
Entrevistas Pretest	5.456	3.650	3.876	12.982
Test	5.326	3.509	3.693	12.528
Res. Retirados	4.739	3.165	3.338	11.242
% Retirados	89,0	90,2	90,4	89,7
Res. Positivos	196	152	144	492
Prevalencia	3,7	4,3	3,9	3,9

* Datos parciales al 30/10/2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados por los CePAD. Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 1.6. Test realizados por CePAD, período 2003/2005.

CePAD	Total
Casa Joven	1.532
CePAD Piñero	2.128
CePAD Ramos Mejía	1.965
CePAD UTE	342
CeSAC 13	444
CeSAC 2	1.101
CeSAC 20	242
CeSAC 24	35
CeSAC 33	793
CeSAC 5	156
CeSAC 7	899
CeSAC 9	415
CeSAC15	425
Nexo	2.051
Total	12.528

Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados por los CePAD. Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 1.7. Porcentaje de resultados retirados en los distintos CePAD, período 2003/2005.

CePAD	Total
Casa Joven	94,3
CePAD Piñero	88,7
CePAD Ramos Mejía	83,4
CePAD UTE	80,4
CeSAC 13	87,6
CeSAC 2	89,1
CeSAC 20	94,6
CeSAC 24	74,3
CeSAC 33	93,2
CeSAC 5	100,0
CeSAC 7	79,6
CeSAC 9	74,9
CeSAC15	89,6
Nexo	99,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados por los CePAD. Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

2. NOTIFICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El 1/01/2003 se estableció la notificación obligatoria de los nuevos diagnósticos de infección por VIH-sida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hasta el 30/08/2005 se han notificado un total de 2.720 infecciones por VIH.

El análisis por institución muestra que el mayor número de infecciones corresponde al Hospital Muñiz, especializado en enfermedades infecciosas, seguido por los hospitales generales de agudos Fernández, Ramos Mejía y Piñero. Entre quienes notifican se cuentan instituciones que no pertenecen al subsector público de salud, como por ejemplo una organización no gubernamental cuyas acciones están orientadas al colectivo gay, o el Hospital Italiano (Tabla 2.1).

Del total de las 2.720 infecciones notificadas, el 41,4% correspondieron a residentes en la ciudad de Buenos Aires y el resto, a personas atendidas en la ciudad pero que no residen en la misma (Tabla 2.2).

Tabla 2.1. Diagnósticos de infección según institución notificante (totales), periodo 2003/2005. CBA.

Institución	N°	%	% Acumulado
Htal. Muñiz	696	25,6	25,6
Htal. Fernández	362	13,3	38,9
Htal. Ramos Mejía	214	7,9	46,8
Htal. Piñero	189	6,9	53,7
Htal. Santojanni	125	4,6	58,3
Nexo Asoc. Civil	125	4,6	62,9
Cons. privados	120	4,4	67,3
Htal. Argerich	118	4,3	71,7
Htal. Penna	92	3,4	75,0
Htal. Garrahan	88	3,2	78,3
Htal. Álvarez	74	2,7	81,0
Htal. Pirovano	71	2,6	83,6
Mat. Sardá	69	2,5	86,2
Htal. Tornú	68	2,5	88,7
Htal. Elizalde	51	1,9	90,5
Htal. Gutiérrez	48	1,8	92,3
Htal. Rivadavia	43	1,6	93,9
Htal. Durand	35	1,3	95,2
Htal. Ferrer	25	0,9	96,1
Htal. Vélez Sársfield	22	0,8	96,9
Sin datos	21	0,8	97,7
Htal. Militar	20	0,7	98,4
Htal. Alemán	13	0,5	98,9
Htal. Borda	10	0,4	99,2
Htal. Zubizarreta	7	0,3	99,5
Htal. Italiano	6	0,2	99,7
Medicus	5	0,2	99,9
Htal. Moyano	3	0,1	100,0
2.720			

Fuente: Coordinación Sida.
Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.2. Diagnósticos de VIH (totales y residentes), periodo 2003/2005. CBA.

AÑO	TOTAL	RESIDENTES	% Residentes	Tasa por 100.000hab
2003	1.276	536	42,01	17,9
2004	1.049	428	40,80	14,3
2005*	395	162	41,01	
TOTAL	2.720	1.126	41,40	

* Datos parciales al 30/08/2005.

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Nuevos diagnósticos de infección por VIH en residentes de la ciudad de Buenos Aires.

Para efectuar un análisis del perfil de la epidemia de infección por VIH de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se han tomado las notificaciones de nuevas infecciones en residentes en el período 01/01/2003 al 30/08/2005. En dicho período se han registrado 1.126 nuevos diagnósticos de infección en residentes.

Barrios

En 562 notificaciones (49,9% del total) está registrado el barrio de residencia. El barrio con mayor número de casos es San Telmo, seguido por Paternal, Mataderos y Montserrat. Al presentar las tasas de diagnóstico por cuartiles, se observa que en los barrios de la zona Sur las tasas superan el 30 por cien mil habitantes; la excepción es el barrio de la Paternal con una tasa de 49,8 por cien mil. (Tabla 2.3 y gráfico 2.1).

Al agrupar los barrios de la ciudad en tres zonas (Norte, Centro y Sur) se verifica una mayor tasa de notificación de VIH en la zona Sur, y tasas similares las zonas Centro y Norte de ciudad (Tabla 2.4 y Gráfico 2.2). No obstante, como ya se mencionó, los datos con los que se cuenta corresponden sólo a la mitad de las notificaciones.

Relación hombre/mujer

La relación hombre/mujer es 2 a 1, dato que permanece estable en el período 2003/2005 (Tabla 2.5).

Edad

La mediana de edad es de 33 años (33 en hombres y 32 en mujeres). Se observa una mayor concentración en la franja de 25 a 34 años tanto en hombres como mujeres, (Tabla 2.6). Cuando esta variable se analiza en relación con la vía de transmisión se observan cuestiones particulares tales como: mediana de edad transmisión heterosexual, 32 años; 34 años en hombres que tienen sexo con hombres y 36 años en personas con antecedentes de uso de drogas inyectables.

Nivel de estudios

El nivel de estudio de las personas diagnosticadas con infección por VIH puede utilizarse como un indicador aproximado de su nivel socioeconómico. El 33,4% de estas personas no han ingresado a la escuela secundaria (estudios primarios completos o menor), el 23,7% no ha completado el ciclo secundario, el 22,9% completó el secundario y el 19,9% tiene educación terciaria. El nivel alcanzado en la educación formal por las personas infectadas por VIH es un dato central para adecuar las estrategias preventivas a los distintos grupos poblacionales (Tabla 2.7).

Vías de transmisión

El 89,2% de las infecciones de VIH diagnosticadas durante el período 2003/2005 tiene como antecedente la transmisión por vía sexual (55,9% heterosexual y 33,3% hombres que tienen sexo con hombres). El 5,2% tiene antecedentes de uso de drogas por vía inyectable y un 2% son niños que adquirieron el virus por transmisión vertical. De los 22 niños diagnosticados en el período analizado, 8 nacieron en el año 2003 y 4 en el año 2004, el resto son niños nacidos en años anteriores (Tabla 2.8).

Estadio clínico

Al analizar el estadio clínico en el momento del diagnóstico, se observa que un 55,2% se efectuaron en el período asintomático de la infección. Tal situación difiere con la primera época de la epidemia en que el mayor porcentaje de diagnósticos era simultáneo con la etapa sida, por lo que se puede inferir una mayor percepción del riesgo y mayor acceso al testeo.

Al discriminar según sexo se aprecia que es mayor el porcentaje de mujeres diagnosticadas en el período asintomático (64,2%) que el de hombres (50,8%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Esta variación está muy influenciada por el diagnóstico durante el embarazo: de los 240 diagnósticos en período asintomático en mujeres, 90 (37,5%) fueron realizados en mujeres embarazadas. Hay que tomar en cuenta el sesgo dado por el incremento en el número de mujeres que acceden al diagnóstico por el ofrecimiento en el control del embarazo en relación con el número de diagnósticos en período asintomático en los hombres. Si se excluyen las mujeres con diagnósticos durante el embarazo, el porcentaje de diagnóstico en el período asintomático es similar en hombres y mujeres (Tabla 2.9).

El 22,5% de los nuevos diagnósticos de infección fueron simultáneos con el diagnóstico de sida (26,6% en hombres y 14,2% en mujeres).

Cuando se entrecruzan las variables “estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH” y “nivel de estudios alcanzados”, se observa que esta última varía en forma inversamente proporcional a la primera: a menor nivel de estudios hay un mayor porcentaje de personas diagnosticadas en un período sintomático de la enfermedad (Gráfico 2.4).

Cuando se discrimina estadio de diagnóstico según vía de transmisión, se observa que no existe una diferencia significativa entre heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres. En cambio las personas con antecedentes de uso de drogas por vía inyectable tienen una mayor tasa de diagnóstico en estadio avanzado de la enfermedad: 43% de estos tuvieron diagnóstico simultáneo de sida e infección, versus el 22 / 24% en personas infectadas por transmisión sexual (Gráfico 2.5). Esta vulnerabilidad diferente de las personas en relación con la vía de transmisión está influenciada por su acceso al sistema de salud y al diagnóstico temprano de la infección, así como también por su nivel educativo y socioeconómico.

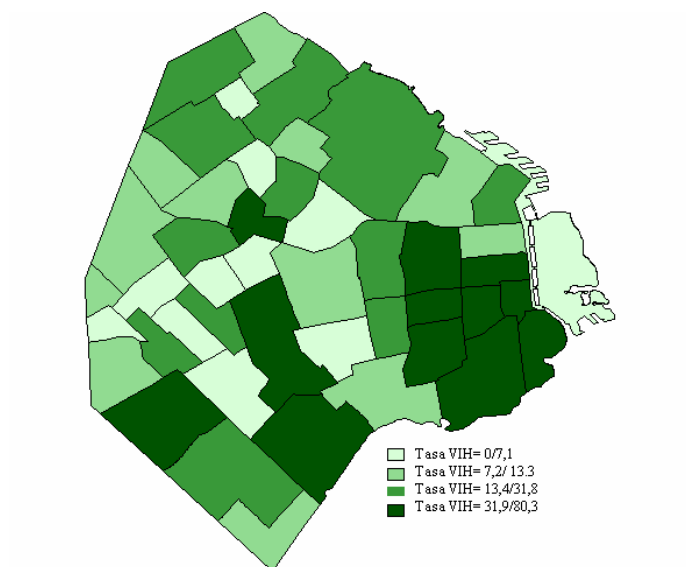
Tabla 2.3. Diagnósticos de VIH según barrios de residencia, período 2003/2005. CBA.

Nombre	Nº	Tasa x 100.000 hab.
San Telmo	19	80,3
Paternal	9	49,8
Mataderos	29	47,4
Montserrat	17	45,7
Constitución	18	44,8
Balvanera	59	43,9
Villa Soldati	16	41,1
La Boca	17	40,0
Flores	50	36,1
San Cristóbal	15	33,9
Barracas	22	32,3
Parque Patricios	11	31,8
Floresta	11	30,1
Chacarita	5	23,3
Villa Lugano	24	22,7
Palermo	48	21,7
Almagro	26	21,1
Villa Urquiza	18	20,9
Saavedra	10	20,6
Retiro	7	19,2

Villa del Parque	10	18,3
Belgrano	21	16,9
Villa Luro	5	15,4
Boedo	6	13,3
Caballito	22	13,2
Agronomía	4	12,3
San Nicolás	3	11,8
Nueva Pompeya	8	11,6
Villa Devoto	7	10,8
Villa Pueyrredón	4	10,6
Recoleta	17	10,5
Núñez	5	10,2
Colegiales	5	9,8
Liniers	4	9,8
Villa Riachuelo	1	8,4
Villa Real	1	7,1
Parque Chacabuco	3	5,6
Villa Crespo	4	4,6
Monte Castro	1	3,0

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 2.1. Tasa de VIH x 100.000 hab. en cuartiles según barrios de residencia, 2003/2005. CBA.



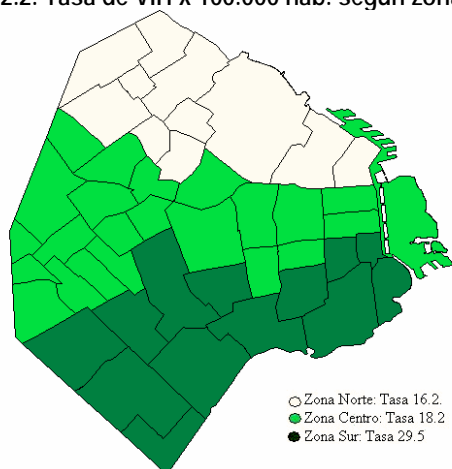
Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.4. Diagnósticos de VIH según zona de residencia, 2003/2005. CBA.

Zona	N°	Tasa x 100,000 hab.
Sur	218	29,5
Centro	208	18,2
Norte	136	16,2

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 2.2. Tasa de VIH x 100.000 hab. según zona de residencia, 2003/2005. CBA.



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.5. Diagnósticos de VIH en residentes según sexo, 2003/2005. CBA.

Año	Total	Hombres	Mujeres	R. h-m
2003	536	352	184	1,9
2004	428	288	140	2,1
2005	162	112	50	2,2
	1.126	752	374	2,0

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.6. Diagnósticos de VIH en residentes según grupos de edad y sexo, 2003/2005. CBA.

Edades	Hombres		Mujeres		Total
	N°	%	N°	%	
0-4	6	0,8	9	2,6	15
5-9	3	0,4	1	0,3	4
10-14	2	0,3	4	1,1	6
15-19	12	1,6	16	4,6	28
20-24	76	10,1	47	13,5	123
25-29	157	21,0	66	19,0	223
30-34	152	20,3	73	21,0	225
35-39	108	14,4	41	11,8	149
40-44	88	11,7	43	12,4	131
45-49	52	6,9	19	5,5	71
50 y mas	93	12,4	29	8,3	122
Total	749	100,0	348	100,0	1097

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.7. Nivel de estudios de los residentes diagnosticados con VIH. Años 2003/2005. CBA.

ESTUDIOS	N°	%	% Acum.
Analfabeto	8	0,8	0,8
P. Incompleta	76	7,6	8,4
P. completo	251	25,0	33,4
S. incompleto	238	23,7	57,1
S. completo	230	22,9	80,1
Terciaria	200	19,9	100,0

1.003

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

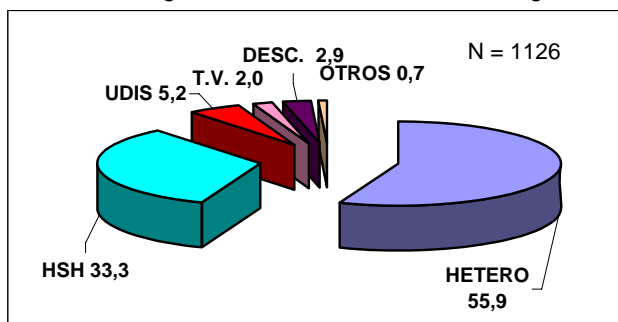
Tabla 2.8. Diagnósticos de VIH en residentes según vías de transmisión, periodo 2003/2005. CBA.

Vía		N°	%
Sexual	Hétero.	629	55,9
	HSH	375	33,3
UDI		59	5,2
TV		22	2,0
Desconocido		33	2,9
Otros		8	0,7

1.126 100,0

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 2.3. Diagnósticos de VIH en residentes según vías de transmisión, 2003/2005. CBA.



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 2.9. Estadío clínico en el momento del diagnóstico de infección por VIH, periodo 2003/2005. CBA.

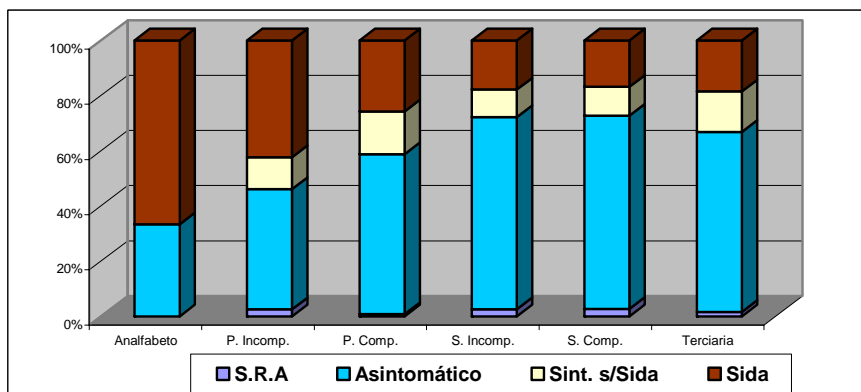
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%	N°	%
S. Retroviral	20	1,8	12	1,6	8	2,1
Asintomático	622	55,2	382	50,8	240	64,2
Sintomático sin sida	131	11,6	94	12,5	37	9,9
Sida	253	22,5	200	26,6	53	14,2
Desconocido	100	8,9	64	8,5	36	9,6

1126 752 374

p<0,005 entre hombres y mujeres

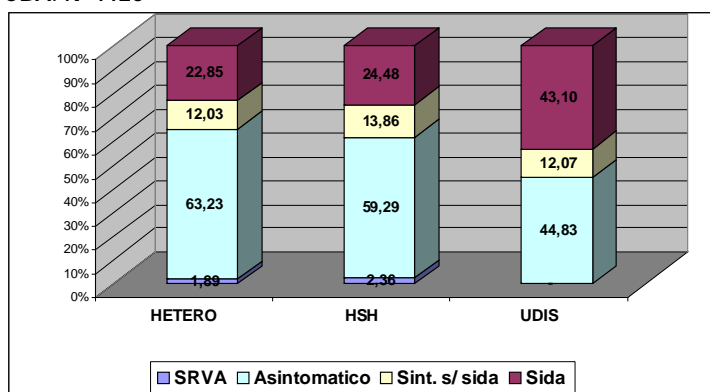
Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 2.4. Nivel de estudio y estadío clínico al momento del diagnóstico de VIH, período 2003/2005. CBA. N= 1126



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 2.5. Momento del diagnóstico de infección según vía de transmisión, periodo 2003/2005. CBA. N=1126



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH/SIDA EN LA CBA.

En 1987 se reportó en la ciudad el primer niño hijo de una mujer que vivía con VIH. A partir de la implementación del protocolo ACTG 076 se han incorporado diferentes acciones orientadas a prevenir la transmisión del virus de madre a hijo (TV). Dicha tasa ha tenido una caída sustancial a partir de diversas acciones preventivas y se continúa trabajando para que estos valores sigan con esta tendencia.

Casos de sida por transmisión vertical

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el inicio de la epidemia de VIH-sida, se han diagnosticado 289 casos de sida en residentes por la vía de transmisión vertical, estos representan el 3,8% de los casos totales acumulados en el período 1983/2005. Esta proporción ha descendido del 5,3 en el año 1991 al 0,7% en el año 2004.

Si se considera el año de nacimiento, que en este caso coincide con el de la infección, se observa un pico de niños nacidos con sida en el período 1991/1992 que luego va decreciendo, con una caída abrupta a partir del año 2001 (Gráfico 3.1).

Acciones emprendidas para disminuir la transmisión vertical

En los Hospitales y Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud de la CABA se realizan las acciones específicas para la profilaxis de la TV de VIH-sida. Estas incluyen: ofrecer a la embarazada y su pareja la realización de la serología para VIH con previo asesoramiento y consentimiento informado, ofrecer el tratamiento ARV a la embarazada infectada y al recién nacido, recomendaciones para evitar la lactancia materna y garantizar la entrega de sucedáneos de leche materna e inhibidores de la lactancia, y realizar el diagnóstico virológico del niño.

La experiencia se complementa con acciones que incluyen la coordinación de las actividades pertinentes y específicas, la articulación con los efectores del sector público de la CABA, la capacitación continua y la vigilancia epidemiológica de la prevención de la TV.

Test rápidos

El test rápido para diagnóstico de VIH se utiliza en mujeres que llegan al final de su embarazo o al trabajo de parto sin haber sido testeadas previamente. En el caso de un resultado positivo, esta acción proporciona la oportunidad de utilizar la profilaxis ARV en el parto y con el recién nacido.

Desde el año 2001 se han provisto anualmente 7.000 tests rápidos en los hospitales de la ciudad. La incorporación de este diagnóstico de emergencia es en la actualidad una práctica cotidiana reconocida por sus beneficios. Del total de mujeres embarazadas VIH + entre los años 2003 y 2005 (813), el 5,3% (43) fueron diagnosticadas utilizando este procedimiento durante el trabajo de parto. Esto permitió administrar AZT durante el parto y al recién nacido, como así también la recomendación de evitar la lactancia para disminuir la posibilidad de transmisión del VIH (Tabla 3.2.).

Sustitutos de leche materna

A partir del año 2001 se inició la compra y distribución de sustitutos de la leche materna para los hijos de madre VIH reactivas. Desde entonces se han entregado 12.000 kg. de sucedáneos de leche materna, cantidad suficiente para cubrir por un año las necesidades de los niños nacidos de madres VIH positivas durante los primeros seis meses de vida.

Vigilancia epidemiológica intensificada de partos en mujeres VIH reactivas

Para realizar un seguimiento de las estrategias implementadas y contar con indicadores de evolución, se comenzó en el año 2003 la vigilancia intensificada de partos en mujeres VIH reactivas. Se instrumentó la notificación de los partos de mujeres infectadas mediante una ficha de notificación. La misma incluye el perfil sociodemográfico de la mujer, el momento del diagnóstico del VIH, el tratamiento ARV recibido en el embarazo, parto y al recién nacido, datos del nacimiento y el diagnóstico virológico del niño.

Desde enero de 2003 se notificaron 813 partos en mujeres que viven con VIH-sida. Durante el año 2003 representaron el 1,05% de los partos y durante 2004 el 0,99%. La proporción de partos de mujeres reactivas sobre el total de partos varía en los diferentes hospitales por diversas razones: en algunos la proporción es mayor por ser centros de referencia en la materia, como son el Durand y el Ramos Mejía. En otros está dado por la zona de influencia donde existe una mayor tasa de VIH (zona Sur de la ciudad), como es el caso de los hospitales Argerich, Penna y Piñero (Tabla 3.1).

Perfil de las mujeres VIH positivas que tuvieron partos en el período 2003/2005

a) Residencia:

De las 813 mujeres notificadas en el período 2003/2005, 357 (43,9%) son residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos; las restantes residen en otros distritos.

b) Edad:

La mediana de edad de este grupo de mujeres fue de 28 años, con extremos de 15 y 46 años. La proporción de partos de adolescentes fue de 5,8%, similar al promedio de la ciudad.

c) Nivel de instrucción

El 41,5% de las mujeres posee una escolaridad que no ha superado la escuela primaria y el 35,4% posee una escolaridad secundaria o mayor.

d) Parejas

El 53,6% de las mujeres refiere que tiene una pareja VIH positiva en el momento del embarazo. Asimismo el 23,9% refiere tener o haber tenido una pareja usuaria de drogas inyectable.

e) Momento de diagnóstico

El 37,5% de las mujeres se embarazaron sin conocer su estado serológico para VIH y se les realizó el diagnóstico durante los controles prenatales, el parto o el puerperio. Es así que se observa que el 28,4% fueron diagnosticadas durante el embarazo, el 5,3% durante el trabajo de parto y el 3,8% durante el puerperio. Estos datos reafirman la importancia de ofrecer el testeo con asesoramiento a la mujer y su pareja durante el embarazo, tanto para prevenir la TV como para aprovecharlo como una oportunidad para realizar el diagnóstico precoz en la pareja (Tabla 3.2).

f) Profilaxis recibida

De las mujeres que conocían su serología previamente al embarazo, el 60,8% estaba recibiendo tratamiento antirretroviral al momento de la consulta prenatal. Recibieron profilaxis durante el embarazo el 92,9% de las mujeres que conocían su condición. La profilaxis durante el parto se realizó en el 94,4% de las mujeres que tenían diagnóstico de VIH hasta el momento del parto. La profilaxis neonatal se realizó en el 99,3% de los niños nacidos de madres VIH reactivas en la ciudad durante el período analizado.

Tasas de transmisión vertical en el período 2003/2005

Conocer la tasa de TV del VIH-sida en la ciudad permite medir el impacto de las políticas aplicadas para disminuirla. Se tomó como fuente de datos la base de partos de mujeres VIH reactivas de la Coordinación Sida. Dicha base contiene los partos realizados en los hospitales públicos de la ciudad.

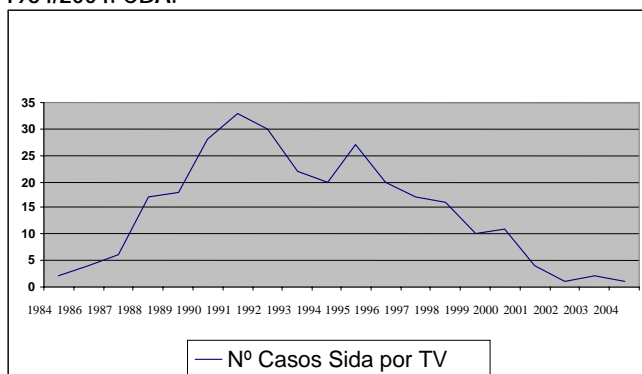
Para obtener los resultados de las PCR de los niños se contó con la información de los laboratorios de los hospitales Muñiz, Garrahan y del Centro Nacional de Referencia para el Sida de la Facultad de Medicina (UBA).

Se observa que la tasa de TV en el período 2003/2005 es de 2,6%, tasa que esta dentro de los valores esperados en los países de mayor desarrollo.

Debido a que hay un porcentaje de datos faltantes se ha efectuado una estimación de la tasa de TV tomando en cuenta un hipotético escenario pesimista: se hicieron los cálculos bajo el supuesto de que todos los datos faltantes se correspondían con una tasa de TV del 10% (tasa promedio del laboratorio de Virología del Hospital Muñiz en el período 2001/2002. Con este supuesto, la tasa de TV del período 2003/2005 podría alcanzar del 4,8% (Tabla 3.2). Estos datos implican que aun en un escenario como el planteado anteriormente (cuya probabilidad es baja) se habría alcanzado el objetivo definido en el año 2001 cuando se puso en marcha el programa de prevención de la TV: llegar a una tasa menor del 5%.

Desagregando los resultados por año se observa una caída de la tasa de TV del 3,3% en el 2003 al 2,3% en 2004, baja que no resulta estadísticamente significativa. Los resultados de 2005 son aún parciales.

Gráfico 3.1. Evolución de los casos de sida por TV según año de nacimiento (residentes), 1984/2004. CBA.



Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 3.1. Número y porcentaje de partos notificados en mujeres VIH reactivas por hospital, 2003/2005. CBA.

Hospital	Año 2003			Año 2004			Año 2005*
	Partos	Partos Mujeres VIH+	%	Partos	Partos Mujeres VIH+	%	Partos Mujeres VIH+
Álvarez	1.511	15	0,99	1.415	3	0,21	0
Argerich	2.568	31	1,21	2.668	33	1,24	18
Durand	2.007	50	2,49	2.008	50	2,49	25
Fernández	2.001	16	0,80	1.980	21	1,06	8
Penna	2.696	33	1,22	2.608	26	1,00	28
Piñero	2.018	24	1,19	2.371	18	0,76	9
Pirovano	1.442	0	0,00	1.356	7	0,52	5
Ramos Mejía	1.448	35	2,42	1.442	34	2,36	25
Rivadavia	1.683	13	0,77	1.702	6	0,35	11
Santojanni	3.874	21	0,54	4.474	23	0,51	0
Sardá	6.538	63	0,96	7.095	76	1,07	72
Vélez Sársfield	1.486	7	0,47	1.451	7	0,48	0
Total	29.272	308	1,05	30.570	304	0,99	201

* No se construyen proporciones por ser información parcial.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Coordinación Sida y de la Dirección General de Estadística y Censos – GCBA.

Tabla 3.2. Momento de diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas, período 2003/2005. CBA.

Momento de Diagnóstico	Nº	%
Antes del embarazo	446	54,9
Embarazo previo	33	4,1
Durante el embarazo	231	28,4
Trabajo de parto	43	5,3
Puerperio	31	3,8
Desconocido	29	3,6
Total	813	

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 3.3. Tasa de TV en hospitales públicos, 2003/2005. CBA.

	2003	2004	2005*	Período 2003/2005
Total de Partos en mujeres VIH +	308	304	201	813
Total de niños con resultados confirmados	245	215	112	572
Niños con PCR +	8	5	2	15
TASA DE T V	3,3	2,3	1,8	2,6
I.C. 95%	(1,5-6,6)	(0,9-5,6)	(0,3-6,9)	(1,5-4,3)
Sin datos de los niños	63	89	89	241
Positivos en un supuesto escenario pesimista (10%)	6	9	9	24
Total niños positivos estimados	14	14	11	39
TV estimada en un escenario pesimista	4,5	4,6	5,5	4,8
I.C. 95%	(2,6-7,8)	(2,6-7,8)	(2,9-9,8)	(3,5-6,5)

* Datos parciales.

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de partos de la Coordinación Sida y resultados de PCR aportados por los laboratorios de Virología de los hospitales Muñiz y Garrahan y del Centro Nacional de Referencia para el Sida (Facultad de Medicina. UBA).

4. CASOS DE SIDA

La vigilancia epidemiológica de los casos de sida ha dejado de tener la importancia que tenía para orientarse en el avance de la epidemia, como ocurría en años anteriores, a partir de la incorporación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, que han modificado sustancialmente la historia natural de la enfermedad.

Continuar con el desarrollo de esta información es útil para conocer el perfil de quienes enferman de sida y establecer escenarios comparativos con la epidemia de infección por VIH. Esto es: el grupo de personas que enferman, en su mayoría, lo hace porque llega al diagnóstico en forma tardía o por tener dificultades con el tratamiento antirretroviral. Es por ello que quienes se enferman pueden estar representando a un grupo particular de las personas que viven con VIH-sida.

Desde el inicio de la epidemia en nuestra ciudad se han notificado 14.375 casos de sida, de los cuales 7.550 (52,5%) son residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuando se analizan las instituciones que notifican, se observa que el Hospital Muñiz es la primera (con el 32,1% de los casos), seguida por el Hospital Fernández (con el 11,9%), ambas instituciones referentes en el temática sida. Por fuera del subsector público, los casos notificados por obras sociales representan el 19% del total (Tabla 4.1).

Para describir y analizar la epidemia de sida en la ciudad de Buenos Aires se ha tomado la información de los 7.550 casos de las personas que viven en la ciudad, dejando por fuera de este análisis a aquellas personas con sida que se atienden en los hospitales de la ciudad pero residen en otros distritos.

La tasa de incidencia tuvo su pico en el año 1996 con 33,9 por 100.000 habitantes, y decreció luego paulatinamente hasta el 8,9 en el año 2004 (Tabla 4.2). Esta baja es directamente proporcional a la aparición de la terapia antirretroviral de alta eficacia y es consistente con la disminución de la mortalidad en igual período. A partir del año 2001 no se observan cambios sustanciales en la tendencia en el número de nuevos casos de sida.

Sexo

Desde el inicio de la epidemia hay notificados 5.993 hombres y 1.511 mujeres residentes en la ciudad de Buenos Aires. La razón hombre-mujer en los casos de sida disminuyó de más de 10 a 1 en los años ochenta a 3/1 en el año 1997 y se mantiene en ese rango desde entonces.

Edad

La mediana de edad de los casos de sida es de 32 años para los hombres y 29 años para las mujeres. Al analizar la curva se aprecia un aumento progresivo de la mediana de edad a partir del año 1997, que en el año 2004 alcanza una mediana de 37 años. (Gráfico 4.1). Cuando se mira la distribución por grupos de edades y sexo, hay una diferencia entre hombres y mujeres: las últimas son más jóvenes, la mayor concentración se da en el grupo de 25 a 29 años; mientras que en los hombres es en el grupo de 30-34 años (Tabla 4.3).

Nivel de estudios.

El nivel de estudios de las personas con diagnóstico de sida ha ido en disminución a partir del año 1996. El porcentaje de personas que sólo alcanzó estudios primarios o menores pasó del 30% en 1996 a cifras superiores al 45% a partir del año 2000 (Gráfico 4.2).

Cuando se compara el nivel educativo de los casos de sida, los diagnósticos de VIH en período asintomático y la población general de la ciudad, se obtiene que los diagnósticos de sida ocurren en personas con menor nivel educativo que aquellas a las que se les diagnostica VIH en período asintomático. A su vez, estas últimas tienen menor nivel educativo que la población general. Tomando como indicador el número de personas que alcanzaron como máximo nivel de estudios la escuela primaria, se observa que estas representan el 24,2% de la población general, el 31% de los diagnosticados en período asintomático y el 43,5% de los diagnósticos de sida. Estos valores son estadísticamente significativos con un χ^2 de 128 y una $p < 0.001$ (Tabla 4.4 y Gráfico 4.3).

Vías de transmisión

En el total de los casos de sida la principal vía de transmisión es la sanguínea por uso de drogas inyectables (33,5%), seguida por la transmisión sexual (32,8% de HSH y 25,3% heterosexual). Cuando el perfil de la epidemia se estudia a través de los años, se evidencian una disminución del número de casos y de la proporción de usuarios de drogas inyectables, un aumento en la participación de los heterosexuales y una curva estable en los HSH de alrededor del 30%.

En el año 2004 la mayor proporción de casos de sida se dio en personas heterosexuales (53%), seguida por los HSH con el 28,4% y luego por los UDI (12,7%). La caída en los de casos de sida por transmisión vertical se ubica en el 0,7% (Tabla 4.4 y Gráfico 4.4).

Al analizar las vías de transmisión por sexo, se aprecia que la mayoría de las mujeres tienen como antecedente las relaciones heterosexuales; solamente en los primeros años de la epidemia eran mayoría las mujeres usuarias de drogas por vía inyectable. En el caso de los hombres existen tres etapas claramente diferenciadas: hasta el año 1995 el primer grupo fueron los HSH, luego pasaron a ser los usuarios de drogas por vía inyectable, y en los últimos 3 años el primer grupo ha sido el de los hombres heterosexuales, con una alta proporción de HSH y una disminución significativa de los usuarios de drogas por vía inyectable (Gráficos 4.5 y 4.6).

Tiempo entre el diagnóstico de VIH y la progresión a sida

La notificación de casos a partir del año 2003 incluye información sobre la fecha de diagnóstico de infección. Es por ello que se puede analizar el tiempo transcurrido entre

dicho diagnóstico y la progresión hacia la enfermedad. De los 647 casos diagnosticados en el período 2003/2005, 490 consignan este dato. El 57,7% de esos pacientes tiene menos de 1 año entre ambos diagnósticos, lo que se puede interpretar como un diagnóstico tardío y simultáneo entre infección y enfermedad. El 16,7% tenía de 2 a 5 años de estar infectado y el 25,5% tenía mas de 5 años de conocimiento de su condición de VIH +. Una de las conclusiones que revela el análisis de esta información es que quienes se enferman en su mayoría son aquellos que no conocían con anterioridad su condición serológica (Tabla 4.6).

Tabla 4.1. Casos de sida según institución notificante, período 1983/2005. CBA.

Institución	N°	%	Acumulado
Htal. Muñiz	4.608	32,1	32,1
O. Sociales	2.738	19,0	51,1
Htal. Fernández	1.709	11,9	63,0
Helios	798	5,6	68,5
Htal. Ramos Mejía	749	5,2	73,8
Htal. Piñero	334	2,3	76,1
Htal. Tornú	316	2,2	78,3
Htal. Garrahan	298	2,1	80,3
Htal. de Clínicas	252	1,8	82,1
Fund. Huésped	238	1,7	83,8
Htal. Gutiérrez	234	1,6	85,4
Htal. Elizalde	217	1,5	86,9
Htal. Penna	214	1,5	88,4
Unidad 21 Serv. Penitenciario Federal	199	1,4	89,8
Htal. Santojanni	180	1,3	91,0
Htal. Durand	159	1,1	92,1
Htal. Pirovano	141	1,0	93,1
Htal. Udaondo	131	0,9	94,0
Htal. Álvarez	126	0,9	94,9
Htal. Argerich	121	0,8	95,7
Sanatorio Mitre	72	0,5	96,2
Htal. Vélez Sársfield	68	0,5	96,7
Htal. Borda	63	0,4	97,1
Fund. de la Hemofilia	50	0,3	97,5
Htal. Zubizarreta	49	0,3	97,8
Policl. Bancario	47	0,3	98,2
Cons. Privados	46	0,3	98,5
Htal. Francés	40	0,3	98,8
Htal. Alemán	36	0,3	99,0
Htal. Rivadavia	34	0,2	99,2
Htal. Italiano	33	0,2	99,5
Htal. Ferrer	26	0,2	99,7
Sin datos	21	0,1	99,8
Htal. Moyano	16	0,1	99,9
Sanat. Güemes	5	0,0	100,0
Inst. Oncohematológico	3	0,0	100,0
Nexo Asociación Civil	2	0,0	100,0
Medicus	2	0,0	100,0

14.375

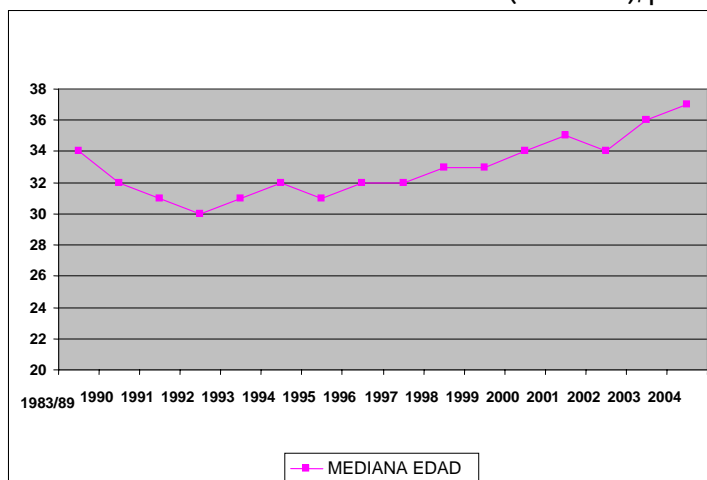
Fuente: Coordinación Sida (GCBA) y Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del Humano e ITS (M.S.y A. de la Nación).

Tabla 4.2. Casos de sida según sexo, relación H-M y tasa de incidencia (residentes), periodo 1983/2005. CBA

	Masculino	Femenino	S/d	Total	R. h-m	Tasa x 100.000 hab.
1983	2	0	0	2	N/C	0,1
1984	0	0	0	0	N/C	0,0
1985	1	0	0	1	N/C	0,0
1986	11	0	0	11	N/C	0,4
1987	26	0	1	27	N/C	1,0
1988	84	4	0	88	21,0	3,3
1989	121	9	2	132	13,4	4,9
1990	172	16	3	191	10,8	7,1
1991	254	29	3	286	8,8	10,6
1992	351	76	3	430	4,6	15,9
1993	483	105	5	593	4,6	22,0
1994	639	164	1	804	3,9	29,8
1995	684	151	15	850	4,5	31,5
1996	748	162	4	914	4,6	33,9
1997	473	135	4	612	3,5	22,7
1998	350	133	1	484	2,6	17,9
1999	297	88	1	386	3,4	14,3
2000	259	105	1	365	2,5	13,5
2001	328	104	2	434	3,2	14,5
2002	214	79	0	293	2,7	9,8
2003	228	63	0	291	3,6	9,7
2004	203	65	0	268	3,1	8,9
2005*	65	23	0	88	2,8	2,9
Acumulado	5.993	1.511	46	7.550	4,0	251,7

*Datos Parciales al 30/08. Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 4.1. Mediana de edad en casos de sida (residentes), período 1983-2005. CBA.



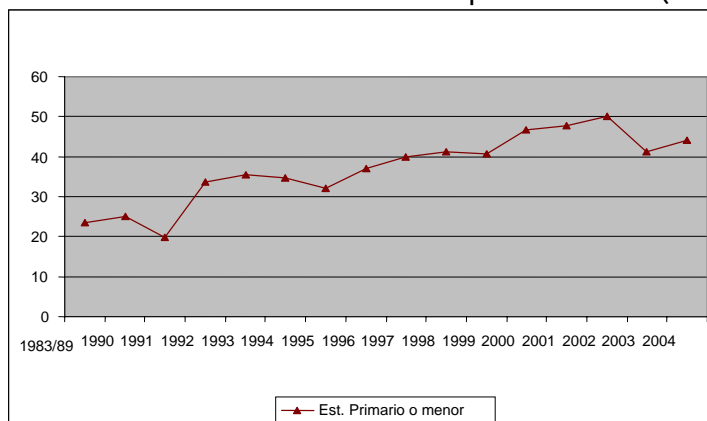
Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud, GCBA.

Tabla 4.3. Casos totales de sida según grupos de edad por sexo (residentes). CBA.

GRUPO EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%
0-4	117	1,95	111	7,35
0-9	31	0,52	24	1,59
10-14	14	0,23	8	0,53
15-19	49	0,82	25	1,65
20-24	458	7,65	189	12,51
25-29	1.264	21,11	389	25,74
30-34	1.461	24,40	323	21,38
35-39	1.014	16,93	194	12,84
40-44	704	11,76	113	7,48
45-49	385	6,43	57	3,77
50 y más	491	8,20	78	5,16

Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud, GCBA.

Gráfico 4.2. Casos de sida con escolaridad primaria o menor (residentes, en %), 1983/2004. CBA.



Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud, GCBA.

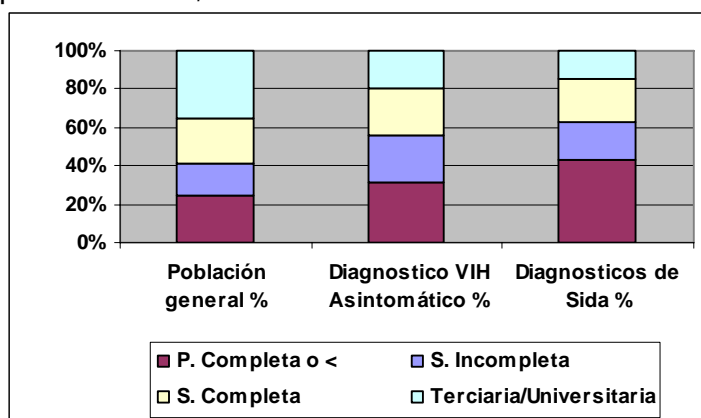
Tabla 4.4. Nivel de estudios en población general, diagnósticos de VIH asintomático y de sida, período 2003/2005, en %. CBA.

Nivel de Estudios	Población general %	Diagnósticos de VIH asintomático %	Diagnósticos de sida %
P. Completa o menor	24,2	31,0	43,5
S. Incompleta	16,9	25,2	18,9
S. Completa	24,0	23,8	22,9
Terciaria/Universitaria	35,0	20,0	14,6

p <0.001.

Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA, y Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

Gráfico 4.3. Nivel de estudios en población general, diagnósticos de VIH asintomático y de sida, período 2003/2005, en %. CBA.



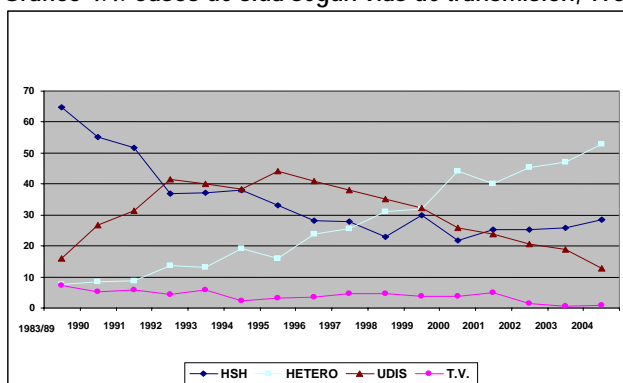
Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla 4.5. Casos de sida según vía de transmisión, acumulado y año 2004. CBA.

Vías de transmisión		1983/2005 N° 7.550 %	2004 N° 268 %
Sexual	HSH	32,8	28,4
	Hétero.	25,3	53
UDI		33,5	12,7
TV		3,8	0,7
Desconocido		3,1	4,9
Otros		1,4	0,4

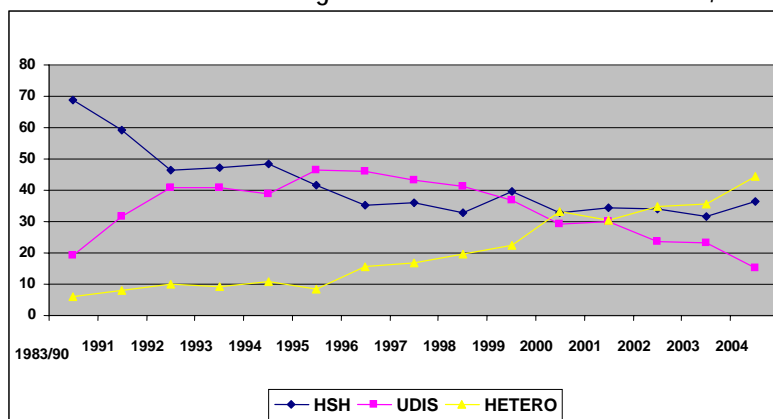
Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 4.4. Casos de sida según vías de transmisión, 1983/2005, en %. CBA.



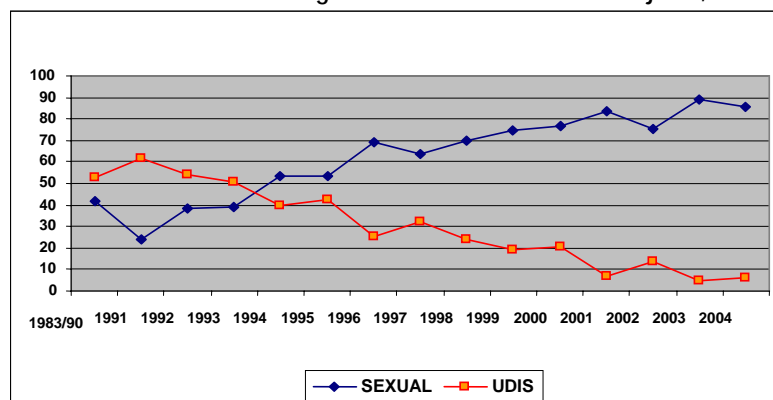
Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA.

Gráfico 4.5. Casos de sida según vías de transmisión en hombres, 1983/2005, en %. CBA



Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA

Gráfico 4.6. Casos de sida según vías de transmisión en mujeres, 1983/2005, en %. CBA.



Fuente: Coordinación Sida, Secretaría de Salud. GCBA

Tabla 4.6. Casos de sida según tiempo transcurrido desde la fecha de diagnóstico de infección (residentes), periodo 2003/2005. CBA.

Tiempo desde el diagnóstico de infección	N°	%	Acumulado
1 año o menos	276	57,7	57,7
2 a 5 años	80	16,7	74,5
6 a 10 años	75	15,7	90,2
más de 10 años	47	9,8	100,0

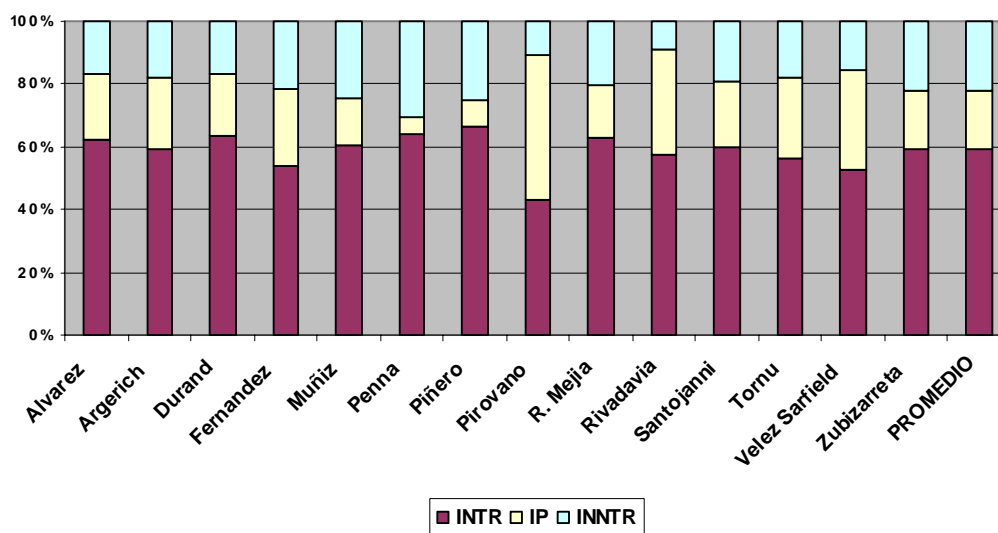
478

Fuente: Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA

5. Consumo por grupos de drogas antirretrovirales por hospital

A fin de observar cómo es utilizada la medicación antirretroviral se analizaron los pedidos de drogas de cada hospital correspondientes a los meses de junio, julio y agosto de 2005. Se efectuó el promedio mensual de dosis de medicamentos solicitados y se compararon las proporciones por tipo de antirretroviral. Estas proporciones muestran el consumo relativo de los diferentes grupos de antirretrovirales por hospital, pero no permiten analizar números absolutos de tratamientos solicitados. Se observa que, a pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales sobre tratamientos, continúa registrándose una importante dispersión en algunas instituciones en el grupo de drogas utilizadas. Será necesario, en próximas investigaciones, incorporar al análisis el perfil de los pacientes atendidos para comprender las causas de estas diferencias.

Gráfico 5.1 Proporción de grupos de antirretrovirales solicitados por hospital. Promedio periodo junio/agosto de 2005.



La epidemia hoy

- La epidemia de VIH/sida tiene un mayor impacto en los barrios de la zona sur de la ciudad.
- Mayor proporción de mujeres en los nuevos diagnósticos de infección: relación hombre mujer 2 a 1 versus 3 a 1 en los casos de sida.
- Mayor proporción de diagnósticos en personas jóvenes (25 a 34 años).
- La principal vía de transmisión es la sexual.
- Aumentan los diagnósticos en personas heterosexuales.
- Se mantiene alta (alrededor del 30%) la proporción de hombres que tienen sexo con hombres tanto en los diagnósticos de infección como en los casos de sida.
- El nivel educativo de las personas con sida es menor al de aquellas notificadas con VIH y estas, a su vez, alcanzaron menor escolaridad que la población general de la ciudad.
- Un alto porcentaje de diagnósticos de VIH se da en personas asintomáticas. Sin embargo, el 22,5% recibió diagnóstico simultáneo de infección y sida.
- Cuando se analiza el total de casos de sida 57,7% de los casos tiene diagnóstico de VIH hace 1 año o menos. Esto permite hipotetizar que la mayoría de las personas que se enferman son aquellas que desconocían su estatus serológico.
- La tasa de transmisión vertical de la ciudad de Buenos Aires –2,7% para el acumulado 2003/2005– indica un control de esta vía similar a los estándares de países desarrollados.

La mortalidad por SIDA en la ciudad de Buenos Aires en el último quinquenio.

Lic. Victoria Mazzeo*

Introducción

La epidemia de sida es uno de los mayores retos que ha afrontado la comunidad internacional. Según el informe de 2004 de ONUSIDA, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando: de 35 millones en 2001 a 38 millones en 2003, de las cuales 2 millones son niños menores de 15 años. Por su parte, las muertes llegan a los 3 millones: el 98 por ciento de las mismas proviene del mundo en vías de desarrollo.

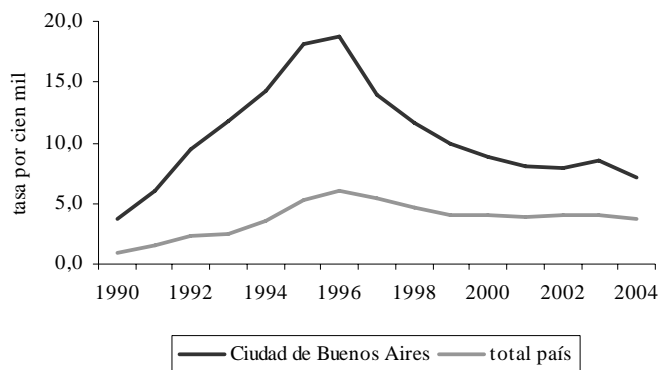
Las repercusiones de estas muertes en la sociedad pueden sintetizarse en: descenso de la esperanza de vida, aumento de la orfandad, deterioro de la supervivencia infantil y sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria. Si bien hasta el momento no se ha encontrado un remedio, sí se ha avanzado en la prevención de nuevas infecciones y en mejorar la calidad de vida y la atención de las personas que viven con el VIH.

El propósito de esta nota es describir los escenarios del último quinquenio con respecto a la mortalidad por sida de los residentes de la ciudad, reuniendo la información indispensable para conocer la magnitud del fenómeno y así detectar o prever cambios que puedan ocurrir a causa de una alteración de sus factores condicionantes.

Las diferencias entre la ciudad y el total del país

En la ciudad de Buenos Aires, la tasa promedio de mortalidad por sida durante la década pasada ha sido de 12 por 100 mil, mientras que en la década del 2000 se ha reducido al 8 por 100 mil. Su nivel es superior a la tasa promedio del total del país, que permanece en valores cercanos al 4 por 100 mil.

Gráfico 1
Tasa de mortalidad por sida (por 100 mil). Ciudad de Buenos Aires y total del país, 1990-2004.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y proyecciones de población.

* Lic. en sociología y Magíster en Demografía Social. Responsable de la Unidad Análisis Demográfico de la Dirección General de Estadística y Censos – GCBA e Investigadora del Instituto Germani - UBA

Si bien el nivel de la mortalidad por sida se incrementó durante la primera parte de la década pasada, a partir de allí comenzó a descender. Para el total del país se mantiene estable desde 1999 y para la ciudad se registró un notorio repunte en 2003.

La mortalidad en la ciudad en el último quinquenio. Sus diferenciales

La mortalidad en la ciudad se mantuvo estable en el quinquenio 2000-2004, con valores cercanos al 1.100 por 100 mil. Como se observa en la Tabla 1, cerca de la mitad de las muertes se debieron a enfermedades del corazón y a tumores malignos; las muertes por sida han representado menos del 1 por ciento del total de muertes.

Tabla 1

Mortalidad según principales causas de muerte. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.

Principales causas de muerte	2000			2001		
	Casos	Tasa (por 100 mil habitantes)	Distribución porcentual	Casos	Tasa (por 100 mil habitantes)	Distribución porcentual
Total	32.228	1.075,9	100,0	32.423	1.082,4	100,0
Enfermedades del corazón (I00 a I52)	8.928	298,1	27,7	9.805	327,3	30,2
Tumores malignos (C00 a C97)	6.604	220,5	20,5	6.305	210,5	19,4
Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)	2.402	80,2	7,5	2.206	73,6	6,8
Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)	1.925	64,3	6,0	1.767	59,0	5,4
Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)	301	10,0	0,9	238	7,9	0,7
Septicemia (A40 y A41)	994	33,2	3,1	1.216	40,6	3,8
Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)	1.408	47,0	4,4	1.261	42,1	3,9
Suicidios (X60 a X84)	259	8,6	0,8	306	10,2	0,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)	194	6,5	0,6	190	6,3	0,6
Sida (B20 a B24)	263	8,8	0,8	243	8,1	0,7
Resto de las causas	8.950	298,8	27,7	8.886	296,7	27,4

Principales causas de muerte	2002			2003		
	Casos	Tasa (por 100 mil habitantes)	Distribución porcentual	Casos	Tasa (por 100 mil habitantes)	Distribución porcentual
Total	32.631	1.087,3	100,0	33.197	1.104,3	100,0
Enfermedades del corazón (I00 a I52)	9.001	299,9	27,6	7.839	260,8	23,6
Tumores malignos (C00 a C97)	5.980	199,3	18,3	6.887	229,1	20,7
Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)	1.538	51,3	4,7	1.289	42,9	3,9
Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)	2.738	91,2	8,4	3.043	101,2	9,2
Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)	347	11,6	1,1	347	11,5	1,0
Septicemia (A40 y A41)	974	32,5	3,0	666	22,2	2,0
Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)	1.305	43,5	4,0	1.531	50,9	4,6
Suicidios (X60 a X84)	284	9,5	0,9	285	9,5	0,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)	186	6,2	0,6	203	6,8	0,6
Sida (B20 a B24)	236	7,9	0,7	260	8,6	0,8
Resto de las causas	10.042	334,6	30,8	10.847	360,8	32,7

Principales causas de muerte	2004		
	Casos	Tasa (por 100 mil habitantes)	Distribución porcentual
Total	32.613	1.082,9	100,0
Enfermedades del corazón (I00 a I52)	7.301	242,4	22,4
Tumores malignos (C00 a C97)	6.600	219,1	20,2
Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)	1.452	48,2	4,5
Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)	3.434	114,0	10,5
Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)	411	13,6	1,3
Septicemia (A40 y A41)	1.022	33,9	3,1
Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)	1.567	52,0	4,8
Suicidios (X60 a X84)	259	8,6	0,8
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)	182	6,0	0,6
Sida (B20 a B24)	213	7,1	0,7
Resto de las causas	10.172	337,8	31,2

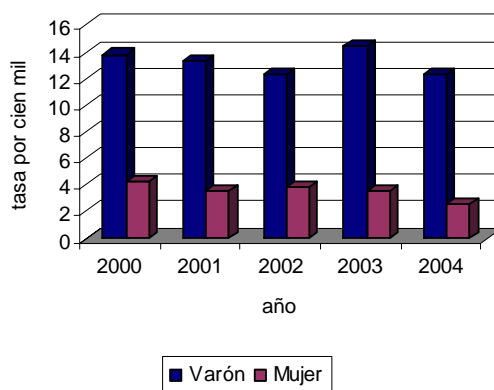
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y proyecciones de población.

La desagregación de la mortalidad por sida según sexo evidencia sobremortalidad masculina. La tasa promedio de los varones (13,2 por 100 mil) casi cuadruplica la tasa femenina (3,6 por 100 mil). Aunque el nivel de la mortalidad ha descendido para ambos sexos, entre las mujeres (-39,5 por ciento) el descenso fue más importante

(Gráfico 2) que entre los varones (-10,1 por ciento). En cuanto a la distribución de casos por sexo, se ha mantenido una relación cercana a 3 hombres por cada mujer, con una tendencia ascendente que llega a 4/1 en 2004.

Gráfico 2

Tasa de mortalidad por sida (por 100 mil) según sexo. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y proyecciones de población.

Al incorporar al análisis la variable edad, se advierte que la mortalidad afecta principalmente a la población con edades comprendidas entre los 25 y 49 años (Tabla 2). Comparando las tasas por grupo de edad y sexo para los años extremos del quinquenio se observa un comportamiento diferencial por sexo.

Tabla 2

Tasa de mortalidad por sida (por 100 mil) según grupo de edad por sexo. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.

Grupo Etario	2000			2001			2002			2003			2004		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Total	13,8	4,3	8,8	13,3	3,5	8,1	12,3	3,9	7,9	14,4	3,5	8,6	12,4	2,6	7,1
-15	1,1	0,8	0,9	-	-	-	-	0,8	0,4	0,4	0,8	0,6	1,1	0,4	0,8
15-19	-	0,9	0,5	-	0,9	0,5	-	-	-	-	1,0	0,5	-	-	-
20-24	2,4	5,5	4,0	3,2	3,2	3,2	2,4	3,2	2,8	3,3	2,4	2,9	2,5	0,8	1,7
25-29	29,2	9,8	19,3	19,4	8,1	13,6	16,6	8,8	12,6	11,4	5,5	8,4	9,6	5,5	7,5
30-34	51,8	17,1	33,9	36,9	16,8	26,6	34,6	13,1	23,5	39,7	13,8	26,3	30,1	8,6	19,0
35-39	42,0	11,5	26,2	43,8	12,3	27,5	26,4	7,5	16,6	53,5	16,9	34,5	43,2	10,3	26,1
40-44	16,3	6,7	11,2	31,4	3,8	16,8	37,7	7,7	21,9	32,1	1,9	16,3	23,5	5,8	14,2
45-49	22,3	4,8	12,7	16,3	1,0	7,9	16,1	4,8	10,0	26,2	4,8	14,6	16,9	2,9	9,3
50-54	10,0	3,0	6,1	21,2	2,0	10,4	14,9	3,9	8,8	16,0	2,0	8,2	16,0	0,0	7,1
55-59	5,6	2,1	3,6	9,7	1,0	4,8	11,0	5,2	7,7	16,4	1,0	7,6	12,2	0,0	5,2
60-64	11,4	-	4,8	3,2	2,3	2,7	14,4	-	6,0	7,9	1,1	4,0	12,5	2,2	6,5
65-69	6,9	1,2	3,5	5,3	-	2,1	8,9	-	3,6	5,4	0,0	2,2	5,5	1,2	2,9
70-74	-	-	-	3,9	-	1,5	-	-	-	2,0	0,0	0,8	12,3	0,0	4,6
75-79	-	-	-	2,6	-	0,9	7,7	-	2,6	-	-	-	-	-	-
80y+	-	-	-	3,1	1,2	1,7	-	2,3	1,6	-	-	-	-	-	-

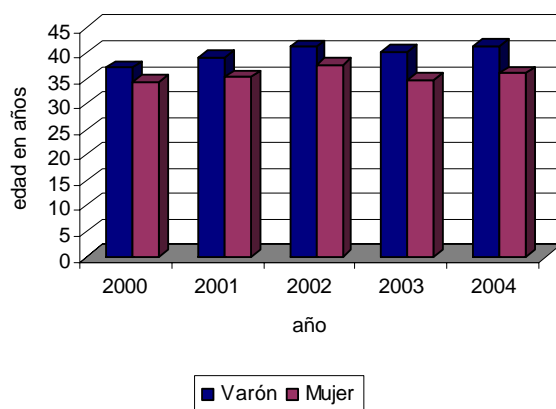
Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y proyecciones de población.

Entre las mujeres, con excepción del grupo 60-64 años, se redujeron las tasas en todos los grupos etarios. La mortalidad masculina sólo se redujo entre los 25 y 34 años, 45 a 49 años y 65 a 69 años. Por otro lado se destaca un notorio incremento en el grupo 70 a 74 años.

Este comportamiento diferencial se refleja al analizar la variable edad promedio al morir, ya que si bien durante todo el quinquenio fue superior la de los varones y se incrementó para ambos sexos (Gráfico 3), se ha ampliado la brecha entre ellos. Entre las mujeres la edad promedio al morir se acrecentó en dos años (2000 = 34 años, y 2004 = 36 años) mientras que entre los varones lo hizo en cuatro años (2000 = 37 años, y 2004 = 41 años). Por lo tanto, la brecha pasó de tres a cinco años.

Gráfico 3

Edad promedio de las muertes por sida según sexo. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

¿Qué sucedió en la población de 15 a 34 años?

Aunque las tasas de mortalidad por sida sean de nivel intermedio en estas edades, se ha seleccionado este grupo por la alta importancia relativa dentro del total de las muertes que ocurren en esas edades (Tabla 3).

La posición que ocupa la mortalidad por sida en esta franja etaria se ha modificado durante el último quinquenio. Entre los varones, en 2000 ocupaba el primer lugar; en el trienio 2001-2003, el segundo lugar detrás de los homicidios; y en 2004 se colocó tercera, detrás de los homicidios y suicidios. Para las mujeres, en el bienio 2000-2001 figuraba en primer lugar y a partir de 2002 en el segundo, detrás de los tumores malignos.

Tabla 3. Distribución porcentual de las muertes según principales causas en la población de 15 a 34 años por sexo. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.

Varones

Causas de muerte	2000	2001	2002	2003	2004	Promedio 2000-2004
Sida (B20-B24)	19,2	14,4	13,3	13,4	11,5	14,5
Tumores malignos (C00-C97)	6,3	7,4	5,8	10,4	11,0	8,1
Cardíacas (I00-I52)	4,4	4,2	5,3	4,0	3,4	4,3
Suicidios (X60-X84)	10,8	11,2	10,2	13,4	14,2	11,9
Homicidios (X85-Y09)	11,8	18,8	20,4	18,9	17,2	17,4
Accidentes de transporte (V01-V99)	9,9	8,5	6,4	5,1	2,7	6,6
Resto	37,4	35,4	38,7	34,8	40,0	37,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

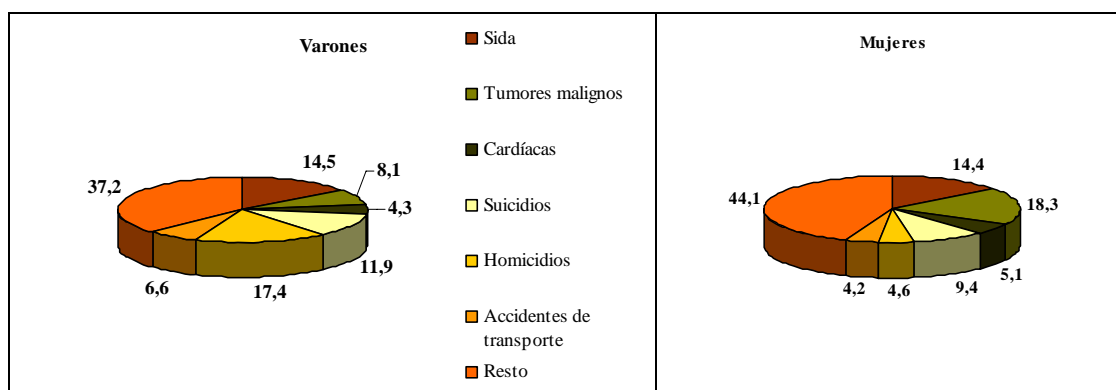
Mujeres

Causas de muerte	2000	2001	2002	2003	2004	Promedio 2000- 2004
Sida (B20-B24)	15,7	16,9	13,8	14,2	10,6	14,4
Tumores malignos (C00-C97)	15,3	14,9	20,2	20,0	22,4	18,3
Cardíacas (I00-I52)	4,0	10,9	4,6	4,2	1,2	5,1
Suicidios (X60-X84)	8,4	9,5	11,0	9,5	8,8	9,4
Homicidios (X85-Y09)	4,4	6,0	3,7	4,2	4,7	4,6
Accidentes de transporte (V01-V99)	6,8	3,0	4,6	3,2	2,4	4,2
Resto	45,4	38,8	42,2	44,7	50,0	44,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Gráfico 4

Distribución porcentual de las muertes según principales causas en la población de 15 a 34 años por sexo. Ciudad de Buenos Aires, quinquenio 2000-2004.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

Las causas asociadas a la mortalidad por sida

Aunque las estadísticas de mortalidad por causa generalmente se sustentan en la razón básica de la muerte, los informes estadísticos de defunción contienen, en la mayoría de los casos, las distintas causas que operaron como componentes en la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte.

De esta manera se han podido investigar, para el último quinquenio, cuáles fueron las causas asociadas a la mortalidad por sida. Los valores obtenidos (Tabla 4) demuestran que la mayor incidencia la registra neumonía, con un peso relativo promedio del 12,7 por ciento, seguida por tuberculosis (10,4 por ciento). Asimismo, se destaca un sostenido incremento de los tumores malignos, que en 2004 representan el 12,1 por ciento de las muertes por sida.

Tabla 4

Distribución porcentual de las principales causas asociadas a la mortalidad por sida. Ciudad de Buenos Aires, 2000-2004.

Causa	2000	2001	2002	2003	2004
Bronconeumonía	1,7	-	0,9	1,6	-
Caquexia	0,9	1,0	0,9	-	-
Criptococosis	4,7	7,8	3,3	3,6	4,7
Encefalopatía	3,0	1,0	2,8	2,0	3,3
Hemorragia digestiva	1,3	1,9	0,5	0,8	-
Hepatitis	0,9	1,9	1,4	1,2	0,9
Histoplasmosis	-	1,0	0,9	0,4	0,9
Insuficiencia respiratoria	11,1	9,7	7,1	0,8	7,9
Meningitis	1,3	0,5	1,4	2,0	1,4
Meningoencefalitis	0,9	1,9	1,9	0,8	0,9
Neumonía	12,3	10,7	14,2	13,3	13,1
Septicemia	8,5	10,2	10,8	4,4	9,8
Toxoplasmosis	6,4	8,3	8,0	8,5	5,6
Tuberculosis	9,8	9,2	14,6	9,3	8,9
Tumores benignos	0,4	1,5	1,4	0,8	1,4
Tumores malignos	3,8	3,9	6,1	10,5	12,1
Resto	33,2	29,6	23,8	40,0	29,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales.

La distribución espacial en la ciudad

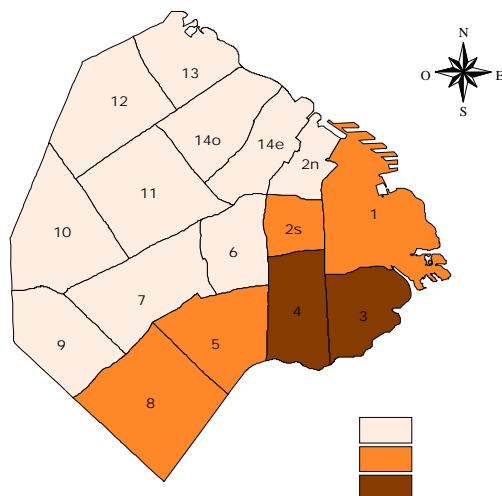
Cuando se tiene en cuenta la residencia habitual del fallecido se observa que la tasa de mortalidad por sida no se distribuye en forma homogénea dentro de la ciudad. A partir de los resultados obtenidos para el período 2001-2004 se han establecidos tres intervalos de incidencia de igual amplitud (Gráfico 4): el primero, de baja mortalidad (menos del 9,3 por 100 mil); el segundo, de mortalidad media (9,3 a 15,9 por 100 mil); y el tercero, de alta mortalidad (16 por 100 mil y más).

Los Centros de Gestión y Participación (CGP) 3 y 4 (Boca, Barracas, San Cristóbal, Parque Patricios y parte de Nueva Pompeya, Boedo, Constitución y San Telmo) son los que presentan mayor incidencia.

Por otro lado, al analizar el riesgo relativo, es decir la razón entre la tasa de valor máximo y la de menor nivel, se destaca que la mortalidad por sida en el CGP 4 (22,5 por 100 mil) registra una incidencia casi nueve veces mayor que en el CGP 13 (2,6 por 100 mil).

Gráfico 5

Tasa de mortalidad por sida (por 100 mil) según CGP. Período 2001-2004.



Fuente: elaboración sobre la base de estadísticas vitales y proyecciones de población.

Referencias bibliográficas y fuentes de datos.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Dirección General de Estadística y Censos, Bases de defunciones por SIDA de residentes, años 2000-2004.

Mazzeo, Victoria (2001), Mortalidad por sida en la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación SIDA – GCBA – Infosida – Año 1, Número 1.

Mazzeo, Victoria (2000), Mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los 90. En Domínguez Mon, Federico, Mendez Diz y Findling, (compiladoras) La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Ed. Dunken, Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2004) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 2003, Serie 5 N° 47.

Ministerio de Salud (2003) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 2002, Serie 5 N° 46.

- Ministerio de Salud (2002) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 2001, Serie 5 N° 45.
- Ministerio de Salud (2001) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 2000, Serie 5 N° 44.
- Ministerio de Salud (2000) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 1999, Serie 5 N° 43.
- Ministerio de Salud (1999) Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información básica 1998, Serie 5 N° 42.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1999), Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Datos inéditos sobre mortalidad por SIDA según sexo para total del país período 1980-1997 (mimeo).
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1995), Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Certificación médica de la causa de muerte. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional de la Certificación Médica de la Causa de Muerte. Serie 9 N° 9, Buenos Aires.
- Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Publicación Científica N°554, Washington DC, EUA, 1995.
- ONUSIDA (2004), Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Resumen analítico, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

*La evaluación, como parte del proceso de planificación estratégica, tiene por objetivo “crear repertorios de estrategias, prácticas y experiencias más eficaces para el logro de una misión” (ver **Infosida** 4). De allí la importancia de contar con resultados sistematizados sobre las acciones implementadas. Desde mediados de 2004 y durante 2005, la Coordinación Sida solicitó a consultoras externas o desarrolló internamente evaluaciones sobre distintas áreas de trabajo vinculadas con la prevención, el diagnóstico del VIH-sida y la atención de las PVVS en la ciudad.*

En las siguientes páginas se presentan las características y resultados de cuatro trabajos externos sobre la Red de Prevención del VIH-sida de la ciudad y, a continuación, una serie de evaluaciones internas sobre acciones, resultados y desafíos vinculados con la accesibilidad al preservativo, el funcionamiento de los CePAD y la realización de los estudios diagnósticos en los laboratorios hospitalarios. La sección se completa con los resultados obtenidos en una encuesta sobre la atención de las PVVS, algunas de las cuales participaron en calidad de entrevistadores.

Cuatro miradas sobre el trabajo preventivo en la ciudad

¿Cómo nos vemos, cómo nos ven?

Dra. Silvana Weller
coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

Entre junio de 2004 y junio de 2005 se realizaron cuatro estudios que permitieron evaluar desde diferentes enfoques y en distintos niveles el funcionamiento de la Red de Prevención del VIH-sida de la ciudad. Las evaluaciones fueron realizadas a pedido de la Coordinación Sida, con el objetivo de contar con resultados sistematizados sobre las acciones que se vienen realizando así como sobre la mirada que tiene la población potencialmente beneficiaria de nuestras acciones.

Datos sustanciales para orientar el trabajo en prevención surgieron de cuatro evaluaciones realizadas entre junio de 2004 y junio de 2005. El presente artículo describe brevemente las características de las investigaciones¹, los resultados salientes, los esfuerzos de corrección que se hicieron desde la gestión durante el año 2005 para modificar algunos obstáculos detectados, así como los desafíos que quedan pendientes para el año en curso.

Las investigaciones realizadas

El primer estudio, **Diagnóstico de la Red de Prevención de la Coordinación Sida**, fue realizado por Luis Buchanan, Luciana Corniglia, Jazmín Ludueza, María Florencia With y María Sofía With, bajo la dirección del licenciado Ariel Adaszko. Los autores eran estudiantes de la Carrera de Trabajo Social. El informe final fue realizado en noviembre de 2004. El estudio, que tenía como eje principal conocer la **accesibilidad** de la población al preservativo y la folletería, consistió en la visita de 75 instituciones seleccionadas entre las 230 que componían la red en ese momento. Los estudiantes contaron con una exhaustiva Guía de Observación dividida en cuatro secciones que fueron: 1. Datos de la Institución y del contexto de relevamiento; 2. Orientación y circuito institucional; 3. Acceso a preservativos y 4. Conocimiento de la existencia de la oferta.

Los otros tres estudios fueron realizados por la consultora CEOP-Opinión Pública entre diciembre de 2004 y junio de 2005. El estudio **Aspectos relacionados con la Red de Prevención de VIH-sida en el marco de un encuentro de trabajo** (diciembre de 2004) aplicó un cuestionario estructurado auto administrado a 56 proveedores de la Red con el objetivo de

¹ Los informes completos con las respectivas especificaciones técnicas en relación con muestras, tamaños, etc. se encuentran disponibles para consulta en la Coordinación Sida.

indagar diversos aspectos relativos al funcionamiento de la misma desde la mirada de los actores que en ella trabajan. También se indagó sobre el tipo de población que accede a la red y la percepción que tienen los proveedores sobre los cambios ocurridos en los últimos años con respecto al tipo de población que accede así como la actitud de la misma ante la oferta.

El estudio **Caracterización y perfil de los usuarios de preservativos de los centros de distribución** (enero 2005) consistió en el abordaje personal a 167 usuarios de la red en diferentes lugares, a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. El trabajo de campo fue hecho entre el 15 y el 21 de diciembre de 2004.

El último estudio **Recordación, percepción e impacto de las acciones y campañas de prevención de VIH-sida. Zona Sur** (julio de 2005) consistió en una encuesta por muestreo realizado a través de entrevistas telefónicas a habitantes de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires (barrios de Barracas, La Boca, Constitución, Mataderos, Pompeya, San Telmo, Villa Lugano y Villa Soldati), mayores de 18 años.

Resultados salientes

1. Conocimiento y valoración de la política

Cuando se le preguntó a la población de la zona Sur de la ciudad que acciones recuerdan de **modo espontáneo** con respecto al VIH-sida, las acciones más recordadas son “Distribución gratuita de preservativos” (22%) y “Distribución de folletos informativos” (13,3%). Estos porcentajes crecen de modo considerable al trabajar las iniciativas de **manera guiada**, así un 82% pudo recordar que se repartían preservativos de modo gratuito y un 66% pudo recordar que se distribuían folletos. Quienes más recuerdan las acciones de la Red son las personas mayores de 50 años.

También se le preguntó a la población su valoración sobre estas acciones. ¿Qué puntaje de 1 a 10 le asignan a las políticas que se vienen llevando adelante? Es aquí donde los jóvenes son los que “les ponen casi un 10” a estas acciones. Pero son ellos los que menos conocen que esto está sucediendo. Desde el punto de vista del perfil socioeconómico, son los sectores bajos y medios de esta zona de la ciudad quienes le otorgan suma importancia a estas iniciativas del gobierno porteño.

Desafío 2006: Modificar nuestras estrategias de trabajo (canales, lugares donde difundimos el trabajo, etc.) de modo que los jóvenes —que están valorando positivamente nuestras políticas— puedan conocerlas mejor y aprovecharlas.

2. ¿Quiénes llegan a buscar preservativos y folletos? ¿Quiénes son usuarios de la Red?

El 80% de las personas que retiran preservativos de la Red tienen nivel socioeconómico bajo. ¿Cómo se enteraron las personas que podían retirar material? Por amigos y conocidos, por folletos y por carteles orientativos dentro de la institución.

El estudio mostró que retiran preservativos varones, adolescentes menores de 18 años, trabajadoras sexuales, travestis, usuarios de drogas y mujeres. También es preciso considerar que las características del público usuario **son muy diferentes según la boca de distribución**. Este es un elemento que debe tenerse muy presente a la hora de definir estrategias, ya que las propuestas únicas, de nivel central, serían insuficientes. Es preciso, como venimos haciendo, fomentar el desarrollo de los equipos locales para que estos puedan **inventar con libertad y creatividad** los mejores modos de trabajar con su población.

Son alentadores también los cambios que los equipos observan con respecto al tipo de población que accede, así como la actitud con respecto al pedido de preservativos y folletos. La mitad de los entrevistados notó cambios en la población que demanda, y los más notorios fueron un aumento en el acceso de adolescentes y jóvenes, una presencia más fluida de público en general y un aumento de varones pidiendo preservativos e información.

Del mismo modo, un 70% detectó cambios **en la actitud de las personas** que se acercan a la institución en el último año: un 39% menciona una mayor naturalización del libre acceso al

recurso, un 36% identifica menores inhibiciones, un 23% visualiza que la población solicita el preservativo cuando éste no está visible, y un 18% detectó que la población ha comenzado a solicitar información adicional.

Desafío 2006: Sostener la mirada curiosa sobre la población con la que trabajamos, como modo de ir generando nuevas propuestas que respondan a las nuevas realidades. La presencia de preservativos en los lugares cotidianos es un **cambio cultural que estamos logrando** y aquí vemos ya algunos resultados.

3. ¿Qué servicios estamos ofreciendo al usuario que llegó a buscar material?

La **accesibilidad** es una categoría muy importante en salud (lograr que la población acceda a los efectores de salud) y un aspecto poco atendido es la accesibilidad al servicio una vez que la persona llega a la institución.

En la casi totalidad de los lugares que fueron visitados, no había carteles que anunciaran **en qué lugar** de la institución podía obtenerse información y material sobre VIH-sida. La forma para llegar al servicio se da a través de consultas a personas que trabajan o circulan por el lugar. Eso permitió ver que hay lugares adonde es fácil llegar, y otros donde la búsqueda es bastante dificultosa. Una vez encontrado el referente, la entrega puede ser inmediata aunque en algunos casos se demora. Conviene destacar que en el 65% de los lugares donde se asesoraba sobre VIH había pegado alguna clase de cartel preventivo o informativo.

La mayoría de las instituciones visitadas entregaban el material en mano, en algunas pocas era a través de dispensers. Ambas modalidades tienen ventajas y desventajas, cada equipo irá encontrando el mejor modo... Así, un dispenser ubicado a la vista de todos es accesible, pero el usuario puede sentir vergüenza. La entrega en mano puede generar más demora pero puede ser más privada, además de darle al proveedor la oportunidad de brindar alguna información extra (existencia de folletos, talleres, charlas, asesoramiento, etc.).

Menos del 10% de los lugares pide alguna clase de información antes de entregar preservativos o material (este dato es consistente pues es reportado por los propios proveedores así como por los beneficiarios). El 90% entrega preservativos a "cualquier persona que los pida" mientras un 10% lo hace solo a su "población cautiva". La gran mayoría de los lugares ofrece propuestas extras a la entrega de preservativos (talleres, charlas, material informativo, asesoramiento pre y post test), y un 20% sólo entrega preservativos. Un 70% refiere realizar actividades extra murales en diferentes ámbitos.

En cuanto al **número de preservativos** entregados por vez y por persona, dos estudios mostraron de modo consistente la existencia de lógicas diversas. Así, el **rango** de preservativos entregados fue de 1 a 33. El **promedio** de preservativos recibidos en mano fue de 11 preservativos por vez, por persona. La cantidad de preservativos se concentra en dos valores: en la mitad de los lugares se entregan entre 1 y 9 preservativos, en la otra mitad se da entre 10 y 15.

Cuando se preguntó a las personas se encontró que las mismas necesitarían entre 5 y 30. Además, hay personas que van "de vez en cuando", otras van una vez por mes y otras cada 15 días. Este último grupo está conformado en su mayoría por travestis y trabajadoras sexuales.

Desafío 2006: A la luz de estos datos, el equipo de prevención de la Coordinación Sida tomó dos iniciativas que habrá que seguir trabajando. Con respecto a las dificultades de orientación dentro de las instituciones, se imprimió un afiche llamado "Acercate" que permite completar con datos locales los lugares de la institución (o del barrio) donde se dan preservativos, folletos, asesoramiento, etc. Con respecto a las diferentes lógicas en la entrega de preservativos, se viene trabajando en los encuentros con los equipos la necesidad de preguntar al usuario qué número precisa, y en caso de no tener respuesta, ofertar 12 preservativos por vez, que parece ser el promedio pedido.

Red de prevención y monitoreo de proceso

Hacia el fortalecimiento de las redes locales

Lic. Ariel Adaszko

Coordinación Sida – GCBA / coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

La Red de prevención fue pensada originalmente como una estrategia para facilitar el acceso a preservativos a los grupos con mayor vulnerabilidad social. Particularmente nos interesaba llegar a aquellas personas que, queriendo cuidarse en sus prácticas sexuales, se veían impedidas de hacerlo por carecer de los medios económicos para adquirir preservativos. Recordemos que en el momento en que se creó la Coordinación Sida y se implementó este proyecto, el país atravesaba una crisis sin precedentes que dejaba a más de la mitad de la población sumergida en la pobreza y, precisamente, los grupos más afectados por la epidemia eran aquellos que por su condición social tenían menos acceso a los recursos necesarios para el ejercicio de sus derechos, entre ellos el de la salud.

La estrategia para facilitar el acceso a preservativos consistió en organizar un sistema de centros de entrega gratuita próximos a los lugares donde transcurre la vida cotidiana de los vecinos de la ciudad. Los nodos, a los que llamamos “bocas de distribución”, formarían una Red interinstitucional e intersectorial de organizaciones que trabajan cotidianamente con distintas poblaciones vulnerables.

De este modo, a los equipos del sistema de salud que se habían ocupado hasta entonces del tema (en general de manera aislada y sin apoyo institucional) y a las ONG que venían trabajando en prevención del sida, se fue sumando una cantidad creciente de organizaciones públicas y de base comunitaria que tenían trato cotidiano con los grupos a los cuales nos interesaba llegar. Estas instituciones no se habían visto hasta ese momento como actores de los procesos de prevención/atención del VIH-sida porque se encontraban por fuera de lo que tradicionalmente se entendía como el campo de la salud.

En una primera fase se invitaba a estas organizaciones a sumar a la oferta de servicios que brindaba habitualmente –ayuda alimentaria y social, actividades culturales y recreativas, etc.– la distribución gratuita de preservativos, y se las acompañaba en un proceso de construcción de una estrategia de acceso acorde a su especificidad y a la de la población con la que trabajaban. En una segunda fase, y en la medida de lo posible, se las estimulaba a desarrollar otras actividades de prevención dirigidas a promover el uso del preservativo. Desde nuestro modelo de gestión, la articulación implica una cooperación en la cual se reconoce la trayectoria, especificidad y autonomía de cada participante, prerequisites para que cada institución pudiera pensar y construir modalidades diferenciadas y sustentables acordes a sus realidades heterogéneas.

Durante los primeros dos años no realizamos mediciones directas sobre el incremento en el acceso al preservativo. Nos concentramos en fortalecer el trabajo de las instituciones mediante reuniones de trabajo periódicas en las cuales monitoreo y acompañamiento formaban parte de un mismo dispositivo. La información sobre el desempeño de la red en general y de cada institución en particular era utilizada como insumo para pensar junto a los equipos la necesidad de profundizar o reorientar el trabajo.

En ese período, la meta era sumar a la red la mayor cantidad de actores interesados en participar y comprometidos con las poblaciones destinatarias de los recursos, acordar un mínimo de condiciones para su incorporación y, por su intermedio, saturar la ciudad de preservativos de modo tal que se instalara y se hiciera cotidiana su presencia en distintos escenarios.

En este marco, los indicadores de seguimiento eran la ubicación de las instituciones, la modalidad de trabajo, la cantidad de materiales que distribuían, la accesibilidad horaria y, fundamentalmente, que tuvieran un **buen trato con los usuarios**. Las fuentes de información eran una base de datos donde se ingresaban las solicitudes y entregas de material, los registros de las visitas, las quejas y reclamos realizados por usuarios a la Coordinación Sida o a los teléfonos gratuitos del Ministerio de Salud de la Nación y la Dirección General de Juventud, así como datos provenientes de otros proyectos de prevención.

A partir del 2004 comenzamos a desarrollar instrumentos para aproximarnos a la medición de resultados. Por un lado, con la colaboración de estudiantes de la carrera de Trabajo Social analizamos las condiciones de acceso a los centros de distribución. El diagnóstico estaba centrado en instituciones públicas y fue muy productivo pues nos permitió contar con una mirada externa, en cierta forma novel, de los obstáculos que encuentra un usuario cuando se acerca a una institución a solicitar preservativos.

En segundo lugar, con la colaboración de la consultora CEOP, estudiamos el perfil de la población que accede a los centros de distribución, las modalidades de demanda y la satisfacción con la oferta. Al poco tiempo, la misma consultora realizó una encuesta telefónica para evaluar el conocimiento que tiene la población sobre la existencia de la oferta de preservativos.

A lo largo de sus cuatro años de existencia, el proyecto tuvo la suficiente flexibilidad para ir adaptándose en función de los obstáculos que detectábamos y de la transformación de la propia realidad. Así, por un lado, de una red de distribución de recursos se fue avanzando hacia una red de organizaciones que realizan acciones de prevención, en la cual la distribución de preservativos es un componente articulado con otros. Por el otro, las acciones se fueron horizontalizando a medida que las instituciones fortalecían su capacidad de construir estrategias propias y comenzaban a articularse entre sí formando redes locales.

Estas transformaciones generaron mayor complejidad: (1) La cantidad y tipo de instituciones participantes. (2) El tipo de acompañamiento que el equipo de prevención ofrecía a dichas instituciones. (3) El sistema logístico necesario para poder garantizar el cumplimiento de los objetivos y compromisos con esas instituciones. (4) El tipo y nivel de integración de la Red con otras áreas de la Coordinación Sida.

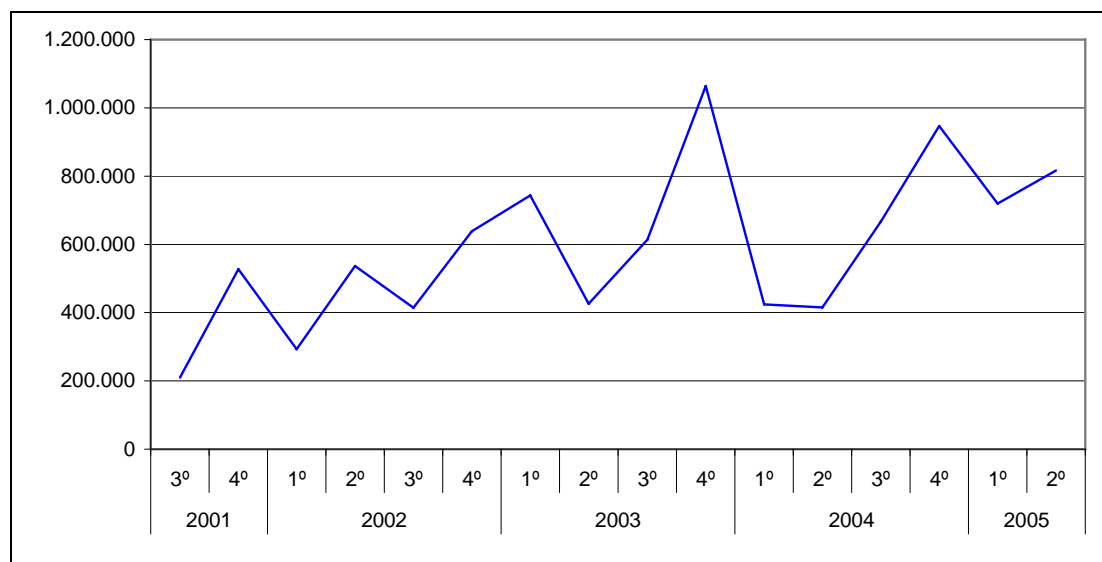
Tras evaluar la nueva realidad y las dificultades que teníamos para continuar el acompañamiento a las instituciones con una estructura pensada sólo para el objetivo de facilitar el acceso al preservativo, a finales de 2004 se reorganizó el equipo técnico de prevención de la Coordinación Sida integrando el seguimiento de la política de accesibilidad a las otras áreas de prevención.

Resultados de la distribución de preservativos

Como señalamos previamente, hasta 2004 no se realizaron mediciones de acceso al preservativo y en ese año comenzamos a evaluar de manera más sistemática si las modalidades de oferta implementadas disminuían las barreras al acceso una vez que los grupos vulnerables conocían la existencia de la oferta. Por ello, la evaluación de resultados no es sobre acceso sino sobre materiales distribuidos, lugar y forma de distribución, y población destinataria.

Entre julio de 2001 y agosto de 2005 se distribuyeron 10,3 millones de preservativos – en promedio, 215.000 mensuales– a través de 509 organizaciones. De ellas, el 53% (271) fueron o son centros de distribución regulares y otro 7% (38) distribuyeron materiales de forma regular bajo otras modalidades (por ejemplo eventos, actividades en plazas, etc.). Para realizar un análisis comparativo se toman como base 9.454.468 preservativos (92% del total) distribuidos hasta el 30 de junio del 2005 por las 309 instituciones que tuvieron una participación sistemática.

Gráfico 1: Distribución trimestral de preservativos



En términos generales, se advierte un aumento de la distribución hasta 2003, un descenso en 2004 (-14% respecto al año anterior) y una paulatina recuperación en 2005. La variabilidad de mes a mes en los primeros tres años obedece en parte a las dificultades recurrentes en la provisión de insumos y a las dificultades logísticas para la entrega en tiempo y forma. En cuanto a 2004, mientras que se superaron en parte los obstáculos citados, es posible que el incesante aumento en la cantidad de instituciones participantes y la consiguiente complejidad en el acompañamiento hayan desencadenado la caída de muchas bocas de distribución. Esta caída fue superada en 2005, hecho al que puede haber contribuido una mayor eficiencia en el área logística y la nueva organización del equipo de prevención.

Tabla 1: Indicadores sobre distribución de preservativos

	2001 ^(a)	2002	2003	2004	2005 ^(b)
Distribución anual de preservativos	737.846	1.881.726	2.846.696	2.452.160	1.536.040
Proporción de preservativos distribuidos por región de la ciudad					
Zona Sur ^(c)	39%	48%	42%	41%	52%
Zona Centro ^(d)	32%	37%	44%	46%	29%
Zona Norte ^(e)	30%	15%	14%	13%	19%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

- (a) Segundo semestre de 2001
- (b) Primer semestre de 2005
- (c) CGPs 3, 4, 5, 8 y 9
- (d) CGPs 1, 2 Sur, 6, 7 y 11
- (e) CGPs 2 Norte, 10, 12, 13, 14 Este y 14 Oeste

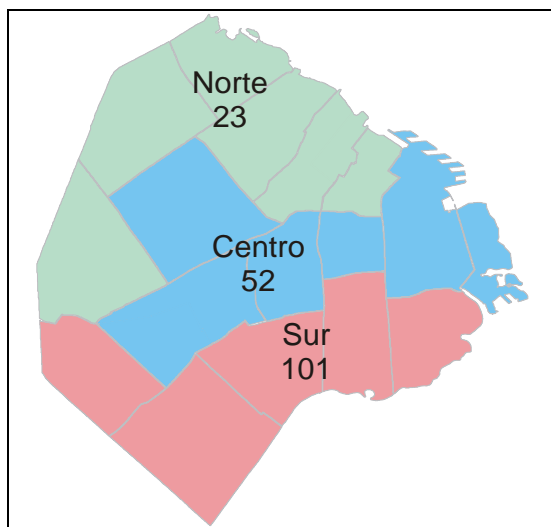
Si desagregamos la información por zona de la ciudad, tomando los Centros de Gestión y Participación (CGP) como unidad territorial, observamos que en la zona Sur –CGP 3, 4, 5, 8, 9– se distribuyó en promedio el 44% de preservativos, en la zona Centro –CGP 1, 2 Sur, 6, 7 y 11– el 40% y en la zona Norte –CGP 2 Norte, 10, 12, 13, 14 Este y 14 Oeste– el 16%. Estas proporciones fueron variando a lo largo del tiempo: la distribución se fue incrementando en las zonas sur y centro en detrimento de la zona norte. Durante los dos primeros años se puso énfasis en el desarrollo de la Red en la zona sur y en los dos años siguientes, en la zona centro. Esto quedó reflejado en que durante 2003 se duplicó el material distribuido en la zona centro e incluso llegó a superar a la zona sur.

En números absolutos, la comparación entre los primeros semestres de 2002 y 2005 arroja que en la zona sur se incrementó la entrega en un 95%, en la zona centro un 48% y en la zona norte un 130%. En el año 2005 el 52% del material se distribuyó en la zona sur, el 29% en la zona centro y el 19% en la zona norte.

Si se consideran sólo las **instituciones con participación regular**, se registra un aumento a lo largo del tiempo con una leve caída en 2003. Mientras que en 2001 el 62% (93) de las instituciones que solicitaron preservativos tenía una participación regular, en 2005 este porcentaje ascendió al 93% (236). Esto indica un importante nivel de continuidad, que es una de las condiciones solicitadas a las instituciones cuando solicitan participar de la Red.

Si del conjunto de instituciones se toman aquellas que son **puntos fijos** a los cuales pueden acceder los vecinos para aprovisionarse de preservativos, se observa un incremento: de 81 en 2001 a 176 en 2005. Este último año el 57% se localizaba en la zona sur, el 30% en la zona centro y el 13% restante en la zona norte (si bien es más extensa tiene menor cantidad de población NBI). Esta distribución se mantuvo con pocos cambios a lo largo del tiempo.

Ilustración 1: Cantidad de bocas de distribución por región de la ciudad



Las instituciones pertenecen a distintos sectores y esto también varió a lo largo del tiempo. Como tendencia general podemos señalar que mientras las instituciones

públicas del área salud siempre fueron entre 60 y 74, las pertenecientes a la sociedad civil pasaron de 16 en 2001 a 104 en 2005, y las de otras áreas públicas pasaron de 17 a 36 en el mismo lapso. Esto dio como resultado que en la actualidad el 48% de las organizaciones que integran la Red son de base comunitaria.

La proporción de material distribuido por cada tipo de institución se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo con un leve retroceso del sector público de salud a favor del resto de las categorías. En el primer semestre de 2005, el 55% de los preservativos fue distribuido por el sector público de salud, el 12% por otras organizaciones públicas y el 35% por organizaciones de la sociedad civil.

Tabla 2: Ubicación y tipo de instituciones participantes

	2001	2002	2003	2004	2005
Instituciones que participaron regularmente de la distribución					
Ocasionalmente	56 (38%)	74 (29%)	46 (21%)	27 (13%)	18 (7%)
Regularmente	93 (62%)	184 (71%)	168 (79%)	184 (87%)	236 (93%)
Total	149 (100%)	258 (100%)	214 (100%)	211 (100%)	254 (100%)
Bocas de distribución por región de la ciudad					
Zona Sur	41 (51%)	104 (65%)	87 (60%)	90 (58%)	101 (57%)
Zona Centro	23 (28%)	36 (23%)	36 (25%)	42 (27%)	52 (30%)
Zona Norte	17 (21%)	20 (13%)	22 (15%)	22 (14%)	23 (13%)
Total	81 (100%)	160 (100%)	145 (100%)	154 (100%)	176 (100%)
Proporción de instituciones participantes por sector					
Sector salud público	63%		44%		29%
Otro sector público	18%		15%		17%
Sociedad civil	17%		39%		48%
Otros	3%		2%		6%
Total	100%		100%		100%

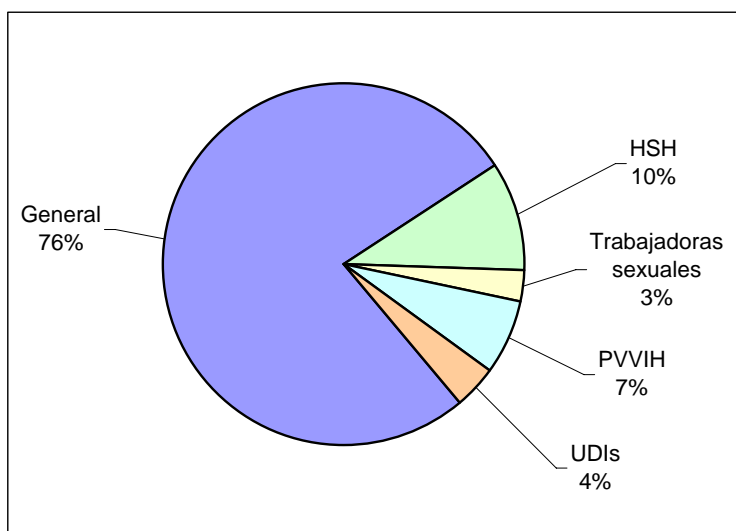
A cada institución suelen tener mejor acceso determinados grupos, lo que nos permite aproximarnos al conocimiento de la cantidad de materiales recibidos por cada grupo. La población cuya vulnerabilidad está originada en la situación de pobreza recibió el 62% de los preservativos distribuidos en 2001, proporción que ascendió el año siguiente al 80%, y se mantuvo con pocas variaciones a partir de entonces.

Tabla 3: Preservativos distribuidos por tipo de población receptora

	2001	2002	2003	2004	2005
General ^(f)	62%	80%	79%	78%	77%
HSH	7%	7%	13%	10%	8%
Trabajadoras sexuales	3%	2%	2%	3%	4%
PVVS	11%	6%	6%	7%	7%
UDIs	17%	5%	1%	3%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

(f) En mayor porcentaje población NBI

Gráfico 2: Porcentaje de preservativos distribuidos entre el 2001 y el 2005 según tipo de población beneficiaria.



Como se ha dicho, si bien no estamos midiendo la accesibilidad al preservativo ni su impacto en la disminución de las nuevas infecciones, la localización de las bocas de distribución, el tipo de población con la que trabajan y su heterogeneidad, nos dan una pauta de estar llegando a las poblaciones a las que se dirige el proyecto.

Indicadores sobre el funcionamiento de las instituciones

Más allá de la información cuantitativa sobre el material distribuido, el acompañamiento nos permitió relevar indicadores tales como el nivel de articulación de la estrategia de accesibilidad con otras acciones de prevención, el nivel de compromiso institucional –más allá de equipo que la desarrollaba–, el grado de aceptación y resistencia de distintos actores institucionales, entre otros.

A partir de estos indicadores podemos advertir un grado creciente de institucionalización de la política de accesibilidad en cada institución, así como la puesta en práctica en muchas de ellas de una estrategia propia para el desarrollo de esta política. Por otro lado, muchas instituciones han comenzado a tener iniciativa y dinámica propia tanto en la definición de otras acciones de prevención como en el establecimiento de lazos horizontales con otras organizaciones.

En términos generales, hemos incorporado en la vida cotidiana de las instituciones públicas la presencia del preservativo y, junto al fortalecimiento de los equipos que trabajan en ellas, se generó viabilidad para garantizar la continuidad a largo plazo.

Un efecto interesante de resaltar es que se ha comenzado a naturalizar entre los usuarios de los servicios públicos el derecho a acceder a estos recursos para el cuidado de su salud, y lo han comenzado a reclamar en caso de falta de aprovisionamiento.

Algunas deudas

Queda pendiente la instrumentación de alguna estrategia para medir el impacto del proyecto así como para incrementar su visibilidad. La encuesta de la consultora CEOP reveló que aún mucha gente no conoce la oferta de este recurso. Durante los cuatro años de implementado, nos concentramos en articular la oferta. Los distintos indicadores nos señalan la necesidad de trabajar más sobre la demanda.

Estrategia para aumentar la accesibilidad al test de VIH

Dra. Adriana Basombrío

Coordinación Sida – GCBA / coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

El primer Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) de la ciudad de Buenos Aires comenzó a funcionar en octubre de 2000 como una iniciativa del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2, apoyada luego desde el nivel central. Tras la conformación de la Coordinación Sida, en diciembre de ese mismo año, el acceso al test se definió como una línea estratégica y, por lo tanto, se dio un fuerte impulso al trabajo de apertura y fortalecimiento de estos nuevos espacios de escucha y prevención. En la actualidad funcionan 18 CePAD en la ciudad.

La distribución de estos centros no responde al azar: están ubicados en las zonas con mayores condiciones de vulnerabilidad social que, en general, incrementan la vulnerabilidad al VIH y a otras múltiples patologías asociadas a la pobreza (ver mapa). La intención es continuar creciendo en calidad de servicio y –siguiendo criterios de pertinencia– también en cantidad.

Cómo crecer en calidad

A lo largo de estos cinco años se han desarrollado criterios y metodologías de trabajo y se han detectado también dificultades que se reiteran durante el proceso de establecimiento y puesta en funcionamiento de los CePAD. La experiencia ha permitido definir con mayor precisión lo que serían estándares de calidad de este dispositivo tendiente a facilitar el acceso de la población al asesoramiento, los recursos de prevención y el diagnóstico de VIH. Estos estándares de calidad tienen una dimensión interna (relacionada con el propio equipo y los demás actores de la institución en la que funciona) y otra externa (vinculada con los usuarios del servicio).

En los siguientes puntos se sintetizan las principales líneas con las que se trabaja para optimizar de manera permanente el funcionamiento de los CePAD:

- Mantener la cohesión de los equipos, con propuestas sólidas para las personas que necesitan de ellos. Se trabaja con la convicción de que generar espacios de encuentro, autocrítica y reflexión permite a sus integrantes validar y cambiar estrategias para perfeccionar la práctica.
- Fortalecer las actividades concretas de referencia, contrarreferencia y de red para las extracciones, rotulaciones y envíos de las muestras de sangre, devolución de resultados y derivación en los casos en que resulte necesario. Esto implica mantener vínculos estrechos con los laboratorios y demás servicios involucrados.
- Fortalecer los CePAD ya existentes y generar nuevos espacios fuera del sector formal de Salud. La experiencia ha mostrado muy buenos resultados en cuanto a la posibilidad de captar grupos de población distintos a los que se acercan habitualmente a los centros de salud (Casa Joven, UTE, Nexó).
- Facilitar y/o mejorar los vínculos entre los equipos de los CePAD y todos los integrantes de los centros de salud y hospitales donde los CePAD funcionan. Precisar cada vez más las formas de articulación y responsabilidades de los diversos actores en el marco de las instituciones concretas (respetando sus características singulares) disminuye posibles focos de conflicto y potencia las tareas del conjunto.

- Acompañar en forma constante, y responder desde el nivel central – Coordinación Sida– a los equipos de los CePAD que se ven enfrentados a situaciones novedosas o diferentes. Esto incluye la necesidad de nuevas capacitaciones, gestiones entre equipos de Centros de Salud/CePAD y hospitales, requerimientos de insumos básicos para el funcionamiento, resolución de posibles controversias, necesidad de espacios para disfrutar conjuntamente de los logros y la creatividad de cada uno.

Por qué crecer en cantidad

Hay zonas de la ciudad donde sería necesario instalar nuevos CePAD, algunas definidas a partir de datos epidemiológicos recibidos y procesados en la Coordinación Sida y otras delimitadas por condiciones de vulnerabilidad social de la población, sobre las cuales hemos estado trabajando hasta el momento y continuaremos desarrollando. Por último, y como definición de una segunda etapa, se impone una mirada preventiva hacia zonas no abordadas específicamente en años anteriores. La población de la ciudad de Buenos Aires incluye un alto porcentaje de sectores de ingresos medios. Pensamos que estos espacios impactarán positivamente en la función preventiva para lo cual se evaluarán los criterios de pertinencia y factibilidad en cada nuevo centro.

Indicadores de evaluación

En un primer momento, se tomó como indicador privilegiado el número de análisis realizados en cada CePAD. Algunos equipos, sin embargo, comenzaron a registrar también el número total de entrevistas, que no siempre ni necesariamente debía coincidir con la efectiva realización del test. Se sumó luego el registro de los estudios retirados por los consultantes y la prevalencia obtenida a partir del número de resultados positivos.

De este modo, los indicadores básicos de evaluación llevados hoy por el conjunto de los CePAD son cuatro:

- cantidad de personas entrevistadas
- cantidad de tests realizados
- cantidad de resultados retirados
- cantidad de tests positivos

La diferente historia de los CePAD (algunos tienen cuatro años de existencia y otros unos pocos meses), su heterogéneo nivel de desarrollo y el relativamente pequeño número de prácticas en algunos, no permite un análisis particular de los datos proporcionados por cada uno de ellos. A continuación se presentan los datos globales correspondientes al período 2003/2005.

Indicadores básicos de los CePAD - Años 2003/2005

	2003	2004	2005	Total
Entrevistas	5.456	2.169	3.645	11.270
Tests	5.326	2.052	3.468	10.846
% Retirados	89	88,1	90,5	89,3
Prevalencia	3.7	3.8	4.1	3.8

Además de estos indicadores cuantitativos, desde la Coordinación Sida se promovió la incorporación de nuevas herramientas tendientes a evaluar otras dimensiones del trabajo. Por ejemplo, la promoción y difusión de la presencia del CePAD en el barrio/zona de influencia, el número y tipo de tareas de educación desarrolladas con actores comunitarios (gubernamentales o no), el desarrollo de las entrevistas de asesoramiento pre y postest en todos sus aspectos (accesibilidad y gratuidad,

voluntariedad, confidencialidad, agilidad y capacidad de resolución); la referencia y contrarreferencia con otros niveles del sistema y, dentro de la dinámica del equipo de trabajo, su organización, su momento de encuentro y de evaluación, su capacitación. Recientemente, se incorporaron indicadores que permiten evaluar la homogeneidad y calidad de las formas de registro de los datos y los procesos de acompañamiento.

La evaluación dentro de la gestión

Como un aporte al perfeccionamiento de una práctica que tiene impacto en la prevención del VIH se elaboró un documento sobre los CePAD que orienta, con minuciosidad, sobre las herramientas para su desarrollo. Fue editado en noviembre de 2005 y distribuido a todas las instituciones que participan de la red de prevención, tanto estatales como no gubernamentales (disponible en la Coordinación Sida).

El 20 de octubre de 2005 se llevó a cabo un encuentro del que participaron todos los CePAD cuyo objetivo fue, precisamente, evaluar internamente lo realizado hasta el momento. Se presentaron allí las experiencias de tres CePAD que funcionan en ámbitos distintos: un hospital, un centro de salud y una “casa joven”, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social. Las diferencias evidenciadas durante las exposiciones sirvieron para evaluar las gestiones particulares y, a la vez, delinearon el perfil de un equipo más amplio (el de los Equipos de los CePAD) y los márgenes actuales y potenciales de desarrollos específicos. El encuentro confirmó que los CePAD han crecido y se han consolidado juntos y que sus integrantes quieren seguir haciéndolo.

Desde la Coordinación Sida, el desafío es continuar fortaleciendo estos equipos con un sentido muy definido: alentándolos en su autonomía para que sean ellos mismos quienes busquen en su práctica fortalecer también la autonomía de las personas que los consultan. En este sentido, cabe señalar una vez más, que desde 2002 contamos para nuestro trabajo con la resolución N° 1060/SS/02 del Secretario de Salud, que da un marco formal a al funcionamiento de los CePAD. Además, desde el 30 de noviembre de 2003, y por un cambio en la reglamentación de la Ley Básica de Salud de la Ciudad, se disminuyeron de manera muy importante los obstáculos legales para que los menores de 18 años puedan acceder fácilmente al test de VIH.

Segunda encuesta de operatividad diagnóstica

Una aproximación al trabajo en VIH-sida de los laboratorios del GCBA.

Dra. María Belén Bouzas²

En noviembre de 2004 se llevó a cabo la Segunda Encuesta de Operatividad Diagnóstica de HIV. Los temas relevados en esta segunda encuesta fueron básicamente los mismos que en la primera –efectuado en noviembre de 2002 y comentado en Infosida N° 4–, a los que se agregó el empleo de tests rápidos. Además, los datos se reorganizaron comprendiendo las etapas preanalítica y postanalítica. (Ver recuadro)

Siguiendo con el mismo esquema utilizado para la primera encuesta, en agosto de 2005 se llevó a cabo una devolución y debate de sus resultados. A continuación se detallan los más relevantes, algunos de los cuales abren interrogantes sobre ciertas medidas vigentes.

De la presente encuesta participaron dieciséis laboratorios (tres enviaron sus respuestas con posterioridad a la devolución). Aunque el número de instituciones es el mismo que en la primera, son once los laboratorios que participaron en las dos encuestas.

Qué nos interesa de la estructura con la que se realizan los estudios de HIV

En el 54% de las instituciones, el estudio se realiza en el Laboratorio Central. Sin embargo, en un 38% de los casos, los estudios siguen a cargo de los servicios de Hemoterapia, o en forma combinada en Hemoterapia y Laboratorio Central. Esto se contradice con la reglamentación emitida desde la Secretaría de Salud referida a la desvinculación de los servicios de Hemoterapia de la función de diagnóstico.

Además, por cuestiones tecnológicas (el equipamiento utilizado es el mismo), en el 40% de los hospitales encuestados el personal dedicado al HIV también tiene a su cargo tareas no relacionadas con virología como, por ejemplo, marcadores tumorales.

Dado que en la mayoría de nuestros hospitales no hay servicios de Virología, desde la propia Red de Virología hemos trabajado en la formación de referentes en este tema. Nos interesa que todos los estudios vinculados con virología (no sólo de HIV), independientemente de la estructura en la que se encuentren, sean supervisados por estos referentes y que sean ellos los que puedan captar necesidades de su hospital en materia de prestaciones.

Acerca de las técnicas de tamizaje y Western Blot

Básicamente, en el ámbito de la ciudad todos los laboratorios utilizan ensayos de tercera generación (específicamente por tecnología MEIA/AxSYM, cuyas ventajas residen en su automatización) o ELISA en microplaca de cuarta generación; la excepción a lo antedicho son los laboratorios de Hemoterapia. Todos los laboratorios respondieron que participan del control externo del CEMIC, y el 46% respondió utilizar además un control interno.

² Unidad de Virología del Hospital de Infecciosas “Francisco J. Muñoz”.

Co-coordinadora de la Red de Virología.

Miembro de la Comisión Asesora Técnico Administrativa de la Coordinación Sida del GCBA.

El circuito de adquisición de insumos tiene aún problemas serios a resolver: si bien se avanzó con respecto a la encuesta anterior, todavía el 50% de los laboratorios sigue comprando esporádicamente reactivos de HIV en vez de adquirirlos a través de la Coordinación Sida. Esto en general responde a una comunicación dificultosa desde los hospitales (teléfonos, falta de correo electrónico) hacia la Coordinación y a un transporte deficiente desde el depósito hacia los hospitales. Así, un déficit de tipo logístico redundará en una inadecuada disponibilidad de estos insumos.

A diferencia de lo que ocurre con los ensayos de tamizaje, los tests rápidos y los Western Blot son adquiridos en su totalidad a través de la Coordinación Sida. Esto puede obedecer, quizás, a que al tratarse de un volumen mucho menor resulte más fácil organizar mejor la distribución.

El uso de los tests rápidos y los Western Blot refleja una clara uniformidad en varios aspectos; por ejemplo, el criterio de positividad seguido para este último y su reporte en el informe. Sin embargo, su frecuencia de realización es muy variada dentro del sistema y esto es un elemento clave a la hora de evaluar el tiempo de entrega de un resultado positivo.

El equipamiento para la realización de ensayos de tamizaje es aportado por las empresas de diagnóstico. En cambio, esto no ocurre con la técnica de Western Blot, por lo que en muchos casos falta equipamiento específico. Esta dificultad se repite en general con todos los bienes de capital para cuya adquisición no existe un procedimiento sencillo y rápido, aun cuando se trata de elementos imprescindibles en un laboratorio: centrífugas, freezers, heladeras y hasta sillas u otro tipo de mobiliario.

Quién es responsable del requerimiento de una segunda muestra

Aun cuando desde la primera encuesta el 100% de los laboratorios respondió que solicitaba una segunda muestra de sangre para confirmar un primer resultado positivo, cabe hacer algunos comentarios sobre este punto, ya que genera un debate que no está cerrado.

La mayoría de los laboratorios delega en el médico la responsabilidad de informar al paciente sobre la posibilidad de una segunda muestra y en algunos casos se improvisa sobre la marcha una explicación de esta solicitud al paciente. Coincidimos en que es una responsabilidad del laboratorio informar claramente sobre dicha posibilidad, ya que la decisión de extraer una segunda muestra para confirmar un positivo es una decisión del laboratorio y no del médico. Esta situación es totalmente distinta a la solicitud de una segunda muestra originada en una decisión clínica o en la necesidad de obtener un resultado concluyente, por ejemplo, ante una posible seroconversión.

En este sentido, y aun cuando se haga con el objetivo de asegurar la calidad del resultado que emite el laboratorio, la obtención de una segunda muestra conlleva una serie de dificultades que es preciso reconocer y tener en cuenta: hace más lento el proceso de diagnóstico y demora la entrega del resultado final; se pierden oportunidades de diagnóstico, ya que un número importante de personas no vuelve al laboratorio y, probablemente, tampoco al consultorio; se le generan molestias al paciente y se producen mayores costos y sobrecarga de trabajo para el laboratorio.

Sin embargo, estas dificultades tampoco son fáciles de superar, al menos en el corto plazo, por varios factores. Como puede observarse en el gráfico 1, algo menos del 40% de los laboratorios trabaja sin tubo primario, un 50% se encuentra informatizado y sólo un mínimo porcentaje de estos últimos posee código de barras. Se suma a esto el hecho de que en el 40 % de los casos no se constata la identidad del paciente al momento de la obtención de la muestra; por tanto, resulta evidente que la segunda muestra tiene como objetivo disminuir los múltiples factores de incertidumbre presentes a lo largo del proceso.

Quizás, asegurando la incorporación de los elementos mencionados en el párrafo anterior (tubo primario, informatización total, código de barras, constatación de identidad) y llevando a cabo un correcto asesoramiento pretest, podamos obviar el requerimiento de una segunda muestra.

Cabe reiterar que estas observaciones se refieren exclusivamente a la obtención de una segunda muestra para confirmar un resultado positivo.

La codificación: un tema en continuo debate

En la encuesta de 2002, un 50% de los hospitales contaba con un sistema por el cual el informe de HIV lo entregaba el servicio solicitante y, en la otra mitad, había circuitos diferentes para los pacientes con resultado positivo o negativo. En 2005, pasamos, como puede observarse en la tabla 1, a una situación homogénea en la que no hay circuitos diferenciales. Sin embargo, un tema no resuelto es la codificación de los datos del paciente.

Puede verse en la misma tabla que sólo tres de los trece hospitales informan los resultados de serología de HIV codificados. En cambio, todos los resultados de carga viral emitidos y procesados por los centros efectores del Ministerio de Salud son codificados. Esto puede relacionarse con el hecho de que mientras que estos centros son sólo dos dentro del GCBA, en el caso de los estudios serológicos son muchos los efectores y equipos involucrados, lo cual vuelve más difícil la aplicación de esta norma.

Hacia dónde vamos

Con estas dos encuestas completamos lo que sería un diagnóstico participativo. A partir de noviembre de 2005, y en forma bimestral, desde la Unidad de Virología del Hospital Muñiz se enviará a cada uno de los laboratorios que participaron de las encuestas un control de calidad para la determinación de Western Blot. La razón por la que se eligió esta determinación fue que no está considerada en los programas de control de calidad nacionales, y tiene varios puntos a monitorear. Este control de calidad tiene un fin netamente educativo.

Finalmente, pretendemos elaborar e implementar procedimientos de acuerdo con estándares de trabajo definidos y con objetivos claros que permitan optimizar la calidad de las prestaciones brindadas por los laboratorios del GCBA.

Agradecimientos: A los integrantes de la Red de Virología que han participado voluntariamente en estas encuestas y vuelcan su compromiso en la mencionada tarea. A la Lic. Inés Zapiola y a la Bioq. Luciana Tadey de la Unidad de Virología del Hospital Francisco J. Muñiz por el trabajo conjunto en las encuestas y en el control de calidad.

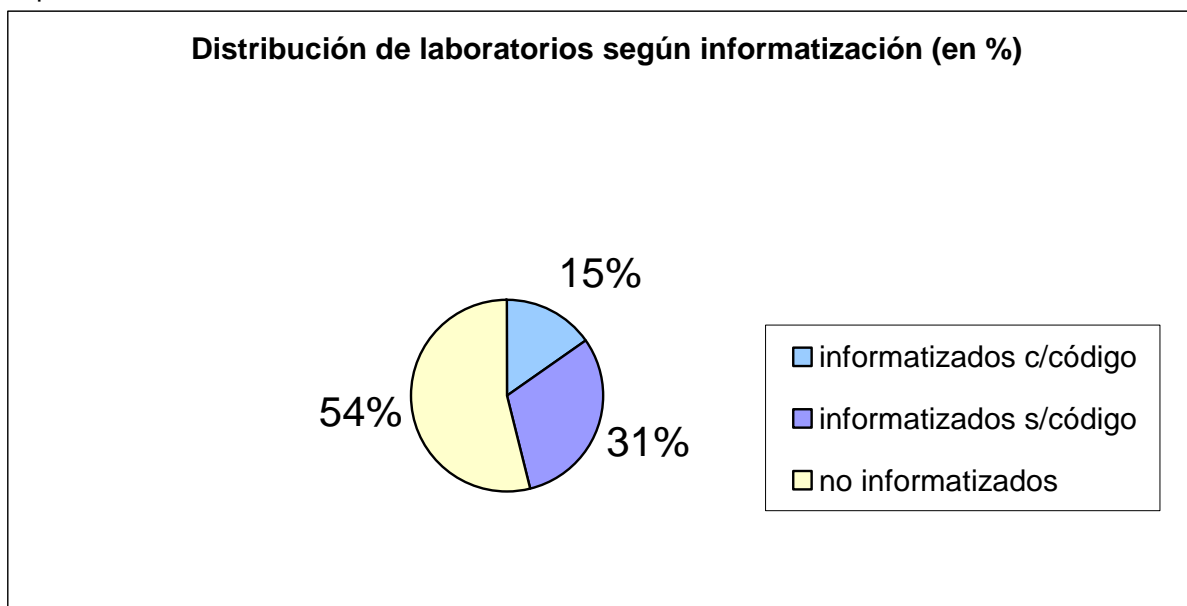
Recuadro

Los temas relevados

1. Acerca del hospital: servicio donde se realiza la serología para HIV, jefe de dicho servicio y profesionales responsables.
2. Acerca de los recursos humanos: profesionales y/o técnicos dedicados a dicha tarea (número y horas), capacitación en el área.
3. Acerca de los pacientes: número de pacientes que tienen solicitud de estudios de HIV.
4. Acerca de las técnicas de tamizaje: técnicas empleadas, circuito de adquisición de insumos, número de determinaciones mensuales, frecuencia de realización, uso de controles externos e internos, equipamiento disponible.
5. Acerca de las técnicas suplementarias: los mismos ítems que en el punto 4 aplicados al Western Blot.

6. Acerca del algoritmo diagnóstico: tipo de Elisa que emplea (tercera y cuarta generación), empleo de segunda muestra, criterio de positividad seguido por el laboratorio para Western Blot, uso de tests rápidos.
7. Acerca del área preanalítica: forma de ingreso de los pacientes, codificación o no de sus datos, uso de turnos, backup de muestras, uso de tubo primario, archivo de órdenes médicas.
8. Acerca del área postanalítica: elaboración de informe y entrega de resultados.
Hacer recuadro

Gráfico 1: Disponibilidad de sistema informático y código de barras en los laboratorios pertenecientes a Hospitales del GCBA.



Laboratorios informatizados con código de barras: 2/13

Laboratorios informatizados sin código de barras: 4/13

Laboratorios sin informatizar: 7/13

Tabla 1: Respuestas obtenidas sobre los temas seleccionados de la encuesta realizada en 13 laboratorios de Hospitales del GCBA

TAMIZAJE	
EQUIPO TAMIZAJE	EIA 4ª generación (30,8%), EIA 3ª generación AXSYM (69,2%)
CONTROL EXTERNO	Sí (100%)
CONTROL INTERNO	Sí (46,2%)
SEGUNDA MUESTRA	Sí (100%)
TEST. RÁPIDO	Sí (84,6%)
VALIDACIÓN INTERNA	Sí (61,55)
INCLUYE ALGORITMO CONVENCIONAL*	Sí (84,6%)
WB/MES	Entre 8-80 determinaciones mensuales dependiendo del centro
FRECUENCIA	Semanas - Mensual dependiendo de cada centro
ALG. WB-/IND	Frente a este tipo de resultados el 69,2% descarta una posible seroconversión
CRITERIO	CDC (100%)

INFORMACIÓN DEL CRITERIO	El criterio de positividad es informado por el 53,8 % de los laboratorios
SISTEMA INFORMÁTICO	Sí (46%)
CONSTATA IDENTIDAD	Sí (38,5 %)
TUBO PRIMARIO	Sí (53,8%)
BACKUP DE LAS MUESTRAS	Sí (61,5%)
TIEMPO DE BACKUP	Entre 1 mes y 5 años
INFORMACION 2da. MTA	Sí (61,5%). Sin embargo, en la mayoría está brindada por los médicos
CONSENTIMIENTO **	Sí (61,5 %)
INFORME CODIFICADO	Sí (30,8%)
ENTREGA INFORMES	Servicio solicitante (100%)

* Se refiere a si la realización de un test rápido incluye el posterior estudio sexológico siguiendo el algoritmo convencional.

** Se refiere a si el laboratorio recibe como solicitud de pedido una orden donde figura el consentimiento otorgado por el paciente.

Encuesta a PVVS que se atienden en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires

Vivir con VIH-Sida en Buenos Aires

Ana Bordenave, Marcelo Vila y Silvana Weller

Coordinación Sida – GCBA / coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

La Coordinación Sida realizó una encuesta a PVVS que se atienden en hospitales de la ciudad. Su objetivo fue sistematizar algunos resultados de la política implementada en los últimos años, con el fin de detectar nudos o desafíos para avanzar en la atención integral de estas personas. Se sintetizan en este informe las características del estudio –que contó con la participación de personas que viven con VIH-sida– y sus principales resultados.

Diseñada por el equipo del Área de Apoyo a las PVVS³ y sometida a revisión y corrección con un grupo de PVVS, la encuesta “Calidad de vida de personas que viven con VIH-sida” se llevó a cabo en establecimientos asistenciales de salud, grupos de PVVS, organizaciones no gubernamentales y casas particulares. El mismo grupo que supervisó el instrumento fue responsable de la toma de las encuestas,

Esta decisión metodológica posee fortalezas y debilidades: por un lado, como los entrevistadores no son profesionales de la investigación social, fue preciso aumentar los niveles de supervisión sobre la tarea, lo cual extendió los tiempos de procesamiento de la información. Por el otro lado, se pudo acceder más naturalmente a personas que no circulan por las instituciones de salud y el vínculo de empatía y confianza entre el entrevistado y el entrevistador permitió producir datos más confiables sobre los aspectos subjetivos de vivir con VIH y la calidad percibida de los servicios de salud.

La población entrevistada fue seleccionada a partir de la técnica de la “bola de nieve” por lo que los resultados del estudio pretenden detectar líneas de problemas y sentidos para la población entrevistada, y no realizar proyecciones estadísticas sobre el universo de las personas que viven con VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires y el gran Buenos Aires.

Características de la población encuestada

Número de personas: 119

Edad: entre 18 y 58 años (mediana: 35 años).

Sexo: 68 hombres (57.6%), 50 mujeres (42.4%) y en un caso no fue consignado el sexo;

Relación hombre/mujer: 1.36).

Nivel de estudios alcanzados: el 6.8% alcanzó estudios primarios incompletos; el 16.2%, primaria completa; el 31.6% estudios secundarios incompletos y un 45.3%, estudios secundarios completos o más.

³ Equipo de investigación: Darío Serantes, Isabel Tajani, María Eugenia Gilligan, Raúl Reznik, Ricardo Fernández, Lorena Ranieri, Aldana Tessone, beneficiarios/as de los Planes JJH (Área PVVS Coordinación Sida 2003/04).

Cobertura social: 17% posee obra social, 5% medicina prepaga y 77% cobertura pública.

Lugar de residencia: 65.6%, ciudad de Buenos Aires y 30.3%, Gran Buenos Aires.

Situación laboral: 32.5% beneficiarios del plan Jefes y Jefas de Hogar; 16.8% desocupado, 15.1% realiza changas y 3.4% beneficiarios de otro subsidio. El 22.7% trabaja de modo independiente, y un 15.1% trabaja en relación de dependencia.

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH: 12% conoce su diagnóstico desde hace un año o menos tiempo; (43%) lo sabe desde un período que va de los 2 a los 5 años. El 30% sabe que vive con VIH desde hace 6 a 10 años. El 16% lo sabe desde hace más de 10 años.

En síntesis, en relación al total de personas notificadas con infección por VIH en la ciudad, la población entrevistada posee un nivel de escolaridad ligeramente superior (aunque inferior al de la población general); una proporción mayor de mujeres y una edad promedio, similar. La alta presencia de personas beneficiarias del Plan Jefes y Jefas de Hogar ha sesgado la aparición de personas homosexuales y / o sin hijos en la población entrevistadora y entrevistada⁴.

Principales resultados

1. Atención Médica

El 75% de las personas entrevistadas está bajo **tratamiento antirretroviral**. El 74.4% refirió haber tenido **efectos secundarios**. A la pregunta por las causas de cambio y/o abandono del tratamiento, el 56.2% comentó haber pasado por esta situación. El 37% lo hizo tras padecer efectos secundarios y el 26% por **resistencia** a los medicamentos.

Un 23% de las personas que tomaba medicación de modo periódico refirió tener dificultades para obtenerla: el motivo señalado por la mayoría fue el costo del transporte para retirar la medicación de los hospitales.

En preguntas abiertas sobre las dificultades con los tratamientos, las principales menciones fueron: el tratamiento en sí mismo, la cantidad de drogas, los efectos de las pastillas, los dolores, la decadencia física y la relación con algunos profesionales de la salud.

En cuanto a las principales ayudas y fuentes de sostén para realizar el tratamiento, las menciones fueron para el sistema de salud (especialmente el acompañamiento de médicos, psicólogos y trabajadores sociales), la participación en protocolos (que facilitó trámites, turnos y acceso a la medicación), y la participación en grupos de pares.

Consultados por las propuestas que tenían para mejorar la calidad de la atención y facilitar los tratamientos, se mencionaron: la cercanía de lugares para atenderse, la necesidad de guardias de infectología en hospitales generales, la facilitación de los procesos de atención, entrega de turnos, medicación y trámites, el desarrollo de más investigaciones y el reclamo de que todos los servicios médicos tengan información sobre VIH y no sólo los de Infectología.

⁴ Los criterios de inclusión en el Plan Jefes y Jefas de Hogar fueron definidos a nivel nacional, y exigían que los beneficiarios tuvieran hijos menores de 18 años a su cargo.

Comprender lo que significan los exámenes de CD4 y Carga viral es fundamental para tomar la decisión de comenzar el tratamiento y para poder sostenerlo en el tiempo. El 90% de las personas entrevistadas conocía el significado de estos dos estudios. El 30% tenía dificultades para realizarlos: el principal obstáculo mencionado fue el exceso de tiempos de espera y/o trabas administrativas.

Con respecto a la participación en protocolos de investigación, al 38% de los entrevistados se le ofreció alguna vez participar de ellos. De ese grupo, 26 personas aceptaron (el 58%). Las *motivaciones para participar fueron: la facilitación del acceso a la medicación (32%), la aceptación de la sugerencia del médico (28%) y la posibilidad de probar nuevos medicamentos (25%)*.

El 69.3% afirmó haber recibido información suficiente sobre los protocolos. El 84% calificó su experiencia en el protocolo como buena o muy buena.

Los motivos para no ingresar fueron, en un 50%, el temor a los efectos desconocidos de las drogas, un 21% no cumplía con los criterios de ingreso al protocolo y un 14% refirió la falta de confianza en quienes se lo ofrecieron. No se detectaron diferencias por sexo ni cobertura social.

Con respecto a la **relación con los profesionales de la salud**, el 93% de las personas consideró la relación los **infectólogos** como buena o muy buena. Los servicios que fueron referidos como buenos en más del 75% de los casos fueron: administrativos, farmacéuticos, laboratorio, psicólogos y trabajadores sociales.

La mayor referencia negativa fue con respecto a los **servicios de guardia**: el **44% los calificó como regulares o malos**.

En cuanto a la experiencia en situaciones de **internación**, la evaluación positiva fue del 98% para los médicos, 83% para personal de maestría y 75% para personal de enfermería⁵.

En relación con la **participación en grupos de PVVS**, el 53% de los entrevistados integra algún espacio relacionado con el VIH. Se mencionaron grupos de autoayuda, redes de PVVS, ONG y otros campos.

El análisis conjunto de la variable “conocimiento” con la de “participación en espacios sobre VIH” mostró que aquellos que tenían contacto con grupos de PVVS poseían más información sobre el virus: 85% vs. 58% ($P<0,001$); que pertenecer a un grupo mejoraba el conocimiento sobre los derechos de las PVVS: 47% vs. 25% ($P<0,05$) y sobre la existencia de la Ley de Sida: 75% vs. 25% ($P<0,001$). También la pertenencia a un grupo mejoraba el conocimiento sobre la lipodistrofia 72% vs. 28% ($P<0,001$).

2. Impacto subjetivo del VIH y calidad de vida

El **diagnóstico** fue señalado como una de las situaciones más críticas en relación con el VIH y los aspectos consignados como más conflictivos, el momento de recibirlo (embarazo, enfermedad de un hijo, siendo muy jóvenes), el modo en que se lo entregaron (infundiéndoles temor, “fríamente”, como una “condena”), los sentimientos y emociones que experimentaron (miedo, engaño, soledad, depresión, bronca, resentimiento, pánico), las vivencias en relación con la situación de amenaza que implicaba el diagnóstico (“pensé que me iba a morir ahí mismo”, “pensar todos los días en enfermedades y muerte”, “no tengo futuro”).

⁵ En esta evaluación vale la pena tener presente que el personal de enfermería es quien se ocupa de un modo más directo de los cuidados de los pacientes en el momento de la internación, lo que hace que sea el grupo profesional con mayor cercanía y, a la vez, el más expuesto.

Con respecto a la **gestión del secreto**, es conocido que compartir su situación aumenta el apoyo práctico y psicológico para las personas que viven con VIH (Holt et al., 1998 citado en ONUSIDA, 2002:43). Casi la totalidad de los entrevistados lo hizo con diferentes personas: la familia, la pareja, los hijos, los grupos de PVVS, los profesionales del sistema de salud, las organizaciones comunitarias y las iglesias.

En referencia a las **condiciones sociales**, un 40% recibía algún tipo de ayuda social; la mayoría (70%) era beneficiaria del plan Jefes y Jefas de Hogar, y en menor porcentaje recibía pensiones y bolsas de alimentos. Como necesidades prioritarias, el 40% refirió la necesidad de obtener empleo, el 32% conseguir vivienda y el 28% necesidad de alimentos o facilidades para el transporte.

En cuanto a la **discriminación** las referencias fueron al **miedo a la discriminación** (fantasías y temores, percepción de prejuicios sociales generales), la **autodiscriminación** (mecanismos de aislamiento como modo de evitar situaciones de rechazo previamente vividas o simplemente temidas) y **situaciones de discriminación efectivas** (el 70% señaló que alguna vez se sintió discriminado, fundamentalmente por personal del sistema de salud, medios de comunicación, amigos, parejas sexuales y vecinos).

En relación con las **parejas y con la sexualidad**, el 75% de los entrevistados tuvo pareja luego de recibir el diagnóstico de VIH. De éstas, el 30% tenía pareja VIH positiva. El 80% señaló haber tenido cambios en su vida sexual luego de conocer su diagnóstico, sin diferencia entre varones y mujeres. Los problemas más mencionados fueron: temor a transmitir el virus, menor actividad sexual, disminución del deseo, dificultad para comunicar su situación a parejas sexuales, situaciones de rechazo y problemas para el uso del preservativo. La pareja fue mencionada: como deseo o proyecto vital; como fuente de contención emocional o haciendo referencia a sentimientos negativos como resentimiento o bronca por la transmisión del virus. También como espacio de dificultad, especialmente en parejas serodiscordantes (rechazo al uso del preservativo y/o a la realización del test de VIH por parte de la persona no infectada).

Con respecto a **los hijos**, el 55% de las personas encuestadas tenía hijos. De éstas, el 42% había hablado con ellos sobre el VIH; la mitad buscó asesoramiento para poder hacerlo; 13 tenían hijos que vivían con el virus, y la gran mayoría de estos niños desconocía su situación al momento del estudio.

La serología de los hijos es una de las principales fuentes de preocupación actual o pasada mencionada. En el caso de los hijos que viven con VIH, aparecen mencionadas las dificultades vinculadas con la **adherencia a los tratamientos** y con la **comunicación de la seropositividad**. El **temor a la discriminación** aparece incrementado en relación con los hijos.

Paralelamente, los hijos fueron mencionados también como **una de las fuentes principales de apoyo emocional y como motivación**: “ver crecer a los hijos”, “que los hijos se curen”, “vivir para verlos”, “seguir adelante por los hijos”. Los hijos son también un proyecto para muchas personas: el deseo de ser padres en un futuro y el sueño de tener hijos “sanos” es mencionado en muchas oportunidades.

Con respecto al **uso de preservativos**, el 77% refirió utilizarlos y el 24% de quienes lo usaban reconoció tener dificultades para acceder a ellos. Por su parte, el 35% aseguró usar algún **método anticonceptivo**: fundamentalmente anticonceptivos orales, el DIU y el preservativo. El 35% sabía que las PVVS pueden utilizar un método anticonceptivo además del preservativo.

Con relación al **deseo de tener hijos**, un 23.5% de las personas se manifestó en este sentido: de éstos, el 71.4% conocía la posibilidad de tratamientos para evitar la transmisión vertical y el 60% había hablado con algún profesional sobre el tema. Dos tercios de las personas que lo hicieron se sintieron acompañados o recibieron información adecuada, mientras que el tercio restante se sintió desalentado o no recibió información precisa.

Conclusiones

Analizando los resultados obtenidos, podemos destacar algunos aspectos claves: En primer lugar, las personas entrevistadas mostraron un **alto nivel de información** con respecto a la enfermedad y a su tratamiento, así como en menor medida a las leyes y derechos que los asisten. Como ya fue manifestado, el conocimiento sobre el propio proceso de atención es considerado un buen indicio para iniciar el tratamiento.

Tal como han revelado otros estudios similares (Paiva et al, 2002; Secretaría de Salud, 2004a) las personas demuestran altos **niveles de satisfacción en la relación con el profesional “de cabecera”, el infectólogo**. Esta relación es el fruto de una búsqueda activa por parte de los pacientes, favorecida por la relativa riqueza de oportunidades que tienen en la ciudad de Buenos Aires. Son también alentadoras las calificaciones que realizan los entrevistados con respecto a otros miembros del equipo de salud.

Con respecto a la respuesta que da el **sistema de salud** en su conjunto a las necesidades de las PVVS, la encuesta presenta una serie de situaciones que parecen contradictorias: el equipo de salud es señalado como “lo que más ayuda” a sobrellevar la enfermedad, pero también como fuente de discriminación y maltrato. El caso más notorio es la mala calidad de atención percibida al concurrir a las guardias de los hospitales públicos.

Para comprender esta aparente contradicción es preciso considerar que dentro del sistema de salud coexisten equipos de profesionales sensibilizados con la problemática, que fueron generando una “discriminación positiva” hacia las PVVS y lograron transformarse en soportes enriquecedores para los afectados directos y otros que manteniéndose al margen de la problemática, en muchos casos, sostienen posiciones estigmatizantes y niveles de desinformación similares a los que se observaban en los comienzos de la epidemia.

Las condiciones sociales de las PVVS entrevistadas muestran que la discriminación y pobreza ya no pueden ser pensados como “factores” que “perturban” su vida y su tratamiento, sino como condicionantes omnipresentes que obligan a generar estrategias de prevención y de atención centradas en estos puntos.

El desafío se ubica entonces en el aumento de la accesibilidad de los pacientes a la medicación, así como a los estudios complementarios; también en la creación de dispositivos de atención que aumenten la contención de los pacientes que logran acceder a los hospitales.

En cuanto a las personas con mayores recursos para acceder y continuar los tratamientos, la encuesta confirma la existencia de una agenda novedosa:

- **Adherencia** y respuesta a los problemas de **resistencia** y los **efectos secundarios** reportados por los pacientes.
- **Reproducción y anticoncepción.**
- **Contención a los temas difíciles** ligados fundamentalmente a salud mental

- Atención de la **lipodistrofia** y consideración de los aspectos estéticos (cirugía reparadora) y nutricionales; el aumento de riesgo cardiovascular y la necesidad de realizar ejercicio físico.

Bibliografía

CDC & WHO. 2001. *EPI 6.04d* Suiza

MAULEN, S. 2004. Causas actuales de la mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires. ¿De qué mueren los que mueren de sida? *Infosida 4 – Publicación de la Coordinación Sida*. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires: 68-70.

ONUSIDA. 2002. *Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una revisión global de las ventajas y dificultades*. Ginebra, ONUSIDA.

OPS. 2003. *Comprensión y respuesta al estigma y la discriminación por el VIH-sida en el sector salud*.

PAIVA, V.; LATORRE, M.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. ENHANCING CARE INITIATIVE. 2002a. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. Em: *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18(6): 1609-1620.

PAIVA, V.; LEME, B.; NIGRO, R.; CARACIOLO, J. 2000. Lidando como a adesão – A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. En: Teixeira, P., Paiva, V. e Shimma, E. (orgs.) *Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo, Nepaids.

SECRETARÍA DE SALUD. 2004a. *Éxitos médicos, desafíos humanos: reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH*. Coordinación Sida/CEDES. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2004b. Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida 4- Publicación de la Coordinación Sida*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires: 4-17.

SECRETARÍA DE SALUD. 2004c. *Vivir en positivo. Guía para personas con VIH-sida, sus familiares y amigos*. Coordinación Sida. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Cursos de actualización en VIH-sida: una herramienta de gestión

Voluntarismo vs. Voluntad

Desde los inicios de la epidemia del VIH-sida en la ciudad, hubo personas que, por motivación personal, se fueron formando y trabajando en la prevención-atención de esta epidemia. En general, tanto la decisión de tomar la tarea como la de buscar espacios de capacitación fueron individuales. Con el objetivo de avanzar en la institucionalización del trabajo, la Coordinación Sida impulsó capacitaciones que fortalecieran desde lo institucional la voluntad de algunos profesionales de actualizar sus conocimientos en el tema, y abrieran una oportunidad para que quienes hasta el momento no habían participado activamente de la respuesta al problema contaran con recursos para emprender nuevas tareas.

Fortalecer el protagonismo de todos los integrantes del equipo de salud

Las capacitaciones se realizaron en conjunto con la Sociedad Argentina de Sida (Filial Capital), y estuvieron orientadas a profesionales que conforman el equipo de salud: obstétricas, enfermeras/os, trabajadores sociales, y residentes y concurrentes de diferentes disciplinas, así como a docentes de las escuelas medias. La intención ha sido revalorizar los aportes que realizan los distintos miembros del equipo de salud, y su potencial desarrollo para afrontar los nuevos desafíos que introduce la respuesta a la epidemia.

Brindar información actualizada sobre VIH-sida, incluyendo las nuevas realidades epidemiológicas, asistenciales y preventivas que ocurren en la ciudad

Cada curso insumió entre seis y doce encuentros, donde se combinó la clase expositiva con dinámicas de discusión y trabajo en taller en pequeños grupos. Desde el punto de vista de los contenidos, se trabajaron algunos temas comunes para todas las especialidades, tales como: Actualización de aspectos biomédicos; Abordaje de temas difíciles: sexualidad, poder y adicciones; Aspectos legales y normativos; Estado actual de la epidemia y de la respuesta en la ciudad de Buenos Aires. Se prepararon, además, mesas especiales que respetaron los núcleos de trabajo de las diferentes disciplinas. En todos los cursos se distribuyó material bibliográfico.

Compartir experiencias locales producidas en los diferentes efectores de la ciudad

La decisión de trabajar con grupos pequeños como parte de la capacitación se basó, por un lado, en la necesidad de realizar actividades de taller como parte del proceso de aprendizaje. Pero además se buscó promover el intercambio entre profesionales que ejercen la misma disciplina en diferentes espacios institucionales del sistema público de salud y de educación de la ciudad de Buenos Aires. Esto permitió que todos los participantes pudieran aprovechar las experiencias mejor desarrolladas que se fueron construyendo en los hospitales, centros de salud y escuelas en los últimos años.

A continuación, se sintetiza la evaluación que hicieron los respectivos coordinadores de los cursos, en base a las siguientes preguntas:

1. **¿Cuáles fueron los aspectos novedosos del curso?**
2. **¿Resultó de utilidad para los participantes?**
3. **¿Podrán aplicar lo aprendido en sus ámbitos de trabajo?**
4. **¿Qué demandaron los participantes?**
5. **¿Qué aspectos positivos, negativos, o a mejorar señalaron?**

¿Cómo afronta la escuela las situaciones de vulnerabilidad de los adolescentes vinculadas a la salud?

Martha Weiss, Sandra Di Lorenzo

1. Un elemento novedoso fue su estructura organizativa, que articuló teoría y práctica, al incorporar aspectos vivenciales (del aquí y ahora del curso) con actividades grupales de construcción conjunta de conocimientos. Dicho proceso contó, además, con exposiciones de especialistas que en todos los casos desarrollan acciones concretas de gestión: comunicadores, psicólogos, antropólogos, educadores, infectólogos, investigadores.

2. Fue útil para los docentes –según sus propios testimonios–, en tanto generó un modo de trabajo ágil y dinámico que permitió: recuperar situaciones concretas de su práctica cotidiana, evocadas por los docentes; relevar las preocupaciones e intereses grupales en cuanto al abordaje de las temáticas de sexualidad y VIH-sida en la escuela; comprender la complejidad de los temas planteados; generar un espacio para la pregunta y el debate y presentar herramientas teóricas y metodológicas para la acción.

3. El curso incluía entre sus mecanismos de evaluación la elaboración de un “proyecto posible” a implementar en cada ámbito laboral. Este proceso de apropiación y puesta en marcha asumió, no obstante, distintas formas: hubo quienes lograron diseñar propuestas concretas de acción en sus espacios de trabajo; otros atravesaron un proceso de modificación de sus propias creencias que, aunque transformó su mirada sobre el tema, no se expresó en un proyecto realmente posible; y una minoría no alcanzó a dar el salto cualitativo que este enfoque proponía.

4. De los contenidos abordados, el tema “drogas” generó demandas de mayor profundización por parte de algunos docentes, ya que es una problemática que despierta en ellos sensaciones de preocupación, angustia e impotencia. Sin embargo, la duración del curso y la cantidad de encuentros asignados a cada tema no permitieron satisfacer todas las demandas.

5. Algunos elementos valorados positivamente por los participantes fueron: el clima de calidez generado; el nivel de los profesionales; la metodología y dinámica del curso; el buen nivel teórico; la posibilidad de implementar lo aprendido en el ámbito de trabajo; y la relación de los contenidos trabajados con su práctica laboral. Asimismo, la evaluación arrojó sugerencias para profundizar algunos temas, fundamentalmente el que se refiere al uso de drogas.

Actualización en VIH-sida para el equipo de Enfermería. Capacitando a capacitadores

Blanca Moretti, Luciana Gennari

1. El curso posibilitó el encuentro de enfermeros de distintos hospitales y, de esa manera, la oportunidad de conocer qué actividades vinculadas al tema realiza cada uno. También permitió generar un vínculo que no existía –o al menos era muy débil– entre sí y con otros organismos e instituciones como los CePAD o la Defensoría del Pueblo.

2. Las exposiciones y talleres de capacitación sirvieron, sin duda, para corregir inexactitudes en algunas respuestas que se brindaban desde los servicios a los usuarios del sistema y para que los participantes cuestionaran ciertas creencias personales que también eran erróneas. La utilidad de los conocimientos incorporados durante el curso se evidenció en el hecho de que los participantes solicitaron que se repitiera para otros compañeros.

3. El curso contemplaba, como parte final del proceso, la implementación de algún dispositivo para la multiplicación de lo aprendido entre sus pares en sus respectivos lugares de trabajo. En algún sentido, esta propuesta expresaría la posibilidad de aplicación de lo adquirido. Sin embargo, en la grilla de evaluación puede observarse que quienes participaron del curso como destinatarios visualizan como bastante dificultosa la posibilidad de implementar lo aprendido en el lugar de trabajo, o de modificar, realmente, conceptos y prácticas.

4. Los participantes hicieron algunas recomendaciones que pueden contribuir a mejorar los encuentros futuros. Algunos propusieron rendir un examen final integrador; otros plantearon la necesidad de incluir en las charlas de multiplicación al personal de limpieza, mantenimiento y a sus familiares. Al mismo tiempo, muchos expresaron que sería importante profundizar los aspectos biomédicos de la epidemia, así como los referidos a bioseguridad. También manifestaron interés por retomar el tema de la normativa, los derechos y aspectos legales vinculados al VIH-sida.

5. La mayoría de las personas calificó a las clases como muy buenas, del mismo modo que apreciaron la manera en que estuvieron estructuradas, el buen clima de trabajo, la calidad de la bibliografía recibida y la cantidad de material. Se destacaron por encima del promedio los encuentros sobre Bioseguridad, Organización de la tarea, Experiencias de enfermería y Temas difíciles. Muchos de los participantes pidieron repetir la experiencia para consolidar la red de formadores y manifestó de diversas maneras su gratificación con la tarea realizada.

Actualización en VIH-sida para profesionales de Trabajo Social del sistema público de salud

Inés Fernández

1. Lo más novedoso es que el curso surgió de una iniciativa conjunta de la Coordinación Sida y la red de trabajadores sociales vinculados al tema VIH-sida. Por lo tanto, el curso se hizo cargo de las diferencias de información y de prácticas en los diversos lugares y adecuó a estas realidades el debate y la actualización sobre nuevos descubrimientos. La idea fue revisar y mejorar la calidad de las prácticas de salud para con los usuarios del sistema.

2. En cuanto a su utilidad, y dado que la mayoría de los hospitales está atendiendo PVVIH, el curso respondió a la necesidad de un trabajo interdisciplinario. El trabajo de las redes resulta francamente operativo frente a la fragmentación social, de la que las instituciones hospitalarias son también un reflejo. Los profesionales de Trabajo Social tienen una experiencia teórica y práctica al respecto y no les es ajena la necesidad del vínculo profesional intra y extrainstitucional.

3. Al participar de las reuniones de la red, una vez concluido el curso, se hizo evidente un mayor número de participantes con propuestas innovadoras en la calidad de las prácticas. En algunos hospitales se buscó conocer el circuito de atención/prevenición para las PVVIH, con el objeto de mejorarlos y perfeccionarlos en el trabajo de los Comités de Sida. Al mismo tiempo, se impulsó la creación de los grupos de pares, se elaboraron nuevos proyectos y se reactivaron otros de años anteriores, con el fin de trabajar con indicadores que permitan la evaluación de la práctica.

Otro resultado concreto fue que gran parte de los trabajadores que participaron del curso se integró a la atención diaria de Infectología compartiendo consultorios. Asimismo, se organizaron tareas de prevención con distribución de preservativos y folletería.

Por otro lado, la posibilidad de compartir información acerca de los recursos existentes –pensiones, pases libres de colectivos, hogares, obtención de medicamentos, lugares de derivación específicos, etc.– facilitó el trabajo diario de los colegas con el equipo de salud y con las PVVIH.

4. La discusión sobre temas de la propia práctica derivó en demandas de capacitación específica sobre ética de la investigación, adherencia, sexualidad y prevención en escuelas. Se propuso realizar ateneos bibliográficos, discusión de casos y seminarios de actualización.

5. La evaluación anual permitió destacar la importancia que tuvo la realización del curso y los resultados valiosos que produjo, ya que estimuló a los Servicios Sociales a incorporarse en forma más activa, cambiar modalidades de trabajo y generar nuevos espacios. En palabras de una de las participantes: “El curso produjo un gran efecto en el Servicio Social. Dio fuerzas para seguir con un proyecto anterior que lo actualizamos y llamamos Reinserción del Trabajo Social con PVVIH. Nos incorporamos tres colegas a los espacios ya habilitados que atienden un caudal muy importante de PVVIH y nos subdividimos la tarea. En definitiva, ubicarnos dentro de la Red legitimó más el espacio del Trabajo Social y ratificó la necesidad de su sostenimiento”.

Actualización en VIH-sida para farmacéuticos

Marcelo Losso

1. Fueron elementos novedosos: la interacción entre diferentes disciplinas –medicina y farmacia–, la presentación de bases operativas para el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes y las herramientas farmacéuticas para la valoración de la adherencia al tratamiento.

2. De acuerdo a la evaluación de los participantes el curso resultó de suma utilidad.

3. La implementación de lo aprendido es posible, sólo hace falta disponer del tiempo necesario. Cualquier alumno del curso puede plantearse, por ejemplo, hacer seguimiento de la adherencia al tratamiento de un grupo de pacientes, a partir de las herramientas expuestas durante su desarrollo.

4. Este año, como en los anteriores, los asistentes al curso plantearon la posibilidad de una rotación por el área de atención farmacéutica a pacientes con VIH-sida. Hasta ahora sólo se ha podido hacer que rotara una persona por año. Se está proyectando una rotación para un número mayor de asistentes.

5. Los participantes destacaron como aspectos positivos el temario y los contenidos de las clases, el nivel de los docentes y consideraron como muy interesante el material de lectura obligatoria y sugerida.

Entre los aspectos a mejorar, señalaron que el número de clases resultó escaso para la dimensión de los contenidos trabajados. Por eso es que plantearon como un elemento a mejorar respetar el horario de finalización de las clases.

Actualización en VIH para obstétricas

Fabián Portnoy, Rosa Vartabedián, Silvina Ivalo

1. El curso destinado a las obstétricas resultó interesante, en primer lugar, por el hecho de convocar a profesionales que habitualmente no tienen espacios de capacitación conjunta entre ellas. También es importante destacar la posibilidad, que tuvieron y usaron, de “mostrar” el trabajo que realizan y las dificultades con las que lidian en lo cotidiano.

Los temas abordados –sífilis congénita, hepatitis y bioseguridad– constituyen otra novedad para las capacitaciones a obstétricas que se realizan desde ámbitos gubernamentales.

3. Asimismo, el curso dio lugar a un rico debate sobre cuestiones puntuales. Temas tales como el testeo en varones o el asesoramiento post-parto sobre anticoncepción despertaron mucho interés y en varios lugares pueden empezar a tenerlos presentes para trabajarlos cotidianamente.

2/5. La propuesta tuvo una muy buena recepción. Las participantes –que agradecieron haber contado con este espacio– manifestaron su satisfacción por la posibilidad de compartir lo que hacen en su trabajo y subrayaron la utilidad práctica del curso.

Prevención y cuidados en VIH-sida (interdisciplinario)

Adriana Basombrío

1. Un aspecto novedoso para los participantes fue la naturalidad con la que se trataron temas complicados, al que se suma el abordaje efectivamente interdisciplinario presente tanto en los participantes como en los docentes.

2. Según la propia evaluación de las personas que concurrieron, el contenido fue de mucha utilidad.

3. Algunos consideran viable aplicar lo aprendido, pero siempre que exista cierta sensibilización personal y/o laboral. Otros, en cambio, a través de los proyectos que presentaron, algunos de los cuales están efectivamente en desarrollo (CePAD del Centro 13, Casa Joven y el Centro 15 sobre travestismo, discriminación y VIH-sida; Residencia de Enfermería del CeSAC 7 sobre fortalecimiento del CePAD de ese centro, entre otros). Otros proyectos fueron planificados para 2006 y otros sólo se presentaron para la aprobación formal del curso.

4. Varios propusieron que los encuentros fueran de cuatro horas; solicitaron mayor difusión y mayor tiempo para confrontar con las prácticas cotidianas.

5. En general, todos los temas tocados en el curso fueron considerados muy interesantes. Entre las sugerencias aparecieron: profundizar los temas de sexualidad, asesoramiento y reducción de daños, e incluir otras ITS. La mayoría de los asistentes consideró muy buena la propuesta del trabajo final (articuladora e integradora), además de la posibilidad de implementarla. Unos pocos opinan que es buena para personas que trabajan en el tema, pero si no, lo ven complicado. Hubo muchos agradecimientos, buena onda en general y deseo de seguir en contacto con la Coordinación.

Capacitaciones en la Red de Prevención

Durante agosto y septiembre de 2005, también se realizaron cuatro cursos de capacitación cuyas temáticas surgieron de las propias necesidades de los integrantes de la Red. Sexualidad, acompañamiento a personas que viven con VIH y reducción de daños fueron los temas. Este último punto se separó en dos niveles, uno introductorio y otro para quienes ya venían trabajando desde esta perspectiva.

Cada uno de los cursos constó de dos encuentros y, en total, participaron 120 personas.

Durante 2006 se retomará esta línea de capacitaciones breves sobre temas específicos.

El consumo de drogas como problema de salud pública

Lic. Mabel Caballero

Coordinación Sida – GCBA / coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

De diferentes maneras, los servicios de salud y las organizaciones comunitarias reciben frecuentemente demandas vinculadas al uso de drogas. En este artículo, la licenciada Mabel Caballero propone reflexionar y debatir sobre la complejidad del problema pero partiendo de un lugar específico: el de la salud pública. Desde esta perspectiva –afirma–, es imprescindible tomar en cuenta el contexto en el que se incluyen tanto las drogas como las personas que las usan.

Desde el sentido común, la droga se ha instalado en el imaginario colectivo como un problema que está esencialmente vinculado a la esfera del delito. Sin embargo, y dada la magnitud que abarca el fenómeno en nuestro tiempo, es preciso problematizar esta mirada a fin de contar con herramientas que nos permitan intervenir desde nuestro enfoque específico, que es el de la salud pública.

El objetivo de este texto no es transmitir conceptos acabados sino, más bien, algunas ideas que contribuyan a la reflexión y el debate sobre la complejidad del problema. Para comenzar a abordar la temática del uso de drogas como un problema de salud pública, es importante tomar en cuenta el contexto en el que se incluyen las drogas y las personas que las usan.

1. CONTEXTO Y REPRESENTACIONES SOCIALES

Representación social de “la droga”

Desde el discurso social y político (expresado en los medios de comunicación, las instituciones, las organizaciones comunitarias y en cada uno de nosotros) existen dos representaciones básicas cuando se habla de droga. Una de ellas asocia *droga-muerte-violencia-delincuencia* y otra *droga-jóvenes*. La primera lleva a una mayor estigmatización y exclusión de los sectores que se encuentran en situación de pobreza. La segunda refuerza la idea del joven como ser conflictivo.

Lo que tienen en común estas asociaciones o formas de representar el problema es que nos permiten ubicar el tema de las drogas por fuera de nosotros, como algo que nos es ajeno y nos viene a invadir. Algo contra lo que hay que hacer una guerra pero que además no deja lugar para preguntarnos sobre nuestras propias conductas como personas o como sociedad. Ambas representaciones nos intranquilizan frente a un enemigo que percibimos externo, pero nos calman frente a nosotros mismos. Justamente en este sentido, resulta interesante analizar a quiénes estamos incluyendo y a quiénes no en estas representaciones, en quién se piensa cuando se las enuncia.

La asociación *droga-muerte-violencia-delincuencia* difícilmente nos remita al ama de casa o al docente que consume diariamente tranquilizantes para sobrellevar mejor los avatares cotidianos, o al empresario que aspira cocaína para mejorar su rendimiento. El perfil que se asocia a esa representación es el de un usuario de sectores pobres, menor de 35 años y generalmente hombre. Esta asociación obstaculiza la comprensión del problema porque, por un lado, provoca miedo y lleva a una mayor estigmatización y exclusión de los usuarios de sectores pobres –e incluso de aquellos que no son usuarios (estigmatización por “portación de cara”)– y, por el otro, invisibiliza al sector de usuarios que no se ajusta a

esta representación. Pero, además, coloca a la droga en el lugar de la **causa** de nuestros males como sociedad.

Preferimos pensar el uso extendido de drogas más como un **efecto** que como una **causa**. En los sectores más empobrecidos la situación de exclusión deja un estrecho margen de elecciones posibles; dentro de ellas, las drogas aparecen como un lugar posible de **pertenencia e identidad**, como una manera de **alejarse de la realidad** y también como una manera de **manejar dinero**. **Es decir: como una forma de incluirse, de “estar adentro”, de “ser alguien”, de “tener cosas”**.

Además, en todos los casos, es preciso no perder de vista que vivimos en una sociedad donde el consumo es el eje y la medicación, la forma de resolver los problemas.

No pretendemos desarrollar todos los condicionantes que hacen al uso de drogas –que son muchos más– sino dejar planteada la complejidad del problema. Esto a va a permitir **desplazar a las sustancias y su combate del eje central de la discusión** para, desde allí, poder pensar estrategias que beneficien a **los usuarios de drogas en especial y a sus familias y comunidades en general**.

Tampoco minimizamos el problema del uso de drogas ni los padecimientos que ocasionan a las personas, las familias, las comunidades y las instituciones, sobre todo cuando en situaciones de vulnerabilidad y pobreza –como decíamos antes– la droga se instala casi como el único modo de inclusión y pertenencia, y termina generando una mayor exclusión y en muchos casos la entrada en circuitos ilegales.

Situación actual de las instituciones y el uso de drogas

Durante muchos años las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil mantuvieron la problemática del uso de drogas como una temática ajena a ellas, algo que “estaba sucediendo” pero que pertenecía a otros ámbitos o no era de su competencia. Frente a situaciones concretas que no era posible obviar (pedidos de ayuda de usuarios o familiares, usuarios que llegaban en estado de alto consumo y generaban disturbios dentro de la institución, personas que se acercaban por otras temáticas y en su atención surgía el tema del uso de drogas), la respuesta dentro de las instituciones era la exclusión de las personas o, en espacios de mayor contención, la derivación a algún servicio “especializado”.

Con el paso del tiempo, el aumento de la situación de exclusión y también del uso de drogas, aquellas instituciones con una actitud más receptiva hacia los problemas de la población se vieron invadidas por esta nueva realidad. Por diversos motivos, las derivaciones a servicios especializados eran útiles en pocas situaciones. Por un lado, la idea de que “son insuficientes” desalentaba las propias derivaciones. Por el otro, aun cuando se orientara a los usuarios hacia esos servicios, muchas veces estas instituciones no contaban con un modelo de abordaje capaz de contemplar las características de los sectores excluidos. Además, la propia situación de pobreza hace difícil que las personas se movilicen lejos de su territorio.

Así las cosas, es natural que las instituciones se sientan solas, inmersas en una problemática para cuyo abordaje no se creen preparadas y tampoco encuentren otros lugares adonde derivar o que les den herramientas para enfrentarla. En muchos casos, las personas usuarias retornan a los servicios cercanos a sus domicilios donde se sintieron contenidos y bien tratados, pero generalmente sin haber concurrido o habiendo abandonado aquellos espacios más especializados con los que se los conectó. Este tipo de situaciones provoca la sensación de estar siempre en el punto de partida. También ocurre que los usuarios suelen presentarse con demandas “urgentes”, variadas y constantes, a las que se trata de brindar respuesta puntualmente. En algunos casos, esto ocasiona que los integrantes del equipo de salud se vean inmersos en el “puro acto” de los usuarios y el consecuente desgaste, estrés y situación de impotencia.

¿Qué hacer ante sucesos como los descritos, que se vuelven cada vez más cotidianos en algunas instituciones? No existen soluciones mágicas ni especialistas salvadores que tengan la respuesta, pero sí distintas estrategias para comenzar a abordar el problema. En principio, correrse del “como no sé, hago que no veo”, del “que venga alguien que sepa, les hable y los haga cambiar”, del sólo responder reactivamente. Esto no implica por supuesto desconocer el compromiso de quienes así actúan ni la necesidad de la respuesta, pero esto debe hacerse desde otra óptica. Es preciso detenerse y reflexionar: asumir que somos parte tanto del problema como de la solución, analizar qué nos pasa y cómo nos sentimos nosotros en relación con el tema, qué otras instituciones o referentes existen en la zona que puedan estar planteándose las mismas inquietudes, qué otros espacios –gubernamentales o no– más especializados nos pueden dar herramientas y servir como recurso, cuáles son las estrategias que se vienen utilizando para trabajar este tema. En resumen, reflexionar sobre lo que pasa en nuestra institución y lo que nos pasa a nosotros mismos, informarse y capacitarse, armar redes y elaborar estrategias para llevar adelante. Debemos admitir que, aunque no nos guste, pensar una sociedad sin drogas es una utopía y que, mientras seguimos fantaseando con ella, el problema crece. Tenemos que aprender a convivir con esta realidad y buscar formas que permitan que se genere el menor daño posible para las personas usuarias de drogas, para el funcionamiento de las instituciones y para la salud mental de quienes en ellas trabajan.

2. USUARIOS DE DROGAS

Un usuario es, ante todo, una persona con derechos y autonomía de decisión, alguien inscripto social, cultural e históricamente, con características individuales definidas a partir de sí mismo, de su marco familiar y del contexto y la pertenencia social. Definir un perfil de usuario de manera genérica sería simplificar la situación. Así, no todos tienen el mismo nivel de derechos y autonomía, ni el mismo abanico de posibilidades de elección; esto está condicionado por el sector social al que se pertenece.

Los efectos y consecuencias del uso de drogas dependen del contexto en el que se utilizan, las características y el momento particular de la persona, el modo, cantidad y frecuencia de uso, la calidad y características de la droga. Por otra parte, **cada usuario se relaciona de una manera particular con las drogas**: pueden consumir de manera esporádica sin alterar sus actividades cotidianas, con cierta periodicidad (como los fines de semana), de manera abusiva agrediendo su salud y llegar a niveles de dependencia. No todos los usuarios llegan a esta situación y es importante poder diferenciar y no rotular a todo usuario como un adicto. Es necesario tener en cuenta estas variables con el fin de evitar la generalización y la estigmatización de los usuarios y, en consecuencia, facilitar un modo de acercamiento.

3. REDUCCIÓN DE DAÑOS DE LA COORDINACIÓN SIDA

El trabajo en reducción de daños que se impulsa desde la Coordinación Sida parte, como se señaló, de reconocer la inscripción social, histórica, cultural y familiar de los usuarios de drogas. Para quienes viven en situación de pobreza y –en estos últimos años– de exclusión, las opciones son muy reducidas. Es por eso que dentro de nuestras políticas priorizamos el trabajo en los sectores antedichos. Intentamos, dentro de un marco de autonomía, respeto y participación, ampliar ese abanico de opciones, garantizar el acceso a los recursos (especialmente a los de salud aunque no sólo a ellos) y a la información sobre medidas de prevención relacionadas con el uso de drogas.

Consideradas las personas como sujetos integrales, el uso de drogas es sólo una situación más en sus vidas. De allí que nuestra concepción de reducción de daños incluya, además de la entrega y difusión de materiales específicos, el acompañamiento en la resolución de otras problemáticas, sean estas de salud, alimentarias, legales, etc. Para lograrlo, el trabajo en red entre las distintas instituciones del Estado y/o de la sociedad civil nos parece crucial.

Las personas usuarias de drogas circulan por diferentes espacios institucionales. En algunos, son expulsadas y en otros, atendidas por el problema específico por el que acuden, pero sin que se aborde el tema del consumo de droga, acaso porque no se sabe qué respuesta dar. Estas son oportunidades perdidas y en las que las estrategias de reducción de daños son una de las respuestas posibles.

Por ello nuestra intención es que las estrategias y recomendaciones de reducción de daños se incorporen **como parte del bagaje y la información del quehacer cotidiano de las personas que forman parte de dichas instituciones**. Apuntamos más al criterio de democratizar, masificar y difundir la información que a la idea del especialista. Esto no entra en contradicción con la concepción de equipos especializados, de hecho la existencia de referentes para la temática en cada institución nos parece de suma importancia. Pero consideramos que estimular sólo un modo de trabajo con usuarios, a partir de programas específicos, reduce el número de usuarios a los que podemos llegar, desaprovecha oportunidades y refuerza el supuesto ya mencionado de que “alguien, desde afuera” puede resolver el problema.

En cambio, nuestras acciones se orientan a los equipos y referentes que trabajan en todos estos ámbitos a través de capacitaciones y sensibilizaciones y acompañamiento en terreno durante sus actividades. Esto facilita la articulación de redes locales sobre el tema y el intercambio entre los distintos equipos, y permite elaborar y enriquecer guías de recursos. Resultado de este intercambio es la conformación de una red de servicios más amigables.

Por otra parte se provee a los equipos que trabajan en contacto directo con usuarios de material informativo especialmente orientado a ellos (sobre las distintas drogas, sus características generales y las medidas de reducción de daños relativas a cada caso, así como también sobre hepatitis), así como folletos y preservativos también destinados a la población en general. En los casos de los usuarios de drogas inyectables, se les facilita también kits de inyección que reducen la probabilidad de reutilización e intercambio de jeringas.

Nuestro objetivo es que la información y los recursos lleguen a la mayor cantidad posible de usuarios de drogas –en especial a los de los sectores en situación de pobreza–, a partir de las instituciones estatales, de la sociedad civil, de referentes clave, de usuarios de drogas que trabajen como operadores, de familiares de usuarios, del trabajo en calle con los usuarios en sus lugares de encuentro, etc. Queremos también mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios y problematizar y difundir este debate. Aspiramos a que las estrategias de reducción de daños sean incorporadas paulatinamente dentro de los espacios gubernamentales, no gubernamentales, y en referentes clave.

Noticias de la Coordinación Sida

GRUPOS DE PVVS

Diario Positivo

En octubre de 2005 se publicó el primer número de *El diario positivo*: el diario hecho por personas viviendo y/o conviviendo con VIH-sida. Fruto de la experiencia de los encuentros que se llevan a cabo periódicamente en los hospitales de la ciudad, esta publicación busca –tal como señala en la portada– relatar los miedos, angustias, ideas e inquietudes de todas aquellas personas que están o se sienten afectadas por la epidemia.

En el periódico, se invita a las personas interesadas a relatar sus experiencias e ideas, enviándolas por mail a: eldiariopositivo@yahoo.com.ar

A continuación, la lista de los grupos que se reúnen en hospitales de la ciudad

Hospital Álvarez

Aranguren 2701

Grupo de pares: Viernes 10.30 hs. – Sala Ramón Carrillo

Hospital Argerich

Corbeta Pi y Margall 750

Grupo de pares: Jueves 10.30 hs. – Servicio de Infectología

Hospital Durand

Av. Díaz Vélez 5044

Grupo de pares: Jueves 10:30Hs – Servicio de Infectología – Consultorio 8

Hospital Muñiz

Uspallata 2272

Grupo de pares **Convivir**: Miércoles 10.30 hs. – Servicio de Psicopatología – Sala 8

Grupo **Familias Hoy**: Jueves 11 hs. – Servicio de Psicopatología – Sala 8 (grupo para familiares vinculados con niños que viven y/o conviven con VIH)

Hospital Piñero

Varela 1301

Grupo de pares **Encuentro positivo**: Martes 10.30 hs. – Servicio Social

Hospital Pirovano

Av. Monroe 3555

Grupo de pares **Esperanza**: Lunes 11 hs. – Servicio Social

Hospital Santojanni

Pilar 950

Grupo de pares **Refugio encantado**: Lunes 12 hs. – Servicio Social

Hospital Tornú

Av. Combatientes de Malvinas 3002

Grupo de pares **La Amistad**: Martes 10.30 hs. – Servicio de Infectología

ENCUENTRO DEL 30 DE NOVIEMBRE

Para conmemorar el Día Internacional de Lucha contra el Sida y celebrar los cinco años de la Coordinación, el 30 de noviembre se desarrolló un encuentro de equipos con trabajo en VIH-sida. El evento, al que concurrieron más de 500 personas, brindó la posibilidad de que cada asistente recibiera la “valija preventiva” que incluyó dos nuevas herramientas:

- Un ROTAFOLIO para el trabajo de asesoramiento cara a cara o en pequeños grupos, sobre sexualidad, VIH-sida, otras ITS, etc.
- Un VIDEO que presenta doce capítulos del programa “VIH – Vivir en positivo” con temas vinculados a la prevención y la experiencia de vivir con VIH, sobre el que se informa por separado.

El bolso también contenía un pene de madera, una gruesa de preservativos y unos “carnets de idoneidad” para las personas que participan de los talleres de uso correcto del preservativo. Como material de consulta para los equipos de prevención y operadores se incorporó la publicación “Salud, sexualidad y VIH-sida” destinada centralmente a docentes, una guía actualizada de las bocas de distribución de preservativos y el documento “Herramientas para el desarrollo de los CePAD”.

VIH – VIVIR EN POSITIVO

La comunicación para la prevención del VIH se ha ido modificando a lo largo del tiempo. En la actualidad, junto a la necesaria información sobre la epidemia, se privilegian las voces de los actores directamente involucrados y la movilización social que puede generarse en torno al tema. Desde esta perspectiva, el trabajo con actores políticos, sociales, personas que viven con VIH, instituciones y ONG contribuye a sacar el tema del VIH de círculos reducidos y ubicarlo en la vida cotidiana.

Con este espíritu fue realizado el ciclo de programas **VIH – Vivir en positivo**, una iniciativa conjunta de la Coordinación Sida, el canal de televisión por cable Ciudad Abierta –dependiente de la Subsecretaría de Comunicación Social– y la productora independiente Timón Producciones.

En el ciclo de doce programas participaron personas con VIH, médicos, enfermeros y otros profesionales del sistema de Salud, integrantes de ONG, representantes de minorías sexuales, laboratorios de la industria farmacéutica, periodistas, fabricantes de preservativos, trabajadoras sexuales, entre otros. Los programas duran 10 minutos y abordan los siguientes temas:

1. La familia y el VIH
2. El test de VIH
3. La escuela y el VIH
4. Los médicos y el VIH
5. El preservativo y el VIH
6. La medicación y el VIH
7. El trabajo y el VIH
8. Las mujeres y el VIH
9. Los mitos del VIH
10. Los medios y el VIH
11. Diversidad sexual y VIH
12. La discriminación y el VIH

Inicialmente emitidos por Ciudad Abierta, fueron compilados y editados en VHS y CD para su utilización en actividades preventivas (talleres en sala de espera, debates, capacitaciones, sensibilizaciones, etc.)

SALUD EN LOS BARRIOS

El primer semestre de 2005 se incorporaron a la Red de Prevención los stands del Programa de “Salud en los Barrios”, que funcionan en los 16 Centros de Gestión y Participación (CGP). Allí se distribuyen preservativos y folletos informativos sobre el VIH-sida. Los responsables de estos puestos fueron capacitados para orientar a los vecinos sobre los distintos servicios ofrecidos por el sistema de salud de la ciudad en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH-Sida.

Nueva publicación. CePAD: NUEVAS HERRAMIENTAS PARA SU DESARROLLO

El aumento de la accesibilidad al test con asesoramiento, el respeto por la voluntad de las personas de conocer su estado serológico y el fortalecimiento de espacios para que los usuarios y los equipos de salud puedan conversar sobre sus temores, padecimientos y saberes son elementos fundamentales de la lógica con la que trabaja la Coordinación Sida y que se sustenta en las políticas de gobierno.

En esa senda, este nuevo documento referido al trabajo de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) sistematiza prácticas que desde fines de 2000 se desarrollan en el ámbito de la ciudad, recoge experiencias de otros lugares del país y del mundo y busca estimular la apertura de espacios similares. También pretende ser un instrumento ordenador pero flexible, útil para la reflexión, la discusión y la evaluación de los equipos ya conformados, y un aporte a la democratización del conocimiento.