

infosida

Año 1 - Nº 1 – Septiembre 2001
Publicación de la Dirección de Sida del
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Carlos Pellegrini 313 piso 9º
Tel: 4323-9029/9053
dgasya@buenosaires.gov.ar

*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*

SUMARIO

- Presentación (Dr. Claudio Bloch)
- Situación Epidemiológica del VIH/sida en la ciudad de Buenos Aires
- Mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires (Lic. Victoria Mazzeo)
- Algunos aspectos de la Transmisión Perinatal del VIH en la ciudad de Buenos Aires (Dr. Fabián Portnoy)
- Implementación de un programa de adherencia a tratamiento antirretroviral (Farm. Juan Ramos, Farm. Ma. Inés Morales, Dr. Marcelo H. Losso)
- Prevención del VIH/sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la ciudad de Buenos Aires (Lic. Silvana Weller)
- Experiencias de reducción de daños asociados a las drogas en la ciudad de Buenos Aires (Lic. Graciela Touzé, Lic. Pablo Cymerman, Lic. Paula Goltzman, Lic. Diana Rossi)
- Acciones de prevención de jóvenes para jóvenes (Dirección General de la Juventud)
- El derecho de los menores a participar del proceso del Consentimiento Informado (Dr. Ignacio Maglio)
- Hacia la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH/sida en espacios comunitarios (Equipo de VIH/sida del Centro Nº 2 “Dr. Carrillo”)
- Actividades de la Dirección

PRESENTACIÓN

Claudio Bloch
Director General Adjunto de Sida - GCBA

*Sabemos, después de casi dos décadas de sida, que se consigue muy poco intentando modelar actitudes o comportamientos sin la participación del sujeto a quien se quiere ayudar. Se conseguía poco atemorizando a las personas –las campañas de prevención nunca tuvieron éxito cuando sólo proponían que las personas debían prevenirse porque el “SIDA mata”, sin enseñarles “cómo” o apoyarlas para cambiar (...) La promoción del sexo y prácticas más seguras se desarrolla de forma más eficaz cuando promueve interactivamente la aceptación de la vulnerabilidad individual ante el virus, construye la decisión de cuidarse, comparte la evaluación de que todos merecemos ser protegidos y tener una vida digna, concientiza acerca de que el cuidado tiene que ser constante (...). Para estimular la prevención también es necesario conseguir brindar informaciones en un lenguaje accesible y que todos sigan las instrucciones del uso adecuado del preservativo, las jeringas, los materiales cortantes, y de la medicación.
Es mejor trabajar con él que trabajar por él.*

(Teixeira, Paulo; Paiva, Vera; Shimma, Emi, 2000: *Tá difícil de engolir?*)

infosida, una herramienta

Aun cuando existen múltiples boletines y revistas científicas sobre el sida, pensamos que era necesaria una nueva publicación que, desde el Estado, sistematizara la información epidemiológica del distrito y, al mismo tiempo, permitiera conocer las experiencias de quienes trabajamos en esta temática en la ciudad. Esta publicación, pretende ser una *herramienta*; y será útil en la medida en que sirva para conocer qué está pasando con la epidemia de VIH/sida en la ciudad tanto en relación al diagnóstico como a las respuestas que, a partir de dicho diagnóstico, puedan proponerse.

Esta publicación alcanzará su sentido último en la medida en que cada uno de los que trabajamos en sida en la ciudad la sintamos como propia; al igual que el *Encuentro de Políticas de Prevención del VIH/sida*, el lanzamiento del *Proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical*, o el *Taller de Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida* realizados entre marzo y abril del corriente año, cuya continuidad y éxito dependerán de que cada uno de los que participaron en ellos sienta que no es un mero espectador sino un actor central de esas iniciativas.

La magnitud del desafío

Somos conscientes de que el trabajo en VIH-sida no ha comenzado con nosotros. Queremos entonces dejar planteado que, si bien en forma seguramente incompleta o perfecta, conocemos el diagnóstico de la epidemia en nuestra ciudad:

- el sida es la primera causa de muerte entre personas entre 15 y 44 años tanto hombres como mujeres, y esto a pesar de que a partir del acceso a las terapias de alta eficacia, ha disminuido la tasa de mortalidad en casi un 50 % entre 1996 y 1999;
- el 60 % de los enfermos de sida han adquirido el virus por relaciones sexuales no protegidas y 4 de cada 10 enfermos son usuarios de drogas inyectables que acostumbraban compartir el material de inyección;

- el 4 % de los enfermos de sida en nuestra ciudad son niños infectados por transmisión madre-hijo; hay hospitales de la ciudad donde el 1 % de las embarazadas son seropositivas;
- se estiman en alrededor de 40.000 las personas viviendo con el VIH en la Ciudad de Buenos Aires
- la epidemia afecta cada vez más a las personas pobres.

Por otro lado sabemos que desde hace años se viene trabajando en sida mucho y duro y, la mayoría de las veces, “a pulmón”. Y también sabemos que la mayor parte de las personas comprometidas en esta tarea conoce cuáles deberían ser las medidas para controlar la epidemia.

Entonces, si conocemos lo que pasa; si trabajamos mucho y duro y sabemos lo que debemos hacer, *¿por qué la epidemia está disparada en la Ciudad de Buenos Aires?*

Una respuesta nueva

Es imprescindible reflexionar críticamente sobre nuestra propia experiencia y animarnos a plantear, por ejemplo, que conocemos algo del diagnóstico (quiénes son los más afectados) pero no sabemos necesariamente los porqué y eso claramente limita nuestras respuestas; que podemos haber trabajado mucho y duro, pero solos, aislados, en los lugares a los que hemos podido acceder y no necesariamente en donde hubiera sido más útil; que no es lo mismo saber lo que hay que hacer que tener el poder y los lineamientos políticos imprescindibles para hacerlo.

Esta actitud constructivamente crítica está en el origen de la nueva Dirección General de Sida; y en la resolución de generar estrategias participativas, como política central de esta dirección.

Países que han logrado controlar la epidemia como Uganda o Tailandia (países del tercer mundo), además de facilitar el acceso a los preservativos, establecer acciones dirigidas a los usuarios de drogas desde una estrategia de reducción de daños, capacitar en las escuelas, han dado un **muy fuerte apoyo político** a los programas de sida. Es éste el factor que ha marcado la diferencia con otros países en los que se desarrollaron acciones similares y que, sin embargo, no lograron iguales resultados. Desde esta perspectiva, el hecho de que por primera vez en la Ciudad se responda a la problemática del sida con la creación de una Dirección General, habla a las claras de un decisión, de un gesto político imprescindible para poder controlar el sida en el distrito. Y ese gesto del gobierno de la Ciudad, que es en sí mismo valioso porque implica un compromiso público para con el tema, debe ser llenado de contenido.

Trabajar en equipo

Llenar de contenido a esta nueva Dirección constituye *un desafío y un compromiso*, que superan las competencias individuales y obligan a pensar y encarar la tarea desde un *equipo de trabajo* y con una perspectiva que *articule los esfuerzos de distintos actores sociales*. Es decir, trabajar codo a codo, horizontalmente, tanto hacia adentro de la dirección como hacia fuera de ella. Es ésta la única manera en que entendemos el trabajo, no sólo en sida sino en la vida misma.

Por eso, una de las primeras tareas de esta dirección fue conformar un equipo que reuniera a personas con diferente formación y probada experiencia en el campo del VIH-sida en la ciudad. Integran este equipo una antropóloga, tres médicos

infectólogos, cinco psicólogos, dos médicos sanitaristas, un abogado, un médico generalista, un sociólogo y cinco administrativos. Todos ellos han trabajado desde hace años en tareas de prevención y atención del VIH /SIDA, en el ámbito estatal y en organizaciones de la sociedad civil, en el primer nivel de salud y en el nivel central, en proyectos locales y en programas nacionales; con ésta variada experiencia pusimos en marcha nuestro trabajo. A ellos se suma una Comisión Asesora Técnica Asistencial conformada por seis destacados profesionales y una Red de Sida con representantes de todos los hospitales de la ciudad.

Otra de nuestras tareas iniciales fue definir los principios generales que orientarán la política de la dirección:

- Abordaje multidisciplinario de la problemática VIH/SIDA
- Establecimiento de líneas de acción interinstitucionales (Salud, Educación, Justicia, Promoción Social, Cultura, Comunicación Social, Provincias, Municipios del GBA)
- Fortalecimiento del trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio
- Trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil
- Incorporación al trabajo de PVVIH
- Trabajo en prevención sobre los ejes: promoción y accesibilidad a preservativos; promoción del testeo con asesoramiento; reducción de daños; tratamiento para embarazadas VIH positivas.
- Trabajo en atención sobre la accesibilidad a los tratamientos. Provisión y simplificación del trámite. Adherencia a los tratamientos.

Con el equipo conformado, y las grandes líneas de acción definidas, el mayor desafío, tal vez la mayor utopía, puede sintetizarse en una palabra: **articulación**. Y se presenta como una utopía porque articular significa construir **confianza** y la confianza, lamentablemente esta hoy devaluada en nuestro país.

Sueños, no delirios

Todos tenemos saberes distintos, pero todos necesarios. ¿Cómo hacer para trabajar juntos con confianza? Una manera es reconociendo la historia de cada uno y básicamente respetándola, convocando al otro como nos gustaría que nos convocaran, postergando un poco, sólo un poco, el “yo” para dejarle espacio al “nosotros” sin perder nuestra cualidad de sujetos, de múltiples individualidades con deseos y también con debilidades; es decir, reconociéndonos como humanos.

Si estamos pidiéndole a los demás que modifiquen su conducta, tenemos que empezar por cambiar nosotros mismos, sabiendo que cambiar es difícil, e incluso muchas veces doloroso. Pero si no cambiamos la cultura, y de esto se trata, la cultura de cómo trabajamos, fracasaremos en el intento de que otros cambien algo.

La idea de esta publicación, reiteramos, es que sirva como herramienta para poder instrumentar políticas sanitarias que logren controlar la epidemia del sida; en otras palabras, que exprese *“qué queremos hacer, cómo lo vamos a hacer, cuándo lo vamos a hacer y con quiénes lo vamos a hacer”*.

Con este objetivo invitamos a conversar, a discutir, a consensuar, tanto a los sectores del Estado como de la Sociedad Civil, para llegar a buen puerto en un futuro próximo. Y, como señalamos al abrir el *Encuentro de Políticas de Prevención*, ese buen puerto,

ese sueño (no ese delirio) es que no haya más necesidad de tener una Dirección de Sida, ni en esta Ciudad ni en la Argentina, que de alguna manera nos quedemos sin trabajo, y podamos seguir trabajando en nuevas cosas. A este sueño es que los invitamos a sumarse.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ABRIL 2001

“Un buen sistema de vigilancia en Salud Pública no asegura necesariamente que se tomen las decisiones correctas, pero reduce las posibilidades de que se tomen las decisiones erróneas”.

A.D. Langmuir, 1963

Conocer el estado de la epidemia en la Ciudad de Buenos Aires es uno de los elementos centrales para orientar las políticas tanto en el área de la prevención, como en la asistencial.

Existen tres instrumentos para poder estudiar la situación epidemiológica: *la prevalencia de infección por VIH, el número de enfermos de sida y las tasas de mortalidad.*

La prevalencia es un dato que se obtiene del número de resultados positivos relacionados con el total de los estudios solicitados para VIH:

Prevalencia = $\frac{\text{número de estudios para VIH positivos}}{\text{Número total de estudios para VIH hechos}}$

El número de enfermos de sida y el fallecimiento por esta misma causa, surge de la notificación obligatoria que los médicos deben hacer de acuerdo a la Ley Nacional de Sida

Las tasas de mortalidad son elaborados por Estadísticas Vitales, a partir de los certificados de defunción, provenientes de los Registros Civiles

Desde los primeros años hasta no hace mucho tiempo la única manera que se tenía de establecer la situación de la epidemia en un país o ciudad era observar la tendencia de los “casos de sida”, de notificación obligatoria, es decir, de aquellos pacientes que hubiesen desarrollado alguna de las enfermedades oportunistas (marcadoras) que aparecen en la fase tardía de la infección por VIH. Sin embargo a partir del acceso a la terapia antiviral de alta eficacia (en nuestro país este hecho comenzó en el segundo semestre de 1996) la historia natural de la enfermedad se modificó y con esto la necesidad de incorporar otros elementos que den cuenta de la actualidad de la situación epidemiológica. Es necesario recalcar que cuando analizamos “los casos de sida” estamos observando el último periodo de una infección que se adquirió 8 o 10 años antes.

El conocimiento del número de personas viviendo con VIH/sida, en cambio, se establece a partir de una estimación (cálculo matemático) que se basa en la prevalencia encontrada en determinadas poblaciones (*poblaciones centinela*). **La mayor parte de las personas que viven en la Ciudad de Buenos Aires desconocen su estado serológico**, por lo que a partir de las prevalencias encontradas en las poblaciones centinela se puede calcular **un número probable de personas infectadas en el distrito**. Hasta el momento el número de poblaciones centinelas estudiadas en la Ciudad es bajo; sin embargo, se puede realizar una primera estimación de personas entre 15 y 45 años viviendo con VIH/sida: **21.267**. Esta cifra se ha obtenido calculando el número de personas usuarias de drogas

inyectables en la Ciudad de Buenos Aires¹, la población gay² y las mujeres embarazadas (indicador de la población sexualmente activa)³. En estas poblaciones se han encontrado las siguientes prevalencias: *usuarios de droga inyectables* 53.5%; *población gay* 15% y: *embarazadas* 1.32 %.

Este número estimado es menor al cálculo hecho por ONUSIDA⁴ para la Argentina para el mismo año; según esa fuente, y tomando en cuenta la proporción de personas con sida con residencia en la Ciudad de Buenos Aires⁵ tenemos que:

PERSONAS CON VIH/SIDA

**Número estimado de personas entre 15 – 45 años
viviendo con VIH/sida en la Ciudad de Buenos Aires en 1999**

	Mínima	Máxima
Hombres	23.827	35.741
Mujeres	6.930	10.395
Total	30.757	46.136

Elaboración propia en base a datos de ONUSIDA

CASOS DE VIH/SIDA

en la Ciudad de Buenos Aires



CASOS DE SIDA

A partir de los casos de sida notificados, se describe el perfil de la epidemia de sida en la Ciudad de Buenos Aires. Como ya se ha señalado, cuando se hace referencia a los enfermos de sida, se considera solamente la última etapa de la infección por VIH adquirida, probablemente, muchos años atrás. Por otro lado al hacer mención al total de los casos (desde 1983 hasta la fecha) es necesario aclarar que se trata de cifras

¹ Elaboración propia a partir del Estudio Nacional sobre sustancias adictivas, SEDRONAR. Noviembre 1999.

² Se calcula un 2 % de los hombres entre 15 y 45 años de acuerdo a estudios comportamentales realizados en otros países de América Latina.

³ Estimación del INDEC

⁴ Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio 2000 (mínima 100.000 y máxima 150.000 personas viviendo con VIH/sida para Argentina) ONUSIDA

⁵ 31,77 % de los hombres y 27,72 % de las mujeres.

acumuladas desde el comienzo de la epidemia y, por lo tanto, muchas de estas personas ya han fallecido.

Tabla 1
EPIDEMIA DE SIDA
en la Ciudad de Buenos Aires entre 1983 y febrero 2001

N° de casos de sida totales residentes	5.816
% de enfermos usuarios de drogas inyectables	37.9
% de enfermos de hombres que tienen sexo con hombres	34.8
% de enfermos en personas con prácticas heterosexuales	19.6
% de enfermos por transmisión vertical	4.4
Edad media de los enfermos	H: 34; M: 28
Razón hombre / mujer (año 2000)	2.9
% de enfermos con escolaridad primaria	35.7

La tabla anterior muestra una fotografía de la epidemia en su conjunto entre los residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Es necesario destacar que el número de personas con sida que se atienden en los servicios de salud de la Ciudad supera los 8.650, de los cuales el 32 % tiene su domicilio en el conurbano bonaerense (ver tabla 3).

Se observa que el 54.4 % de los enfermos de sida reconocen como vía de adquisición de la infección las relaciones sexuales sin uso de preservativos; porcentaje que se obtiene de sumar los casos de hombres que han tenido sexo con hombres y las relaciones heterosexuales. Por otra parte, cuatro de cada 10 enfermos de sida está relacionado con la práctica de compartir agujas y jeringas entre usuarios de drogas inyectables.

Más allá de este primer diagnóstico, es necesario conocer lo que ha ocurrido con la epidemia a través de los años, ya que las modificaciones registradas en su perfil obligan a la adecuación de políticas preventivas y asistenciales.

Tabla 2
TENDENCIA ANUAL
Casos de sida según año de diagnóstico en la ciudad de Buenos Aires

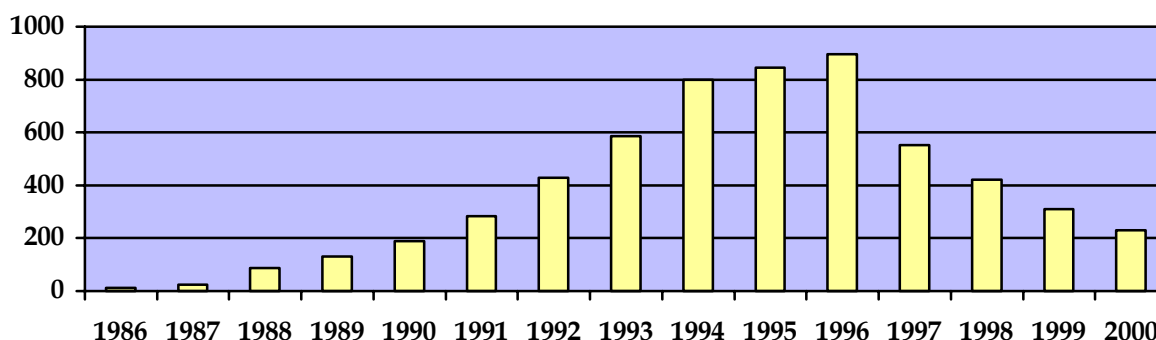
Año	Casos notificados	Tasas por cien mil habitantes
1983	2	0.1
1984	-	0.0
1985	1	0.0
1986	11	0.4
1987	25	0.9
1988	86	2.9
1989	131	4.4
1990	188	6.3
1991	284	9.6
1992	429	14.5
1993	586	19.4

1994	799	26.4
1995	844	27.9
1996	897	29.5
1997	553	18.2
1998	421	13.8
1999	311	10.2
2000*	229	7.5
2001*	18	
TOTAL	5816	

* cifras provisorias

Gráfico 1

TENDENCIA ANUAL Caspos de sida según año de diagnóstico en la Ciudad de Buenos Aires



El **número de pacientes diagnosticados sida** hacia fines de febrero de 2001 supera los 5.816 casos notificados, si tenemos en cuenta la existencia en el retraso de la llegada de la información desde el momento en el que el paciente es diagnosticado hasta que se registra en la Secretaría de Salud Este número ascendería a **6.366**, cifra que podría ser aún mayor debido al subregistro de información que suele observarse en los sistemas de salud.

Las tasas (número de enfermos / población total) en todos los años estudiados son las más altas del país. Y la caída en el número de casos de sida anual que se observa a partir de 1996 (65 % entre 1996 y 1999) se debe seguramente al acceso de las personas a la terapia de alta efectividad. Hecho en consonancia con la disminución de la tasa de mortalidad en un 47 % para los mismos años (Ver artículo de Victoria Mazzeo en página...).

Tabla 3
CASOS ATENDIDOS
Número de casos según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires, entre 1983 y febrero de 2001

Conglomerados urbanos	Número casos	Porcentaje del total
Total de casos atendidos	8564	100.0
Residentes en la Ciudad de Buenos Aires	5816	67.2
Residentes en el Conurbano Bonaerense	2198	25.7
Otras residencias	550	6.4

Otro dato que puede observarse al analizar el número de enfermos con sida, es la distribución de acuerdo al hospital donde se atienden, tanto de los residentes de la ciudad como del conurbano bonaerense adultos y menores. Es importante remarcar que en el 31 % de los casos no se cuenta con el dato sobre la institución donde fueron atendidos. Para los casos en los que esa información está disponible puede observarse la siguiente distribución:

Tabla 4
DISTRIBUCIÓN
Casos de SIDA según lugar de notificación, entre 1983 y febrero de 2001
Datos en %

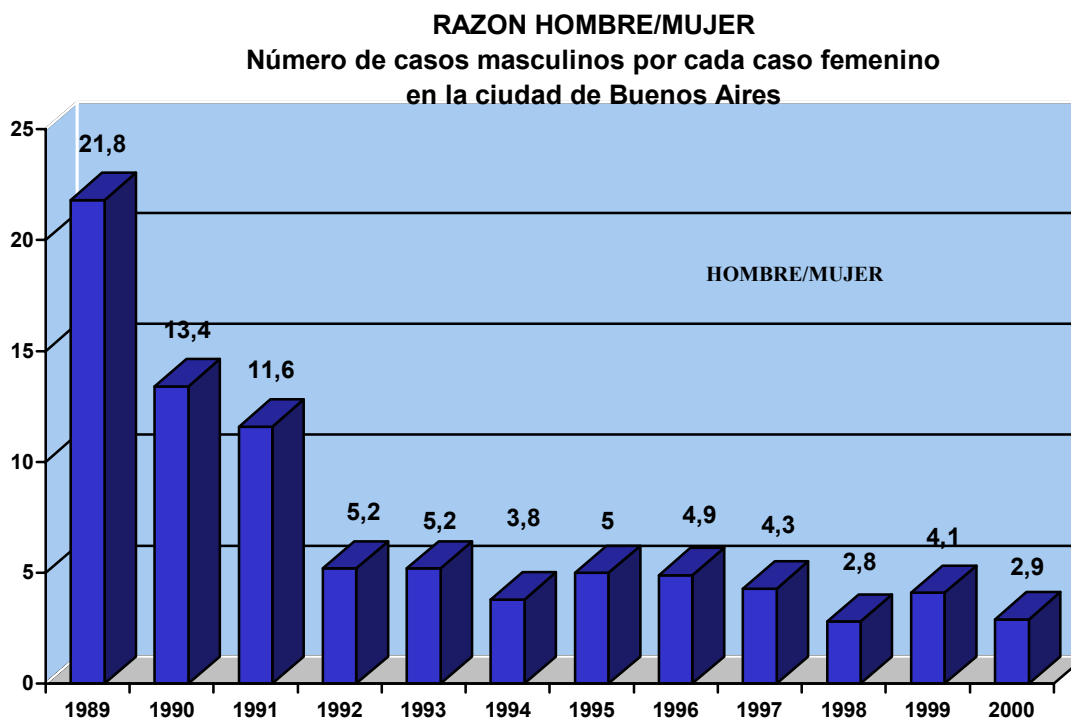
INSTITUCIÓN	% DE CASOS SIDA	% DE CASOS SIDA ACUMULADOS
Hospital Muñiz	38.4	38.4
Hospital Fernández	13.0	51.4
Hospital Ramos Mejía	9.6	61.0
Hospital Argerich	7.0	68.0
Hospital Penna	3.8	71.8
Hospital Gutierrez	3.6	75.4
Hospital Garrahan	3.2	78.6
Hospital Piñero	2.7	81.3
Unidad Penitenciaria 21	2.5	83.8
Helios Salud	2.4	86.2
Hospital Durand	2.0	88.2
Hospital de Clínicas	1.9	90.1
Hospital Tornú	1.5	91.6
Hospital Udaondo	1.3	92.9
Resto	7.1	100.0

El perfil de la epidemia de sida en la Ciudad de Buenos Aires se ha ido modificando a través de los años. Es así que las mujeres que casi no habían sufrido el impacto de la enfermedad en la década del 80, comienzan a ser un grupo altamente vulnerable a partir de 1992. Tal como se observa en la tabla 5, el primer caso femenino se registró en 1988, año donde la **razón hombre / mujer** (*número de casos masculinos por cada*

caso femenino) fue de 83 a 1. En apenas 4 años esta cifra había descendido a 5 a 1. Este aumento proporcional del número de mujeres con sida en relación al número de hombres continuó hasta alcanzar en los últimos años una razón entre 3 y 4 hombres por cada mujer (a medida que aumenta el número de mujeres, disminuye la razón hombre/mujer).

Centrándose en la segunda década de la epidemia puede verse que mientras que entre los hombres hubo un incremento de 445 % entre 1990 y 1996 (*año a partir del cual comienzan a descender los casos de sida tanto en hombres como en mujeres*); entre las mujeres ese aumento fue de 1208 %.

Gráfico 2



La disminución del número anual de nuevos casos de sida (tasa de decrecimiento⁶) ocurrida entre 1996 y 1999 (*último año con la información completa hasta el momento*) es diferente en ambos sexos: hombres, 67 %; mujeres 60 %.

Se hace necesario separar para el análisis de la epidemia a **los menores** (considerando dentro de este grupo a los que tienen menos de 13 años), ya que las enfermedades que padecen tienen un perfil propio y la vía de transmisión es, en prácticamente todos, la transmisión madre – hijo. Otro dato que es relevante dentro de este grupo se debe a la incorporación del Protocolo ACTG 076 a partir de 1994. Esto significa que con la intervención de los Servicios de Salud se puede reducir la transmisión vertical en un 70 %⁷.

El número total de menores con sida registrados residentes en la Ciudad de Buenos Aires desde el principio de la epidemia hasta el momento es de 257, y representa el 4.4 % del total de los enfermos de sida. De haberse aplicado, (correctamente y a todas las embarazadas VIH +), las medidas para evitar la transmisión vertical en la Ciudad a partir de 1995, el número niños con sida que podría haberse evitado es de 92.

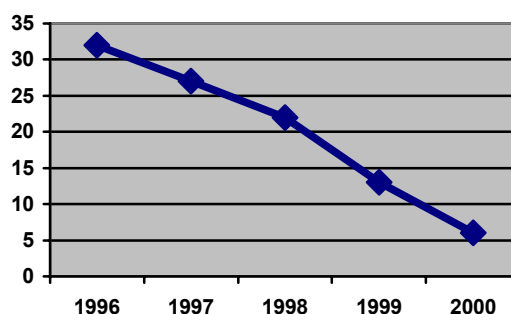
⁶ Tasa de decrecimiento: $A - B / A$, luego se multiplica por el coeficiente 100 y se lee en porcentaje.

⁷ Se calcula que sin intervención médica la transmisión vertical es de alrededor del 30 % y con la dación de AZT a partir de la 14 semana de embarazo, más AZT al recién nacido esta cifra desciende a por lo menos el 8 %.

Tabla 5
CASOS DE SIDA
Distribución según sexo y año en la Ciudad de Buenos Aires
entre 1983 y febrero de 2001

Año	Masculino > de 12 años	Femenino > de 12 años	Niños < de 13 años	Razón Hombre / Mujer	Total
1983	2				2
1985	1				1
1986	10		1		11
1987	24		1		25
1988	83	1	2	83	86
1989	109	5	16	21.8	131
1990	161	12	12	13.4	188
1991	243	21	17	11.6	284
1992	341	65	20	5.2	429
1993	458	88	35	5.2	586
1994	618	161	18	3.8	799
1995	664	134	31	5.0	844
1996	716	145	32	4.9	897
1997	424	98	27	4.3	553
1998	293	106	22	2.8	421
1999	239	58	13	4.1	311
2000*	166	57	6	2.9	229
2001*	13	1	1		18
Total	4565 (78.5%)	952 (16.3%)	257 (4.4%)	4.8	5816 (100.0%)

Gráfico 3
NIÑOS CON SIDA
Ciudad de Buenos Aires entre 1996 y 2000



La **edad de los casos** de sida es diferente en hombres y mujeres, entre los primeros el grupo más afectado es el que tiene entre 30 y 34 años, mientras que en las mujeres es el de 25 a 29 años. Si recordamos una vez más que la infección por VIH, se produce entre 8 y 10 años antes de la aparición del caso sida tendremos una dimensión más aproximada del alto impacto de la epidemia en población joven. La

mediana⁸ de edad entre los hombres es de 32, y el 75 % tiene menos de 38 años, mientras que en el sexo femenino la mediana de edad es de 29, el 75 % de las mujeres con sida tiene menos de 35 años y un cuarto (25 %) tiene menos de 26 años⁹.

Tabla 6
CASOS DE SIDA
Cifras totales según grupo de edad y sexo
en la ciudad de Buenos Aires entre 1983 y febrero de 2001

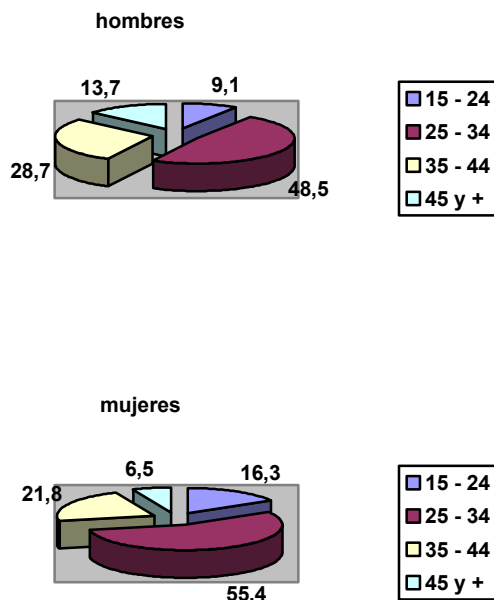
Grupo de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0-4	104	2.2	96	9.0	202	3.5
5-9	26	0.6	22	2.1	48	0.8
10-14	10	0.2	2	0.2	13	0.2
15-19	33	0.7	16	1.5	49	0.8
20-24	382	8.1	139	13.0	526	9.0
25-29	1065	22.7	296	27.6	1368	23.5
30-34	1148	24.4	231	21.6	1392	23.9
35-39	771	16.4	142	13.3	919	15.8
40-44	537	11.4	65	6.1	608	10.5
45-49	290	6.2	30	2.8	323	5.6
50 y más	335	7.1	32	3.0	368	6.3
Total	4701	100.0	1071	100.0	5816 +	100.0

+ En 44 casos se desconoce el sexo

⁸ Mediana: significa que el 50 % tiene menos edad que la mediana y que el otro 50 % tiene más de esa edad.

⁹ Se toma en cuenta para el cálculo de estas edades sólo los casos de mayores de 12 años.

Gráfico 4
CASOS DE SIDA
 Distribución porcentual según grupo de edad y sexo en la ciudad de Buenos Aires entre 1983 y febrero de 2001



Cuando se analizan las **vías de transmisión** de los casos de sida, debe recordarse que el desarrollo de la epidemia ha sido diferente en ambos sexos, como se mencionara más arriba, pero que además, el perfil de la epidemia ha ido variando con los años. Esto pone de manifiesto el valor que adquiere el análisis de las tendencias para prever las políticas a seguir.

Tal como se observa en la tabla 7, la epidemia entre los hombres comienza siendo por vía sexual, básicamente entre hombres que tienen sexo con hombres y no utilizan preservativo. Con el correr de los años ocurren dos fenómenos a destacar: el primero es el rápido crecimiento a partir de los 90 de los casos de sida entre usuarios de drogas inyectables (UDI) que comparten material de inyección. Esto hace que entre 1995 y 1998 casi la mitad de los casos masculinos reconozcan esta vía de transmisión del VIH. El segundo elemento, es que en los últimos años, la epidemia adquiere nuevamente un fuerte perfil de transmisión sexual ya que, a pesar de haber una disminución proporcional entre los hombres que tienen sexo con hombres continúa existiendo un número considerable de nuevos casos en esta población y, se agrega a esto, que uno de cada cuatro nuevos casos de los últimos tres años es por transmisión heterosexual sin uso de preservativos.

Entre las mujeres hasta 1994, alrededor de la mitad de los casos fue por transmisión sanguínea (principalmente entre usuarias de droga inyectables, también las transfusiones no controladas ocuparon un lugar) y la mitad por transmisión sexual. A partir de 1995, la vía sanguínea fue perdiendo presencia al tiempo que aumentaba el número de casos debido a las relaciones heterosexuales sin uso de preservativos; y en estos dos últimos años, el 75 % de los nuevos casos diagnosticados reconoció esta vía de transmisión. . (Tabla 8)

En los menores de 13 años el 97 % se debe a la transmisión madre – hijo, un 1,2 % a transfusiones y un 0.8 % a hemofilia, se desconoce la vía en un 1 %. Sin embargo a partir de 1991 todos los niños con sida residentes en la ciudad son secundarios a la transmisión vertical.

Tabla 7

VIAS DE TRANSMISION EN HOMBRES
en casos de sida mayores de 12 años
en la ciudad de Buenos Aires entre 1983 y febrero de 2001

VIAS	1983-1990		1991-1992		1993-1994		1995-1996		1997-1998		1999-2000*		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SANGUINEA	89	22.7	223	38.2	435	40.5	649	47.0	323	45.0	154	38.0	1873	41.1
UDI	70	17.9	215	36.8	428	39.8	645	46.7	320	44.6	153	37.8	1831	40.2
Hemofilia	15	3.8	3	0.5	4	0.4	1	0.1	2	0.3	0	0	25	0.5
Transfusiones	4	1.0	5	0.9	3	0.3	3	0.2	1	0.1	1	0.2	17	0.4
SEXUAL	299	76.7	357	61.1	626	58.2	693	50.2	363	50.6	244	60.3	2582	56.8
Heterosexual	26	6.7	51	8.7	109	10.1	162	11.7	124	17.3	104	25.7	576	12.7
H.S.H (1)	273	70.0	306	52.4	517	48.1	531	38.5	239	33.3	140	34.6	2006	44.1
SIN INFORM.	1	0.3	4	0.7	15	1.4	37	2.7	30	4.2	7	1.7	94	2.0
TOTAL	390	100	584	100	1076	100	1380	100	717	100	405	100	4552	100

(1) Hombres que tienen sexo con hombres; *:cifras provisorias

Tabla 8

VIAS DE TRANSMISION EN CASOS DE SIDA FEMENINOS MAYORES DE 12
AÑOS DE CIUDAD DE BUENOS AIRES 1988- febrero 2001

VIAS	1988-1990		1991-1992		1993-1994		1995-1996		1997-1998		1999-2000*		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SANGUINEA	9	50.0	54	62.8	117	47.0	100	35.8	64	31.4	25	21.8	369	38.8
UDI	9	50.0	48	55.8	108	43.4	96	34.4	62	30.4	24	20.9	347	36.5
Transfusiones			6	7.0	9	3.6	4	1.4	2	1.0	1	0.9	22	2.3
SEXUAL														
Heterosexual	9	50.0	30	34.9	121	48.6	171	61.3	137	67.2	86	74.8	554	58.3
SIN INFORM.			2	2.4	11	4.4	8	2.9	3	1.5	4	3.5	28	2.9
TOTAL	18	100	86	100	249	100	279	100	204	100	115	100	951	100

*cifras provisorias

Gráfico 5

VIAS DE TRANSMISIÓN
Distribución porcentual de vías de transmisión según sexo,
casos totales mayores de 12 años
Ciudad de Buenos Aires entre 1983 y febrero de 2001

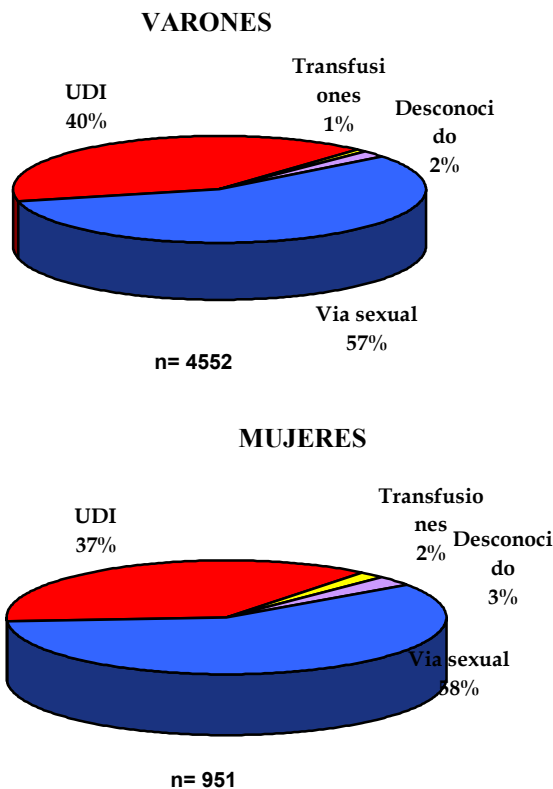
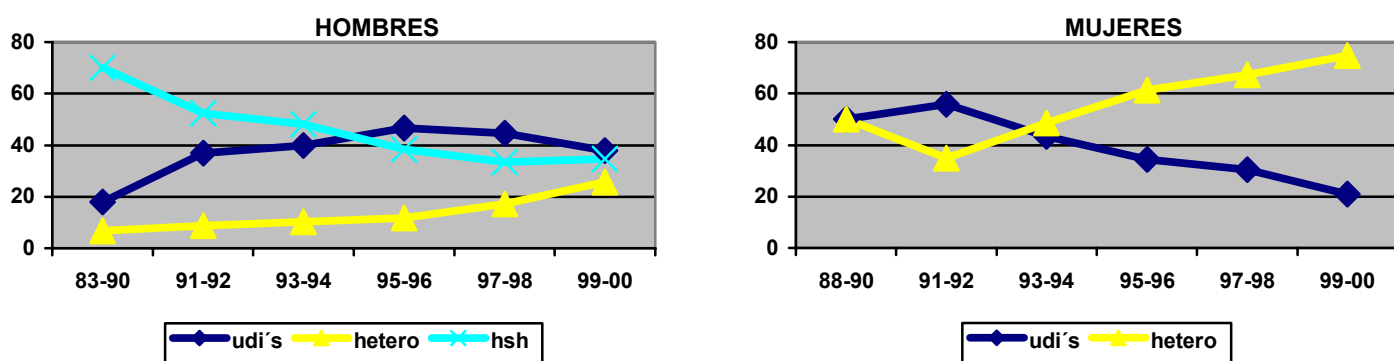


Gráfico 6
VIAS DE TRANSMISION
 Tendencia de los casos de sida según vías de transmisión y sexo (%) en la ciudad de Buenos Aires, 1983 – 2000



Cuando se analizan las vías de transmisión en relación a la edad y el nivel de instrucción de los enfermos de sida, se observa que los usuarios de drogas inyectables son los de menor edad (tabla 9) y los de menor nivel educativo (tabla 10).

En el polo opuesto se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres quedando los casos debidos a relaciones heterosexuales en un espacio intermedio.

Tabla 9

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS
POR EDAD Y SEXO. CIUDAD DE BUENOS AIRES 1983- febrero 2001**

GRUPOS EDAD	UDI	HETEROSEXUAL	H.S.H
13 – 24	16.7	9.3	3.7
25 – 34	52.0	47.9	38.0
35 - 44	19.4	27.9	35.9
45 y más	9.2	14.9	22.4

Tabla 10

NIVEL DE INSTRUCCION

En casos de sida mayores de 12 años con escolaridad conocida, según vías de transmisión. Ciudad de Buenos Aires, entre 1983 y febrero de 2001-10-12

Cifras en %

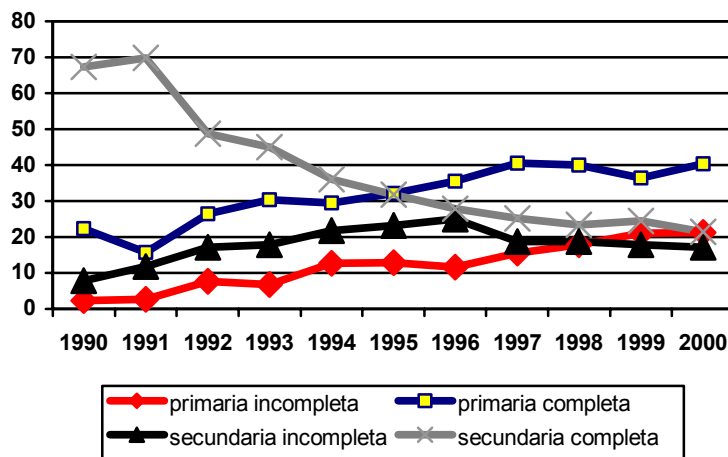
Nivel Instrucción / Sexo	UDI	Heterosexual	H.S.H	TOTAL
Primaria incompleta	13.9	9.8	4.7	9.1
Primaria completa	39.3	29.2	15.3	26.8
Secundaria incompleta	21.6	21.6	17.5	20.5
Secundaria completa	25.2	39.4	62.5	43.6

Otro de los elementos que han adquirido importancia en la epidemia es la incorporación de las variables socioeconómicas que ayudan a explicar el comportamiento de la misma. En ese sentido la Ciudad de Buenos Aires no escapa a lo que está sucediendo en la Argentina y en el mundo que es el empobrecimiento de la epidemia. Cada vez más los nuevos casos son más pobres. De acuerdo a los datos que brindan las fichas epidemiológicas se utiliza la variable nivel de instrucción como indicador "proxí" del status socioeconómico. En ese sentido como puede verse en el gráfico número 7, hay una fuerte caída del mayor nivel educativo desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad, acompañado por un importante aumento de aquellos que no han podido completar su escuela primaria.

Otro elemento que hace referencia al status socioeconómico de los pacientes es el dato que figura en las fichas epidemiológicas sobre trabajo y cobertura de obra social. En ese sentido la información disponible desde 1996 hasta la fecha señala que sobre 1887 casos de sida el 56 % estaba desocupado y el 72 % no tenía cobertura social.

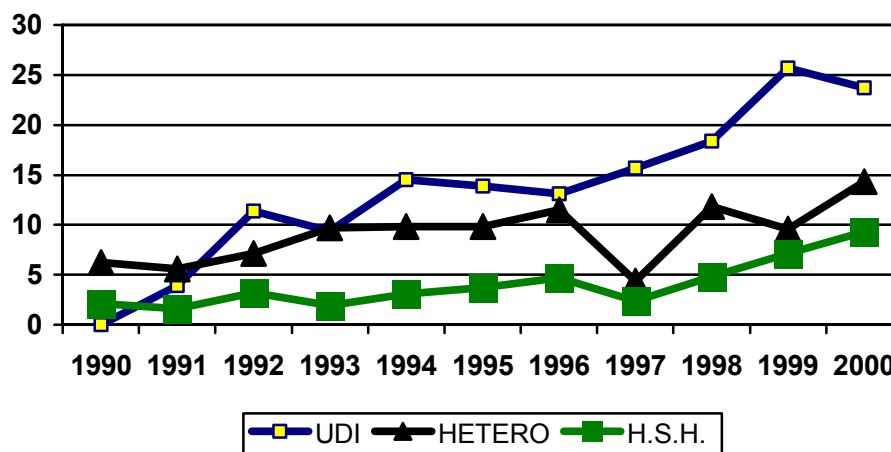
El fenómeno del empobrecimiento de la epidemia se expresa en el hecho de que la categoría *primaria incompleta*, registra un aumento sostenido en las tres principales vías de transmisión. Entre 1990 y 2000 se pasa del 0 al 23.7 % en UDI, del 6.2 al 14.3 % en heterosexuales y del 2.1 al 9.3 % en hombres que tienen sexo con hombres (ver gráfico 8).

Gráfico 7
NIVEL DE INSTRUCCIÓN
 Evolución del nivel de instrucción en casos de sida mayores de 12 años con escolaridad conocido. Ciudad de Buenos Aires, 1990-2000. Cifras en %



* año 2000: cifras provisionarias

Gráfico 8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN
 Evolución de los casos de sida en mayores de 12 años con primaria incompleta según vías de transmisión. Ciudad de Buenos Aires, 1991 – 2000. Cifras en %



* año 2000: cifras provisionarias

Prevalencia de VIH

Uno de los elementos centrales para conocer el estado actual de la epidemia está en poder monitorear la tendencia de las prevalencias de VIH en distintas poblaciones. Uno de los sistemas más utilizados en el mundo es la Vigilancia Centinela, que

recurre a muestras de poblaciones que sean lo más homogéneas posibles en cuanto a los comportamientos. En ese sentido la Dirección de Sida del Gobierno de la Ciudad ha comenzado a recolectar los datos que los hospitales y las ONG de la ciudad están produciendo de manera sistemática.

Uno de los hechos visibles es la caída (estadísticamente significativa) en la prevalencia en los *donantes de bancos de sangre* que llega a **2.6** cada mil personas entre el año 1998 y 2000 (ver tabla 11). Esta disminución se debe seguramente al mejoramiento del trabajo en las instituciones de salud y no a tareas de prevención sobre la población general. Esta afirmación se basa en que en las otras poblaciones analizadas no se observa esta misma disminución. Si bien los donantes no son una población representativa de la población general debido a las acciones de selección previas a la donación, se estima como el límite inferior de la prevalencia de VIH en los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, a la prevalencia encontrada en esta población.

En cuanto a las prevalencias obtenidas en las embarazadas, se observa un aumento entre el año 1998 y 2000 que no es estadísticamente significativo (tal vez debido a las diferencias sustanciales en el tamaño de las muestras a lo largo del tiempo). Estas prevalencias representan a las mujeres que se atienden en los hospitales públicos de la Ciudad, donde en promedio el 30 % corresponde a residentes del conurbano bonaerense. Aún cuando el aumento de la prevalencia no es estadísticamente representativo todos los valores encontrados en los tres años estudiadas se ubican por encima del 1 %, lo que calificaría a la epidemia en la Ciudad de Buenos Aires de acuerdo a los criterios de ONUSIDA como **generalizada**¹⁰.

También es útil para saber cuál es la situación de la epidemia, observar la tendencia en la prevalencia en aquellos grupos que, se supone a priori, tienen un riesgo incrementado de transmisión del VIH. En este caso a través del trabajo de dos organizaciones no gubernamentales, junto a La Facultad de Medicina de la UBA, puede obtenerse la prevalencia en población gay y trabajadoras sexuales. En ambos casos las prevalencias encontradas son sumamente altas, 15 y 5 % respectivamente. Las siguiente tablas se resumen la información analizada:

Tabla 11
PREVALENCIA EN BANCOS DE SANGRE
Ciudad de Buenos Aires, 1998 – 2000.
Comparación de los segundos semestres de cada año

AÑOS	NUMERO DE MUESTRAS	PREVALENCIA %	INTERVALO DE CONFIANZA (95 %)
1998	39.645	0.35	0.20 – 0.40
1999	41.563	0.30	0.20 – 0.30
2000	43.013	0.26	0.20 – 0.30

P valor = 0.01 (significativo)

¹⁰ ONUSIDA y el CENSUS de los Estados Unidos agrupan a la epidemia de sida en tres estadios: incipiente, concentrada y generalizada. Esta última se da cuando en las prevalencias encontradas en las embarazadas supera el 1 %.

Tabla 12
PREVALENCIA EN EMBARAZADAS
Ciudad de Buenos Aires 1998 - 2000

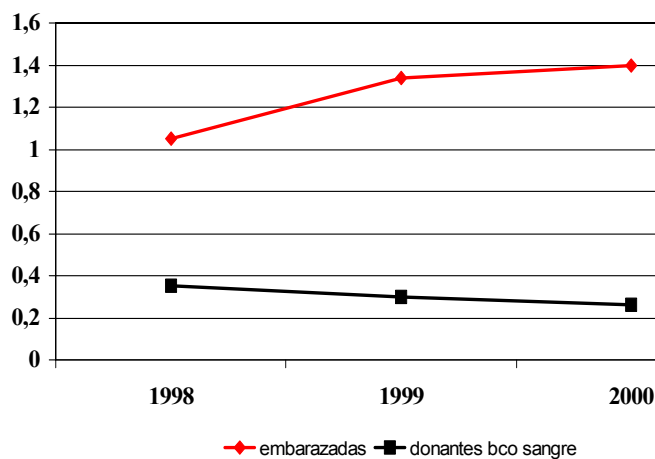
AÑOS	NRO. DE MUESTRAS	NRO. DE HOSPITALES	PREVALENCIA %	INTERVALO DE CONFIANZA (95 %)
1998	5.887	1	1.05	0.8 – 1.3
-1999	8.787	2	1.34	1.1 – 1.6
2000	20.809	8	1.40	1.2 – 1.5

P valor = 0.06 (no significativo)

Tabla 13
PREVALENCIA EN POBLACIONES SELECCIONADAS
Datos año 2000

POBLACIÓN	NRO. DE MUESTRAS	PREVALENCIA %	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
Población gay	715	13.01	10.7 – 15.8
Trabajadoras sexuales	436	2.75	1.40 – 4.80

Gráfico 9
PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIONES SELECCIONADAS.
Ciudad de Buenos Aires, 1998 - 2000



MORTALIDAD POR SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. SU MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS EN LA DÉCADA DE LOS 90.

Lic. Victoria Mazzeo
Lic. en Sociología y Magíster en Demografía Social
Responsable del Área Sociodemográfica de la
Dirección General de Estadística y Censos - GCBA

En la Argentina se registra un fenómeno común a la mayoría de los países en desarrollo: el sida se ubica como una de las principales causas de muerte. En la ciudad de Buenos Aires, para la población entre 15 y 44 años, el sida llegó a ser la primera causa de defunción en los años 97, 98 y 99.

El análisis sociodemográfico que realiza la Lic. Mazzeo permite conocer la estructura que adopta la mortalidad por sida en nuestro distrito.

1. INTRODUCCIÓN

El sida se encuentra entre las primeras causas de defunción en todo el mundo. Según las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia fines de 1998 el número de personas que vivían con sida habría superado los 33 millones de personas, un 10 por ciento más que hace un año y habría costado la vida a cerca de 14 millones de adultos y niños¹¹, lo que pondría en evidencia que la epidemia no habría sido controlada.

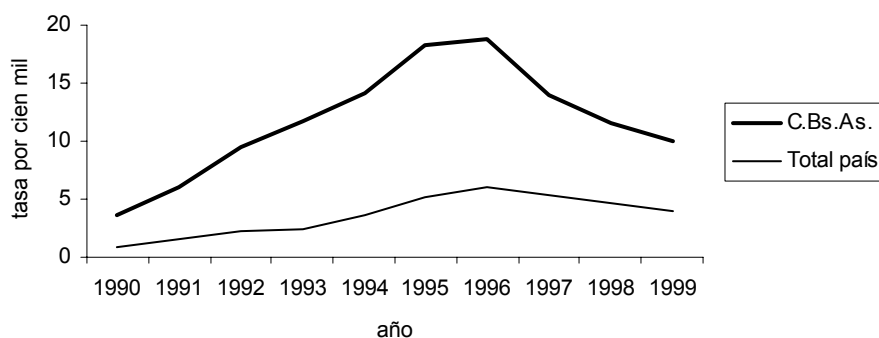
Según la información publicada por dichas fuentes más del 95 por ciento de las personas infectadas habita en el mundo en desarrollo y es en esos países en los que se ha producido la mayoría de las defunciones causadas por la epidemia, especialmente entre los adultos jóvenes. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos en la sociedad pueden sintetizarse en: deterioro de la sobrevivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, aumento de la orfandad y sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, hechos que plantean una amenaza para el desarrollo.

2. LOS DIFERENCIALES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.

En la ciudad de Buenos Aires, la tasa promedio de mortalidad por sida durante la década de los 90 ha sido de 12 por cien mil siendo su nivel superior a la tasa promedio del total del país (3,6 por cien mil).

¹¹ (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1999)

Gráfico 1
MORTALIDAD POR SIDA
 Ciudad de Buenos Aires y Total país, 1990-1999.

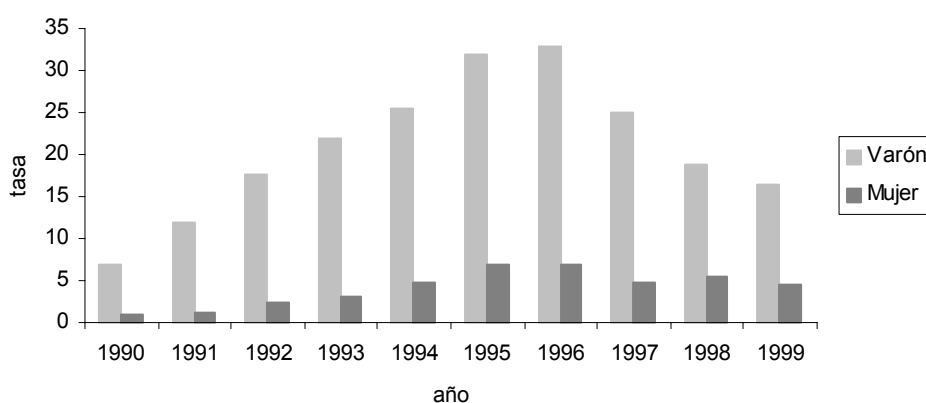


Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales y de población.

Si bien la evolución de la tasa de mortalidad por sida entre los años 1990 y 1996 se ha incrementado notoriamente (400 por ciento), especialmente en el trienio 94-96 donde se ubica el valor máximo del período (1996 = 18.8 por cien mil) a partir de 1997 comienza a descender. Entre 1996 y 1999 disminuyó un 47 por ciento.

La desagregación según sexo evidencia la presencia de sobremortalidad masculina, la tasa promedio del período de los varones más que quintuplica la de las mujeres; mientras que para los hombres es de 21 por cien mil para las mujeres es de 4 por cien mil. Si bien la mortalidad por sida es significativamente más alta entre los varones, a partir de 1994 se incrementa el nivel de mortalidad de las mujeres.

Gráfico 2
MORTALIDAD POR SIDA
 según sexo, (tasas por cien mil). Ciudad de Buenos Aires, 1990-99.



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales y de población.

En cuanto a la distribución de casos por sexo se ha mantenido en una relación cercana a 5 hombres por cada mujer, con una tendencia descendente llegando a fines del período a 3/1. Es necesario hacer notar que el comportamiento de la razón hombre/mujer varía de acuerdo a las características que la epidemia adquiere en cada

provincia o ciudad, esto explica que en el total del país la relación promedio del período sea de 4/1.

Al incorporar en el análisis la variable edad, se observa que la mortalidad afecta principalmente a la población con edades comprendidas entre los 25 y 49 años. Las tasas más altas se ubican, sin importar el sexo, en los grupos 30-34 y 35-39 años.

Cuadro 1 TASAS DE MORTALIDAD

Muertes por sida (por cien mil) por grupo de edad según sexo.
Ciudad de Buenos Aires, 1996-1999.

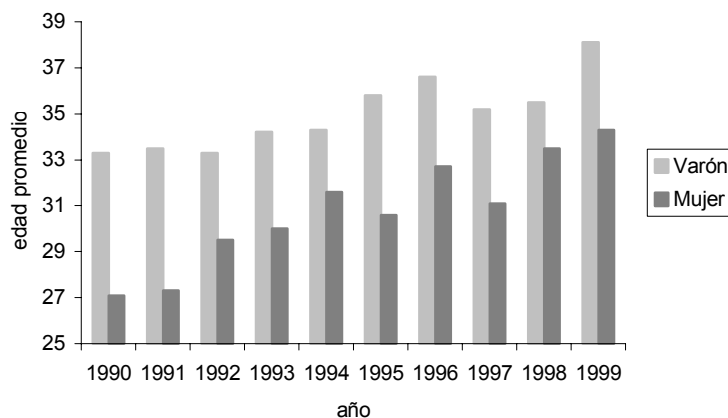
Grupo Etario	1996			1997			1998			1999		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Total	32.9	6.9	18.8	25.1	4.7	14.0	18.8	5.5	11.6	16.5	4.6	10.0
-15	4.0	2.2	3.1	5.0	1.5	3.2	1.8	2.2	2.0	1.1	0.7	0.9
15-19	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20-24	18.1	13.3	15.7	12.0	9.1	10.5	6.0	4.1	5.1	3.4	5.0	4.2
25-29	85.9	26.9	55.7	66.5	26.8	46.2	41.8	19.9	30.6	30.0	12.1	20.8
30-34	105.9	25.8	64.6	88.1	9.2	47.4	84.1	19.3	50.7	56.6	21.1	38.3
35-39	78.4	9.4	42.1	61.6	6.6	32.7	49.0	12.2	29.7	51.1	12.2	30.6
40-44	60.2	8.6	32.2	47.7	6.7	25.5	40.8	8.6	23.4	36.3	6.7	20.2
45-49	43.3	1.9	20.7	20.3	2.0	10.2	20.3	5.8	12.3	20.3	5.8	12.3
50-54	32.6	4.0	16.5	11.7	4.1	7.4	3.9	4.1	4.0	18.2	1.0	8.5
55-59	23.4	3.4	12.1	20.5	0.0	8.9	8.8	3.4	5.7	13.2	3.4	7.6
60-64	13.4	0.0	5.7	6.0	1.1	3.2	6.0	0.0	2.5	7.5	0.0	3.2
65-69	6.2	1.0	3.1	12.4	0.0	5.0	4.7	0.0	1.9	3.1	1.0	1.9
70-74	5.7	1.2	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0	1.4
75-79	0.0	2.9	1.9	2.8	1.5	1.9	2.8	1.5	1.9	2.8	0.0	1.0
80y+	0.0	1.3	0.9	3.4	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: elaboración en base a estadísticas vitales y de población.

Al comparar las tasas por grupo de edad y sexo para los años extremos del período se detecta un comportamiento similar para varones y mujeres: en general han disminuido las tasas de mortalidad para todos los grupos etarios, especialmente entre los 20 y 34 años.

Esta situación se refleja al incorporar en el análisis la variable edad promedio al morir, ya que si bien durante todo el período es superior la de los varones y para ambos sexos se incrementa, la de las mujeres experimenta un mayor aumento acortándose de esta manera la diferencia entre los sexos, mientras que en 1990 era de 6 años en 1999 es de 4 años.

Gráfico 3
EDAD DE LOS FALLECIDOS
 Promedio de edad de los muertos por sida según sexo.
 Ciudad de Buenos Aires, 1990-1999.



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales.

3. LAS CAUSAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR SIDA

Aunque las estadísticas de mortalidad generalmente se basan en la causa básica de la defunción es común que los informes estadísticos de defunción contengan información detallada sobre las distintas enfermedades diagnosticadas, razón por la cual son un elemento útil en la investigación de estados patológicos y en la elaboración de estudios estadísticos especiales. Las estadísticas de mortalidad serán más reveladoras si a la certificación de la causa de muerte se incorporan los detalles de la historia clínica de la persona fallecida respecto a los sucesivos diagnósticos que se hayan dado.

Por otro lado, cada vez son más frecuentes las defunciones de personas que padecen uno o varios trastornos crónicos. Se ha reconocido que en una población que envejece una gran proporción de los fallecimientos suponen múltiples procesos morbosos y que los efectos relacionados con las intervenciones terapéuticas tienden a aumentar el número de los posibles estados morbosos entre la causa básica y la causa directa de la defunción.

De esta manera se han podido investigar no sólo cuáles fueron las causas asociadas a la mortalidad por sida sino sus diferenciales por edad y sexo. Los valores obtenidos demuestran que la mayor participación la registra la tuberculosis con un peso relativo promedio del 20 por ciento en el período 1995-99, seguida por neumonía (13 por ciento). Luego con un nivel más reducido se ubican: toxoplasmosis y septicemia (8 por ciento) y tumores malignos (6 por ciento). Estas causas han reducido su participación hecho que muestra la existencia de una mayor dispersión y el incremento de otras causas como criptococosis e insuficiencia respiratoria.

Cuadro 2
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
 Causas de muerte asociadas al SIDA en la ciudad de Buenos Aires, 1995-1999.
 Cifras en %

Causa	1995	1996	1997	1998	1999
Bronconeumonía	1.6	0.7	0.8	1.0	0.7
Caquexia	1.4	1.3	0.3	1.0	1.1
Criptococosis	1.8	2.0	3.9	5.0	3.7
Encefalopatía	4.1	2.4	2.3	2.0	3.0
Hemorragia digestiva	2.1	1.8	1.1	1.7	0.4
Hepatitis	1.4	1.5	2.0	1.3	1.1
Histoplasmosis	1.8	0.4	0.6	0.3	-
Insuficiencia respiratoria	1.6	2.9	4.5	8.7	11.4
Meningitis	2.1	1.8	2.8	1.7	2.6
Meningoencefalitis	1.1	1.8	1.4	1.0	0.4
Neumonía	14.6	13.7	13.0	11.7	12.2
Septicemia	7.8	6.4	9.3	7.4	8.5
Toxoplasmosis	8.4	9.3	8.2	7.7	7.4
Tuberculosis	20.5	23.6	22.3	16.1	15.1
Tumores benignos	0.9	0.7	1.4	0.3	1.1
Tumores malignos	7.3	6.6	7.9	4.3	5.2
Resto	21.5	23.3	18.3	28.8	26.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia en base a formularios estadísticos.

Al considerar las variables edad y sexo se observa que no existen diferencias significativas por sexo en la estructura de las causas asociadas y que sí se las encuentra según grupo etario. Los valores obtenidos permiten concluir que las causas asociadas que registran mayores participaciones en las edades más jóvenes son las infecciosas (tuberculosis, septicemia y toxoplasmosis) y las respiratorias (neumonía) y en las personas de edades más avanzadas son las degenerativas (tumores malignos).

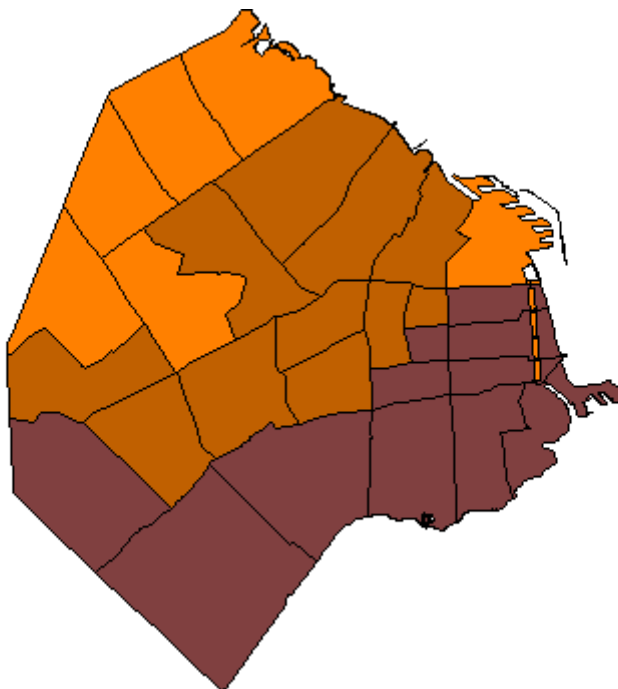
4 LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DENTRO DE LA CIUDAD

La tasa de mortalidad por sida no se distribuye en forma homogénea dentro de la ciudad. A esta conclusión se arriba al observar los valores que asume la tasa para el año 1999 cuando se tiene en cuenta la variable residencia habitual del fallecido.

La unidad geográfica analizada es la Circunscripción Electoral, que es la división geográfica con la que se codifica la residencia habitual del fallecido dentro del Subprograma Nacional de Estadísticas Vitales.

A partir de los resultados obtenidos se han establecido tres intervalos de incidencia, el primero de baja mortalidad (menos del 6 por cien mil), el segundo de mortalidad media (6 a 13 por cien mil) y el tercero de alta mortalidad (más de 13 por cien mil). Las circunscripciones más afectadas se ubican en la zona sur y este de la ciudad.

Gráfico 4
TASA DE MORTALIDAD POR SIDA
 por cien mil habitantes según Circunscripción Electoral. Año 1999.



Referencias:

- baja (- de 5.95 por cien mil)
- media (5.95-13.05 por cien mil)
- alta (+ de 13.05 por cien mil)

5 CONCLUSIONES

El análisis epidemiológico de las causas de muerte tiene como objetivo principal describir los escenarios existentes para brindar sustento técnico en la determinación de las políticas de prevención así como brindar herramientas a la administración de los servicios de salud para el cálculo de sus recursos.

Ha sido el propósito de este artículo tratar de cumplir con dichos objetivos y ser un aporte para el conocimiento del perfil de la población afectada por sida desde la perspectiva de la mortalidad tanto en su aspecto demográfico como espacial. Por otro lado, el análisis de las causas asociadas ha permitido disponer de un cuadro más completo de los procesos mórbidos involucrados en las defunciones por sida, así como conocer en qué medida se subestima la prevalencia de afecciones en el momento de la muerte y ha permitido estudiar la asociación de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DE DATOS.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Dirección General de Organización, Métodos y Estadística, **Demografía 1996**, Boletín N° 27, Imprenta Municipal, Buenos Aires, 1997.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Dirección General de Estadística y Censos, **Bases de defunciones por SIDA de residentes**, años 1995-1999.

- Mazzeo, Victoria, **Importancia de la calidad de la certificación de la causa de muerte en el estudio de la mortalidad de los residentes en la Ciudad de Buenos Aires**, ponencia presentada en el Taller de la Ciudad de Buenos Aires para Acelerar el Mejoramiento de las Estadísticas Vitales y de Registro Civil (mimeo) Buenos Aires, 1992a.
- Mazzeo, Victoria, **Diagnóstico sobre la calidad de la información de las estadísticas de defunciones generales, de menores de un año y fetales ocurridas y registradas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 1991. Diferenciales según residencia habitual**. Dirección General de Estadística y Censos – Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (mimeo) Buenos Aires, 1992b.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, **Boletín sobre el SIDA en la Argentina**, Año VI, N°16, Buenos Aires, 1999.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, **Boletín sobre el SIDA en la Argentina**, Año VI, N°15, Buenos Aires, 1998a.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, **Boletín sobre el SIDA en la Argentina**, Año VI, N°14, Buenos Aires, 1998b.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, **Datos inéditos sobre mortalidad por SIDA según sexo para total del país período 1980-1997** (mimeo), 1999.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 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, 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, **Conocimiento y opiniones sobre enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Varones de 18 años**, Buenos Aires, 1992.
- Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, **Certificación médica de causa de defunción**, Ginebra, 1980.
- Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, **Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión**, Publicación Científica N°353, Washington DC, EUA, 1978.
- 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.
- Somoza, Susana, Mortalidad asociada al SIDA en Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, **Boletín sobre el SIDA en la Argentina**, Año VI, N°14, Buenos Aires, 1998b.

**ALGUNOS ASPECTOS DE LA
TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH
EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Dr. Fabián Portnoy.
Dirección de Sida (GCBA)

La transmisión vertical es la vía por la que adquirieron el VIH prácticamente todos los niños y niñas con sida registrados en la ciudad de Buenos Aires. Este dato contrasta con la efectividad demostrada por los tratamientos para reducir sensiblemente la probabilidad de transmisión de la madre al hijo y define, en consecuencia, una prioridad desde el punto de vista de la prevención. En este artículo, el Dr. Fabián Portnoy plantea un abordaje integral de la transmisión vertical y señala algunas de las líneas de trabajo que, en este terreno, impulsa la Dirección de Sida.

Desde el inicio de la epidemia de SIDA la transmisión vertical (de la madre a su hijo) es la principal vía de transmisión en los niños. De hecho, en la Ciudad de Buenos Aires el 97 % de los casos de SIDA en menores de 13 años reconoce esta vía como forma de transmisión.(Tabla 1)

Tabla1

VÍAS DE TRANSMISIÓN

Casos de sida totales menores de 13 años

Ciudad de Buenos Aires al 28/02/01

<u>VIA DE TRANSMISIÓN</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
TRANSFUSIONES	5	2
HIJO DE MADRE HIV +	249	96,8
SIN INFORMACIÓN	3	1,2
TOTAL	257	100

El primer niño con diagnóstico de sida en la Ciudad, infectado por transmisión vertical, fue reportado en 1986. Desde entonces esta ha sido la vía de transmisión de la infección para 573 niños con sida atendidos en las instituciones de la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales sólo 249 son residentes de la ciudad.

Desde la notificación de ese primer caso, ha habido un aumento sostenido en el número de nuevos casos por año hasta 1996 en el que se alcanza un pico para luego descender a partir de 1997.

El citado descenso coincide con la aprobación (en 1997) y difusión de la "Norma Nacional de Sida en Perinatología". Dicha norma, incluye la *obligatoriedad de ofrecer* a todas las embarazadas, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos, la realización de la serología para el VIH, previo aconsejamiento y respetando el consentimiento informado. Aun cuando no se aplicó de manera generalizada, esta norma contribuyó a mejorar la detección precoz de las embarazadas VIH positivas y

ofrecerles tratamientos antirretrovirales que han demostrado reducir sensiblemente el riesgo de transmisión de madre a hijo.

HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL DEL PROBLEMA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL.

Al abordar la problemática de la transmisión vertical del VIH-sida debemos tener en cuenta: el crecimiento de la epidemia en sectores jóvenes cada vez mas pauperizados; el crecimiento de las relaciones heterosexuales sin protección como forma de transmisión; y la constante disminución de la razón varón/mujer.

En este contexto, estudios por sitios centinelas realizados en la ciudad, muestran tasas de prevalencia en embarazadas del orden del 1 al 2,58 %.

A partir de estos datos se puede estimar que en el corriente año alrededor de 370 mujeres seropositivas tendrán sus hijos en maternidades de la Ciudad.

Existen dificultades concretas y fallas a la hora de garantizar la captación precoz de la embarazada para el control obstétrico y/o la realización del testeo para HIV, lo que ocasiona que, en muchos casos, se llegue al trabajo de parto sin conocer las condiciones clínicas y serológicas de las pacientes. Esto deriva en ausencia o retraso del diagnóstico de seropositividad, con la consecuente pérdida de oportunidad para implementar la profilaxis más eficaz.

El desarrollo de centros de prevención, asesoramiento y testeo descentralizados, que faciliten la accesibilidad de la población para la realización voluntaria, confidencial y gratuita de consejería y pruebas diagnósticas, constituye una de las estrategias que la Dirección General Adjunta de Sida prioriza en el camino de ayudar a resolver el problema planteado.

Asimismo, para algunas situaciones particulares, como las guardias obstétricas, sería de suma importancia contar con la posibilidad de ofrecer y realizar tests rápidos de diagnóstico a embarazadas sin control serológico previo. Esto permitiría aumentar la capacidad de detección de seropositividad, pudiendo ofrecer esquemas terapéuticos eficaces para pre, intra y/o postparto, y asesoramiento sobre la lactancia materna, por mencionar sólo algunos ejemplos. Es por estos motivos que se está gestionando la provisión de test rápidos para el ámbito de la ciudad.

Con el fin de neutralizar otros factores que aumentan el riesgo de transmisión vertical, se han desarrollado estrategias que han demostrado ser efectivas, solas o en combinación. Ya se ha mencionado la terapia antirretroviral como profilaxis de la transmisión perinatal, tomando como ejemplo el protocolo ACTG 076 en sus 3 etapas (administración de AZT durante el embarazo, el trabajo de parto y al neonato).

También son conocidas las recomendaciones acerca de evitar los procedimientos invasivos durante el embarazo (ej: amniocentesis, ruptura de membranas) y el parto, para reducir la exposición del niño a la sangre o secreciones maternas. En este contexto continúa vigente (no sin discusiones) la recomendación de la cesárea programada.

La alimentación del lactante plantea, también, otros dilema. La lactancia materna determina un riesgo adicional de infección para el neonato, pero existieron y existen dificultades a la hora de desaconsejarla al no garantizarse la entrega de sustitutos.

Ya están en marcha los mecanismos conducentes a garantizar, en los efectores públicos de la Ciudad, provisiones de sucedáneos de leche materna para hijos de madres seropositivas, lo que contribuirá a evitar los riesgos de transmisión por lactancia materna.

COMENTARIO FINAL

En el análisis sobre la situación epidemiológica del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos realizado en esta misma publicación se realizan estimaciones que indican que viven

en la ciudad entre 6200 y 9300 mujeres HIV positivas, en edad reproductiva, la mayoría de las cuales ignora dicha condición y que, tal como marcan las tendencias, estas cifras aumentarán. Es evidente la importancia de contar con estos datos para proyectar la magnitud potencial de la epidemia, en particular en lo referente a la transmisión vertical.

Es clave el rol que los efectores de salud tienen al respecto. Muchas son las actividades a desarrollar. Optimizar la captación precoz de las embarazadas, brindar una atención de calidad, ofrecer el test serológico y aconsejamiento, esquemas terapéuticos eficaces para la madre y el neonato, entrega de sustitutos de la leche materna, seguimiento continuo, aparecen como los principales desafíos.

La coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales involucrados en estas tareas y la articulación de los efectores de los distintos sistemas (Hospitales y Areas Programáticas, ONGs, Obras Sociales, Privados, etc.) son cruciales a la hora de ayudar a reducir drásticamente las más que preocupantes cifras actuales.

Las “Jornadas de Prevención de la Transmisión Vertical” realizadas el 3 de abril en el Hospital de Niños “J. M. Gutiérrez” y el “Primer Encuentro de Políticas de Prevención de VIH-Sida” del 25 de abril en la Facultad de Ingeniería de la UBA son hitos en esa dirección.

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Farm. Juan Ramos, Farm. Ma. Inés Morales, Dr. Marcelo H. Losso
hivramos@elsitio.net

Los avances de la terapia antirretroviral han significado un mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con VIH-sida. Al mismo tiempo, han puesto en el centro de la escena la problemática de la adherencia al tratamiento. Para responder de manera efectiva a esta nueva situación, el Servicio de Inmunocomprometidos del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía ha implementado un Programa específico que, desde un enfoque multidisciplinario, relaciona a farmacéuticos, médicos y psicólogos. A continuación los responsables de esta experiencia reseñan sus principales características.

Introducción

En los últimos años se han producido grandes avances en la terapia antirretroviral que han tenido como consecuencia un aumento significativo en la supervivencia global y libre de enfermedad. El objetivo planteado en la terapia antirretroviral es la supresión profunda y duradera de la replicación viral, obtenida mediante la aplicación de tratamientos combinados. Uno de los problemas que presenta la terapia antirretroviral actual es su complejidad, que puede reflejarse en el incumplimiento por parte del paciente, fallo terapéutico y aparición de mutantes resistentes. Existen numerosos factores que pueden tener una influencia negativa en la consecución de los objetivos deseados, como el estado clínico, la cepa viral infectante, los tratamientos previos del paciente, la evolución de la carga viral, problemas farmacocinéticos y la personalidad del paciente. La falta de adherencia en la terapia antirretroviral constituye un punto a ser estudiado en los pacientes que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

La adherencia es un potente predictor de la respuesta viral tanto en el contexto de los ensayos clínicos como en estudios de cohorte. Las tasas de cumplimiento descritas en enfermedades crónicas varían del 0 al 90 %, situándose la media en un 50 %. En diversos estudios se considera aceptable un cumplimiento de más del 80 % de la medicación prescrita, y así en los primeros estudios sobre adherencia en pacientes con infección por HIV tratados con Zidovudina se siguieron los mismos criterios. Sin embargo, en la etapa de tratamiento con inhibidores de la proteasa, al relacionar grado de adherencia con efectividad del tratamiento, se evidencia que breves períodos de bajo cumplimiento o descanso de medicación se asocian con aumento de la carga viral y que, sólo una adherencia con más del 90 % de las dosis prescritas, respetando los intervalos entre dosis y la relación con las comidas, obtenía resultados satisfactorios. Se ha comprobado que se obtienen cargas virales indetectables en el 81 % de los pacientes cuya adherencia se encuentra por encima del 90 %, este porcentaje cae a un 50 % en los pacientes cuyo cumplimiento es del 80-90 %.

La importancia de lograr un cumplimiento óptimo proviene principalmente de las fatales consecuencias que pueden aparecer por falla del mismo, tanto en relación a la eficacia como a la posibilidad de facilitar el desarrollo de resistencias que podrían transmitirse al resto de la población, y esto limitaría los tratamientos disponibles.

Es por ello que nosotros hemos implementado un Programa de Adherencia a Tratamiento, a partir de un enfoque multidisciplinario que relaciona a farmacéuticos, médicos y psicólogos.

Descripción del Programa de Adherencia a Tratamiento

El programa que hemos implementado consta de cuatro etapas:

- 1) *Ingreso del paciente*: aquí se trata de evaluar las necesidades del paciente, a fin de poder implementar estrategias para aumentar su cumplimiento.
- 2) *Consulta farmacéutica*: se centra principalmente en los medicamentos que está utilizando el paciente. En el caso que de los pacientes que inician tratamiento se les entrega información escrita y oral.
- 3) *Consulta psicológica*: esta consulta apunta a conocer cuál es el lugar que ocupa el tratamiento para el paciente y su voluntad de cumplir con dicho tratamiento.
- 4) *Evaluación*: se evalúan los niveles de información con respecto a los medicamentos y la enfermedad comparándolos con los resultados obtenidos en la consulta de ingreso. También se evalúa la voluntad de cumplir el tratamiento a partir de la información proporcionada en las consultas farmacéutica y psicológica.

Resultados:

Según nos muestra nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes que ingresaron al programa de adherencia se vieron beneficiados. En efecto, se registró un descenso de las cargas virales en pacientes que previamente habían experimentado un aumento de dicho indicador. Además, el hecho de que el paciente pueda hablar de sus medicamentos posibilita que comprenda mejor el tratamiento. También la posibilidad de identificar interferentes de adherencias, que disminuyen la voluntad para cumplir con el tratamiento, permite un accionar precoz por parte del grupo que atiende a los pacientes, evitando los cambios de esquemas.

Comentarios

Existen en la literatura pocas referencias a programas estructurados que se apliquen en pacientes. Para nosotros el hecho de plantear en las entrevistas objetivos asociados a la adherencia, posibilita centrar la atención del paciente en temas concretos de interés mutuo.

Agradecimientos

A todos los pacientes que se atienden en el Servicio de Inmunocomprometidos, quienes con sus respuestas y su conocimiento no escrito en los libros, hacen que nuestra tarea tenga un sentido.

A la Fundación Alberto Roemmers, por el subsidio en el área de medicina sanitaria y epidemiología, que posibilitó este trabajo.

Bibliografía

1. Piñero F., Gil V., Donis M., Orozaco D., Torres M.T., Merino J. Validación de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de las dislipemias. *Aten. Primaria* 1997;19: 465-468.
2. Evans L and col. The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs* 1983;342: 909-13.
3. Corlett AJ. AIDS to compliance with medication. *BMJ* 1996; 313: 926-29
4. Pulido Ortega F, Peña Sanchez de Rivera JM, Rubio Garcia R. Y cols. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el VIH. *Rev. Cin. Esp.* 1997;197:1163-1166
5. Hill MN y cols. Compliance Enhancement. A call for Multidisciplinary Team Approaches. *Circulation* 1996; 93: 4-6
6. Delafuente JC y cols. Drug use among functionally active, aged, ambulatory people. *Ann Pharmacother.* 1992; 26: 179-83
7. Rich Darryl Pharmaceutical Care Plans Hosp. *Pharm.* ;1994: 176-178

8. Strand L., Morley P and col Drug-Related Problems: Their Structure and Function- DICP Ann Pharmacother 1990; 24: 1093-97
9. Robertson P. Process for preventing or identifying and resolving problems in drug therapy Am. J. Health-Syst Pharm. 1996; 53: 639-50
10. Gallant J. And Block D. Adherence to antiretroviral regimens in HIV-infected patients: Results of survey among physicians and patients J. International Association of Physicians in AIDS Care. 1998 : 32-35
11. Lerner B., Gulick R.and col. Rethinking Nonadherence: Historical Perspectives on triple- Drug Therapy for HIV disease Annals of Internal Medicine 1998; 129: 573-578

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

Servicio de Inmunocomprometidos

Urquiza 609, Pabellón de Clínica – 2º Piso

1221 Buenos Aires

Tel.: (+5411) 4931-5252

Fax: (+5411) 4956-1522

PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y ANTICONCEPCIÓN: UNA RELACIÓN POCO EXPLORADA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lic. Silvana Weller
Dirección General de Sida
dgasya@buenosaires.gov.ar

En los servicios vinculados a la salud reproductiva se plantean cotidianamente dilemas entre la anticoncepción y la prevención del VIH-sida. Garantizar el derecho a una vida libre de ETS a las personas no infectadas es tan necesario como proteger el derecho a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos a las personas que viven con VIH.

Sin embargo, no existe un debate institucional que dé visibilidad a esta problemática, genere acuerdos que orienten la tarea, o permita implementar una política de doble protección de manera sistemática.

EL PROBLEMA

La *consulta ginecológica* o consulta con el equipo de salud reproductiva es un espacio privilegiado para fortalecer la puesta en vigencia de algunos derechos reproductivos básicos: derecho a reproducirse, libertad de decidir cuándo y cuántas veces hacerlo y derecho a una vida sexual libre de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (CIPD,1994). Sin embargo, en la práctica, es frecuente que el ginecólogo y/o equipo actúen –a veces de modo irreflexivo– como un espacio de “distribución selectiva de derechos”, al apoyar el cumplimiento de unos derechos y omitir –o negar– prácticas que pudieran garantizar otros. En relación a la prevención de embarazos no deseados / prevención de VIH/SIDA, es posible esquematizar la situación del siguiente modo:

- a) a las mujeres presumiblemente no infectadas que concurren a buscar asesoramiento anticonceptivo, se les responde de modo puntual y no se las alerta adecuadamente sobre los riesgos del VIH-sida; en otros casos se restringe el asesoramiento sobre VIH-sida a las consultantes adolescentes, omitiendo estas recomendaciones cuando se trata de mujeres casadas o convivientes.
- b) a las mujeres que viven con VIH (o cuyas parejas viven con VIH) se las atiende desde la consigna normativa de “usar preservativo siempre” y de “evitar un embarazo”. Esto produce dos efectos adversos: 1) a la mujer o pareja que tiene deseos de tener un hijo, esta actitud la deja a solas en su decisión y, de este modo, limita su posibilidad de tomar una resolución informada en un marco de contención institucional; 2) a la mujer o pareja que, queriendo controlar su natalidad, no puede o no quiere utilizar preservativo, la deja sin recursos. En este último caso, además, el equipo no estaría actuando *enérgicamente* en materia de prevención de la transmisión vertical del VIH-sida, al no aconsejar sobre otros métodos anticonceptivos y vulnerar el derecho de las personas que viven con VIH a evitar un embarazo que puede significar un niño seropositivo.

Si bien una importante proporción de los profesionales y agentes de salud que trabajamos en hospitales y centros de salud enfrentamos estos dilemas de modo cotidiano (¿Entregar pastillas o preservativos?, ¿qué hacer con el deseo comprensible de la mujer o pareja que aún viviendo con VIH quiere tener hijos?) no existen planteos institucionales del debate que permitan: 1) Darle visibilidad a la problemática; 2) Generar acuerdos que orienten la tarea; 3) Implementar una política de doble protección en forma sistemática (prevención de embarazos no deseados y prevención de ETS/SIDA), como la que ya se viene impulsando hace tiempo en otros países.

Es preciso modificar prácticas habituales

El panorama de la epidemia de VIH-sida de la Ciudad exige revisar, por lo menos, tres prácticas habituales en materia de salud reproductiva (el suministro de anticonceptivos, el control del embarazo, la lactancia materna) a fin de prevenir la transmisión del virus por relaciones sexuales no protegidas así como la transmisión vertical.

1. *Sobre el uso de anticonceptivos*: es preciso explicitar en el marco de la consulta por anticoncepción (en personas presumiblemente no infectadas) la existencia del sida; debe alertarse sobre la **insuficiencia** de los métodos anticonceptivos de mayor aceptación (hormonales, DIU) para actuar como barreras eficaces para detener las ETS/sida. Es preciso promocionar el uso del preservativo como segundo método o como método único, así como, en un estilo respetuoso, alentar al diálogo del/la consultante con su/s pareja/s sobre la problemática, estimulando la realización del análisis de VIH.
En el caso de mujeres o parejas infectadas por el VIH, es preciso brindar un modelo de cuidados anticonceptivos que no tenga al preservativo como única opción. Se debe presentar un abanico de posibilidades que vaya desde la máxima protección (usar preservativo siempre) a alternativas que, no garantizan la protección contra las ETS/sida pero sí la anticoncepción. Esta situación deberá ser considerada atendiendo a cada caso en particular.
2. *Sobre el control del embarazo*: es imprescindible ofrecer la realización voluntaria del análisis del VIH para la mujer embarazada y su pareja. Es preciso tener presente que la mujer puede no estar infectada, pero sí puede estarlo su pareja, y en consecuencia, se debe prevenir una infección de la mujer durante el embarazo.
3. *Sobre la lactancia*: en el caso de las mujeres infectadas por VIH se debe garantizar la provisión de sucedáneos de la leche materna para evitar una infección del bebé por esta vía.

Prevenir el SIDA en mujeres (supuestamente no infectadas) que demandan anticoncepción

Estudios sociales que enfocan el problema de los cuidados preventivos en las relaciones sexuales, ya sea desde los modelos de comportamientos, actitudes y prácticas; de representaciones sociales y/o de imágenes de género, coinciden en señalar a las mujeres jóvenes y pobres (con menor escolaridad alcanzada) como las más desprotegidas ante un embarazo no deseado y una infección por VIH/SIDA (Pantelides et.al. 1992,1995; Gogna et.al.,1998; Weller, 2000). Un estudio realizado en un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires permite confirmar este estado de cosas (Weller, et. al, 2000). Se analizó el *uso del preservativo* previo a la llegada al Centro, de una población de 1000 mujeres que consultaron el Programa Procreación Responsable del Centro de Salud N°2 entre los años 1990 y 1999¹². La principal variable que se usó para comparar a la población fue la variable “escolaridad alcanzada”, que es un indicador de la situación económico- social de las personas. La variable “escolaridad alcanzada” se agrupó en dos categorías: *escolaridad baja* (hasta secundaria incompleta incluida) y *escolaridad alta* (secundaria completa y superior).

¹² Desde el comienzo de la implementación del Programa en el Centro se utiliza un cuestionario que es completado por los usuarios (la mayoría mujeres) una vez finalizado el Grupo de Información. Algunas preguntas se refieren a la experiencia previa que tienen las personas en relación al uso de métodos (primer método, momento de uso, métodos usados por lo menos una vez, etc.)

El estudio muestra¹³ que el preservativo fue utilizado como *primer método* por el 31% de las mujeres de escolaridad alta y por el 22% de mujeres con escolaridad baja; es el primer método utilizado por las mujeres de escolaridad alta que comienzan a cuidarse antes de una gesta; es marcado como primer método por las más jóvenes; es más utilizado por lo menos una vez por las mujeres de escolaridad alta; es el único método que sufrió modificaciones con el paso del tiempo; si en los años 90-93 había sido usado por lo menos una vez por el 57% de las mujeres, en los años 98-99 referían haberlo usado por lo menos una vez el 70%. Es decir que las mujeres que llegan a pedir un método anticonceptivo ya han tomado algún tipo de recaudos, pero las más pobres están tomando menos. Es preciso actuar para fortalecer a todas las mujeres que efectivamente han percibido algún riesgo –por ello se han intentado proteger– y en especial a las mujeres con menos recursos (que no están logrando hacerlo en la misma proporción que las que tienen más recursos).

Desde el espacio de Procreación Responsable (o de la consulta por anticoncepción) es posible:

- 1) Trabajar sobre las representaciones, preconceptos de los miembros del equipo de salud, en relación a quién puede y quién no puede infectarse con el VIH (Etchegoyen et.al, 1996; Grimberg et.al., 1997; Biagini, 2.000)
- 2) Trabajar con la población demandante la noción de “*pareja estable*”: ¿cuándo la “*pareja estable*” es protección contra el SIDA? (solamente cuando son dos personas que tienen un resultado negativo ante el VIH, que no se exponen ante otros riesgos –uso compartido de jeringas, por ejemplo– y que en el caso de mantener relaciones sexuales con otras personas usan preservativo siempre).
- 3) En los momentos de conversación con los consultantes (Consulta por anticoncepción, Grupos de Información, Charlas en sala de espera, etc.) es posible combinar la información sobre anticoncepción con la información sobre SIDA. No es necesario “hacer una charla sobre SIDA”. Se puede empezar hablando del cambio en la anticoncepción a partir de la existencia del SIDA. Cuando se habla del preservativo, se puede enfatizar su doble uso, alertando sobre que los otros métodos no garantizan la doble protección.
- 4) Nunca dar por sentado que la gente conoce el uso del preservativo. Si hay ocasión, siempre trabajar la noción de seguridad del mismo en la medida que es bien utilizado. Es bien recibido por la población una demostración sobre el uso correcto del preservativo.
- 5) Es recomendable ir más allá de la indicación del uso del preservativo, e incorporar la noción de conflicto con la pareja alrededor del uso del preservativo, alertar sobre la necesidad de negociar, y brindar argumentos y pautas. En el caso de espacios grupales, en general esto se ve facilitado por la experiencia de alguna mujer que transitó la negociación, y brinda argumentos a las demás.
- 6) Promover el análisis del VIH, incluso como alternativa al uso del preservativo dentro de la “*pareja estable*”, enfatizando la fidelidad posterior de ambos miembros de la pareja, y el uso del preservativo en el caso de relaciones sexuales de algún integrante de la pareja con otra/s personas. Alertar sobre el riesgo del uso compartido de jeringas como puerta de entrada del virus a la pareja.
- 7) Ser flexible respecto de la elección del método. Es imposible *imponer* el uso del preservativo. Un modo de dejar planteada la necesidad de la “doble protección” es entregar –junto con el método anticonceptivo elegido por la persona– preservativos para todas las personas, junto con material educativo (folletería) sobre prevención de SIDA y uso correcto del preservativo.

¹³ En todos los casos que se mencionan discrepancias en los porcentajes de los grupos, se trata de diferencias significativas desde el punto de vista estadístico.

CUIDADOS EN LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH, O QUE TIENEN PAREJAS QUE VIVEN CON VIH

Sin duda la primer recomendación para una persona que vive con VIH, es la de utilizar el preservativo siempre en sus relaciones sexuales, tengan lugar con personas infectadas o no. El uso del preservativo no sólo evita la transmisión del virus, sino que previene a la persona infectada de nuevas reinfecciones.

Pero sabemos que la realidad es mucho más compleja. En la práctica ocurre que hay personas que viven con VIH que quieren tener hijos y hay personas que no quieren tener hijos pero no pueden usar el preservativo, o cuya pareja no acuerda con el uso del preservativo. *El hecho de que una persona viva con VIH no la vuelve usuaria espontánea del preservativo, en la medida que comparte gran parte de las dificultades que tienen las personas no infectadas para utilizarlo.*

En relación a las personas que quieren tener hijos, es fundamental que puedan contar con un asesoramiento adecuado que les permita tomar una decisión con la mayor información posible para evitar la transmisión del virus al futuro bebé. Si el profesional que recibe esta demanda no se siente en condiciones de brindar este asesoramiento, sería aconsejable que realizara una derivación a un servicio especializado dentro del sistema de salud. En relación a las personas que no quieren tener hijos, es preciso brindarles una gama de posibilidades en materia de anticoncepción que será ajustado a cada situación en particular. El uso de hormonales estará aconsejado o no, en base a que la persona esté tomando o no otra medicación, y en función de cuál sea esa medicación. En relación a la opción del DIU, si bien su uso está generalmente desaconsejado en personas con ETS, hay estudios concluidos y en marcha que se encuentran replanteando esta incompatibilidad (Barnett, 1996; Best, 2000).

Se ha intentado brindar información y argumentos a fin de superar una visión inmediata en relación al problema que nos ocupa. Como ya fue analizado por los organismos internacionales desde los comienzos de la epidemia (Tomasevski, 1991), garantizar los derechos individuales de las personas (a tener una vida libre de ETS en el caso de las personas no infectadas, a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos en las personas que viven con VIH) son prácticas que van en la misma dirección de detener la epidemia del sida. No hay contradicción entre el bienestar individual y el bienestar comunitario. Llevar adelante las prácticas que aquí se han propuesto implica asimilar en toda la magnitud el desafío que significa detener la epidemia del sida. La existencia del sida significa un cambio. Para detener la epidemia, nosotros también tenemos que cambiar.

Referencias Bibliográficas

Barnett, B., 1996 Precauciones clave para los DIU incluyen selección de clientas e inserciones *Network en español*: Invierno 1996, Vol. 16, No. 2

Best, K., 2000 No se recomienda el DIU si hay riesgo de contraer ETS. Sin embargo la investigación reciente demuestra que algunas mujeres en riesgo de infección pueden usarlo. *Network en español*: Vol.,20. No. 1.

Biagini, G. 2000 El hospital público y la significación social del VIH/SIDA En: *Cuadernos Médico Sociales* Nº 78: 55-71. Rosario, CESS

Bloch, C. 1999 SIDA: una nueva enfermedad de la pobreza En: Cahn, P., Bloch, C., Weller, S. : Cahn, P., Bloch, C., Weller, S. **El SIDA en la Argentina-Epidemiología, Subjetividad y Ética Social**. Buenos Aires, Arkhetypo.

CIPD, 1994 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. "Relatorio de CIPD". Comisión Nacional de Población y Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cairo, 5 al 13 de setiembre.

Etchegoyen, G., Asconiga, M., Legarralde, M., Gonzalez Ayala, S., Candreva, A. 1996 Incidencia de la información en los modos de comportamiento del equipo de salud frente al SIDA *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad* pp187-192 Buenos Aires. CENEP/OMS – CEDES – AEPA

Forbes, A., 1995 When womens can't use condoms: women-controlled prevention options *VIH Infect Women Conference*, 1995, Feb 22-24; P 92

Gogna, M., Ramos, S. y Romero, M., 1998 La salud reproductiva en la Argentina: Dimensiones epidemiológicas y sociodemográficas. *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuesta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires.

Gollub, E.L., French, P., Latka, M., Johns, L., Blum, L., O'Donnel, J., Stein, Z. 1996 The womens's safer sex hierarchy: initial responses to counselling on women's methods of STD/VIH prevention at an STD clinic. *Int. Conf. AIDS*, 1996 Jul 7-12, 11:1,52 (abstract no. Mo. D. 583)

Grimberg, M., Margulies, S. y Wallace, S. 1997 Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico. En : A. Kornblit (org) **SIDA y Sociedad** Buenos Aires, Espacio Editorial

Izazola Liceo, J. 1996 *SIDA: estado actual del conocimiento*. México, Noriega Editores.

Ministerio de Salud, 2000 *Boletín sobre el SIDA en la Argentina* Año VII. No. 19. Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, A.E. y Cerruti, M.S., 1992, *Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia, Cuadernos del CENEP 4*, CENEP, Buenos Aires.

Pantelides, A.E.; Geldstein, G.N. e Infesta Domínguez, G., 1995, Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia, *Cuadernos del CENEP 51*, CENEP, Buenos Aires.

Somoza, S., Bloch, C., Kaufman, R., Silva Nieto, F., 1998 Situación Epidemiológica de la Transmisión Vertical en la Argentina *Revista Argentina de SIDA* Año1 No.1 pp: 3.6. Sociedad Argentina de SIDA

Tomasevski, K., 1991 El SIDA y los derechos humanos. En: *Aportes de la Etica y el Derecho al estudio del SIDA* pp 215- 222. Washington: OPS.

Weller, S. 2000 Salud Reproductiva de los/as adolescentes. Argentina, 1990-1998. En *Cultura, Adolescencia, Saúde: Argentina, Brasil, México*. Maria Coleta Oliveira (org.) – Campinas: Consorcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO – UNICAMP)

Weller, S., Esperón, A., Zabala, M., Gomez, L., Argiz, L., 2000 Diez años de Procreación Responsable. *¿Qué aprendimos? ¿Qué podemos hacer?* Centro de Salud Nº 2- Area Programática Hospital Pirovano- GCBA. Mimeo 20 páginas.

EXPERIENCIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS A LAS DROGAS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lic. Graciela Touzé, Lic. Pablo Cymerman, Lic. Paula Goltzman, Lic. Diana Rossi
intercam@cvtci.com.ar

El creciente reconocimiento de la práctica del uso inyectable de drogas y su asociación con la transmisión del VIH, ha tenido un doble efecto: por un lado ha ubicado en el centro del debate el tipo de medidas concretas para trabajar en esta área; por otro lado, ha contribuido al diseño metodológico de investigaciones y de intervenciones adecuadas para esa población. El marco conceptual que guía y unifica la mayoría de los programas desarrollados desde la perspectiva de la Salud Pública, se conoce comúnmente como "reducción de daños". Este artículo, escrito por miembros de la organización Intercambios Asociación Civil, da cuenta de la necesidad de relacionar la investigación con la intervención y con el diseño de las políticas en el tema.

USO DE DROGAS Y VIH/SIDA

El uso de drogas y los problemas de salud asociados a éste son diversos. Los patrones de uso y sus consecuencias para la salud varían de país en país, entre áreas y entre grupos sociales y pueden modificarse en el transcurso del tiempo.

La práctica inyectable de uso de drogas ha jugado un papel fundamental en la propagación del VIH a escala global. Además existe una creciente preocupación en todo el mundo por la transmisión de otras infecciones a través de la sangre, como las Hepatitis B y C, la malaria, la sífilis, y otras complicaciones como la sobredosis. Además, el uso de sustancias podría generar impacto en las prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que a fines de mayo de 1999, 134 países y territorios habían documentado casos de uso inyectable de drogas, mientras que en 1992, eran sólo 80 los que lo habían hecho. De los 134 países, 114 habían informado casos de transmisión del VIH asociada al uso inyectable de drogas durante 1999. Esto se traduce en un incremento de 36 países que informaron esta vía de transmisión en relación con la epidemia de VIH en sólo 5 años. (Ball, 2000) Ante el evidente aumento del reconocimiento de la práctica del uso inyectable y su asociación con la transmisión del VIH, la aplicación de medidas tendientes a trabajar en esta área es un tema de debate en todos los foros internacionales que analizan el tema, y ha contribuido al diseño metodológico de investigaciones y de intervenciones adecuadas para esa población. El marco conceptual que guía y unifica la mayoría de los programas desarrollados desde la perspectiva de la Salud Pública, se conoce comúnmente como "reducción de daños".

En 1989 la OMS inició un estudio comparativo acerca del uso inyectable de drogas y la infección por VIH en 12 ciudades del mundo (Atenas, Bangkok, Berlín, Glasgow, Londres, Madrid, Nueva York, Roma, Río de Janeiro, Santos, Sydney y Toronto). Se entrevistaron 6.390 usuarios de drogas inyectables (UDIs) entre octubre de 1989 y marzo de 1992, la mayoría de los cuales no estaban participando en ese momento de programas de tratamiento por el uso de drogas. Es el estudio más grande de su tipo en el mundo, que usa una metodología e instrumentos de recolección de datos estandarizados (Stimson; Des Jarlais y Ball, 1998).¹⁴

¹⁴ Respecto de los autores de la publicación: Gerry Stimson es Director del Centre for Research on Drugs and Health Behaviour de Londres, Don Des Jarlais es Director de Investigación del Beth Israel Medical

Los autores ofrecen múltiples datos acerca de las consecuencias sociales y de salud del uso inyectable de drogas en contextos muy disímiles. Uno de sus más valiosos aportes consiste en mostrar la necesidad de relacionar la investigación con la intervención y con el diseño de las políticas en el tema. En este sentido el estudio es concluyente: de los datos surge una evidencia muy clara respecto de los cambios que los UDIs producen en sus comportamientos si tienen acceso a la información preventiva acerca del VIH/Sida y a las medidas adecuadas para producir ese cambio. Esos cambios de comportamientos ayudaron a prevenir la epidemia en algunas ciudades. Otra de las evidencias más concluyentes, es que las ciudades que respondieron más rápido con políticas preventivas de transmisión del VIH entre los UDIs, lograron contener el avance de la epidemia en esa población.

Además de intervenir tempranamente, los resultados de múltiples investigaciones sugieren que las medidas de prevención que pretendan ser efectivas, deben incluir programas comunitarios en los que los usuarios de drogas colaboren con la transmisión de medidas de cuidado. También es necesario promover el acceso al equipo de inyección estéril y a una gama más amplia de ofertas de servicios de tratamiento para usuarios de drogas.

EXPERIENCIAS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Intercambios, asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, es una organización no gubernamental creada en la ciudad de Buenos Aires en 1995. Fue gestada por un equipo de trabajo, constituido por un grupo de profesionales con amplia trayectoria en el campo de los problemas relacionados con las drogas y el VIH/Sida. Es miembro fundador de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD) y de la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD).

La misión institucional se propone aportar, en el marco de los derechos humanos, a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con las drogas. Entendemos por *problemas relacionados con las drogas* a los diversos aspectos vinculados a la demanda y a la oferta, a las políticas de control (sociales y penales) y a su repercusión en la vida social, cultural y personal. En tal sentido, **Intercambios** aborda la problemática del VIH/Sida, tanto en su relación con el uso de drogas como en sus aspectos más generales.

Intercambios reconoce que la estigmatización y discriminación asociadas a estos problemas sociales, en muchos casos, generan prácticas violatorias de los derechos de las personas, por lo que inscribe su accionar en el horizonte ético de la defensa de los derechos humanos, el compromiso social y la rigurosidad científica.

Desde su creación, **Intercambios** desarrolla acciones en dos planos articulados:

- la promoción y difusión de políticas de drogas más adecuadas y humanitarias.
- el desarrollo de intervenciones destinadas a reducir los daños asociados al uso de drogas.

Con este marco, **Intercambios** viene desarrollando diversos proyectos orientados a responder más adecuadamente a las necesidades de los usuarios de drogas. Algunos de ellos están localizados en la Ciudad de Buenos Aires.

La farmacia como ámbito de prevención del VIH/SIDA

Este proyecto, aprobado en el primer concurso del Programa Lusida del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, se desarrolló entre abril de 1998 y mayo de 1999, con los siguientes objetivos:

- Sensibilizar al personal de farmacia acerca de su rol como actor de primera línea en la prevención del VIH/SIDA.
- Capacitar a farmacéuticos y auxiliares de farmacia como agentes de prevención del VIH/SIDA, en especial en usuarios de drogas inyectables.
- Desarrollar e implementar en farmacias de la ciudad de Buenos Aires, acciones de reducción de los riesgos de infección por VIH en usuarios de drogas inyectables.

El proyecto contó con la participación y el apoyo activo de las cuatro asociaciones vinculadas a la actividad farmacéutica en la ciudad de Buenos Aires: la Asociación de Empleados de Farmacia, la Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales de la República Argentina, la Cámara Argentina de Farmacias y el Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal.

Se desarrollaron cursos-taller dirigidos a personal de farmacias. El objetivo fue mejorar el nivel de conocimiento acerca de la problemática VIH/Sida y uso de drogas, mejorar las destrezas de comunicación; informar sobre los recursos existentes y brindar un apoyo técnico a este proceso. Más del 50% de los participantes reconocía la presencia de usuarios de drogas en los locales de farmacia. En el diálogo con los farmacéuticos se caracterizaron dos tipos de situaciones: la demanda de jeringas y la demanda de productos farmacéuticos con recetas falsificadas. Respecto de estos medicamentos, hubo coincidencia en la decisión de no venderlos. Respecto de la venta de jeringas a usuarios de drogas, sin embargo, se plantearon diferentes posiciones: quienes las vendían argumentaron que “si no, los obligas a compartirlas”. No obstante, algunos opinaron que por razones comerciales era mejor no venderlas argumentando: “no quiero a esa gente como clientes y si le vendes a uno, se te llena el local”.

Luego de finalizados los cursos, muchos manifestaron que deseaban continuar en contacto con el proyecto. Se seleccionaron 24 farmacias que fueron incluidas activamente en el Proyecto, a partir de los siguientes criterios de selección: a) interés y disponibilidad del personal de la farmacia; b) ubicación geográfica (cobertura de diversas zonas de la ciudad y cercanía con áreas de probable uso de drogas); c) reconocimiento de concurrencia de usuarios de drogas al local.

Las acciones preventivas se lanzaron con una actividad conjunta en todas las farmacias, el 1 de diciembre de 1998, Día mundial de lucha contra el Sida. En esa ocasión se desarrollaron las siguientes actividades:

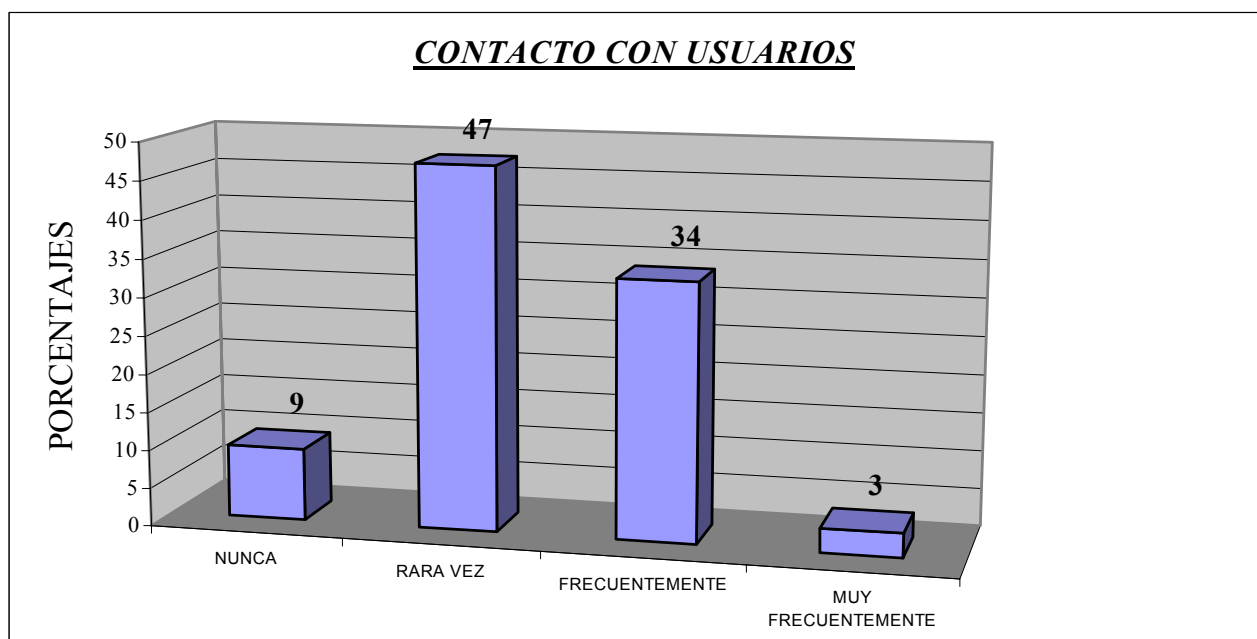
- Preparación de vidrieras alusivas.
- Distribución de folletos preventivos.
- Distribución de preservativos.
- Entrega de cintas rojas.

Con posterioridad se iniciaron las acciones dirigidas a usuarios de drogas, que consistieron en la distribución de material preventivo, en el momento de la venta de jeringas. Para identificar a las farmacias participantes del proyecto, se diseñó un afiche. El material distribuido fue un folleto validado en grupos focales, de los que participaron usuarios de drogas y personal de farmacias. Los contenidos de este folleto incluían información acerca de los riesgos del uso inyectable de drogas, el uso personal del equipo de inyección, desinfección y descarte de agujas y jeringas y el uso correcto del preservativo. Asimismo, a partir de la entrega de material estimulamos que el farmacéutico estuviera disponible para las demandas que pudieran surgir, convirtiendo a la farmacia en un lugar de referencia.

Laboratorio Internacional de Estudios Sociales: VIH/Sida y Uso de Drogas

En el marco de este proyecto trienal (1999-2002) que se desarrolla en Argentina, Brasil, Colombia y Perú con el apoyo de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), *Intercambios* está ejecutando un proyecto de investigación-acción sobre el tema "Uso de drogas y Sida", cuyos objetivos son:

- Conocer la extensión y las características de las prácticas de riesgo de transmisión del VIH asociadas al uso de drogas en la ciudad de Buenos



Aires.

- Sensibilizar y capacitar agentes sociales para la formulación y desarrollo de intervenciones orientadas a reducir las prácticas de riesgo de transmisión del VIH asociadas al uso de drogas.
- Desarrollar, implementar y evaluar un proyecto piloto de intervención entre usuarios de drogas de la ciudad de Buenos Aires.

Este proyecto se focaliza en usuarios de pasta base de zonas pobres de la Ciudad de Buenos Aires y articula sus intervenciones a acciones desarrolladas por diversos grupos comunitarios. Ofrece además formación a jóvenes estudiantes y profesionales, que integran el proyecto en calidad de voluntarios.

Se ha concluido la primera fase de análisis del contexto de las prácticas sexuales y de uso de drogas, incluyendo datos epidemiológicos, aspectos legales y políticas y programas en ejecución, así como la capacitación de recursos humanos. La segunda fase aplicará entrevistas en profundidad a usuarios de pasta base, a fin de valorar sus prácticas de riesgo y diseñar intervenciones preventivas.

CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN FOCALIZADA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN USUARIOS DE DROGAS

Con apoyo del **LUSIDA**, Proyecto de Control del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, se está desarrollando esta Campaña en diversas localidades.

Con la participación de usuarios de drogas, **Intercambios** diseñó y validó una serie de materiales gráficos (afiches, stickers y folletos) que promueven medidas preventivas de inyección segura y de sexo seguro para evitar la infección por VIH y hepatitis y difunden la línea 0-800 Disque Salud.

Estos materiales están siendo distribuidos entre usuarios de drogas de más de 20 barrios de la Ciudad de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y la Ciudad de Rosario, con la participación de las siguientes 15 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales:

- *Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2* - Villa Pueyrredón - Buenos Aires
- *Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 5* - Ciudad Oculta - Buenos Aires
- *Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 7* - Barrio Piedrabuena - Buenos Aires
- *Asociación Civil El Retoño* - Villa Diamante - Partido de Lanús
- Barrio Trujuy - Partido de San Miguel
- Florida - Partido de Vicente López
- *Asociación Renacer* - Rafael Castillo - Partido de La Matanza
- *Asociación GESOL* - Villa Udaondo - Partido de Ituzaingó
- *Centro Municipal de ETS y VIH/SIDA de Moreno* - Partido de Moreno
- *Centro de Salud N° 7* - José León Suarez - Partido de San Martín
- *Centro de Salud N° 10* - José León Suarez - Partido de San Martín
- *Cruz Roja filial Esteban Echeverría* - Monte Grande - Partido de Esteban Echeverría
- El Jagüel - Partido de Esteban Echeverría
- *Intercambios Asociación Civil* - Villa Luján - Partido de Avellaneda
- Villa Corina - Partido de Avellaneda
- Villa Sapito - Partido de Avellaneda

- *Asociación Civil Programa Andrés Rosario* - Barrio La Paloma - Rosario
- *OFES* - Barrios La Cerámica, La Florida y Empalme Graneros - Rosario
- *PROMUSIDA - Centro de Salud* - Barrio Las Flores - Rosario
- *PROMUSIDA - Centro de Salud San Martín* - Rosario

Esta campaña tiene como objetivo no sólo la difusión de información adecuada a las necesidades de los usuarios de drogas sino también el apoyo para que las organizaciones participantes promuevan su contacto con esta población y amplíen los servicios de reducción de daños, permitiendo el desarrollo de nuevas intervenciones.

Referencias bibliográficas

- Ball, A. "Epidemiology and Prevention on HIV in Drug-Using Populations: Global Perspective" en: *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*, NIDA, Washington, junio de 2000; ps. 8/11.
- Cymerman, Pablo et al. "Experiencias de reducción de daños relacionados con las drogas en Buenos Aires" en *Revista Adicciones* Vol. 11, Nro. 4. editada por SOCIDROGALCOHOL, Valencia (España), 1999.
- Goltzman, P. et al. "Cooperación entre la Federación de Universidades Católicas y una ONG". Foro 2000. Rio de Janeiro, 6 al 11 de noviembre de 2000.
- Stimson, G.; Des Jarlais, D. y Ball, A. "Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses", World Health Organization, UCL Press, Londres, 1998. 294 páginas.
- Touzé, G.; Rossi, D. et al. "Prevención del Vih-Sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención". Intercambios. Buenos Aires, 1999.
- Touzé, G. et al. "Pharmacy-based harm reduction program in Buenos Aires City". 10th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ginebra, marzo de 1999.

Sitios Web, con información sobre reducción de daños

www.bioetica.org

www.harmreduction.org

www.drugpolicy.org

www.drugtext.org

www.nasen.org

<http://www.msc.es/sida/prevencion/prevencion.htm>

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548, 1º E, 1046, Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax N° (54 11) 4954 7272

ACCIONES DE PREVENCIÓN DE JÓVENES PARA JÓVENES

En el marco del programa “Verano en Buenos Aires” del Gobierno de la Ciudad, el Área de Salud de la Dirección General de Juventud, llevó a cabo una serie de acciones tendientes a sensibilizar a los jóvenes sobre la necesidad de prevenirse del VIH-sida. A partir de este enfoque preventivo, se optó por una metodología participativa asociada a actividades lúdicas. Esta iniciativa se llamó “Juegos para la Salud”.

JUEGOS PARA LA SALUD

En diversos espacios verdes de la ciudad se instalaron diferentes juegos – bolos, tiro al arco y al blanco, juego de la Oca–, en los que se premiaba no sólo la destreza y habilidad físicas, sino también los conocimientos sobre VIH-sida. Estos conocimientos eran evaluados mediante preguntas con diferentes niveles de complejidad. Cuando las respuestas eran correctas otorgaban determinado puntaje al participante y, en caso de error o desconocimiento, se abría la oportunidad para aclarar el punto. Esto se hacía siempre en voz alta, de modo tal que la información llegara no sólo a quienes participaban activamente del juego sino también a todos los que se encontraban observándolo; también a ellos se los animaba a contestar en caso de que conocieran las respuestas.

Los juegos se desarrollaron en distintos parques y plazas (Lezama, Chacabuco, Avellaneda, Sarmiento, Patricios, entre otros), llamando de inmediato la atención del público por su colorido y variedad. Debemos admitir nuestra sorpresa cuando notamos que buena parte del público estaba compuesto por chicos para quienes las preguntas eran demasiado complejas. Lejos de desestimar la participación infantil, los integramos sumando al juego a un mayor que contestara por ellos.

Participaron de los juegos aproximadamente 500 personas, en forma activa y alrededor de 1250 personas, de manera pasiva.

Entre otras cosas pudimos confirmar que los adolescentes y jóvenes son menos prejuiciosos que los adultos respecto del VIH-sida y que, en general, poseen buena información sobre el tema. En un gran porcentaje las preguntas eran respondidas correctamente y se registró gran interés de los presentes por escuchar las respuestas y explicaciones dadas por los coordinadores.

A la luz de estos resultados, surge una vez más la pregunta sobre el porqué de la exposición de muchos jóvenes a riesgos innecesarios y vuelve a hacerse evidente que una cuestión es la *información* y otra es lo que *se hace* con ella. Esta pregunta, sin duda, nos interpela acerca de nuestra responsabilidad como agentes de salud, y nos obliga a diseñar nuevas estrategias para abordar la problemática desde una perspectiva que apunte facilitar y promover cambios en las conductas frente a situaciones de riesgo.

¿CUÁNTO SABÉS SOBRE EL SIDA?

Acompañando “Los juegos para la Salud” se realizó la Campaña “¿Cuánto sabés sobre el SIDA?”. Esta campaña fue realizada en forma conjunta por la Dirección General de Juventud, el Programa de Prevención de Enfermedades Sociales y la Dirección General Adjunta de SIDA dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto al Ministerio de Salud de la Nación a través del Proyecto Lusida.

Se distribuyeron más de 80.000 volantes con un preservativo. Dicho material, al igual que los juegos, partía de un enfoque preventivo. Concretamente, se trataba de un cuestionario con diez preguntas por SI o por NO, que otorgaban un punto cada una. Se estableció un ranking de puntaje que estaba reflejado simbólicamente en un semáforo. El color rojo indicaba falta de información, el amarillo, regular información y

el verde suficiente información. Aún en este último caso, se instaba a reflexionar sobre la propia actitud, entendiendo que la sola información no es suficiente.

Uno de los objetivos era que los destinatarios fueran sujetos activos e interactuaran con el material informativo. Al mismo tiempo se proponía una autoevaluación del conocimiento sobre el VIH/SIDA, ya que el material contenía las respuestas correctas a cada pregunta lo cual garantizaba la información sobre el tema.

Este material continúa utilizándose en nuevas actividades de prevención orientadas a jóvenes y se encuentra a disposición de organizaciones e instituciones que trabajen en esta problemática.

EL DERECHO DE LOS MENORES A PARTICIPAR DEL PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Ignacio Maglio
Dirección de Sida

Muchos profesionales que asisten a niños y jóvenes dudan del marco legal que protege a los menores frente a las decisiones sobre el propio cuerpo. En este artículo, el Dr. Ignacio Maglio, analiza el proceso de consentimiento informado y brinda ejemplos del derecho comparado que ilustran la tendencia a considerar la capacidad natural de juicio de los menores, y no sólo su edad cronológica, como criterio para incorporarlos en la toma de decisiones vinculadas a su integridad psico-física.

A diferencia de un matrimonio civil, un contrato de locación o un contrato de compraventa, el Consentimiento Informado no es un acto jurídico formal. Por este motivo las reglas sobre capacidad que exige el Código Civil (21 años de edad para alcanzar su pleno ejercicio) no resultarían, en principio, aplicables al momento de solicitar a un menor su consentimiento para la realización de la serología para VIH.

Existen fundamentos de distinta índole para defender la participación de los menores, especialmente los menores adultos (entre 14 y 21 años) en el proceso del Consentimiento Informado. Los fundamentos jurídicos tienen que ver, en primer lugar, luego de la recepción constitucional¹⁵ de la Convención Internacional de Derechos del niño, que establece que el niño es persona humana, sujeto y titular de derechos y obligaciones; razón por la cual debe considerársele siempre fin en sí mismo, nunca como medio, respetando su esencia como sujeto y no objeto.

Además de los derechos propios de su condición de persona, los niños poseen derechos específicos que protegen su vulnerabilidad y tienden a favorecer su crecimiento y formación, el principio de más alto rango en la declaración es el del mejor interés del niño

El Consentimiento Informado se considera desde un punto de vista como un derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas; como derecho personalísimo tiene las características de ser innato, vitalicio, necesario, extrapatrimonial, privado, absoluto y relativamente indisponible¹⁶, entre otros caracteres.

Estas características permiten inferir que el Consentimiento Informado es intransferible como principio general, salvo que manifiestas razones de inmadurez e incompetencia no permitan ejercerlo al menor por sí mismo; en algunos actos vinculados al ejercicio de derechos personalísimos, se establece que el consentimiento del menor es personal e indelegable, tales como el consentimiento matrimonial y el reconocimiento de hijos.

La indicación global es que el menor pueda ejercer su derecho a participar en el Consentimiento Informado en armonía con los deberes de los padres que emanan del ejercicio de la patria potestad, en tal sentido la Convención brinda pautas de orientación al precisar en el art. 5º, que las facultades conferidas a los padres o representantes les son otorgadas con el objetivo de "impartirlas en consonancia con la

¹⁵ art. 75 C.N., inc. 22 de la Constitución Nacional, reformada en 1994

¹⁶ Cifuentes, Santos "Derechos Personalísimos" Edit. Astrea. Bs. As. 1995.

evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente convención”.

Los deberes emergentes de la patria potestad o de la representación legal del menor, no pueden ejercerse abusivamente, se debe siempre respetar el mejor interés del niño y estimular su participación responsable; el artículo doce de la Convención establece claramente que “Los Estados Partes, garantizarán al niño que esté en condiciones de conformarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente, en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño”.

Solamente en aquellos casos en que en la relación triangular entre padres, hijos y equipo de salud se resquebraja por diversidad de posiciones que puedan afectar el mejor interés del niño, debe darse paso a la intervención judicial como última alternativa de protección al menor.

El consentimiento del paciente por constituir una manifestación de la voluntad es preciso realizarlo con discernimiento, que por imperio del art. 921 del Código Civil se adquiere a los 14 años.

Existe una tendencia a cambiar la concepción que vislumbraba la competencia de cualquier menor para tomar decisiones sobre su integridad física por limitación a una edad predeterminada, por la idea de la capacidad natural de juicio¹⁷.

En el derecho comparado la evolución ha seguido ese horizonte¹⁸; en Inglaterra desde 1969 se autoriza a los adolescentes de 16 y 17 años a consentir tratamiento quirúrgicos, médicos y odontológicos, dándose preeminencia a sus decisiones, independientemente de la opinión de sus padres o representantes. El Acta de los Derechos del Niño de 1989, permite a un niño con suficiente entendimiento, tomar decisión informada para rehusar someterse a valoraciones médicas psiquiátricas entre otras medidas judiciales.

En EEUU existen tres estatutos legales que atribuyen facultades a los menores para consentir tratamientos médicos:

1. Los que permiten a menores sin distinción de edad dar consentimiento sobre determinados tratamientos: enfermedades de transmisión sexual, adicciones, exámenes por abuso sexual.
2. Los que a partir de determinada edad atribuyen a los menores la facultad de consentir una categoría de tratamientos: a partir de los 14 años tratamiento odontológicos y de salud mental.
3. Los que a partir de una edad determinada les permiten consentir un tipo específico de práctica: a partir de los 14 años donación de materiales humanos no renovables, a partir de los doce años cuando fueron víctimas de un ataque sexual.

En Francia la Corte de Apelaciones de Nancy, reconoció a un menor de 14 años su derecho al “rechazo informado” de un tratamiento contra el cáncer por la gran cantidad de efectos nocivos de la terapéutica oncológica.

Publicaciones científicas especializadas en la atención de niños han avalado el criterio de capacidad natural de comprensión por sobre los criterios de determinación cronológico-legal; se ha indicado que “... el papel que le corresponde al niño en el plan de tratamiento depende más de su grado de crecimiento y aptitud personal que

¹⁷ Yznardo Figuerola C. “Menores maduros y consentimiento informado”. Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. 1(2) / 2(1):31-37, 1996/1997.

¹⁸ Gorvein, Nilda Susana; Polakiewicz, Marta “El derecho del niño a decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo” en “Bioética, Sociedad y Derecho”, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Dr. Ambrosio L. Gioja” UBA. Editora LEMA. Buenos Aires 1995.

de su edad. Así, por ejemplo, aunque por lo general los niños de 10 años tienen menos capacidad para comprender conceptos abstractos que los adolescentes, algunos pueden pensar y actuar con mayor madurez... A medida que se hacen mayores y sus aptitudes aumentan, se les debe incluir de manera más plena en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Los niños de más edad y adolescentes pueden tener valores religiosos o de otra índole que condicionen su respuesta a la enfermedad y al tratamiento...".¹⁹

En igual sentido se estableció que "...la ley y sus principios éticos subyacentes reconocen que el crecimiento y desarrollo de los niños desde la infancia a la adolescencia pasa por la maduración progresiva de la facultad participativa del niño en la toma de decisiones importantes, incluidas las que atañen al cuidado de su salud...Se debería respetar el derecho a la autodeterminación en aquellos pacientes adolescentes capaces de comprender en qué estado se encuentran y las consecuencias de sus decisiones, mediante invitarlos a participar en forma de decisiones..."²⁰

En el ámbito del derecho europeo continental, el Instituto Nacional de Salud Español estableció que "...es de subrayar que la prestación del consentimiento podrá otorgarla por sí mismo el menor de edad al tratarse de un acto relativo a derechos de la personalidad, conforme el artículo 162, inciso 1 del Código Civil... de acuerdo con sus condiciones de madurez...El incumplimiento de estas obligaciones por parte del médico y equipo médico dará lugar o podrá darlo, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria, a las responsabilidades civiles o penales que hubiere lugar..."²¹

También en España, el Decano de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid señaló que "...en caso de conflicto entre la voluntad del paciente menor de edad, pero con capacidad natural de juicio y de discernimiento, y la del representante legal, el médico ha de atenerse a aquella (la voluntad del menor capaz de decidir), pues en el tratamiento médico, donde están en juego bienes tan personales como la salud o la vida del paciente, tiene carácter preferente la voluntad de éste, aunque sea menor de edad, si puede comprender el alcance del acto al que se va a someter y reúne las condiciones de madurez suficientes para consentir..."²²

En Latinoamérica, más precisamente en Costa Rica, donde existen elevados índices de salud en población infantil y adolescente, se acordó que en razón de la recepción de la Convención Internacional de Derechos del Niño: "...no se puede disponer de un menor sin tomar en cuenta su parecer, para lo cual, asimismo deberá mediar necesariamente una evaluación del grado de madurez existente en el niño menor de dieciocho años pero mayor de doce años de edad"

En Canadá un miembro de un tribunal superior estableció, en el caso de un menor de 15 años que había rechazado transfusiones de sangre, lo siguiente: "...Creo, que él es lo suficientemente maduro como para expresar una opinión sólida, como así me lo ha demostrado. Estoy convencido de que se trata de un joven adulto y maduro. Su voluntad es que no se le administren productos sanguíneos y, además estoy convencido de que si la directora, amparada por una orden de este Tribunal, contrariara de algún modo sus deseos, su bienestar personal sufriría -en un sentido

¹⁹ Caring For Gravely III Children. Oct.1994, Vol.94 Núm.4,433-9.

²⁰ "Ethical Issues In Pediatric And Neonatal Resuscitation" en Annals of Emergency Medicine. Vol. 22, Núm. 2 (II), pág. 236-41, citado por Iznardo Figuerola C. ob. cit.

²¹ "Sobre la negativa de los enfermos pertenecientes a la confesión religiosa testigos de Jehova a recibir transfusiones de sangre. Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de la Salud. Dictamen de enero de 1989, citado por Iznardo Figuerola C. ob. cit.

²² "Consentimiento Informado y Autonomía del paciente" JANO, 3-9, marzo 1995, Vol.48, Número 1114, Pág. 609.

muy real- un duro revés, pues creo que su deseo de luchar contra la enfermedad y de colaborar con el tratamiento se verían seriamente afectados...”²³

En conclusión, por los argumentos y referencias señaladas, corresponde en el ámbito nacional integrar en el proceso del Consentimiento Informado, tanto en lo que respecta al manejo de la información, como a la posibilidad de consentir, una debida participación a los menores adultos, valorando previamente criterios de autonomía y competencia en cada caso particular, y en aquellos casos en que exista reducción de los mismos, la responsabilidad de los equipos de salud consistirá en la promoción de la autonomía del menor y en la remoción de aquellos obstáculos que le impidan tomar decisiones esclarecidas y responsables.

²³ “Human Rights Law Journal”,30/ 9/93, Vol. 14, Num.7,8, pág. 280-2

HACIA LA CREACIÓN DE CENTROS DE PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA EN ESPACIOS COMUNITARIOS

Equipo de VIH-sida del Centro N° 2 “Dr. Ramón Carrillo”²⁴

El presente artículo se propone describir la experiencia del Centro de Salud N° 2 en el cual funciona el primer Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH/sida dentro del sistema de salud público, fuera del ámbito hospitalario. El objetivo de reflejar esta experiencia en la primera publicación de la Dirección de Sida responde al interés de la Dirección en promover la apertura de la mayor cantidad posible de espacios similares en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

PRESENTACIÓN

Las tareas de prevención, asesoramiento y diagnóstico requieren de alta complejidad en materia de organización, capacitación y recursos humanos (“tecnología leve”). Pero no requieren de “tecnología pesada o de alta complejidad”, y por ello bien pueden ser realizadas en espacios del primer nivel de atención como los Centros de Diagnóstico de las ciudades de Rosario y Mendoza (instalados en Centros de Salud), e incluso en espacios comunitarios, como lo demuestran las estrategias desarrolladas por organizaciones no gubernamentales como Grupo NEXO e Intercambios asociación Civil.

La ubicación de estos servicios en espacios de más fácil acceso para la población garantizan un gran impacto de las acciones, tanto en lo referido a la entrega de preservativos como a la realización del test del VIH.

La tarea de asesoramiento y diagnóstico en VIH/sida bien puede ser pensada como un **espacio de articulación entre la prevención y la asistencia**. El momento del diagnóstico brinda una oportunidad **única** para el trabajo personalizado e intensivo (cara a cara) en prevención primaria con las personas que tienen un resultado negativo al VIH, y de prevención secundaria/puerta de entrada a los niveles de mayor complejidad, en las personas que tienen un resultado positivo al VIH.

RECURSOS BÁSICOS PARA MONTAR UN CENTRO DE PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO (CEPAD)

Los CePAD son espacios de trabajo y oferta de servicios que pueden ser abiertos en los Centros de Salud de los que dispone la Ciudad de Buenos Aires, así como en organizaciones comunitarias que dispongan de los siguientes recursos mínimos que se listan a continuación:

- Decisión política de la institución para implementar la tarea

²⁴ Integran el Equipo de VIH-sida del CESAC N°2 Luis Argiz , Nilda Calaforra, Gloria Calello, María del Carmen Candel, Daniel Carrozzi Dora Correa , Anabel Cuéllar, Verónica Delrío, Leonor Carolina Diaz, Laura Diomede, Jorge Domínguez, Andrea Dotro, Pablo Dutoya, Adriana Esperón , Silvia Hochman, Lisa Laham, Fernanda Maiola, Sergio Mantello, Mirta Miguez, Martín Perrone, Norma Pizarro, Elisa Lidia Subotovsky y Silvana Weller. Colaboran Silvia Bass, Oscar González, Karina Iza y Jorge Quintana. A este grupo, que desarrolla sus tareas en el Centro, se debe sumar el personal de laboratorio que se desempeña en el Hospital Pirovano.

- Articulación del espacio con por lo menos un Hospital de Referencia donde serán derivadas las personas que tengan un resultado positivo ante el VIH.
- Como mínimo una persona capacitada o dispuesta a capacitarse, que disponga de por lo menos seis horas a la semana para la tarea
- Un extraccionista (puede ser la misma persona la que hace la extracción y la que realiza las entrevistas de pre y post – test), jeringas descartables, guantes, tubos, etiquetas identificadoras, espacio físico para realizar la extracción, descartador de jeringas.
- Material gráfico y/o estrategias de divulgación del servicio (radios comunitarias, redes de vecinos, redes barriales, derivación de hospital, etc.)
- Material de apoyo (folletería, preservativos) para realizar las entrevistas de pre y post test y/o para dar charlas informativas o educativas
- Una heladerita para el transporte de la sangre del Centro al Laboratorio
- Un transporte para llevar la sangre del centro a un laboratorio de referencia

LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE SALUD N° 2

Cada institución tiene su historia y sus particularidades, de modo que el relato que se presenta no podría tener nunca carácter normativo, se presenta más bien a modo de ilustración tendiente a favorecer en otros efectores la visualización de las estrategias que posibilitarán igual objetivo en función de sus propios recursos y los que puedan articular con otras instituciones o equipos.

El Centro de Salud N° 2 se encuentra ubicado en la calle Terrada 5850, en el barrio de Villa Pueyrredón. Pertenece al Área Programática del Hospital Pirovano. Atiende población de sectores medios bajos, con escasa o nula cobertura de obra social. En cuanto a la procedencia de la población que atiende, el 60% corresponde a la Ciudad de Buenos Aires, y el otro 40% a personas del Gran Buenos Aires, fundamentalmente del partido de San Martín (el Centro está a una cuadra de la Av. Gral Paz). Realiza alrededor de 50.000 prestaciones por año, contando con un equipo profesional que cubre las especialidades básicas (Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Clínica Médica, Servicio Social, Salud Mental y Enfermería) y cuenta con varios programas de atención primaria de la salud.

Se listan a continuación los hechos que llevaron a la conformación del CPDA dentro del Centro de Salud.

- En el año 1995 el Centro 2 comenzó a implementar un programa de prevención de vih/sida por iniciativa de dos profesionales del mismo que se encontraban **implementando previamente** Programas de Atención Primaria de la Salud: el Programa de Procreación Responsable y el Programa de Talleres. El Programa de Prevención de VIH/sida se inició desde un comienzo en articulación con el Servicio Social del entonces Zonal (hoy Centro de Gestión y Participación) N° 12
- En el año 1998 se conformó el primer Equipo de Trabajo, que ya incluía personas de diferentes profesiones, miembros de la comunidad y personas viviendo con VIH.
- A fines de 1999 y por iniciativa de las agentes comunitarias que participan del equipo se realizó una reunión de articulación con Promoción y Protección de la Salud del hospital cabecera -el Hospital Pirovano- y el equipo de sida del Centro de Salud Mental N°1 y UNASAD. Allí se comenzó a pensar en la necesidad de aliviar la demanda del Hospital en materia de análisis de VIH.
- En marzo del 2000, a raíz de una propuesta de la Dirección de Juventud de la Ciudad y con el apoyo de Proyecto LUSIDA se armó una reunión con la jefatura

del centro y los responsables del Programa de Prevención de VIH a fin de implementar el Centro de Diagnóstico. En los meses siguientes se armó una capacitación a cargo de LUSIDA, dirigida a *todo el personal del centro de salud* y de la cual también participaron personas de las instituciones con las que se venía trabajando.

- Todas las personas del Centro y de la comunidad que estuvieron interesadas en participar del nuevo servicio, armaron reuniones de trabajo tendientes a definir la metodología de trabajo, incluyendo planillas, modo de registro, material de divulgación, dinámica de la tarea. Se realizaron reuniones de articulación con el Laboratorio del Hospital, que mostró una excelente disposición a iniciar la nueva tarea. El 24 de octubre del 2000 comenzaron a realizarse las entrevistas, extracción de sangre y devolución de resultados dentro del Centro de Salud.

FILOSOFÍA Y CONCEPTOS BÁSICOS

La actividad se rige por la reflexión en torno al derecho a la salud, los derechos de los ciudadanos y los derechos de las personas viviendo con VIH/sida. En relación al equipo de trabajo, se asume la imprescindibilidad del mismo para lograr atención integral y respetuosa, y se valoriza altamente la participación de personas de la comunidad. En todas las acciones se prioriza la articulación con otras instituciones (públicas, ONGs y privadas) asumiendo que la tarea en conjunto es lo que permite garantizar la eficacia y eficiencia de las acciones.

OBJETIVOS

- Promover el uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo a las determinaciones culturales y subjetivas que dificultan su utilización
- Promover y realizar el análisis de VIH como estrategia de prevención primaria y secundaria
- Promover la reducción de daño en usuarios de drogas y en personas viviendo con VIH (prevención de la transmisión vertical)
- Articular la prevención del VIH/sida a espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones por el trabajo articulado con otras instituciones y grupos
- Construir un modelo de atención que brinde satisfacción a los usuarios y posibilidades de realización personal y gratificación a los miembros del equipo

ESTRUCTURA DEL CEPAD

El Centro de Prevención, Diagnóstico y Asesoramiento consta de las siguientes unidades para organizar la tarea:

Coordinación – Reunión de equipo

El equipo de trabajo se encuentra actualmente conformado por unas 20 personas de diferentes profesiones (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, licenciados en enfermería) , técnicos (enfermeras, personal administrativo) y por personas de la comunidad, algunas de ellas que viven con VIH. Los profesionales y técnicos corresponden al Centro de Salud y a la Residencia de Trabajo Social del Hospital Pirovano. El equipo en su conjunto se reúne una vez por semana y es la instancia de deliberación, capacitación, organización y toma de decisión. El equipo cuenta con una coordinación.

Información y Promoción

Se realizan tareas de información sobre prevención de VIH sida, y de divulgación de los servicios que brinda el equipo. Estas actividades se hacen desde el Centro de Salud hacia la población que concurre a través de la cartelera (es posible siempre retirar folletos informativos y preservativos) y la invitación de los profesionales del Centro. También se realiza en otras instituciones y en eventos comunitarios espontáneos a dónde se concurre con mesas llevando folletería y preservativos (murgas, Club del Torino)

Educación

Se entiende por educación tareas de mayor tiempo, intensidad y calidad que la simple información. Las actividades educativas tienen lugar en el marco del Programa de Procreación Responsable, orientada a la población que demanda métodos anticonceptivos. Se realizan charlas y talleres en escuelas, hogares de menores, comunidades terapéuticas, comedores comunitarios, casas de niños de la calle, y toda institución que demanda la actividad. Actualmente el Centro es uno de los puestos del Programa de Reducción de Daño de la Fundación Intercambios. En consecuencia se está haciendo un trabajo educativo en comunidad con usuarios de drogas, entregando material educativo específico y preservativos en la calle y puntos de encuentro de usuarios.

Análisis y aconsejamiento

Los días martes de 9 a 18 y los miércoles de 8 a 10.30 se ofrece el servicio de asesoramiento y extracción de sangre dentro del Centro. Luego de la entrevista de pre – test, se ofrece la posibilidad de extracción a los que están interesados. Los miércoles después de las 10.30 horas se transporta la sangre al laboratorio del Hospital Pirovano, y en ese momento el laboratorio entrega los resultados de la semana anterior.

De lunes a jueves entre las 9 y las 17 horas es posible retirar los resultados o realizar consultas sobre la problemática. La extracción de la sangre está a cargo del personal de enfermería del Centro de Salud, las entrevistas las llevan a cabo diversos miembros del equipo, a fin de cubrir un horario extenso (profesionales, técnicos y miembros de la comunidad).

ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN

PRIMER ENCUENTRO DE POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Organizado de manera conjunta por la Dirección de Sida de la Ciudad y las secretarías de Educación, Promoción Social y Cultura y las subsecretarías de Descentralización y Comunicación Social, se realizó el pasado 25 de abril, en la facultad de Ingeniería de la UBA, el *Primer Encuentro de Políticas de Prevención de VIH-SIDA en la Ciudad de Buenos Aires*.

Se sumaron a esta jornada de trabajo más de 250 representantes de organismos oficiales e instituciones de la sociedad civil. que debatieron sobre cinco ejes temáticos: *Política de prevención en el sistema educativo formal; Política de prevención en el ámbito comunitario; Política de prevención en usuarios de drogas inyectables (UDI); Política de prevención desde una perspectiva de género y Política de prevención en minorías sexuales*. Las conclusiones, sintetizadas en el plenario final, han sido recogidas en un documento y enviadas a cada uno de los participantes.

Como cierre de esta actividad se presentó un fragmento de la obra de teatro "Dulce Victoria" de Luis Sampredo, una de las ganadoras del certamen Pro Teatro de la Secretaría de Cultura de la Ciudad que fuera declarada de interés especial por el Jurado.

El Encuentro, además, brindó la oportunidad de distribuir más de 15.000 preservativos, y material de prevención.

El Encuentro en cifras

Hubo representantes de:

22 Hospitales de la Ciudad
 13 Centros de Salud y Acción Comunitaria
 23 Organizaciones no Gubernamentales
 5 Servicios Sociales Zonales
 4 Secretarías, 3 Subsecretarías y 5 Direcciones del GCBA

Se trabajó en:

8 Comisiones de entre 25 y 35 participantes

Se distribuyeron

15.000 preservativos
 7000 Folletos y 1000 afichetas de promoción del test de VIH
 4000 folletos con preservativos orientados a Jóvenes
 3000 folletos de prevención para embarazadas
 3000 folletos de prevención para población general

TALLER DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El 15 de marzo pasado se realizó un Taller de Vigilancia Epidemiológica, en el hospital Muñiz. Participaron 41 representantes de los hospitales Alvarez, Argerich, Durand, Elizalde, Fernández, Moyano, Muñiz, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Sardá, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta.

El encuentro, que contó con la presencia de funcionarios de la División Estadística del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Dirección de Salud Comunitaria, fue coordinado por el Director de Sida de la Ciudad quien presentó datos actualizados del distrito y expuso acerca de la Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación y la implementación de Sitios Centinelas.

El trabajo grupal de los participantes giró en torno de la metodología para impulsar la vigilancia de segunda generación. Se debatió sobre el instrumento utilizado actualmente para la vigilancia, y sus posibles modificaciones para el ámbito de la Ciudad (en relación a la residencia y edad de los casos) y se propuso mantener la frecuencia de comunicación de seroprevalencia en cada 6 meses.

También se propuso aplicar la vigilancia de segunda generación las poblaciones de bancos de sangre, embarazadas, pacientes asistidos en consultorios de ETS y ámbito privado. Por otro lado se analizaron los circuitos para la recolección y envío de datos, y las redes intrahospitalarias necesarias para esta tarea.

Hubo acuerdo sobre la importancia del trabajo conjunto de los servicios de diagnóstico (Laboratorio y Hemoterapia) y los servicios que habitualmente notifican (Promoción y Protección e Infectología) Los participantes propusieron Sitios Centinelas en sus hospitales, que luego serían discutidos localmente.

PLAN ESTRATÉGICO DE VIH-SIDA

Los días 28, 29 y 30 de julio se realizó el Taller de Planificación Estratégica en VIH-Sida de la Ciudad de Buenos Aires. Convocados por la Dirección de Sida, representantes de diferentes sectores del gobierno porteño y de la sociedad civil que trabajan en VIH-sida, se reunieron para debatir estrategias y acciones que permitan dar una respuesta integral a la epidemia en el distrito.

Con una metodología de taller, se llegó a formular una primera versión de cuatro grandes objetivos estratégicos:

- Disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires;
- Garantizar la atención integral a las personas que viven con VIH-Sida;
- Promover la investigación aplicada en el área VIH-Sida; y
- Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Para cada uno de estos objetivos, se definieron estrategias y acciones particulares que serán objeto de análisis y debate en cada sector y organización.

Este es un primer paso hacia la formulación de un Plan Estratégico de SIDA de la Ciudad 2002-2003, cuyas prioridades de acción sean establecidas por los actores directamente involucrados en la problemática.

AUTORIDADES

Jefe de Gobierno

Dr. Aníbal Ibarra

Vicejefa de Gobierno

Lic. María Cecilia Felgueras

Secretario de Salud

Dr. Aldo C. Neri

Subsecretario de Servicios de Salud

Dr. Eusebio A. Zabalúa

Director General de Atención de la Salud

Dr. Alfredo Vidal

Director General Adjunto de Sida

Dr. Claudio Bloch

EQUIPO DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SIDA

Area técnica

Lic. Victoria Barreda

Dra. Norma Ereñú

Lic. Luis Mattos

Lic. Agustín Rojo

Lic. Silvana Weller

Dra. Graciela Ben

Lic. Gustavo Hurtado

Dr. Sergio Maulen

Lic. Julio Romero

Lic. Ana Bordenave

Dr. Ignacio Maglio

Dr. Fabián Portnoy

Dr. Fernando Silva Nieto

Area Administrativa

María Laura Carones

Valeria Marí

Adrián Gómez

Adriana Ricci

María Inés Guarella

Mauricio Largenté

COMISIÓN ASESORA TÉCNICO ASISTENCIAL DE SIDA

Coordinador

Dr. Jorge Benetucci

Miembros

Dr. Héctor Pérez

Dra. Belén Bouzas

Dr. Roberto Hirsch

Dr. Francisco Maglio

Dra. Rosa Bologna

RED DE SIDA

Coordinador

Marcelo Losso

Miembros

Dra. Claudia Rodríguez

Dra. Cecilia Carranza

Dr. Rubén Agugliaro

Dr. Walter Vasen

Dr. Eduardo López

Dra. Alda Sarubbi

Dra. Rosa Bologna

Dr. Gabriel Levy Hara

Dr. Arnaldo Casiró

Dr. Daniel Prylucka

Dra. Gabriela Vida

Dra. Vera Giraudi

Dr. Jorge Benetucci

Dr. Juan Carlos González Blanco

Dra. Cristina Presno

Dra. Miriam Burgos

Dr. Eduardo Bargman

Dr. Roberto Hirsch

Dr. Horacio Pérez Alcoba

Dr. Héctor Pérez